

Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud

Segunda edición



Organización
Mundial de la Salud

Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud

Segunda edición



Agradecimientos

La OMS agradece por las contribuciones técnicas de los expertos externos que participaron en la consulta inicial en línea, la consulta técnica y la revisión de esta guía.

(En el Anexo 4 se presentan los detalles de los participantes y los revisores externos adicionales).

(La revisión médica de la traducción al español ha sido realizada por Suzanne Serruya, Asesora Regional de Salud Sexual y Reproductiva y Ricardo Fescina, Jefe de Unidad y Director del CLAP/SMR (Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva).

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed.

1.Aborto inducido – métodos. 2.Aborto inducido – normas. 3.Atención prenatal – normas. 4.Atención prenatal – organización y administración. 5.Bienestar materno. 6.Política de salud. 7.Guía. I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 354843 2

(Clasificación NLM: WQ 440)

© Organización Mundial de la Salud, 2012

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Montevideo - URUGUAY

Abreviaciones

DyC	dilatación y curetaje (cortante)
DyE	dilatación y evacuación
AVE	aspiración de vacío eléctrica
BPF	prácticas adecuadas de fabricación
GRADE	clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones
hCG	coriogonadotropina humana
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
HLD	alto nivel de desinfección
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
DIU	dispositivo intrauterino
i.v.	por vía intravenosa
KCl	cloruro de potasio
FUM	fecha de última menstruación
AVM	aspiración de vacío manual
ONG	organización no gubernamental
PG	prostaglandina
Rh	rhesus (grupo sanguíneo)
IAR	infección del aparato reproductor
ETS	enfermedad de transmisión sexual
ONU	Organización de las Naciones Unidas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNPD	División de Población de las Naciones Unidas
EE. UU.	Estados Unidos de América
OMS	Organización Mundial de la Salud

Definiciones utilizadas en este documento

- **Duración o edad gestacional del embarazo (gestación):** la cantidad de días o semanas desde la fecha del primer día de la última menstruación (FUM) en las mujeres con ciclos regulares (en el caso de las mujeres con ciclos irregulares, tal vez sea necesario determinar la edad gestacional mediante un examen físico o una ecografía). En general, se considera que el primer trimestre constituye las primeras 12 o 14 semanas del embarazo (ver la Tabla 1).

Tabla 1. Edades estacionales equivalentes en semanas y días durante el primer trimestre

Semanas de gestación	Días de gestación
<1	0 a 6
1	7 a 13
2	14 a 20
3	21 a 27
4	28 a 34
5	35 a 41
6	42 a 48
7	49 a 55
8	56 a 62
9	63 a 69
10	70 a 76
11	77 a 83
12	84 a 90
13	91 a 97
14	98 a 104

Adaptado de: *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10.ª revisión – ICD-10*, Vol. 2, edición 2008. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

- **Métodos médicos de aborto (aborto médico):** utilización de fármacos para finalizar el embarazo. A veces, también se emplean los términos “aborto no quirúrgico” o “aborto farmacológico”.

- **Regulación menstrual:** evacuación uterina sin confirmación del embarazo mediante laboratorio o ecografía en las mujeres con un retraso menstrual reciente.
- **Dilatadores osmóticos:** bastones cortos y delgados hechos con alga marina (laminaria) o un material sintético. Después de colocarlos en el orificio del cuello uterino, los dilatadores absorben la humedad y se hinchan, y así dilatan el cuello uterino en forma gradual.
- **Vías de administración de misoprostol:**
 - oral: los comprimidos se tragan de inmediato;
 - bucal: los comprimidos se colocan entre las encías y las mejillas y se tragan después de 30 minutos;
 - sublingual: los comprimidos se colocan debajo de la lengua y se tragan después de 30 minutos;
 - vaginal: los comprimidos se colocan en el fondo del saco vaginal (la parte más profunda de la vagina) y se indica a la mujer que se recueste durante 30 minutos.
- **Métodos quirúrgicos de aborto (aborto quirúrgico):** utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, entre los que se incluyen la aspiración de vacío y la dilatación y evacuación (DyE). (ver el Capítulo 2, Sección 2.2.4 para obtener una mayor descripción de los métodos del aborto quirúrgico).

Terminología relacionada con los derechos humanos

- **Tratado internacional de derechos humanos:** también denominado a veces convenio o convención, es un tratado adoptado por la comunidad internacional de Estados, en general en la Asamblea General de las Naciones Unidas. Cada tratado establece diversos derechos humanos, y las obligaciones correspondientes, que son jurídicamente vinculantes para los Estados que ratificaron el tratado. En el Anexo 7 se presenta una lista de estos tratados.

- *Organismo de supervisión de un tratado:* cada tratado internacional de derechos humanos es vigilado por un organismo de supervisión del tratado (ver el Anexo 7). Dichos organismos son comités compuestos por expertos independientes. Su función principal es supervisar que los Estados cumplan con el tratado en cuestión, e incluye una revisión de los informes de los Estados.
- *Comentarios/recomendaciones generales:* la interpretación del organismo de supervisión del tratado acerca del contenido de las disposiciones referentes a los derechos humanos sobre cuestiones temáticas o sus métodos de trabajo. Los comentarios generales tienen por objeto aclarar las obligaciones de notificación de los Estados respecto de ciertas disposiciones y sugieren enfoques para implementar las disposiciones del tratado.
- *Observaciones finales:* después de la presentación del informe de un Estado y tras un diálogo constructivo con el Estado que forma parte del convenio en particular, los organismos de supervisión de un tratado emiten sus observaciones finales al Estado que presentó el informe, y estas se compilan en un informe anual que se envía a la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- *Tratado regional de derechos humanos:* los Estados adoptaron tratados de derechos humanos en África, América, Europa y Medio Oriente. Los organismos regionales de derechos humanos, como la Unión Africana, la Organización de Estados Americanos, el Consejo de Europa, la Unión Europea y la Liga de Estados Árabes, supervisan el cumplimiento de los Estados con los tratados. En la actualidad, no existen tratados regionales de derechos humanos en el Sudeste Asiático o en el Pacífico Occidental. En el Anexo 7 se incluye una lista de tratados regionales de derechos humanos.
- *Estándares de derechos humanos:* el significado y alcance de los derechos humanos según los interpreten y apliquen los organismos de derechos humanos encargados de dicha tarea, como por ejemplo, los tribunales regionales, nacionales e internacionales y los comités de derechos humanos.

CONTENIDOS

Resumen ejecutivo	1
Proceso de desarrollo de la guía	10
Antecedentes	10
Métodos	10
Toma de decisiones durante la consulta técnica	12
Preparación del documento y revisión científica externa	12
Divulgación del documento guía	12
Actualización de las guías	13
Capítulo 1	16
Atención para un aborto sin riesgos: los fundamentos lógicos desde el punto de vista de la salud pública y de los derechos humanos	17
1.1 Antecedentes	17
1.2 Salud pública y derechos humanos	18
1.3 Embarazos y abortos	19
1.4 Consecuencias sobre la salud de un aborto inseguro	19
1.5 Uso de anticonceptivos, embarazos accidentales y necesidades de planificación familiar insatisfechas	22
1.6 Contexto regulatorio y político	23
1.7 Costos económicos del aborto inseguro	26
Capítulo 2	30
Atención clínica para las mujeres en quienes se practica un aborto	31
2.1 Atención previa al aborto	32
2.2 Métodos de aborto	37
2.3 Atención posterior al aborto y seguimiento	52
Capítulo 3	62
Planificación y administración de la atención para un aborto sin riesgos	63
3.1 Introducción	64
3.2 Constelación de servicios	64
3.3 Estándares y guías sobre la base de la evidencia	65
3.4 Equipamiento de los centros de salud y capacitación de los profesionales de la salud	69
3.5 Supervisión, evaluación y mejoramiento de la calidad	72
3.6 Financiamiento	79
3.7 El proceso de planificación y administración de la atención para un aborto sin riesgos	80

Capítulo 4	86
Consideraciones legales y políticas	87
4.1 La salud de la mujer y los derechos humanos	87
4.2 Las leyes y su implementación dentro del contexto de los derechos humanos	90
4.3. Creación de un entorno propicio	98
Anexo 1	
Brechas en la investigación identificadas durante la consulta técnica	105
Anexo 2	
Preguntas y resultados finales relacionados con la GRADE	106
Anexo 3	
Criterios estándar de la GRADE para clasificar la evidencia	109
Anexo 4	
Participantes de la consulta técnica	110
Anexo 5	
Recomendaciones de la consulta técnica para la segunda edición de <i>Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud</i>	113
Anexo 6	
Elegibilidad médica posterior al aborto para el uso de anticonceptivos	120
Anexo 7	
Principales tratados regionales e internacionales de derechos humanos	122

RESUMEN EJECUTIVO

Durante las últimas dos décadas, la evidencia relacionada con la salud, las tecnologías y los fundamentos lógicos de los derechos humanos para brindar una atención segura e integral para la realización de abortos han evolucionado ampliamente. A pesar de estos avances, se estima que cada año se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47 000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres (1). Casi cada una de estas muertes y discapacidades podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto. En prácticamente todos los países desarrollados, los abortos sin riesgos se ofrecen en forma legal a requerimiento o sobre una amplia base social y económica, y es posible disponer y acceder fácilmente a los servicios en general. En los países donde el aborto inducido legal está sumamente restringido o no está disponible, con frecuencia un aborto sin riesgos se ha vuelto en el privilegio de los ricos, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que acudir a proveedores inseguros, que provocan la muerte y morbilidades que se convirtieron en la responsabilidad social y financiera del sistema de salud pública.

En vista de la necesidad de prácticas recomendadas basadas en la evidencia para ofrecer atención para un aborto sin riesgos y proteger la salud de las mujeres,

la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha actualizado su publicación del año 2003 denominada *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2). En este proceso, se siguieron los estándares de la OMS para el desarrollo de la guía, entre los que aparecen: la identificación de preguntas y resultados prioritarios; la recuperación, evaluación y síntesis de la evidencia; la formulación de recomendaciones; y la planificación de la divulgación, implementación, evaluación del impacto y la actualización. Para las recomendaciones clínicas presentadas en el Capítulo 2, se prepararon perfiles de evidencia relacionados con las preguntas prioritarias sobre la base de las revisiones sistemáticas recientes. La mayor parte de estas se incluyeron en la *base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas*. Asimismo, se revisaron los Capítulos 1, 3 y 4 de la publicación original de 2003 y se actualizaron para que reflejaran las estimaciones más recientes relacionadas con el aborto inseguro en todo el mundo, la nueva bibliografía sobre la prestación de servicios y los nuevos desarrollos en las leyes regionales, nacionales e internacionales referentes a los derechos humanos. Un grupo encargado de desarrollar la guía, compuesto por miembros de un panel internacional de expertos, repasó y revisó el borrador de las recomendaciones sobre la base de los perfiles de evidencia, mediante un proceso participativo e impulsado por el consenso.

La audiencia destinataria de esta guía son los formuladores de políticas, los directores de programas

y los profesionales encargados de la atención del aborto. El uso de las recomendaciones clínicas debe adaptarse a cada mujer, y se debe enfatizar su condición clínica y el método de aborto específico que se utilizará, a la vez que se consideran las preferencias de cada mujer respecto de la atención.

Si bien los contextos legales, regulatorios, políticos y de la prestación de servicios pueden variar de un país a otro, el objetivo de las recomendaciones y prácticas recomendadas descritas en este documento es permitir que se tomen decisiones relacionadas con la atención para un aborto sin riesgos basadas en la evidencia. En la sección sobre Métodos, página 10, se presentan los detalles sobre su desarrollo y la aplicación de la clasificación de la calidad de la evidencia. En el Cuadro 1 se presentan las recomendaciones referidas a los métodos específicos para el aborto quirúrgico, mientras que en el Cuadro 2 se resumen las recomendaciones para el aborto médico. En el Cuadro 3 se tratan las recomendaciones para los métodos quirúrgicos o médicos preferidos más allá de las 12 semanas de gestación. En el Cuadro 4 se resumen las recomendaciones relacionadas con la atención clínica previa a la inducción del aborto, incluida la preparación del cuello uterino, el uso de una ecsonografía diagnóstica, el empleo de antibióticos y las opciones para el manejo del dolor.

En el Cuadro 5 se resumen las recomendaciones que se refieren a la atención posterior al aborto, incluido el inicio de métodos anticonceptivos, el tratamiento de un aborto incompleto y si existe o no la necesidad médica de realizar visitas de seguimiento después de un aborto inducido. En el Cuadro 6 se resumen las recomendaciones más importantes del Capítulo 3 respecto de la aplicación de la guía clínica para establecer y fortalecer los servicios relacionados con el aborto, entre las que se incluyen el desarrollo de estándares y guías nacionales; la capacitación y el equipamiento de los prestadores de servicios; la evaluación, la priorización y el financiamiento de las necesidades del sistema sanitario; la introducción y ampliación de las intervenciones; y la supervisión y evaluación. Por último, en el Cuadro 7 se resumen las principales recomendaciones del Capítulo 4 en relación con las dimensiones legales, políticas y de derechos humanos.

Los miembros del grupo de desarrollo de la guía observaron importantes brechas en el conocimiento que deben solucionarse a través de la investigación primaria. En general, el grupo otorgó un valor importante a la investigación destinada a no tratar el aborto en forma médica. En el Anexo 1 se presentan observaciones respecto de la necesidad de investigaciones futuras.

CUADRO 1

Métodos recomendados para el aborto quirúrgico

La aspiración de vacío es la técnica recomendada para el aborto quirúrgico de embarazos con un máximo de 12 a 14 semanas de gestación. Este procedimiento no debe completarse mediante curetaje cortante a modo de rutina. El método de dilatación y curetaje cortante (DyC), si se practica de todos modos, debe reemplazarse por la aspiración de vacío.

(Vigor de la recomendación: fuerte.
Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: baja a moderada).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 1, página 113.

Métodos recomendados para el aborto médico

El método recomendado para el aborto médico es la mifepristona seguida de misoprostol.

Para embarazos con una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo

El método recomendado para el aborto médico es la mifepristona seguida de misoprostol 1 a 2 días más tarde. [Ver las notas a continuación para conocer las posologías y las vías de administración].

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: moderada).

Posologías y vías de administración de mifepristona seguida de misoprostol

La mifepristona siempre debe administrarse por vía oral. La dosis recomendada es 200 mg.

Se recomienda que la administración de **misoprostol** se realice 1 a 2 días (24 a 48 horas) después de la mifepristona.

- En el caso de la vía vaginal, bucal o sublingual, la dosis recomendada de misoprostol es 800 µg.
- En el caso de administración oral, la dosis recomendada de misoprostol es 400 µg.
- En el caso de gestaciones con un máximo de **7 semanas** (49 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal, sublingual u oral. Después de las 7 semanas de gestación, no debe emplearse la administración oral de misoprostol.
- En el caso de gestaciones con un máximo de **9 semanas** (63 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal o sublingual.

Ver también: Anexo 5, Recomendación 2, página 113.

Para embarazos con una edad gestacional de entre 9 y 12 semanas (63 a 84 días)

El método recomendado para el aborto médico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal entre 36 y 48 horas más tarde. Las dosis posteriores de misoprostol deben ser de 400 µg como máximo, y se deben administrar por vía vaginal o sublingual, cada tres horas con un máximo de cuatro dosis adicionales, hasta que se expulse el producto de la concepción.

(Vigor de la recomendación: débil.

Calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado y en un estudio de observación: baja).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 3, página 114.

Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (84 días)

El método recomendado para el aborto médico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de dosis repetidas de misoprostol entre 36 y 48 horas más tarde.

[Ver las notas a continuación para conocer las posologías y las vías de administración del misoprostol].

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: baja a moderada).

- En el caso de gestaciones entre 12 y 24 semanas, la dosis inicial de misoprostol después de la administración oral de mifepristona puede ser de 800 µg por vía vaginal o 400 µg por vía oral. Las dosis posteriores de misoprostol deben ser de 400 µg, y se deben administrar por vía vaginal o sublingual, cada tres horas con un máximo de cuatro dosis adicionales.
- En el caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones de posología específicas.

Ver también: Anexo 5, Recomendación 6, página 115.

Métodos recomendados para el aborto médico

Si no se dispone de mifepristona

Para embarazos con una edad gestacional de 12 semanas (84 días) como máximo

El método recomendado para el aborto médico es 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 µg con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado: alta).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 4, página 115.

Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (84 días)

El método recomendado para el aborto médico es 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, repetido cada tres horas con un máximo de cinco dosis.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado: baja a moderada).

- En el caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones de posología específicas.

Ver también: Anexo 5, Recomendación 6, páginas 115 y 116.

CUADRO 3

Métodos recomendados para el aborto de embarazos con una edad gestacional mayor a entre 12 y 14 semanas

Se recomiendan tanto la dilatación y evacuación (DyE) como los métodos médicos (mifepristona y misoprostol; misoprostol solo) para el aborto cuando la gestación es mayor a entre 12 y 14 semanas. Los centros médicos deben ofrecer al menos uno de estos métodos, y preferentemente ambos, según la experiencia del profesional y la disponibilidad de capacitación.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: baja).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 5, página 115.

Recomendaciones para la atención previa a un aborto inducido

Preparación del cuello uterino

Antes de un aborto quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino en el caso de todas las mujeres con un embarazo de 12 a 14 semanas de gestación. Su empleo puede considerarse en las mujeres con un embarazo en cualquier edad gestacional.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: baja).

- Se recomienda cualquiera de estos métodos de preparación del cuello uterino antes de un aborto quirúrgico durante el primer trimestre:
 - 200 mg de mifepristona oral (de 24 a 48 horas antes); o
 - 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual, de 2 a 3 horas antes del procedimiento; o
 - 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, 3 horas antes del procedimiento; o
 - colocación de laminaria en el cuello uterino de 6 a 24 horas antes del procedimiento.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: baja a moderada).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 7, página 116.

Todas las mujeres sometidas a dilatación y evacuación (DyE) con un embarazo de más de 14 semanas de gestación deben someterse a preparación del cuello uterino antes del procedimiento.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: baja a moderada).

- Los métodos recomendados para la preparación del cuello uterino antes de la dilatación y evacuación (DyE) después de las 14 semanas de gestación son los dilatadores osmóticos o el misoprostol.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: moderada).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 8, página 117.

Recomendaciones para la atención previa a un aborto inducido

Exploración ecográfica

No es necesario el uso de una exploración ecográfica de rutina previo al aborto.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado y en estudios de observación: muy baja).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 12, página 118.

Profilaxis con antibióticos

Todas las mujeres que se sometan a un aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, deben recibir profilaxis con antibióticos antes de la cirugía o durante esta.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: moderada).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 11, página 118.

En el caso de las mujeres que se sometan a un aborto médico, no se recomienda el uso profiláctico de antibióticos.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en un ensayo de observación: muy baja).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 11, página 118.

Manejo del dolor

A todas las mujeres se les deben ofrecer medicamentos para el dolor como parte de la rutina (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos) para la realización de un aborto médico o quirúrgico.

No se recomienda la anestesia general en forma de rutina para el aborto por aspiración de vacío o la dilatación y evacuación (DyE).

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: baja).

Notas: siempre se deben ofrecer medicamentos para el manejo del dolor en el caso de un aborto médico o quirúrgico, y se debe suministrar sin retrasos a toda mujer que los desee. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local o la sedación consciente complementada con unas palabras tranquilizadoras son suficientes, si bien la necesidad de manejar el dolor aumenta con la edad gestacional.

Ver también: Anexo 5, Recomendación 14, página 118.

CUADRO 5

Recomendaciones para la atención posterior al aborto

Anticoncepción

Las mujeres pueden comenzar a utilizar anticoncepción hormonal en el momento del aborto quirúrgico o tan pronto como se le administre el primer comprimido de un régimen para un aborto médico. Después del aborto médico, puede insertarse un dispositivo intrauterino (DIU) cuando ya se haya establecido razonablemente que la mujer ya no está embarazada.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: muy baja).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 13, página 118.

Seguimiento

No existe una necesidad médica establecida para realizar una visita de seguimiento de rutina después de un aborto quirúrgico sin complicaciones o de un aborto médico con mifepristona seguida de misoprostol. Sin embargo, se debe aconsejar a las mujeres que cuentan con servicios adicionales disponibles si los necesitan o desean.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en estudios de observación y evidencia indirecta: baja).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 9, página 117.

Aborto incompleto

Si el tamaño del útero al momento del tratamiento es equivalente a un embarazo con una edad gestacional de 13 semanas o menos, se recomienda la aspiración de vacío o el tratamiento con misoprostol para las mujeres con un aborto incompleto. El régimen recomendado con misoprostol es una dosis única administrada por vía sublingual (400 µg) u oral (600 µg).

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: baja).

Ver también: Anexo 5, Recomendación 10, página 117.

Recomendaciones para sistemas de salud

En la medida que lo permita la ley, todas las mujeres deben contar con servicios para un aborto sin riesgos accesibles y disponibles fácilmente. Esto significa que los servicios deben estar disponibles a nivel de la atención primaria, con sistemas de derivación implementados para todo tipo de atención requerida en un nivel superior.

Las medidas para fortalecer las políticas y los servicios relacionados con el aborto deben tener como base las necesidades sanitarias y los derechos humanos de las mujeres y una comprensión rigurosa del sistema de prestación de servicios y un contexto social, cultural, político y económico más amplio.

Los estándares y las guías nacionales referidos a una atención para un aborto sin riesgos deben basarse en la evidencia y deben actualizarse en forma periódica, y deben ofrecer la guía necesaria para lograr un acceso igualitario a la atención de buena calidad. Las nuevas políticas e intervenciones de los programas deben reflejar las prácticas recomendadas basadas en la evidencia. Las intervenciones complejas de prestación de servicios requieren evidencia local en cuanto a su viabilidad y eficacia a través de pruebas piloto a pequeña escala antes de invertir recursos en su ampliación.

La capacitación de los profesionales que realizan abortos garantiza que sean competentes para brindar atención de buena calidad de acuerdo con los estándares y las guías nacionales. Garantizar una atención relacionada con el aborto de buena calidad requiere supervisión, aseguramiento de la calidad y evaluación de manera constante.

El financiamiento de servicios de aborto deben tener en cuenta los costos para el sistema de salud, a la vez que garantizan que los servicios sean accesibles y fácilmente disponibles para todas las mujeres que los requieran. Es probable que los costos de incorporar la atención para un aborto sin riesgos a los servicios sanitarios existentes sean bajos respecto de los costos que recaen en el sistema de salud por las complicaciones de tratar un aborto inseguro.

La ampliación exitosa requiere de planificación, gestión, guía y respaldo en forma sistemática del proceso mediante el cual se expandirán e institucionalizarán las intervenciones piloto. También requiere suficientes recursos humanos y financieros para respaldar el proceso.

Ver el Capítulo 3 para obtener más detalles.

CUADRO 7

Recomendaciones relacionadas con las consideraciones regulatorias, políticas y de derechos humanos

Las leyes y políticas referidas al aborto deben proteger la salud y los derechos humanos de las mujeres.

Es necesario eliminar las barreras regulatorias, políticas y programáticas que obstaculizan el acceso a la atención para un aborto sin riesgos y su prestación oportuna.

Se requiere un entorno regulatorio y político propicio para garantizar que cada mujer elegible desde el punto de vista legal tenga un acceso sencillo a la atención para un aborto sin riesgos. Las políticas deben orientarse a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las mujeres para alcanzar resultados de salud positivos para las mujeres, para ofrecer información y servicios relacionados con la anticoncepción de buena calidad y para satisfacer las necesidades particulares de las mujeres de escasos recursos, las adolescentes, las víctimas de violaciones y las mujeres con VIH.

Ver el Capítulo 4 para obtener más detalles.

Proceso de desarrollo de la guía

Antecedentes

Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud es una publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2003 (2) y fue la primera guía global sobre la atención relacionada con el aborto y las cuestiones referidas a las políticas. Desde ese momento, la guía ha sido traducida al francés, al ruso, al español y a varios idiomas no oficiales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y ha sido empleada ampliamente por gobiernos, organizaciones no gubernamentales (ONG), profesionales que prestan servicios de salud para la mujer y defensores de los derechos humanos.

Desde la publicación de la guía en 2003, se ha generado y publicado una cantidad significativa de datos nuevos asociados con los aspectos epidemiológicos, clínicos, legales, de la prestación de servicios y los derechos humanos relacionados con la atención para un aborto sin riesgos. Por lo tanto, la preparación de esta guía revisada incluyó un repaso exhaustivo de la literatura y una actualización de las recomendaciones referidas a la prestación de servicios, las cuestiones políticas y legales y la realización de nuevas revisiones sistemáticas y actualización de revisiones sistemáticas antiguas con el objetivo de ofrecer la evidencia para las recomendaciones relacionadas con preguntas clínicas cuya prioridad fue establecida por un panel internacional de expertos. Las revisiones considerables de esta actualización reflejan los cambios en los métodos de aborto y la atención relacionada con este, la prestación de servicios según se aplica a la disponibilidad y el uso de métodos nuevos y la aplicación de los derechos humanos para la formulación de políticas y la legislación referida al aborto, entre otros temas. No se modificaron las recomendaciones de la guía de 2003 para las cuales no surgió nueva evidencia.

Asimismo, en paralelo a la revisión de esta guía, se desarrolló un documento afín denominado *Manual*

de práctica clínica para la atención para un aborto sin riesgos para los profesionales que realizan abortos donde encontrarán información adicional sobre los detalles a la hora de implementar las recomendaciones de la guía para la atención clínica.

Métodos

Este documento se preparó de acuerdo con los estándares de la OMS y los requerimientos para el desarrollo de la guía. A modo de resumen, este proceso incluyó lo siguiente: la identificación de preguntas y resultados prioritarios; la recuperación, evaluación y síntesis de la evidencia; la formulación de recomendaciones; y la planificación de la divulgación, implementación, evaluación del impacto y la actualización. El personal profesional del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS (Secretaría de la OMS) inició la identificación de preguntas prioritarias para las recomendaciones y elaboró el borrador de una lista de preguntas y resultados relacionados con brindar atención para un aborto sin riesgos a la vista de los datos nuevos desde la publicación inicial de la guía en 2003 (2), además de como respuesta a las opiniones solicitadas a los usuarios de la guía.

Se organizó un panel global de partes interesadas internacionales, entre quienes estaban profesionales de la salud, directores de programas sanitarios, investigadores, metodólogos, abogados de derechos humanos y defensores de la salud de la mujer y los derechos humanos con el fin de que revisaran y establecieran las prioridades de las preguntas y los resultados del borrador, que incluían temas clínicos, técnicos y programáticos. La consulta inicial se llevó a cabo por medios electrónicos y los miembros de la Secretaría de la OMS se ocuparon de revisar todas las respuestas. En este documento se incluyeron las preguntas y los resultados que se consideraron críticos para que se clasificaran según el enfoque de Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE) y para el desarrollo de las recomendaciones. La lista de las preguntas finales consideradas para las tablas y los resultados según la GRADE se presenta en el Anexo 2.

Las revisiones sistemáticas de Cochrane de ensayos clínicos aleatorizados fueron la fuente primaria de la evidencia para las recomendaciones. Sobre la base de la lista de preguntas prioritarias, que se identificaron según la descripción anterior, se reconocieron las revisiones sistemáticas de Cochrane pertinentes (3–14) y estas se ejecutaron o actualizaron usando las estrategias de búsqueda estándar específicas. Además, se realizaron tres revisiones sistemáticas por fuera de las *bases de datos Cochrane de revisiones sistemáticas* y se publicaron en revistas con revisión científica externa (15–17). Las estrategias de búsqueda y los criterios específicos para la inclusión y exclusión de los ensayos identificados mediante la búsqueda se presentan en las revisiones sistemáticas correspondientes. Se evaluó y calificó la evidencia disponible conforme al enfoque de GRADE (18–22), para reflejar las comparaciones y los resultados prioritarios. Se excluyeron las comparaciones y los resultados no pertinentes. Como resultado, se prepararon perfiles de evidencia (tablas según la GRADE) (disponibles en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75840/1/WHO_RHR_12.10_eng.pdf) - fecha de consulta: 14 de febrero 2013. En el Anexo 3 se presentan los criterios estandarizados para clasificar la evidencia según la GRADE. Para cada comparación seleccionada, se evaluaron los datos disponibles para los resultados prioritarios y se presentan en los perfiles de evidencia (si los resultados prioritarios no estaban disponibles en comparaciones específicas, se omitieron de las tablas de GRADE). Según los perfiles de evidencia, la Secretaría de la OMS elaboró un borrador de las recomendaciones.

Para el Capítulo 3, que se refiere a establecer y fortalecer los servicios relacionados con el aborto sin riesgos, se identificaron dos cuestiones: indicadores de un aborto sin riesgos y competencias para ofrecer un aborto sin riesgos, para los cuales ya se disponía de una guía reciente de la OMS. En consecuencia, los pasos para tratar los temas del Capítulo 3 fueron adoptar y consultar la guía reciente de la OMS y realizar una revisión exhaustiva de la literatura sobre las cuestiones presentadas para las recomendaciones existentes en la primera edición del documento, a la vez que se actualizaron las referencias.

Para el Capítulo 4, que se refiere a las consideraciones legales y políticas, la OMS contrató al Programa Internacional de Derecho en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Derecho de la Universidad de Toronto, en Toronto, Canadá, para que ayudara con la revisión, e incluso propusiera cambios en el contenido existente, sobre la base de las disposiciones de los tratados regionales e internacionales de derechos humanos y el trabajo de los organismos regionales e internacionales de derechos humanos. El personal del programa también confeccionó una serie de sinopsis de investigación en la que se presentaron investigaciones y análisis de los derechos humanos y las leyes sobre cuestiones de interés particular (por ejemplo, la elaboración de la indicación sanitaria para un aborto sin riesgos, las objeciones de conciencia y los obstáculos legales y regulatorios).

A fin de revisar el borrador de las recomendaciones y la evidencia respaldatoria, se organizó una consulta técnica en la sede de la OMS en Ginebra, Suiza. Se invitó a los miembros del grupo de desarrollo de la guía, un subgrupo del panel internacional que participó en la consulta en línea inicial y a otros expertos, para que participaran de esta consulta (ver el Anexo 4 para obtener una lista de los participantes y sus afiliaciones). Se repartieron el borrador de las recomendaciones, los capítulos revisados y los documentos respaldatorios entre los participantes antes de la consulta para que los revisaran.

Se obtuvieron las declaraciones de intereses de los participantes de la consulta técnica mediante un formulario estándar de la OMS antes de que formaran parte de la reunión. La Secretaría de la OMS revisó dichas declaraciones y, en los casos en que fue necesario, también fueron revisadas por la Oficina del Consejo Jurídico de la OMS antes de la consulta. Dos participantes de la consulta (la Dra. Laura Castleman y la Dra. Helena von Hertzen) declararon que eran empleadas de las organizaciones que tenían, o podrían tener, conflictos de intereses comerciales. Entonces, cuando se trataron las recomendaciones que eran directamente relevantes para el trabajo de sus organizaciones, abandonaron la sala durante la elaboración final de la recomendación. Ningún otro participante declaró tener conflictos de intereses reales o potenciales.

Toma de decisiones durante la consulta técnica

Para cada recomendación, los participantes de la consulta técnica analizaron el texto del borrador preparado por la Secretaría de la OMS a fin de lograr el consenso. Dicho consenso se definió como el acuerdo entre la mayoría de los participantes, sin que nadie estuviera fuertemente en desacuerdo. Durante la consulta no hubo desacuerdos importantes y, en consecuencia, no fue necesario un sistema alternativo, como la votación. Además de la evidencia científica y su calidad, se consideraron las cuestiones de aplicabilidad, costos y otras opiniones de expertos en la formulación de las recomendaciones finales.

El vigor de las recomendaciones se determinó a través de la evaluación de cada intervención sobre la base de lo siguiente: (i) los efectos deseables y no deseables; (ii) la calidad de evidencia disponible; (iii) los valores y las preferencias relacionadas con las intervenciones en distintos entornos; y (v) la probabilidad percibida de cambiar la recomendación debido a investigaciones adicionales. En general, una recomendación fuerte con evidencia de calidad moderada o alta indica que las investigaciones adicionales no deben considerarse una prioridad. El texto completo de las recomendaciones de la consulta técnica se presenta en el Anexo 5.

Los temas que no se identificaron como asunto de una revisión sistemática nueva para los cuales ya existían recomendaciones de la OMS se presentaron en la consulta técnica para su análisis grupal. Se respaldaron y adoptaron las recomendaciones que el grupo consideró pertinentes y actuales. Estos temas incluyeron: indicadores de un aborto sin riesgos; uso de anticonceptivos después de un aborto; y las recomendaciones en torno a establecer y fortalecer los servicios de aborto, incluidas las competencias para ofrecer un aborto sin riesgos, que se presentan en el Capítulo 3.

Preparación del documento y revisión científica externa

Se preparó y compartió entre los participantes de la consulta técnica un documento preliminar que contenía el borrador de las recomendaciones tres semanas antes de la reunión. Durante la reunión, se modificó el borrador de las recomendaciones según los análisis. Después de la reunión, la Secretaría de la OMS revisó el documento borrador. La versión revisada se envió por vía electrónica a todos los participantes, para que dieran su aprobación y sus comentarios. Se identificó a revisores primarios para cada capítulo según su campo de experiencia. Por último, se envió el documento completo para una evaluación crítica externa y para la revisión científica externa. Durante este proceso de revisión, se incorporaron al documento sugerencias importantes. No obstante, la Secretaría de la OMS se abstuvo de realizar cambios considerables al alcance (como por ejemplo, ampliar el alcance de la guía) o a las recomendaciones acordadas durante la consulta.

Divulgación del documento guía

Al igual que con la primera edición del documento guía, su divulgación se realizará con la distribución de la versión impresa y con una serie de talleres regionales organizados para aplicar el *Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva* (23) al tema del aborto inseguro. El objetivo de los talleres será desarrollar propuestas basadas en la guía que sirvan para fortalecer la atención para un aborto sin riesgos dentro de los programas de salud sexual y reproductiva. Los talleres incluirán equipos nacionales preseleccionados formados por representantes de ministerios/departamentos de salud, entre ellos, distintos profesionales de la salud y directores de programas, y representantes de ONG, asociaciones profesionales y organismos de la ONU.

Evaluar el impacto de las guías publicadas es una tarea desafiante. Con la intención de hacerlo, planificamos supervisar la cantidad de solicitudes que hagan los países para obtener ayuda con

la implementación de la guía, instruir el seguimiento en los países que apliquen el Enfoque Estratégico y la cantidad de países que modifiquen la supervisión de su programa nacional de aborto para reflejar los indicadores para un aborto sin riesgos presentados en la Tabla 3.2 (página 75) de este documento. Asimismo, continuaremos con la supervisión de la cantidad de descargas del documento y la cantidad de copias de la guía en papel solicitadas y distribuidas.

Actualización de las guías

La Secretaría de la OMS prevé que esta guía se revisará nuevamente cuatro años después de su publicación para evaluar si es necesaria su revisión, sobre la base de la nueva evidencia disponible y las opiniones de los usuarios.

Referencias

1. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
2. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
3. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (1):CD002855, updated 2010.
4. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (4):CD002900.
5. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037, updated 2010.
6. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
7. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD005216.
8. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
9. Promsonthi P, Preechapornprasert D, Chanrachakul B. Nitric oxide donors for cervical ripening in first-trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD007444.
10. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
11. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
12. Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (9):CD001993.
13. Mueller M et al. Antibiotic prophylaxis for medical and surgical first trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
14. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (2):CD006712.
15. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 2011, 83:30–33.
16. Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83(6):504–510.
17. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
18. Guyatt GH et al. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1170–1173.
19. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:924–926.
20. Guyatt GH et al. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *British Medical Journal*, 2008, 336:995–998.
21. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1049–1051.
22. Schünemann HJ et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *British Medical Journal*, 2008, 336:1106–1110.
23. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.

CAPÍTULO 1

Atención para un aborto sin riesgos: los fundamentos lógicos desde el punto de vista de la salud pública y de los derechos humanos

Resumen

- Cada año, se calcula que se producen 22 millones de abortos inseguros. Casi todos los abortos inseguros (98 %) se producen en países en vías de desarrollo. La cantidad total de abortos inseguros ha aumentado de alrededor de 20 millones en 2003 a 22 millones en 2008, si bien la tasa global de abortos inseguros no se ha modificado desde el año 2000.
- Aproximadamente 47 000 muertes relacionadas con el embarazo son provocadas por complicaciones de un aborto inseguro. Además, se estima que 5 millones de mujeres sufren incapacidades como resultado de las complicaciones de un aborto inseguro.
- Los impresionantes avances en el uso de anticonceptivos han producido una reducción de la cantidad de embarazos no deseados, pero no han eliminado la necesidad de acceder a un aborto sin riesgos. Se prevé que unas 33 millones de usuarias de anticonceptivos padezcan un embarazo accidental cada año mientras usan métodos anticonceptivos. Algunos de estos embarazos accidentales se finalizan mediante abortos inducidos y otros terminan siendo bebés no planificados.
- Ya sea que el aborto se dé con mayores restricciones legales o que esté disponible a requerimiento, la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma. Sin embargo, las restricciones legales, además de otras barreras, conllevan a que muchas mujeres se induzcan el aborto o se hagan un aborto con profesionales no especializados. La condición legal del aborto no produce ningún efecto sobre la necesidad de una mujer de tener un aborto, pero afecta dramáticamente su acceso a un aborto sin riesgos.
- En los lugares donde la legislación permite realizar un aborto según indicaciones amplias, la incidencia y las complicaciones de un aborto inseguro en general son menores que en los lugares donde el aborto legal está más restringido.
- En casi todos los países, la ley permite el aborto para salvar la vida de la mujer y en la mayoría de los países el aborto está permitido para preservar la salud física o mental de la mujer. Por lo tanto, es necesario ofrecer servicios para un aborto sin riesgos, según lo indicado por ley.
- El aborto inseguro y la morbilidad y la mortalidad asociadas en las mujeres pueden evitarse. En consecuencia, todas las mujeres deben contar con servicios de aborto disponibles y accesibles en la medida que lo permita la ley.

1.1 Antecedentes

El aborto inducido se ha documentado a través de toda la historia (1). En tiempos pasados, los abortos eran inseguros y ejercían una gran presión en las vidas de las mujeres. Los avances en la práctica médica en general, y el advenimiento de tecnologías seguras y eficaces y la capacidad para realizar abortos inducidos en particular, podrían eliminar en su totalidad los abortos inseguros y las muertes relacionadas, siempre y cuando exista un acceso universal a estos servicios. Aun así, se estima

que cada año siguen produciéndose 22 millones de abortos inseguros, que provocan la muerte de alrededor de 47 000 mujeres (2).

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un aborto inseguro es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos.

En casi todos los países desarrollados (según la clasificación de la División de Población de las Naciones Unidas), los abortos sin riesgos se ofrecen en forma legal a requerimiento o sobre una amplia base social y económica, y para la mayor parte de las mujeres es posible disponer y acceder fácilmente a los servicios en general. Excepto en algunos países, el acceso a un aborto sin riesgos en los países en vías de desarrollo está limitado a una cantidad restringida de condiciones limitadas (3). En los países donde el aborto legal está sumamente restringido, es posible que se dé un acceso desigual a un aborto sin riesgos. En estos contextos, los abortos que cumplen con los requisitos de seguridad se convierten en el privilegio de los ricos, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que acudir a profesionales no seguros, que provocan discapacidades y la muerte (4).

En este capítulo se presenta una reseña del contexto sanitario, demográfico, legal y político del aborto inducido con datos actualizados desde la publicación del documento de la OMS *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* en 2003 (5).

1.2 Salud pública y derechos humanos

Durante mucho tiempo ha existido un consenso acerca del impacto del aborto inseguro sobre la salud pública. Ya en 1967, la Asamblea Mundial de la Salud identificó el aborto inseguro como un problema serio de salud pública en muchos países (6). La estrategia de salud reproductiva de la OMS *para acelerar el avance hacia la consecución de los*

objetivos y las metas internacionales de desarrollo, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, observa lo siguiente:

“El aborto inseguro, una causa prevenible de mortalidad y morbilidad maternas, debe abordarse como parte del Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la mejora de la salud materna y de otros objetivos y metas internacionales de desarrollo” (7).

La cantidad de declaraciones y resoluciones firmadas por los países en las últimas dos décadas (a modo de ejemplo, ver las referencias 8 a 11) indica que existe un consenso cada vez mayor acerca de que el aborto inseguro es una causa importante de mortalidad materna que puede, y debe, prevenirse mediante la educación sexual, la planificación familiar, los servicios para un aborto sin riesgos en la medida que lo permita la ley y la atención posterior al aborto en todos los casos. También hay consenso respecto de que siempre debe ofrecerse atención posterior al aborto y de que es fundamental ampliar el acceso a un método anticonceptivo moderno para prevenir los embarazos no deseados y los abortos inseguros. En consecuencia, la justificación lógica desde el punto de vista de la salud pública para evitar el aborto inseguro es clara e inequívoca.

Los análisis que surgieron a partir de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968 en Teherán, República Islámica de Irán culminaron con un nuevo concepto acerca de los derechos reproductivos, que posteriormente se definió y aceptó en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 en el Cairo, Egipto (8). Eliminar el aborto inseguro es uno de los componentes clave de la estrategia de salud reproductiva *global de la OMS* (12). La estrategia se basa en los tratados internacionales de derechos humanos y en declaraciones globales de consenso que demandan el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos, entre los que se encuentran el derecho de todas las personas de acceder al mayor estándar de salud posible; el derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, el intervalo entre ellos y el

momento de tenerlos, y de acceder a la información y los medios para hacerlo; el derecho de las mujeres de tener control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia; el derecho de los hombres y mujeres de elegir a su esposo y casarse solo de libre y pleno consentimiento; el derecho de acceder a la información de salud relevante; y el derecho de cada persona de disfrutar los beneficios de los avances científicos y sus aplicaciones (12). Con el objetivo de cumplir estos derechos, y de salvar las vidas de las mujeres, es necesario tratar adecuadamente los aspectos programáticos, legales y políticos que conllevan ofrecer un aborto sin riesgos, como se describe en los siguientes capítulos.

1.3 Embarazos y abortos

Cada año, se estima que quedan embarazadas 208 millones de mujeres. Entre ellas, el 59 % (o 123 millones) tiene un embarazo planificado (o deseado) que culmina con un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina (4). El 41 % restante (u 85 millones) de los embarazos no es deseado.

Debido al aumento en el uso de anticonceptivos, la tasa de embarazos en todo el mundo ha disminuido de 160 embarazos cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 134 embarazos cada 1000 mujeres en 2008 (4). Las tasas de embarazos deseados y no deseados han caído, respectivamente, de 91 y 69 cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 1995 a 79 y 55 cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 2008. Lo que es más significativo, la tasa de abortos inducidos se redujo de 35 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 26 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 2008. Esta disminución se debió principalmente a la caída en la tasa de abortos sin riesgos, mientras que el aborto inseguro se ha mantenido relativamente constante desde 2000, con alrededor de 14 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años (13). Se estimó que la cantidad absoluta de abortos inseguros era de aproximadamente

20 millones en 2003 y de 22 millones en 2008. La proporción de todos los abortos que son inseguros aumentó de 44 % en 1995 y 47 % en 2003 al 49 % en 2008 (13). Casi todos los abortos inseguros tienen lugar en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna son altas y el acceso a un aborto sin riesgos es limitado.

1.4 Consecuencias sobre la salud de un aborto inseguro

Las consecuencias sobre la salud de un aborto inseguro dependen de los centros de salud donde se realiza el aborto, la capacidad del profesional que realiza el aborto, el método de aborto empleado, la salud de la mujer y la edad gestacional del embarazo. Los procedimientos del aborto inseguro pueden implicar la inserción de un objeto o sustancia (una raíz, una ramilla o un catéter o un brebaje tradicional) en el útero, la dilatación y el curetaje hechos en forma incorrecta por un profesional no capacitado, la ingesta de sustancias dañinas y la aplicación de una fuerza externa. En algunos entornos, los profesionales tradicionales golpean fuertemente a puñetazos la parte inferior del abdomen de la mujer para interrumpir el embarazo, lo que puede causar la ruptura del útero y la muerte de la mujer (14). Las consecuencias de usar ciertos medicamentos, como el misoprostol (un análogo de la prostaglandina), en dosis incorrectas para inducir el aborto son mixtas, si bien existe cierta evidencia de que incluso una dosis incorrecta puede producir igualmente una reducción en la cantidad de complicaciones graves y muertes maternas (15–17).

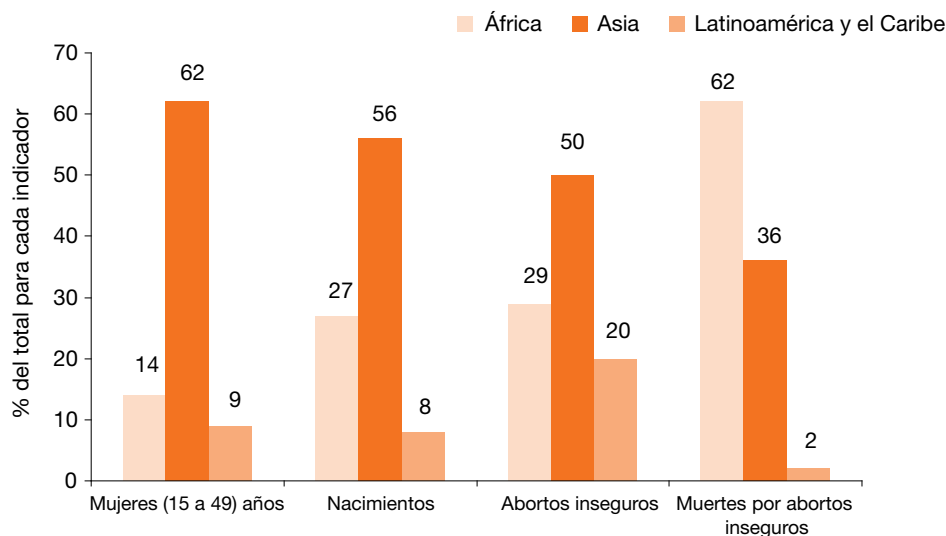
Es difícil medir las muertes y las discapacidades relacionadas con el aborto inseguro. Debido a que estas muertes o complicaciones se producen tras un procedimiento clandestino o ilegal, el estigma y el miedo al castigo impiden que el incidente se notifique en forma confiable. Es especialmente difícil obtener datos confiables sobre las muertes provocadas por abortos inseguros en el segundo trimestre del embarazo (18). Además, las mujeres

tal vez no relacionen su afección con una complicación de un aborto previo (19). Por lo tanto, la notificación de las muertes maternas causadas por abortos inseguros es terriblemente insuficiente. Las complicaciones del aborto inseguro incluyen la hemorragia, la septicemia, la peritonitis y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales (20). Alrededor del 20 % al 30 % de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20 % y el 40 % de estas acaban en una infección del tracto genital superior (21). Una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica (22). Por cada mujer que solicita atención posterior al aborto en un hospital, existen varias que se sometieron a un aborto inseguro pero que no procuran atención médica, ya sea porque consideran que la complicación no es algo serio o porque carecen de los medios económicos necesarios o porque temen al abuso, al maltrato o a una represalia legal (23–30). La evidencia demuestra

que los principales costos fisiológicos, financieros y emocionales son acarreados por las mujeres que sufren un aborto inseguro.

Las cargas del aborto inseguro y de las muertes maternas causadas por el aborto inseguro son desproporcionadamente mayores para las mujeres en África que en cualquier otra región en vías de desarrollo (31). Por ejemplo, si bien África representa el 27 % de los nacimientos anuales en todo el mundo y solo el 14 % de las mujeres de entre 15 y 49 años a nivel mundial, su participación en los abortos inseguros globales en 2008 fue del 29 % y, lo que es más serio, el 62 % de todas las muertes relacionadas con el aborto inseguro que se produjeron en África ese año (ver la Figura 1.1). El riesgo de muerte por un aborto inseguro varía entre las regiones en vías de desarrollo. La tasa de letalidad del aborto inseguro es 460 cada 100 000 procedimientos de aborto inseguro en África y 520 cada 100 000 en África Subsahariana, en comparación con 30 cada 100 000 en América Latina y el Caribe y 160 cada 100 000 en Asia (2).

Figura 1.1 Distribución porcentual de mujeres, nacimientos, abortos inseguros y muertes relacionadas, por región en desarrollo, 2008



Reproducido a partir de la referencia 31.

Cuando el aborto inducido es realizado por profesionales capacitados que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados y en condiciones higiénicas, este es un procedimiento médico muy seguro. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América (EE. UU.), la tasa de letalidad es 0,7 cada

100 000 abortos legales (32). La tasa de letalidad del aborto legal tardío durante el segundo trimestre (33) es mucho más baja que la tasa más baja de los procedimientos de aborto inseguro (ver las Figuras 1.2 y 1.3).

Figura 1.2 Tasas de letalidad de abortos inducidos legales, abortos espontáneos o partos a término, cada 100 000 procedimientos, EE. UU.

Reproducido, con autorización, a partir de la referencia 32.

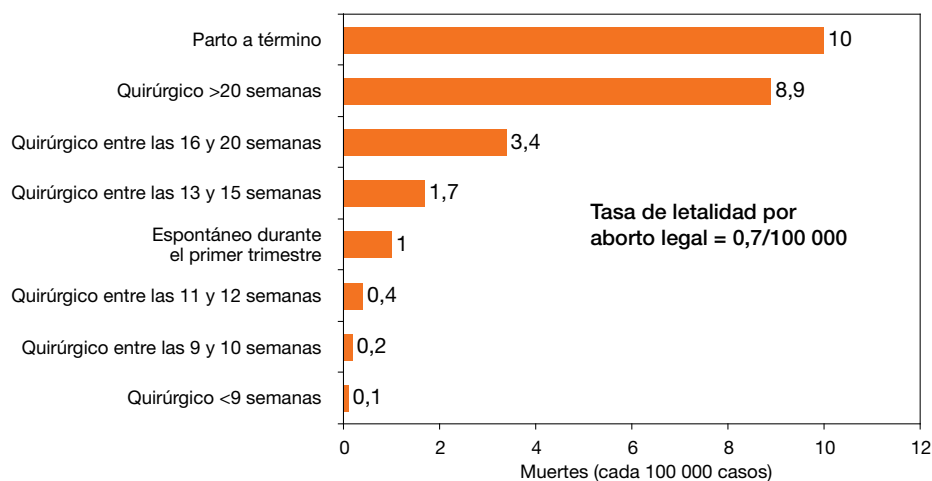
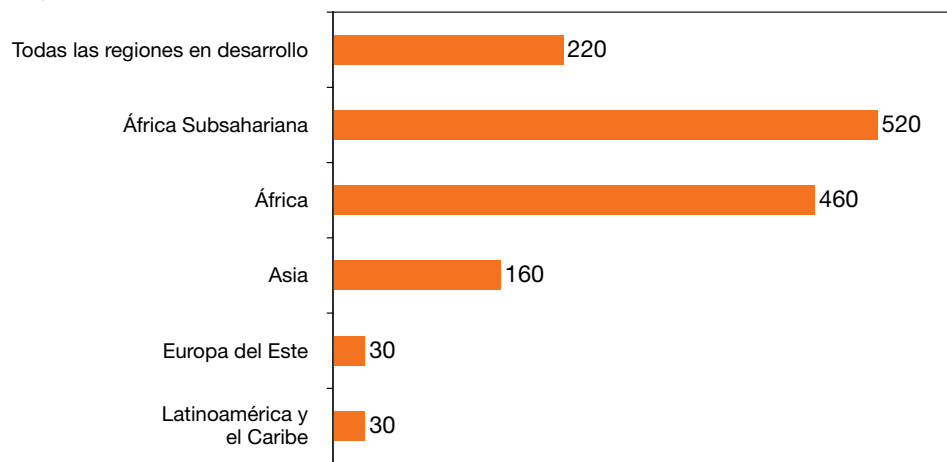


Figura 1.3 Tasas de letalidad cada 100 000 procedimientos de aborto inseguro, por región, 2008

Reproducido a partir de la referencia 2.



1.5 Uso de anticonceptivos, embarazos accidentales y necesidades de planificación familiar insatisfechas

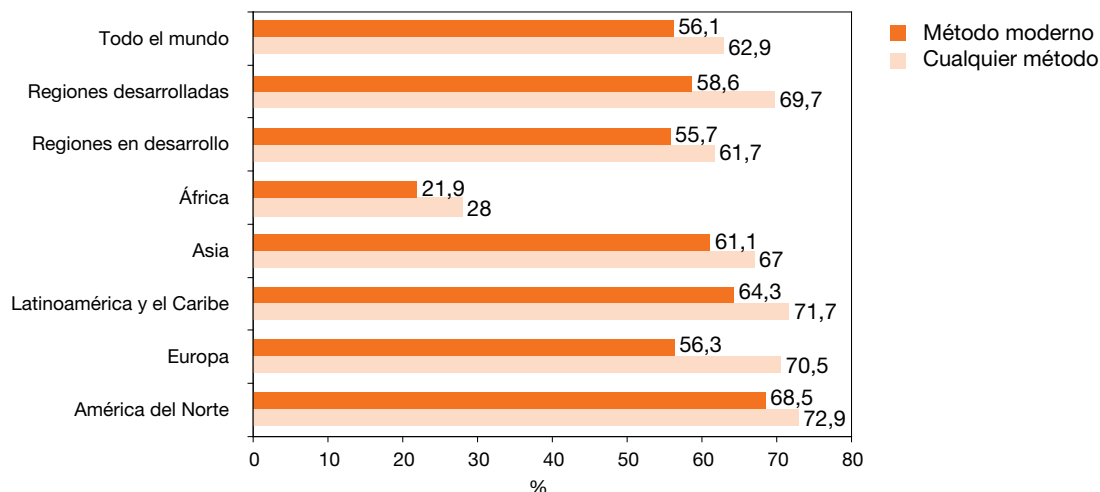
El predominio del uso de cualquier método anticonceptivo entre las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) casadas o en concubinato fue del 63 % a nivel mundial en 2007 (34). El uso de un método moderno fue aproximadamente un 7 % más bajo, con un 56 %. El predominio de métodos anticonceptivos aumentó en todo el mundo y en todas las regiones, aunque sigue siendo bajo en África, con un 28 % con todos los métodos y 22 % con los métodos modernos (ver la Figura 1.4). El predominio es incluso inferior en África Subsahariana, donde el uso de cualquier método anticonceptivo fue del 21 % en 2007, mientras que el uso de métodos modernos fue del 15 %. Por el contrario, el predominio del uso de cualquier método fue mayor al 66 % en Europa, América del Norte, Asia y América Latina y el Caribe.

El uso de métodos anticonceptivos modernos ha provocado una reducción en la incidencia y el predominio de abortos inducidos, incluso

en los lugares donde el aborto está disponible a requerimiento. Varios autores han examinado el descenso del predominio del aborto y el aumento del predominio del uso de anticonceptivos (35, 36). Los datos recientes obtenidos de 12 países de Europa del Este y Asia Central, donde el aborto inducido solía ser el método principal para regular la fertilidad, y de los EE. UU., demuestran que cuando el uso de métodos anticonceptivos modernos es alto, la incidencia del aborto inducido es baja (37). Las tasas de aborto inducido son las más bajas en Europa Occidental, donde el uso de anticonceptivos modernos es elevado y el aborto legal en general está disponible a requerimiento. Por lo tanto, responder a la necesidad insatisfecha de planificación familiar resulta una intervención eficaz para reducir el embarazo no deseado y el aborto inducido.

Sin embargo, el uso exclusivo de anticonceptivos no logra eliminar la necesidad de las mujeres de acceder a servicios para un aborto sin riesgos. La anticoncepción no desempeña papel alguno en los casos de relaciones sexuales forzadas, que pueden dar lugar a un embarazo no deseado.

Figura 1.4 Porcentaje de mujeres casadas o en concubinato que usan cualquier método anticonceptivo o un método anticonceptivo moderno, 2007



Reproducido a partir de la referencia 34.

Además, ningún método es 100 % eficaz en la prevención de los embarazos. A partir de los datos sobre el predominio de los métodos anticonceptivos de 2007 (34) y de las tasas de fracaso típico de los métodos anticonceptivos (51), se estima que, cada año, aproximadamente 33 millones de mujeres de todo el mundo tienen un embarazo accidental mientras usan un método anticonceptivo (ver la Tabla 1.1). Frente a la falta de servicios para un aborto sin riesgos, algunas recurren a profesionales no capacitados y otras tal vez tienen bebés no deseados. No se han estudiado adecuadamente las implicancias de los nacimientos no deseados, pero los efectos pueden ser dañinos y duraderos para las mujeres y para los bebés que nacieron aunque no son deseados (38).

Aún persiste la necesidad insatisfecha de planificación familiar, definida en general como la cantidad de mujeres que quieren evitar o retrasar un embarazo pero que no utilizan ningún método anticonceptivo, a pesar de que ha disminuido algo (39). En conjunto, el 11 % de las mujeres de los países en vías de desarrollo informa que tiene una necesidad insatisfecha respecto de la planificación familiar. En África Subsahariana y en los países menos desarrollados, una de cada cuatro mujeres en el grupo de edad fértil de entre 15 y 49 años declara una necesidad insatisfecha de planificación familiar (39). Las mujeres continuarán enfrentándose a embarazos no deseados mientras no se responda a sus necesidades de planificación familiar.

A diferencia de la necesidad insatisfecha respecto de la planificación familiar, la falta de acceso a la atención para un aborto sin riesgos no está adecuadamente documentada, a excepción de la cruda realidad: se estima que 22 millones de mujeres se someten a un aborto inseguro cada año (2), y 47 000 de ellas mueren a causa de las complicaciones. Incluso un aborto inseguro de “riesgo bajo” en un contexto restringido a nivel legal expone a las mujeres a un riesgo excesivo en caso de que el proceso derivara en una emergencia. En estos casos, debido a las restricciones legales y al estigma vinculado a hacerse un aborto, las mujeres pueden ser reacias a procurar atención médica oportuna en caso de que se produzcan complicaciones después del aborto.

1.6 Contexto regulatorio y político

En los lugares donde las leyes y las políticas permiten realizar un aborto según indicaciones amplias, la incidencia y las complicaciones de un aborto inseguro se reducen a un mínimo (2). Solo en el 16 % de los países en vías de desarrollo se permite el aborto por razones sociales o económicas, en comparación con el 80 % de los países desarrollados (ver la Tabla 1.2). Tres de cada cuatro abortos inducidos en los países en vías de desarrollo (excepto la República Popular China) se realizan en condiciones inseguras (13). En estos países, pocas mujeres cumplen las condiciones legales, o conocen su derecho, para recibir servicios para un aborto sin riesgos a los que tienen derecho desde el punto de vista legal. Asimismo, tal vez los profesionales no estén al tanto de las disposiciones legales o no estén dispuestos a prestar servicios para un aborto legal. En algunos países, además, no se aplican las leyes (40).

Ya sea que el aborto esté o no restringido por la ley, la probabilidad de que una mujer se someta a un aborto por un embarazo no deseado es prácticamente la misma (13). Las restricciones legales llevan a muchas mujeres a procurar servicios en otros países, o de profesionales no capacitados o en condiciones no higiénicas, lo que las expone a un riesgo significativo de muerte o discapacidad. La proporción de mortalidad materna cada 100 000 nacidos vivos debido a un aborto inseguro suele ser más alta en los países con restricciones importantes y más baja en los países donde el aborto está disponible a requerimiento o en condiciones generales (41, 42). La evidencia acumulada demuestra que la eliminación de las restricciones sobre el aborto produce una reducción de la mortalidad materna causada por el aborto inseguro y, en consecuencia, una disminución en el nivel global de mortalidad materna (43, 44, 45, 46).

En una pequeña cantidad de países, donde la mortalidad materna es baja a pesar de las leyes restrictivas referidas al aborto, muchas mujeres tienen acceso a un aborto seguro o relativamente seguro a través de la atención en países vecinos, donde se

realizan abortos seguros pero ilegales en ese país, o a través del uso personal de misoprostol (47–49).

Además de las restricciones legales, otras barreras del aborto sin riesgos incluyen la imposibilidad de pagar, la falta de apoyo social, los retrasos en la procuración de atención médica, las actitudes negativas de los profesionales y la calidad deficiente de los servicios. Las mujeres jóvenes son especialmente vulnerables en los lugares donde los métodos anticonceptivos eficaces están disponibles solo para las mujeres casadas o donde la incidencia

de relaciones sexuales no consensuadas es alta. Casi el 14 % de todos los abortos inseguros en los países en vías de desarrollo se producen en mujeres menores de 20 años. En África, las mujeres jóvenes menores de 25 años representan prácticamente dos tercios de todos los abortos inseguros de la región (50). Un porcentaje mayor de mujeres jóvenes, en comparación con las mujeres adultas, tiende a realizarse abortos durante el segundo trimestre del embarazo, que son más riesgosas.

Tabla 1.1 Cantidad estimada de mujeres que utilizan un método anticonceptivo y cantidad que tiene un embarazo no deseado durante el primer año del uso del método anticonceptivo, por tipo de método anticonceptivo, datos globales, 2007

Método anticonceptivo	Tasa estimada de fracaso (uso típico), % ^a	Cantidad de usuarias, en miles ^b	Cantidad de mujeres con un embarazo accidental (uso típico), en miles ^c
Esterilización femenina	0,5	232 564	1163
Esterilización masculina	0,15	32 078	48
Inyectables	0,3	42 389	127
Dispositivo intrauterino (DIU)	0,8	162 680	1301
Pastillas	5,0	100 816	5041
Preservativo masculino	14	69 884	9784
Barrera vaginal	20	2291	458
Abstinencia periódica	25	37 806	9452
Coito interruptus	19	32 078	6095
Total	4,7	712 586	33 469

^a Los cálculos de Trussell (51) se basan en datos de EE. UU. Las tasas de fracaso estimadas en el uso típico cubren el fracaso del método y el fracaso del usuario que utiliza el método anticonceptivo en condiciones típicas.

^b Sobre la base de la cantidad estimada de mujeres de entre 15 y 49 años, casadas o en concubinato en 2007 y del porcentaje que usa un método anticonceptivo específico (34).

^c Columna (4) = Columna (3) × (Columna (2)/100)

Tabla 1.2 Bases sobre las cuales se permite el aborto (% de países) por región y subregión, 2009

País o área	Para salvar la vida de la mujer	Para preservar su salud física	Para preservar su salud mental	Violación o incesto	Daño fetal	Razones sociales o económicas	A requerimiento	Cantidad de países
Todos los países	97	67	63	49	47	34	29	195
Países desarrollados	96	88	86	84	84	80	69	49
Países en vías de desarrollo	97	60	55	37	34	19	16	146
África	100	60	55	32	32	8	6	53
África Oriental	100	71	65	18	24	6	0	17
África Central	100	33	22	11	11	0	0	9
África Septentrional	100	50	50	33	17	17	17	6
África Meridional	100	80	80	60	80	20	20	5
África Occidental	100	63	56	50	44	6	6	16
Asia ^a	100	63	61	50	54	39	37	46
Asia Oriental	100	100	100	100	100	75	75	4
Asia Centromeridional	100	64	64	57	50	50	43	14
Sudeste asiático	100	55	45	36	36	27	27	11
Asia Occidental	100	59	59	41	59	29	29	17
América Latina y el Caribe	88	58	52	36	21	18	9	33
El Caribe	92	69	69	38	23	23	8	13
América Central	75	50	38	25	25	25	13	8
Sudamérica	92	50	42	42	17	8	8	12
Oceanía ^a	100	50	50	14	7	0	0	14

^a Se excluyeron Japón, Australia y Nueva Zelanda del recuento regional, pero se incluyeron en el total de los países desarrollados.

Adaptado a partir de la referencia 3.

1.7 Costos económicos del aborto inseguro

El aborto sin riesgos es una forma de ahorrar costos. El costo incurrido por los sistemas de salud en el tratamiento de las complicaciones de un aborto inseguro es abrumador, en especial en los países de escasos recursos. El costo promedio general por caso incurrido por los gobiernos se estimó (según el valor de los dólares estadounidenses en 2006) en USD 114 en África y USD 130 en América Latina (52). Sin embargo, los costos económicos del aborto inseguro sobre el sistema de salud de un país van más allá de los costos directos de ofrecer servicios posteriores al aborto. En un estudio reciente (52) se calculó un costo anual de USD 23 millones por el tratamiento de complicaciones menores causadas por el aborto inseguro en el nivel de la atención médica primaria; USD 6 mil millones por el tratamiento de la infertilidad posterior al aborto; y USD 200 millones cada año por los gastos directos de los individuos y hogares en África Subsahariana por el tratamiento de las complicaciones posteriores

al aborto. Adicionalmente, el gasto anual de los individuos y sus sociedades por los salarios perdidos a causa de las muertes o la discapacidad a largo plazo provocada por las consecuencias médicas crónicas del aborto inseguro se estima en USD 930 millones (52).

Se calculó que el aborto inseguro costó al sistema sanitario de la Ciudad de México USD 2,6 millones en 2005, antes de la legalización del aborto (53). Si se ofreciera acceso a un aborto sin riesgos, el sistema podría ahorrar potencialmente USD 1,7 millones cada año. De este modo, sería posible conservar una gran cantidad de dinero y destinarla a cubrir otras necesidades urgentes, entre ellas, ofrecer servicios de calidad mediante estándares y guías actuales, profesionales capacitados y tecnologías adecuadas, si se evitaran los embarazos no deseados con anticoncepción eficaz y el aborto sin riesgos fuera accesible. Las bases económicas fortalecen aún más los fundamentos lógicos de la salud pública y los derechos humanos para brindar un aborto sin riesgos.

Referencias

1. Joffe C. Abortion and medicine: a sociopolitical history. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:1–9.
2. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
3. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World abortion policies*. New York, United Nations, 2011 (ST/ESA/SER.A/302).
4. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
5. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Resolution WHA20.41. Health aspects of population dynamics. In: *Twentieth World Health Assembly, Geneva, 23 May 1967*. Geneva, World Health Organization, 1967 (WHA20/1967/REC/1).
7. Resolution WHA57.12. Reproductive health: strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. In: *Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57/2004/REC/1).
8. *International Conference on Population and Development – ICPD – Programme of Action*. New York, United Nations Population Fund, 1995 (A/CONF171/13/Rev.1 (http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf, accessed 31 August 2011)).
9. Resolution S-21.2. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and development. In: *Twenty-first special session of the United Nations General Assembly New York, 30 June–2 July 1999*. New York, United Nations, 1999 (A/RES/S-21/2).
10. *Plan of action on sexual and reproductive health and rights (Maputo Plan of Action)*. Addis Ababa, The African Union Commission, 2006 (http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf, accessed 31 August 2011).
11. *Access to safe and legal abortion in Europe*. Strasbourg, Council of Europe, 2008 (Resolution 1607 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe; <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1607.htm>, accessed 31 August 2011).
12. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva, World Health Organization, 2004.
13. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
14. Ugboma HA, Akani CI. Abdominal massage: another cause of maternal mortality. *Nigerian Journal of Medicine*, 2004, 13:259–262.
15. Harper CC et al. Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 98:66–69.
16. Miller S et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1291–1296.
17. Sherris J et al. Misoprostol use in developing countries: results from a multicountry study. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 88:76–81.
18. Walker D et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:27–38.
19. Benson J. Evaluating abortion-care programs: old challenges, new directions. *Studies in Family Planning*, 2005, 36:189–202.
20. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.

21. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
22. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
23. Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20:4–13.
24. Singh S, Wulf D, Jones H. Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:59–67 and 72.
25. Singh S et al. Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:100–107 and 144.
26. Juarez F et al. Incidence of induced abortions in the Philippines: current level and trends. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:140–149.
27. Singh S et al. The incidence of induced abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:183–191.
28. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. In: Makhoul Obermeyer C, ed. *Cross-cultural perspectives on reproductive health*. New York, Oxford University Press, 2001:175–192.
29. Ferrando D. *El aborto clandestino en el Perú: hechos y cifras*. [Clandestine abortion in Peru, facts and figures.] Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán and Pathfinder International, 2002.
30. *Unwanted pregnancy and postabortion complications in Pakistan. Findings from a national study*. Islamabad, The Population Council, 2002.
31. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 1149–1158.
32. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
33. Lichtenberg E, Grimes D. Surgical complications: prevention and management. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:224–251.
34. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive use (wallchart)*. New York, United Nations, 2009 (ST/ESA/SER.A/285).
35. Bongaarts J, Westoff C. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:193–202.
36. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29:6–13.
37. Westoff CF. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. Washington, DC, ORC Macro, 2005, No. 8.
38. David HP. Born unwanted, 35 years later: the Prague study. *Reproductive Health Matters*, 2006, 14:181–190.
39. *The Millennium Development Goals report 2010: statistical annexes*. New York, United Nations, 2010.
40. Schuster S. Women's experiences of the abortion law in Cameroon: "What really matters". *Reproductive Health Matters*, 2010, 18:137–144.
41. *World Health Report 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
42. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
43. David HP. Abortion in Europe, 1920–91 – a public-health perspective. *Studies in Family Planning*, 1992, 23:1–22.
44. Jewkes R et al. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa. *British Medical Journal*, 2002, 324:1252–1253.
45. Jewkes R and Rees H. Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act. *South African Medical Journal*, 2005, 95[4]:250.

46. Pradhan A et al., Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings, Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, 2009.
47. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):199–220.
48. Briozzo L et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 95(2):221–226.
49. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
50. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
51. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, et al. eds. *Contraceptive technology*, 17th revised ed. New York, Ardent Media, 1998:779–884. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
52. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).
53. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.

CAPÍTULO 2

Atención clínica para las mujeres en quienes se practica un aborto

Resumen

En este capítulo se trata, en forma breve, el tratamiento clínico de las mujeres antes, durante y después de someterse a un aborto. En el documento de la OMS *Manual de práctica clínica para la atención para un aborto sin riesgos* se indica en detalle cómo ofrecer atención clínica a las mujeres que se realizan un aborto.

La base de la evidencia de las siguientes recomendaciones está disponible en forma de tablas según la Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE) y puede accederse a ella en línea. La descripción de la metodología de GRADE se presenta en la sección sobre Métodos de este documento (páginas 10–11). Las tablas de GRADE están disponibles en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75840/1/WHO_RHR_12.10_eng.pdf - fecha de consulta: 14 de febrero 2013.

Atención previa al aborto

- Determinar la edad gestacional es un factor crítico en la selección del método de aborto más apropiado. En general, son adecuados el examen pélvico bimanual, el examen abdominal y el reconocimiento de los signos del embarazo. También pueden utilizarse análisis de laboratorio o una ecografía, si fuera necesario.
- El uso de rutina de antibióticos al momento del aborto quirúrgico disminuye el riesgo de infecciones posteriores al procedimiento. Sin embargo, no se debe negar el aborto cuando no se dispone de antibióticos profilácticos (tablas de GRADE 66-70).
- Se debe brindar a la mujer información completa, precisa y fácil de comprender sobre el procedimiento

y sobre qué esperar durante y después de este en un formato que sea accesible para ella y que la ayude a tomar una decisión y con su consentimiento voluntario. También es necesario brindar información sobre el uso de métodos anticonceptivos posterior al aborto.

Métodos de aborto

- Los siguientes son los métodos recomendados para el aborto durante el primer trimestre:
 - aspiración de vacío manual o eléctrica, para embarazos de hasta 12 a 14 semanas de gestación (tablas de GRADE 36 y 37);
 - método de aborto médico, específicamente, mifepristona por vía oral seguida de una dosis única de misoprostol, para embarazos de hasta 9 semanas de gestación (63 días) (tablas de GRADE 30–32);
 - método de aborto médico para embarazos de más de 9 semanas de gestación (63 días): mifepristona por vía oral seguida de dosis repetidas de misoprostol (tablas de GRADE 94-121); o
 - si no se dispone de mifepristona: misoprostol solo, en dosis repetidas (tabla de GRADE 113).
- La dilatación y curetaje (DyC) es un método obsoleto de aborto quirúrgico y debe reemplazarse por la aspiración de vacío o por los métodos médicos (tabla de GRADE 35).
- En el caso de los embarazos con más de 12 a 14 semanas de gestación, se recomiendan los siguientes métodos:

- dilatación y evacuación (DyE), aplicando aspiración de vacío y pinzas (tablas de GRADE 33 y 34); o
 - mifepristona seguida de dosis repetidas de misoprostol (tablas de GRADE 71–92); o
 - si no se dispone de mifepristona, misoprostol solo, en dosis repetidas (tablas de GRADE 71–92).
- Se recomienda la preparación del cuello uterino para todas las mujeres con un embarazo de más de 12 a 14 semanas de gestación, si bien podría considerarse su uso para cualquier edad gestacional, en especial para las mujeres con un riesgo alto de lesión del cuello uterino o de perforación del útero (tablas de GRADE 1–19).
 - Siempre se deben ofrecer medicamentos para el manejo del dolor en el caso de un aborto médico o quirúrgico, y se debe suministrar sin retrasos a toda mujer que los desee (tablas de GRADE 38–60, 125–132). En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local o una sedación consciente complementada con apoyo verbal es suficiente. La necesidad de manejo del dolor aumenta con la edad gestacional.
 - Cuando se requiera una dilatación mecánica del cuello uterino para un aborto quirúrgico, se puede utilizar anestésicos locales, tal como la lidocaína, para aliviar las molestias de la mujer. No se recomienda la anestesia general para los procedimientos de aborto de rutina, ya que ha sido asociada con índices más altos de complicaciones que los analgésicos y anestésicos locales (tablas de GRADE 38–60).
 - Deben aplicarse las precauciones habituales para el control de las infecciones, al igual que en la atención de todo tipo de pacientes en todo momento, para reducir el riesgo de infecciones transmitidas por la sangre (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf).

Atención posterior al aborto y seguimiento

- Después de un aborto quirúrgico, la mujer puede dejar el centro de salud tan pronto como se sienta capaz y sus signos vitales sean normales.
- No se requieren visitas de seguimiento de rutina después de un aborto quirúrgico sin complicaciones o de un aborto médico con mifepristona seguida de misoprostol. En el caso de las mujeres que deseen regresar al consultorio, se puede programar una visita de seguimiento entre 7 y 14 días después del procedimiento (tabla de GRADE 93).
- Antes de retirarse del centro de salud después del procedimiento de aborto quirúrgico o de la administración de comprimidos para el aborto, todas las mujeres deben recibir información sobre anticoncepción y, si lo desean, el método anticonceptivo que hayan elegido o una derivación para este tipo de servicios (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html).
- Antes de retirarse del centro de salud, se debe brindar a las mujeres instrucciones orales y por escrito sobre cómo cuidarse en su hogar. Dichas instrucciones deben incluir lo siguiente: cuánta hemorragia podría tener, cómo reconocer las complicaciones potenciales y cómo y dónde obtener ayuda, si la necesitara. Si fuera posible, ofrecer un número telefónico al que las mujeres pueden llamar para hacer preguntas o expresar sus dudas reduce la necesidad de regresar al consultorio.

2.1 Atención previa al aborto

Los primeros pasos a la hora de brindar atención para el aborto son establecer si la mujer está efectivamente embarazada y, si lo está, conocer la duración del embarazo y confirmar que el este sea intrauterino. Los riesgos asociados con el aborto inducido, a pesar de ser mínimos cuando se lleva

a cabo adecuadamente, aumentan con la duración del embarazo (1, 2). La determinación de la duración del embarazo es un factor fundamental para elegir el método de aborto adecuado, y determina el contenido de la información y el asesoramiento que se brinda a las mujeres previo al aborto. Todo servicio de salud debe contar con personal capacitado y competente para recabar los antecedentes médicos de la mujer y realizar un examen pélvico bimanual y un examen abdominal para evaluar con precisión el embarazo y su duración. Aquellos centros de salud que no cuenten con el personal ni el equipamiento adecuado para inducir un aborto deben contar con la posibilidad de derivar a la mujer tempranamente para recibir servicios en un lugar cercano sin retrasos. El personal también debe ser competente para ofrecer asesoramiento y así ayudar a la mujer a considerar sus opciones, si fuera necesario (ver la Sección 2.1.8).

2.1.1 Antecedentes médicos

La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se debe preguntar a la mujer cuál fue el primer día de la fecha de su última menstruación (FUM), es decir, el primer día de hemorragia, y si la menstruación fue normal, además de sus antecedentes de menstruación, entre ellos, la regularidad de los ciclos. Sin embargo, la mujer puede experimentar amenorrea por otras razones diferentes a un embarazo, y algunas mujeres embarazadas pueden no referir la ausencia de un ciclo. Por ejemplo, una mujer en período de lactancia podría quedar embarazada antes de la primera menstruación posparto, y una mujer con amenorrea mientras usa anticonceptivos hormonales inyectables podría quedar embarazada después de omitir una inyección. Algunas mujeres pueden experimentar una hemorragia no menstrual en las etapas tempranas del embarazo, y esto puede ocasionar que no se diagnostique el embarazo o que se cometa un error con la fecha. Otros síntomas que las mujeres suelen referir en etapas tempranas de la gestación incluyen tensión y agrandamiento mamario, náuseas, en algunas oportunidades acompañadas de vómitos, fatiga, cambios en el apetito y aumento de la micción.

Además de estimar la duración del embarazo, recabar los antecedentes clínicos debería servir para identificar las contraindicaciones de los métodos de aborto médico o quirúrgico y para identificar los factores de riesgo de las complicaciones del tratamiento. Cuando se recaban los datos de los antecedentes, se deben incluir: los antecedentes personales y familiares de enfermedades relevantes; los antecedentes ginecológicos y obstétricos, entre ellos, un embarazo ectópico previo; la tendencia a sufrir hemorragias o trastornos relacionados; antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o presencia de estas; uso actual de medicamentos; alergias conocidas; y evaluación de riesgo de violencia o coerción. El profesional de la salud debe alertar sobre la posibilidad de que exista violencia o coerción en el contexto de un embarazo no deseado (ver la Sección 2.1.8.1).

Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a un aborto requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médicas o quirúrgicas (ver la Sección 2.2.7.1). Existe la posibilidad de ofrecer la realización de pruebas para detectar el VIH, pero no es un requisito para que las mujeres reciban los servicios relacionados con el aborto.

2.1.2 Examen físico

Las observaciones básicas de rutina (pulso, presión arterial y, en algunos casos, temperatura) resultan mediciones basales útiles. Los profesionales de la salud deben confirmar además la existencia del embarazo y estimar su duración mediante la realización de un examen pélvico bimanual y un examen abdominal. Si bien muchos profesionales de la salud han sido capacitados para estimar la duración del embarazo de manera tal de proveer atención prenatal, muchos otros no tienen experiencia en diagnosticar embarazos tempranos ni en estimar con precisión la duración del embarazo durante el primer trimestre. Por lo tanto, a menudo se requiere capacitación adicional en el examen pélvico bimanual para el personal que realizará un aborto (ver el Capítulo 3).

Los signos detectables de embarazo entre las 6 y 8 semanas de gestación mediante el examen pélvico bimanual incluyen reblandecimiento del istmo uterino y reblandecimiento y elongación del útero. Si el útero de una mujer embarazada es más pequeño que lo previsto podría deberse a un embarazo menos avanzado que lo calculado a partir de la FUM, a un embarazo ectópico o a un aborto retenido; un útero que es más grande que lo previsto podría indicar un embarazo que está más avanzado que lo calculado a partir de la FUM, a un embarazo múltiple, a una vejiga llena, a la presencia de fibromas uterinos u otros tumores pélvicos o a un embarazo molar. Un examen físico suele ser, en general, más preciso y confiable si la mujer orina antes del examen.

Durante el examen físico, el profesional de la salud debe evaluar si el útero está en anteverso, retroversoflexión o en otra posición que pueda alterar la estimación de la edad gestacional o complicar un aborto quirúrgico. Los profesionales de la salud deben estar capacitados para reconocer los signos de las ETS y otras infecciones del aparato reproductor (IAR), además de las afecciones como la anemia o el paludismo, que podrían requerir procedimientos o servicios adicionales o una derivación.

2.1.3 Estudios de laboratorio

En la mayoría de los casos, los profesionales de la salud solo precisan la información obtenida a través de los antecedentes de la mujer y del examen físico para confirmar el embarazo y estimar su duración. Los análisis de laboratorio para corroborar el embarazo pueden no ser necesarios, a no ser que los signos típicos de gestación no estén claramente presentes y el profesional no esté seguro si la mujer está embarazada. Sin embargo, el hecho de realizar dichos análisis no debe obstaculizar ni retrasar la evacuación uterina.

Los análisis de laboratorio de rutina no constituyen un prerrequisito para los servicios relacionados con el aborto. La detección de anemia mediante la medición de los niveles de hemoglobina o hematocrito puede ser útil al comenzar un tratamiento en los casos aislados de hemorragia al momento del aborto

o después del procedimiento. Siempre que sea posible, se debe realizar la prueba para determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh, para administrar inmunoglobulina Rh cuando esté indicado (ver la Sección 2.1.7).

2.1.4 Exploración ecográfica

No se requiere una exploración ecográfica como parte de la rutina para realizar un aborto (3–5) (tablas de GRADE 122–124). Si está disponible, una ecografía puede ayudar a identificar un embarazo intrauterino y descartar un embarazo ectópico a partir de las seis semanas de gestación (6). También puede servir para determinar la edad gestacional y diagnosticar patologías o la inviabilidad del embarazo. A algunos profesionales de la salud esta tecnología les resulta útil antes de una DyE o después de esta. Si se utiliza una ecografía, los centros de salud deben contar, de ser posible, con áreas separadas donde realizar la exploración de las mujeres que se realizarán un aborto, lejos de las áreas donde se encuentran las mujeres que reciben atención prenatal/antenatal.

2.1.5 Infecciones del aparato reproductor

La presencia de infecciones del aparato reproductor al momento de la realización del aborto es un factor de riesgo de padecer IAR tras un aborto quirúrgico (7). Se ha visto que el uso de rutina de antibióticos al momento del aborto quirúrgico reduce a la mitad el riesgo de infección en el período posterior al procedimiento (8, 9). Sin embargo, los abortos también pueden llevarse a cabo en aquellos lugares donde no se disponga de antibióticos a modo de profilaxis. En todos los casos, se debe ejercer una estricta observación de los procedimientos de limpieza y desinfección (ver la Sección 2.2.7.1).

Después de un aborto médico, el riesgo de infección intrauterina es muy bajo y, por lo tanto, no se requieren antibióticos profilácticos (10) (tabla de GRADE 70).

Si hay signos clínicos de infección, la mujer deberá recibir tratamiento antibiótico de inmediato, y luego llevar a cabo el aborto. En aquellos lugares donde

se realicen análisis de laboratorio para detectar IAR de forma rutinaria, y si no hay signos visibles de infección, el aborto no debe retrasarse a la espera de los resultados.

2.1.6 Embarazo ectópico

El embarazo ectópico es un evento infrecuente, pero potencialmente mortal, que se produce en el 1,5 % al 2 % de los embarazos. Los signos y síntomas que pueden indicar un embarazo extrauterino incluyen tamaño uterino menor al previsto según la duración estimada del embarazo; dolor al mover el cuello uterino, dolor abdominal inferior, especialmente si está acompañado de hemorragia vaginal u oligometrorragia; mareos o desmayos; palidez; y, en algunas mujeres, una masa anexial. Si se sospecha un embarazo ectópico, es esencial confirmarlo inmediatamente e iniciar tratamiento o derivar a la mujer tan pronto como sea posible a un centro que tenga la capacidad para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento (11). La inspección del tejido aspirado después de un aborto quirúrgico prácticamente puede eliminar el riesgo de no detectar un embarazo ectópico (ver la Sección 2.2.4.5).

Debe remarcarse que el diagnóstico de un embarazo ectópico es más difícil durante un método de aborto médico, o después de este, dada la similitud de los síntomas (12). Asimismo, la mifepristona o el misoprostol no constituyen tratamientos para el embarazo ectópico, que, si fuera el caso, continuaría desarrollándose. Por lo tanto, el personal de atención médica debe estar especialmente atento para detectar los signos de un embarazo ectópico durante el examen pélvico, como que el útero se sienta menor que lo previsto según la FUM de la mujer, dolor al mover el cuello uterino o presencia de una masa anexial (13). Se debe indicar a las mujeres que procuren asesoramiento médico de inmediato si tienen síntomas que podrían indicar un embarazo ectópico, como dolor abdominal grave y cada vez más intenso, en particular si se produce en un solo lado.

Si las características clínicas (por ejemplo, antecedentes de embarazo ectópico previo o enfermedad inflamatoria pélvica, discrepancia entre

las fechas de menstruación y la evaluación de la edad gestacional, hemorragia vaginal, embarazo en presencia de un dispositivo intrauterino [DIU], o dolor pélvico) generan la sospecha de un embarazo ectópico, deben realizarse investigaciones adicionales (14). Entre estas pueden incluirse una ecografía pélvica y medición seriada de la coriogonadotropina humana (hCG). Si no fuera posible, o si se diagnostica o sospecha fuertemente un embarazo ectópico, se debe derivar a la mujer a un centro adecuado para el tratamiento.

2.1.7 Isoinmunización Rh

En 1961, en los EE. UU., se recomendaba que todas las mujeres con factor Rh negativo recibieran inmunización pasiva con inmunoglobulina Rh dentro de las 72 horas posteriores al aborto (15); sin embargo, aún no existe evidencia concluyente acerca de la necesidad de esta medida después de un aborto inducido en forma temprana (16). En los entornos donde existe un predominio alto de mujeres con factor Rh negativo y donde se proporciona inmunoglobulina Rh en los centros de salud a estas mujeres, debe administrarse al momento del aborto. Es posible reducir la dosis de inmunoglobulina Rh de 300 µg (la dosis administrada después de un parto a término) a 50 µg en los embarazos con menos de 12 semanas de gestación (17). La prueba del Rh no constituye un requisito para los servicios de aborto donde no está disponible o donde el predominio de mujeres con factor Rh negativo es bajo.

No obstante, en los embarazos con una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo, el riesgo teórico de sensibilización Rh con un aborto médico es muy bajo (17). En consecuencia, la determinación del factor Rh y la administración de profilaxis anti-D no se consideran prerrequisitos para un aborto médico temprano (12). Si se dispone de inmunoglobulina Rh, se recomienda su administración a las mujeres con factor Rh negativo sometidas a un aborto médico en el mismo momento en que se administre prostaglandina (18). En el caso de las mujeres que utilicen misoprostol en su hogar, la inmunoglobulina R puede administrarse a la vez que la mifepristona.

2.1.8 Información y asesoramiento

Suministrar información es parte esencial de un servicio relacionado con el aborto de buena calidad (19). Cada mujer embarazada que contemple la realización de un aborto debe recibir información pertinente y adecuada y se le debe ofrecer asesoramiento por parte de un profesional de la salud capacitado que tenga conocimientos integrales y experiencia con distintos métodos de aborto. Se debe suministrar información a cada mujer, independientemente de su edad o sus circunstancias, de una forma que pueda comprenderla, para permitirle tomar sus propias decisiones acerca del aborto y, si lo decide, acerca de qué método aplicar.

La información, el asesoramiento y el procedimiento de aborto deben brindarse tan pronto como sea posible sin retrasos indebidos. En el Capítulo 3 se presentan los detalles sobre la capacitación y otros requerimientos del profesional de la salud relacionados con la provisión de información y asesoramiento, incluidos los estándares éticos.

2.1.8.1 Información y asesoramiento para la toma de decisiones

El asesoramiento y la información pueden ser muy importantes para ayudar a la mujer a considerar sus opciones y asegurar que puede tomar una decisión sin ningún tipo de presión. Muchas mujeres han tomado la decisión de realizarse un aborto antes de procurar atención, y debe respetarse esta decisión sin someter a la mujer a un asesoramiento obligatorio. El asesoramiento para las mujeres que lo deseen debe ser voluntario, confidencial, imparcial y brindado por una persona capacitada (19, 20).

Si la mujer opta por un aborto, el profesional de la salud deberá explicarle cualquier requerimiento legal necesario para poder realizarlo. Debe darse a la mujer todo el tiempo que necesite para tomar su decisión, aun si significa que deberá volver al consultorio más tarde. Sin embargo, se debe explicar la ventaja de un aborto en una edad gestacional temprana en cuanto a la mayor seguridad respecto

de un aborto con un embarazo más avanzado. Una vez que la mujer tomó una decisión, se le debe realizar el aborto tan pronto como sea posible (19). El profesional de la salud también debe ofrecer información y una derivación para recibir atención prenatal a las mujeres que decidan continuar con el embarazo a término o que consideren la adopción.

En algunas circunstancias, la mujer puede estar bajo la presión de su pareja, un miembro de la familia, un profesional de la salud u otra persona para que se someta a un aborto. Las adolescentes solteras, las mujeres en relaciones abusivas y las mujeres con VIH pueden ser especialmente vulnerables a este tipo de presión. Si los profesionales de la salud sospechan de coerción, deberán hablar con la mujer a solas, o derivarla para que obtenga asesoramiento adicional. Si el personal sabe o sospecha que la mujer fue víctima de violencia o abuso sexual, deberán derivarla a los servicios de asesoramiento y tratamiento que correspondan. Los directores deben asegurarse de que todo el personal sepa de la disponibilidad de dichos recursos en el sistema de salud y en la comunidad (ver Capítulo 3).

2.1.8.2 Información sobre los procedimientos de aborto

La información mínima que la mujer debe recibir incluye:

- qué se hará durante el procedimiento y después de este;
- qué es probable que sienta (por ejemplo, espasmos de tipo menstrual, dolor y sangrado);
- cuánto puede durar el proceso;
- qué tipo de manejo del dolor se le ofrecerá;
- los riesgos y las complicaciones asociadas con el método de aborto;
- cuándo podrá retomar su actividad normal, incluidas las relaciones sexuales; y
- la atención de seguimiento.

Si se dispone de distintos métodos de aborto, los profesionales de la salud deberán estar capacitados para dar a la mujer información clara sobre cuáles

son apropiados, sobre la base de la duración del embarazo, la condición médica de la mujer, los potenciales factores de riesgo y las ventajas y desventajas de cada método disponible. Las mujeres tienen más probabilidades de considerar un método de aborto aceptable si lo eligen ellas mismas (21, 22). Contar con distintos métodos es sumamente importante para la mayoría de las mujeres que se someten a un aborto. Sin embargo, diversos estudios indican que las mujeres que optan por el aborto médico, lo consideran más aceptable durante las primeras etapas de la gestación en comparación con las más tardías (21, 23–25).

2.1.8.3 Información y servicios sobre anticoncepción

La meta del asesoramiento sobre anticoncepción y del suministro de los métodos anticonceptivos en el contexto de la atención del aborto es iniciar el método elegido en forma inmediata, después de asegurarse de que es el método más adecuado y aceptable para la mujer. Esto incrementará la probabilidad de que continúe con su uso en forma correcta y constante. Brindar información sobre anticoncepción y las ofertas de asesoramiento, métodos y servicios relacionados es parte esencial de la atención del aborto, dado que ayuda a la mujer a evitar embarazos no deseados en el futuro. Idealmente, el asesoramiento previo al aborto incluye un análisis sobre las necesidades futuras de anticoncepción. Se debe informar a toda mujer que la ovulación puede retornar dos semanas después del aborto (26), lo que la pone en riesgo de embarazo, a menos que utilice un método anticonceptivo eficaz. Deberá recibir información precisa que la ayude a elegir el método anticonceptivo más apropiado para sus necesidades. Para ayudar a la mujer a elegir el método anticonceptivo más adecuado para el futuro, podría ser útil explorar las circunstancias en las que se produjo el embarazo no deseado. Si la mujer solicita realizarse un aborto tras lo que ella considera que fue una falla del método anticonceptivo, el profesional de la salud debe analizar si es posible que haya usado el método en forma incorrecta y cómo usarlo adecuadamente, o si podría ser

apropiado que cambie por un método distinto (para obtener un análisis más profundo, ver la Sección 2.3 y el Anexo 6). Sin embargo, la elección final del método debe realizarla solo la mujer.

La aceptación de un método anticonceptivo por parte de la mujer nunca debe ser una condición previa para realizar un aborto. Algunas mujeres tal vez prefieran analizar sus opciones de anticoncepción después de haber finalizado el aborto.

2.2 Métodos de aborto

Resumen

Los métodos de aborto más adecuados difieren según la duración del embarazo. Los métodos que se presentan en el resumen son indicativos más que prescriptivos en relación a los límites de tiempo. Por ejemplo, la mayoría de los profesionales capacitados pueden llevar a cabo una aspiración hasta las 12 semanas de embarazo, mientras que otros con experiencia suficiente y acceso a cánulas de tamaño adecuado pueden usar este procedimiento de manera segura para finalizar un embarazo hasta las 15 semanas (3).

Se ha ampliado la disponibilidad de métodos médicos seguros y eficaces para inducir el aborto debido a un aumento del registro y el uso de mifepristona y misoprostol (mapas globales de registro de mifepristona y misoprostol disponibles en: www.gynuity.org). El conocimiento sobre estos fármacos, y su uso correcto, incluido el uso de misoprostol solo cuando no se puede acceder a la mifepristona, es importante para quienes planifican y dirigen programas, para los profesionales de la salud y los farmacéuticos, ya que estos fármacos forman parte de los sistemas de salud.

Métodos que pueden aplicarse hasta las 12 o 14 semanas desde la fecha de la última menstruación

Los métodos recomendados son la aspiración de vacío manual o eléctrica, o los métodos médicos que utilizan una combinación de mifepristona seguida de misoprostol.

Se ha demostrado que utilizar mifepristona seguida de un análogo de la prostaglandina es seguro y eficaz hasta las 9 semanas (63 días) de embarazo (4, 19). Existe también evidencia limitada que indica que un régimen de dosis repetidas de misoprostol entre las semanas 9 y 12 de gestación es seguro y eficaz (3, 4, 27, 28); sin embargo, el misoprostol solo es menos eficaz que cuando se usa en combinación con mifepristona.

El uso de métodos médicos de aborto requiere el soporte con aspiración de vacío en el lugar o la posibilidad de derivación a otro centro de salud en caso de una falla o de un aborto incompleto.

Los directores de programas y los formuladores de políticas deben hacer todos los esfuerzos posibles para reemplazar la DyC con la aspiración de vacío y los métodos médicos de aborto.

Métodos que pueden aplicarse después de las 12 o 14 semanas desde la fecha de la última menstruación

El método quirúrgico recomendado es la DyE, aplicando aspiración de vacío y pinzas. El método médico recomendado para el aborto después de las 12 semanas desde la FUM es la mifepristona seguida de dosis repetidas de misoprostol.

Consideraciones previas al procedimiento

2.2.1 Preparación del cuello uterino

A menudo se prepara el cuello uterino con dilatadores osmóticos, como la laminaria, o con agentes

farmacológicos antes de un aborto quirúrgico durante el primer trimestre porque podría permitir que el procedimiento sea más rápido y sencillo al reducir la necesidad de una dilatación mecánica del cuello uterino (29, 30). La preparación del cuello uterino antes de un aborto quirúrgico resulta especialmente beneficiosa para las mujeres que presentan anomalías o una cirugía previa en el cuello uterino, para las adolescentes y en los casos de embarazos avanzados, ya que representan un riesgo alto de lesión del cuello uterino o perforación del útero que podría derivar en una hemorragia (31, 32). También podría facilitar el procedimiento de aborto para los profesionales que no tienen mucha experiencia. Sin embargo, la preparación del cuello uterino tiene ciertas desventajas, entre ellas, una molestia adicional para la mujer y el costo y tiempo adicionales para realizarla en forma eficaz. Por lo tanto, se recomienda para todas las mujeres con embarazos de más de 12 a 14 semanas de gestación (29, 30, 33), si bien podría considerarse su uso en mujeres con cualquier edad gestacional, en especial en aquellas con riesgo alto de lesión en el cuello uterino o perforación del útero.

La preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos requiere, por lo menos, 4 horas para que sea eficaz. Las investigaciones indican que, para los abortos quirúrgicos durante el primer trimestre, puede prepararse el cuello del útero en forma eficaz con la administración de 400 µg de misoprostol por vía vaginal entre 3 y 4 horas o por vía sublingual entre 2 y 3 horas antes del procedimiento (29). Otro régimen farmacológico eficaz es la administración de 200 mg de mifepristona por vía oral 36 horas antes de una aspiración de vacío (29, 34). Para la preparación del cuello uterino antes de una DyE, la eficacia del misoprostol es inferior a una dilatación de un día para el otro con laminaria. A diferencia de la laminaria, no se ha estudiado el uso de misoprostol solo para la preparación del cuello uterino después de las 20 semanas de gestación. El uso de misoprostol combinado con dilatadores osmóticos de un día para el otro no produce un beneficio adicional para dilatar el cuello del útero antes de las 19 semanas de gestación (30).

2.2.2 Manejo del dolor

La mayoría de las mujeres refiere algún grado de dolor con el aborto. Los factores asociados con el dolor durante el aborto quirúrgico realizado con anestesia local han sido evaluados en varios estudios de observación. El grado del dolor varía según la edad de la mujer, la paridad, los antecedentes de dismenorrea y el nivel de ansiedad o temor de la mujer (35–37). Se ha comprobado que un parto vaginal previo y una mayor experiencia por parte del profesional disminuyen el dolor durante el aborto (35, 38). La relación entre el dolor y la edad gestacional, además de la cantidad de dilatación del cuello uterino requerida para el aborto, ha demostrado resultados conflictivos (35, 36, 38), si bien un procedimiento más breve está asociado con menos dolor (35).

Un manejo adecuado del dolor no significa una gran inversión en fármacos, equipamiento o capacitación. Descuidar este elemento importante aumenta innecesariamente la ansiedad y las molestias de la mujer, y de este modo compromete la calidad de la atención y aumenta potencialmente la dificultad del procedimiento.

El asesoramiento y un tratamiento comprensivo podrían reducir los temores y la percepción de dolor de la mujer, como se ha informado en el caso de las mujeres tratados por un aborto incompleto (39). Las técnicas de relajación no farmacológicas pueden conducir a procedimientos más breves y a una menor necesidad de medicamentos para el dolor (40, 41), y escuchar música podría reducir el dolor durante el procedimiento (37). La persona que lleve a cabo el procedimiento y todo el personal presente deben mostrar una actitud amigable y tranquilizadora. En lugares donde sea posible, y si la mujer lo desea, también puede ser de ayuda que una persona que la apoye, como el esposo o pareja, un miembro de la familia o una amiga, permanezca con ella durante el procedimiento. Sin embargo, no debe considerarse que estos enfoques no farmacológicos puedan reemplazar al alivio farmacológico del dolor.

2.2.2.1 Medicamentos para el dolor

Siempre se deben ofrecer medicamentos para el manejo del dolor en el caso de un aborto médico o quirúrgico, y se deben suministrar sin retrasos a toda mujer que los desee. Para el manejo del dolor

durante el aborto, se utilizan tres tipos de fármacos, ya sea solos o combinados: analgésicos, que alivian la sensación de dolor; tranquilizantes, que reducen la ansiedad; y anestésicos, que disminuyen la sensación física durante el aborto quirúrgico. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local o una sedación leve complementada con apoyo verbal son suficientes. La mayoría de estos fármacos son comparativamente económicos.

Los analgésicos no narcóticos incluidos en la *lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS*, por ejemplo, los antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno, reducen el dolor, incluidos los espasmos uterinos, asociado con los métodos de aborto médicos y quirúrgicos (42, 43). En tres ensayos controlados aleatorizados, se halló que el paracetamol no es eficaz para aliviar el dolor posterior al procedimiento después de un aborto quirúrgico (44–46) y fue igualmente ineficaz para reducir el dolor durante un aborto médico (47). Por lo tanto, no se recomienda el uso de paracetamol para reducir el dolor durante el aborto.

En los abortos quirúrgicos, la administración de tranquilizantes antes del procedimiento, tal como el diazepam, puede reducir el temor e inducir relajación, haciendo la intervención más fácil tanto para la mujer como para el profesional. Estos fármacos pueden provocar amnesia, lo que algunas mujeres podrían querer, pero también pueden inducir somnolencia y retrasar la deambulación (37). El uso complementario de analgésicos narcóticos también puede ser apropiado, pero dada la posibilidad de complicaciones, tal como la depresión respiratoria, es necesario disponer de agentes que reviertan el efecto narcótico y de medidas de resucitación.

2.2.2.2 Anestesia

Cuando se requiere la dilatación del cuello uterino para un aborto quirúrgico, con frecuencia se aplica un bloqueo paracervical con anestesia local, como la lidocaína de acción rápida, que se inyecta por debajo de la mucosa en todo el cuello. Entre las ventajas de aplicar anestesia local en lugar de anestesia general se incluyen la reducción de los riesgos y las complicaciones del procedimiento, un tiempo de recuperación más rápido y un mayor sentido

de control para la mujer, quien permanece consciente y capaz de comunicarse con el profesional. La inyección de anestesia local debe aplicarse con habilidad para evitar la introducción endovenosa del fármaco. El uso de anestesia local con la aspiración de vacío es seguro; sin embargo, no se ha estudiado adecuadamente el grado de reducción del dolor, a pesar de su uso frecuente (37).

No se recomienda la anestesia general como parte de la rutina de los procedimientos de aborto, y además incrementa los riesgos clínicos (1, 48–50). Ha sido asociada con tasas más altas de hemorragia que la anestesia local (1, 2). La utilización de anestesia general aumenta los costos, no solo para el centro de salud sino para la mujer, particularmente porque ciertas políticas hospitalarias exigen innecesariamente que las mujeres que la reciben se queden una noche. A pesar de esto, dado que es el método de control del dolor más eficaz, algunas mujeres prefieren la anestesia general y su uso también puede ser preferible desde el punto de vista profesional durante procedimientos difíciles. Todo centro de salud que ofrezca anestesia general deberá contar con personal y equipos especializados para administrarla y manejar cualquier complicación.

2.2.3 Inducción de la muerte fetal antes del procedimiento

Cuando se utilizan métodos médicos de aborto después de las 20 semanas de gestación, debe considerarse la inducción de la muerte fetal antes del procedimiento. Los métodos médicos modernos, como la combinación de regímenes de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo, no producen directamente la muerte del feto; la incidencia de sobrevida transitoria del feto después de la expulsión está relacionada con el aumento de la edad gestacional y la disminución del intervalo del aborto (51, 52). Entre los regímenes utilizados frecuentemente previo al procedimiento para inducir la muerte del feto se incluyen (53):

- Inyección de cloruro de potasio (KCl) a través del cordón umbilical o en las cavidades cardíacas del feto, que es sumamente eficaz pero requiere

experiencia para aplicar la inyección en forma segura y precisa y tiempo para observar la cesación cardíaca mediante ecografía.

- Inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina. La digoxina tiene una tasa de fracaso más alto que el KCl para provocar la muerte fetal; no obstante, es técnicamente más fácil de usar, no requiere una ecografía si se administra por vía intraamniótica, y su seguridad ha sido demostrada (los niveles de suero maternos permanecen en los niveles terapéuticos o subterapéuticos de digoxina) (51). La digoxina requiere tiempo para la absorción fetal; en consecuencia, suele administrarse el día anterior a la inducción del aborto junto con el misoprostol (33, 54).

2.2.4 Métodos quirúrgicos de aborto

2.2.4.1 Aspiración de vacío

La técnica quirúrgica recomendada para el aborto de un embarazo de menos de 15 semanas de gestación es la aspiración de vacío (57). La alta eficacia de la aspiración de vacío ha sido probada en varios ensayos controlados aleatorizados. Se notifican índices de aborto completo de entre el 95 % y el 100 % (55, 56). Las tecnologías de vaciado manual y eléctrico parecen ser igualmente eficaces; sin embargo, el uso de la aspiración de vacío manual se asocia con menos dolor en los embarazos de menos de 9 semanas de gestación y con una mayor dificultad durante el procedimiento cuando ya transcurrieron las 9 semanas (57). La aspiración de vacío con menos de 14 semanas de gestación es más eficaz y está asociada con menos complicaciones menores que el aborto médico (56, 58).

La aspiración de vacío involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío. La aspiración de vacío eléctrica (AVE) utiliza una bomba de vacío eléctrica. Con la aspiración de vacío manual (AVM), el vacío se crea utilizando un aspirador plástico de 60 ml sostenido y activado con la mano (también llamado jeringa). Los aspiradores disponibles se ajustan a distintos tamaños de cánulas de plástico,

y varían entre 4 mm y 16 mm de diámetro. Para cada procedimiento, se debe elegir la cánula de tamaño adecuado según la edad gestacional y la cantidad de dilatación del cuello uterino; en general, el diámetro de la cánula corresponde a la edad gestacional en semanas. Algunas cánulas y la mayoría de los aspiradores pueden utilizarse nuevamente una vez que se los ha limpiado y desinfectado o esterilizado perfectamente. También existen bombas mecánicas disponibles para ser utilizadas con el pie.

Según la duración del embarazo, el aborto mediante aspiración de vacío lleva entre 3 y 10 minutos y puede realizarse de manera ambulatoria, utilizando analgésicos o anestesia local. Se examina el tejido aspirado para verificar que se completó el aborto. En embarazos muy tempranos, la cánula puede ser introducida sin dilatación previa del cuello uterino. Sin embargo, en forma habitual se requiere dilatación mecánica o con dilatación osmóticos o agentes farmacológicos como el misoprostol o la mifepristona antes de insertar la cánula (ver la Sección 2.2.1). En general, los procedimientos de aspiración de vacío pueden completarse en forma segura sin el uso de curetas u otros instrumentos a nivel intrauterino. No existen datos que indiquen que realizar un curetaje después de la aspiración de vacío disminuya el riesgo de retener el producto (59).

La mayoría de las mujeres que tiene un aborto durante el primer trimestre con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar el centro de salud después de haber permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación. Por lo general, se requieren períodos más largos de recuperación cuando se realiza un aborto en un embarazo más avanzado o cuando se utilizó sedación o anestesia general.

La aspiración de vacío es un procedimiento muy seguro. Un estudio con 170 000 abortos durante el primer trimestre llevado a cabo en la ciudad de Nueva York mediante aspiración de vacío indicó que menos de 0,1 % de las mujeres experimentaron complicaciones serias que requirieran hospitalización (60). Si bien son raras, entre las complicaciones de la aspiración de vacío se incluyen infección

pélvica, hemorragia excesiva, lesión del cuello del útero, evacuación incompleta, perforación del útero, complicaciones con la anestesia y continuación del embarazo (1, 2). Con cualquier procedimiento de aborto se producen espasmos abdominales y hemorragia del tipo menstrual.

2.2.4.2 Dilatación y curetaje

La DyC implica dilatar el cuello uterino con dilatación mecánicas o agentes farmacológicos y usar curetas de metal filosas para raspar las paredes del útero.

La DyC es menos segura que la aspiración de vacío (61) y es considerablemente más dolorosa para la mujer (62). Por lo tanto, la aspiración de vacío debe reemplazar la DyC. Los índices de complicaciones importantes con la DyC son entre dos y tres veces más altos que con la aspiración de vacío (3). Un ensayo controlado aleatorizado que comparó la DyC con la aspiración de vacío reveló que, hasta las 10 semanas desde la FUM, la aspiración de vacío es más rápida y está asociada con menor pérdida de sangre que la DyC (63, 64).

Donde aún se practica, deben hacerse todos los esfuerzos posibles para reemplazar la DyC con la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención de las mujeres. En los lugares donde no se ofrecen actualmente servicios de aborto, debe incorporarse la aspiración de vacío en lugar de la DyC. En los lugares donde aún no se ha incorporado la aspiración de vacío, los directores deben garantizar que se sigan los protocolos correspondientes para el manejo del dolor y que el procedimiento de DyC esté en manos de personal bien capacitado y bajo supervisión adecuada.

2.2.4.3 Dilatación y evacuación

La DyE se aplica después de las 12 o 14 semanas de embarazo. En aquellos lugares donde se dispone de profesionales con experiencia y capacitados es la técnica quirúrgica más eficaz y segura para embarazos avanzados (3). La DyE requiere la preparación del cuello uterino con dilatación osmóticos o agentes farmacológicos (ver la Sección 2.1) y la evacuación del útero mediante AVE

con una cánula de 12 a 16 mm de diámetro y pinzas largas. Dependiendo de la duración del embarazo, la preparación para lograr una dilatación adecuada del cuello uterino puede tardar entre dos horas y dos días. Si bien no es esencial, a muchos profesionales les resulta útil la utilización de una ecografía durante el procedimiento de DyE (65).

Un ensayo aleatorizado controlado en el que se comparó la DyE con la instilación intraamniótica de prostaglandina PGF_{2α} halló que la DyE es más rápida, segura y aceptable, al menos, hasta las 18 semanas de embarazo (66). Se ha comparado la DyE con el uso de mifepristona con dosis repetidas de misoprostol en un ensayo pequeño, y se descubrió que está asociada con menos dolor y eventos adversos (67). Al igual que cualquier procedimiento médico, los profesionales requieren la capacitación, los equipos y las habilidades necesarios para realizar la DyE en forma segura (68).

El procedimiento de DyE en general puede realizarse en forma ambulatoria con un bloqueo paracervical y antiinflamatorios no esteroideos o sedación consciente. La anestesia general no es necesaria y puede aumentar los riesgos (ver la Sección 2.2.2.2). Usualmente, el procedimiento de DyE no lleva más de 30 minutos. Tanto los profesionales del consultorio como la mujer que se somete a este procedimiento deben esperar más hemorragias vaginales durante el posoperatorio que en abortos del primer trimestre. También se debe capacitar al personal para ofrecer asesoramiento e información específica sobre el aborto durante el segundo trimestre.

2.2.4.4 Otros métodos quirúrgicos de aborto para embarazos avanzados

No deben utilizarse las cirugías mayores como métodos principales para un aborto. La histerectomía no tiene indicación en la práctica abortiva contemporánea, dado que su morbilidad y costos son marcadamente más altos que los de la DyE u otros métodos médicos de aborto. De igual modo, la histerectomía solo debe utilizarse en mujeres con afecciones que justifiquen la operación en forma independiente (19).

2.2.4.5 Evaluación de los tejidos posterior a un aborto quirúrgico

Luego de los métodos quirúrgicos de aborto, es importante examinar el producto de la concepción para descartar la posibilidad de un embarazo ectópico y evaluar si el aborto fue completo. Con la aspiración de vacío, a partir de las 6 semanas de embarazo, los profesionales capacitados pueden identificar visualmente los productos de la concepción, específicamente las vellosidades coriónicas y el saco gestacional (59). Si la aspiración no contiene los productos de la concepción, debe sospecharse un embarazo ectópico y la mujer debe ser evaluada en mayor profundidad (ver la Sección 2.1.6). Asimismo, los profesionales deben estar alertas para detectar tejidos indicativos de un embarazo molar, en especial en los países donde este es frecuente. Si entre los contenidos de la aspiración hay menos tejidos que lo previsto, deben considerarse la posibilidad de un aborto incompleto y el tratamiento con una nueva aspiración. No es necesario realizar un examen de rutina de los productos de la concepción mediante un examen patológico en el laboratorio cuando el examen de los tejidos está a cargo de profesionales capacitados.

2.2.5 Métodos médicos de aborto (ver el Cuadro 2.1)

Se ha demostrado que los métodos médicos de aborto son seguros y eficaces (4, 19, 24, 69–71). Los regímenes más utilizados se basan en el antiprogéstágeno, mifepristona, que se une a los receptores de progesterona e inhibe la acción de la progesterona y, por ende, interfiere con la continuación del embarazo. Los regímenes de tratamiento conllevan una dosis inicial de mifepristona seguida de la administración de un análogo sintético de la prostaglandina, en general el misoprostol, que aumenta las contracciones uterinas y ayuda a despedir el producto de la concepción (72). El gemeprost es un análogo de la prostaglandina similar al misoprostol, pero es más costoso, requiere refrigeración y puede usarse solo para su administración por vía vaginal (12).

CUADRO 2.1

Posologías y vías de administración de mifepristona seguida de misoprostol

Para embarazos con una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo

- 200 mg de **mifepristona** por vía oral.
- Se recomienda que la administración de **misoprostol** se realice entre 1 y 2 días (24 a 48 horas) después de la mifepristona.
- En el caso de la vía vaginal, bucal o sublingual, la dosis recomendada de misoprostol es 800 µg.
- En el caso de administración oral, la dosis recomendada de misoprostol es 400 µg.
- En el caso de gestaciones con un máximo de **7 semanas** (49 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal, sublingual u oral. Después de las 7 semanas de gestación, no debe emplearse la administración oral de misoprostol.
- En el caso de gestaciones con un máximo de **9 semanas** (63 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal o sublingual.

Para embarazos con una edad gestacional entre 9 y 12 semanas (63 a 84 días)

- 200 mg de **mifepristona** por vía oral, seguida de, 36 a 48 horas después:
- 800 µg de **misoprostol** por vía vaginal administrado en un centro de salud. Es posible administrar un máximo de cuatro dosis adicionales de 400 µg de misoprostol con intervalos cada tres horas, por vía vaginal o sublingual.

Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (>84 días)

- 200 mg de mifepristona por vía oral, seguida de, 36 a 48 horas después:
- 400 µg de misoprostol por vía oral u 800 µg por vía vaginal seguido de 400 µg de misoprostol por vía vaginal o sublingual cada tres horas con un máximo de cinco dosis, administrado en un centro de salud. En el caso de embarazos con una edad gestacional superior a las 24 semanas, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones de posología específicas.

En consecuencia, si bien el gemeprost demuestra una eficacia similar al misoprostol, este último es el análogo de la prostaglandina elegido para la atención relacionada con el aborto (73). Existen diversas prostaglandinas que se utilizaban en el pasado, como la sulprostona y la prostaglandina F_{2α}, pero que ya no se usan debido a sus efectos adversos o a la relativa falta de eficacia (74).

Los efectos de los métodos médicos de aborto son similares a aquellos asociados con un aborto espontáneo e incluyen espasmos y hemorragia similar a una menstruación prolongada. La hemorragia se produce durante 9 días en promedio, pero puede durar hasta 45 días en casos infrecuentes (75). Los

efectos secundarios incluyen náuseas, vómitos y diarrea. Entre las contraindicaciones para el uso de mifepristona y un análogo de la prostaglandina se incluyen la insuficiencia hepática o suprarrenal crónica o aguda, la porfiria heredada y la alergia a cualquiera de los fármacos utilizados. La mifepristona no es un tratamiento eficaz para el embarazo ectópico. La sospecha de este tipo de embarazo exige una investigación adicional y, si se confirma, un tratamiento inmediato (11). Se requiere precaución y la opinión clínica en el caso de las mujeres que usan corticoesteroides a largo plazo y en las mujeres que tienen trastornos hemorrágicos, anemia grave, cardiopatías preexistentes o factores de riesgo cardiovascular (12).

Los métodos médicos de aborto han demostrado ser aceptables en muchos entornos, incluidos los entornos de bajos recursos (76–78). Los medicamentos están cada vez más disponibles en todo el mundo, y la combinación de mifepristona y misoprostol para el aborto médico ahora forma parte de la *lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS* (73, 79). A medida que estos medicamentos estén cada vez más disponibles, los directores de los programas deben estar atentos a los requerimientos para incorporar los métodos médicos de aborto a los servicios de salud existentes (ver el Capítulo 3).

2.2.5.1 Mifepristona y análogo de la prostaglandina

Para embarazos de hasta 9 semanas de gestación (63 días)

Se ha demostrado que la mifepristona con el misoprostol son sumamente eficaces, seguros y aceptables para los abortos antes de las 9 semanas desde la FUM. Se han notificado índices de eficacia de hasta el 98 % (70, 80). Aproximadamente entre el 2 % y el 5 % de las mujeres tratadas con la combinación de mifepristona y misoprostol requerirán una intervención quirúrgica para resolver un aborto incompleto, finalizar un embarazo que continuó o controlar la hemorragia (81).

Los protocolos originales para el uso de mifepristona recomendaban una dosis oral de 600 mg de mifepristona seguida de 1 mg de gemeprost por vía vaginal después de 36 a 48 horas. Sin embargo, diversos estudios han establecido que 200 mg de mifepristona es la posología elegida, dado que es tan eficaz como una dosis de 600 mg, y reduce los costos cuando se continúa con un análogo de la prostaglandina adecuado (4, 81–83). Algunos estudios han indicado que la mifepristona puede dividirse en cinco o seis dosis de 25 mg en tres días, con una dosis total de 125 mg a 150 mg (84), una posología ampliamente utilizada en la República Popular de China. Sin embargo, a los fines de prestar el servicio y para la comodidad de la paciente, se recomienda una dosis única de mifepristona. Una dosis de 50 mg de mifepristona es menos eficaz que los 200 mg, cuando se administra en

combinación con gemeprost (85). En un ensayo se informó que una dosis de 100 mg de mifepristona, en combinación con 800 µg de misoprostol por vía vaginal, fue tan eficaz como los 200 mg; sin embargo, la eficacia en ambos grupos del estudio fue menor a la prevista (86).

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina eficaz que es considerablemente menos costoso que el gemeprost, y no requiere refrigeración. Por lo tanto, es el análogo de la prostaglandina elegido. Un régimen eficaz para el aborto médico es una dosis oral de 200 mg de mifepristona seguida de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal (4). En comparación con la administración vaginal, el misoprostol sublingual parece estar asociado con índices más altos de efectos secundarios gastrointestinales, y la administración bucal parece estar asociada con índices más altos de diarrea (4). El misoprostol vaginal es más eficaz y mejor tolerado que el misoprostol oral (87). El misoprostol administrado por vía oral en una dosis de 400 µg debe restringirse a los embarazos de 7 semanas (49 días) de gestación como máximo, debido a su alto índice de fracaso cuando se administra por esta vía a medida que avanza el embarazo (12, 81).

Algunos protocolos requieren que la mujer tome mifepristona y un análogo de la prostaglandina bajo supervisión clínica, lo que implica una segunda visita al centro de salud uno o dos días después de recibir la mifepristona para recibir el análogo de la prostaglandina. El uso hogareño de misoprostol es una opción segura para las mujeres (80, 88). Cada vez más, después de recibir la mifepristona en el consultorio, las mujeres se autoadministran el misoprostol en su hogar dentro de las 24 a 48 horas después de la mifepristona. Independientemente, algunas mujeres prefieren utilizarlo en el consultorio (89). Las mujeres que utilicen misoprostol en su hogar pueden retirarse del centro de salud poco tiempo después de tomar la mifepristona. Se les debe informar qué esperar en relación con la hemorragia vaginal y la expulsión del producto de la concepción después de usar el misoprostol, y cómo reconocer las complicaciones y con quién comunicarse si

se producen. Se debe explicar que la dosis de misoprostol debe tomarse igualmente, aunque se produzca hemorragia después de recibir mifepristona a las pocas mujeres que presenten dicha hemorragia.

Después de la administración de misoprostol, hasta el 90 % de las mujeres expulsará el producto de la concepción en las 4 a 6 horas posteriores. La mayoría de las mujeres probablemente requieran medicamentos para los dolores espasmódicos durante este período (ver la Sección 2.2.2.1).

En el caso de un aborto fallido en el cual continúa el embarazo, se debe ofrecer a la mujer que tome nuevamente misoprostol o que se someta a un aborto quirúrgico (12). En general, es posible realizar una observación de las mujeres con abortos incompletos, excepto que la hemorragia sea intensa, o se les puede ofrecer una nueva administración de misoprostol o completar el aborto en forma quirúrgica. Los centros de salud que ofrecen métodos médicos de aborto deben ser capaces de garantizar que podrán realizar una aspiración de vacío, si fuera necesaria. Si no se dispone de esta posibilidad en el mismo centro, pueden hacerse convenios con otros centros de salud que lleven a cabo la aspiración de vacío. En todos los casos, los profesionales de la salud deben asegurar que la mujer pueda llegar a dichos servicios en caso de una emergencia.

Las mujeres tienden a estar más satisfechas con el procedimiento cuando tienen expectativas más realistas acerca del proceso de aborto (90). Por lo tanto, deben recibir información completa sobre qué esperar y los posibles efectos secundarios de los métodos médicos de aborto. Los profesionales de la salud deben asegurarse de que la mujer comprenda la importancia de acatar el protocolo, especialmente si va a autoadministrarse los fármacos, y también que sepa cómo reconocer las complicaciones y qué hacer en caso de que se presenten.

Para embarazos con una edad gestacional entre 9 y 12 semanas (63 a 84 días)

Los datos limitados indican que, durante este período, el régimen médico más eficaz es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida

de 800 µg de misoprostol vaginal entre 36 y 48 horas después, administrado en un centro de salud. Es posible administrar un máximo de cuatro dosis adicionales de 400 µg de misoprostol con intervalos cada tres horas, por vía vaginal o sublingual (27, 28). Los regímenes durante este período del embarazo y el entorno en que pueden administrarse son objeto de investigaciones en curso.

Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (>84 días)

Un régimen de 200 mg de mifepristona por vía oral seguido de dosis repetidas de misoprostol es segura y eficaz cuando se administra en un centro de salud (3, 91). Una dosis oral de 200 mg de mifepristona seguida de una dosis inicial de misoprostol, entre 36 y 48 horas más tarde, de 400 µg por vía oral u 800 µg por vía vaginal, con dosis adicionales de 400 µg de misoprostol vaginal o sublingual cada tres horas, con un máximo de cuatro dosis adicionales, es sumamente eficaz (91). En el caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones de posología específicas.

Una dosis vaginal de 1 mg de gemeprost utilizada después de 200 mg de mifepristona, y repetida de ser necesario cada 6 horas hasta cuatro dosis, también puede ser eficaz (92). El tratamiento con gemeprost puede continuar con 1 mg de gemeprost cada tres horas con cuatro dosis adicionales, si fuera necesario (93, 94).

2.2.5.2 Misoprostol solo

Para embarazos con una edad gestacional menor a 12 semanas (84 días)

Se ha estudiado también el misoprostol solo para los abortos médicos en relación con su eficacia y seguridad. La eficacia del misoprostol solo es inferior, el tiempo para completar el aborto es más prolongado y el proceso del aborto es más doloroso y está asociado con índices más altos de efectos secundarios gastrointestinales que cuando se combina misoprostol con mifepristona (4, 95).

Debido a la amplia disponibilidad y el bajo costo del misoprostol, y dado que en ciertos entornos se ha informado que su uso ampliado contribuye a reducir las complicaciones de un aborto inseguro (96), el uso de misoprostol solo parece ser frecuente cuando no se dispone de mifepristona.

Los regímenes recomendados de misoprostol son 800 µg administrados por vía vaginal o sublingual, con una dosis repetida en un intervalo no menor a 3 horas y durante no más de 12 horas con tres dosis como máximo. Este régimen es entre el 75 % y 90 % eficaz para completar el aborto. La administración sublingual es menos eficaz que la administración vaginal, salvo que se administre cada 3 horas, pero este régimen tiene índices altos de efectos secundarios gastrointestinales (4, 96, 97). No se recomienda la administración oral debido a su eficacia inferior.

Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (84 días)

El misoprostol es eficaz para inducir el aborto después de las 12 semanas de embarazo, si bien el tiempo para completar el aborto no es tan breve como cuando se utiliza en combinación con mifepristona. El régimen recomendado es 400 µg de misoprostol por vía vaginal o sublingual cada 3 horas durante un máximo de cinco dosis (91, 98). En particular, la administración de misoprostol por vía vaginal es más eficaz para las mujeres nulíparas que la administración sublingual. En el caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas; sin embargo, la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones posológicas.

En varios países, se ha registrado la administración vaginal de gemeprost solo para finalizar embarazos del segundo trimestre. La dosis recomendada es de 1 mg administrada cada 3 horas con un máximo de cinco veces durante el primer día y repetida al día siguiente, si fuera necesario. Con este tratamiento, el 80 % y 95 % de las mujeres aborta entre las 24 horas y 48 horas (99).

2.2.5.3 Otros agentes médicos para realizar un aborto

El metotrexato, un fármaco citotóxico utilizado para tratar ciertos tipos de cáncer, la artritis reumatoide, la psoriasis y otras afecciones, ha sido utilizado en combinación con el misoprostol como un método médico para abortos tempranos (con una edad gestacional de hasta 7 semanas) en algunos países donde no se dispone de mifepristona. Cuando se combina con misoprostol, es eficaz: una cantidad de estudios informan un índice de éxito general mayor al 90 % con 50 mg de metotrexato administrado por vía oral o intramuscular, seguido de 800 µg de misoprostol vaginal entre 3 y 7 días después (4). Sin embargo, un Panel Toxicológico de la OMS se manifestó en contra del uso de metotrexato para inducir el aborto sobre la base de las preocupaciones relacionadas con la teratogenicidad en caso de que el aborto no se complete con éxito (100). Si bien aún se desconocen los riesgos reales, se han informado defectos en los miembros y anomalías en el cráneo y el rostro en los embarazos que continuaron tras un intento fallido de inducir un aborto con metotrexato (101–103). En consecuencia, se recomienda que los servicios que deseen introducir métodos médicos de aborto utilicen regímenes combinados de mifepristona y misoprostol.

Existen otros agentes que se utilizan para estimular las contracciones uterinas e inducir el aborto después de las 12 semanas, pero los datos disponibles sobre su seguridad son limitados. Entre estos agentes se incluyen solución salina hipertónica, o urea hiperosmolar, inyectada por vía intramniótica; lactato de etacridina administrado por vía intramniótica o extramniótica; análogos de la prostaglandina administrados por vía parenteral o intramniótica o extramniótica; y oxitocina inyectada por vía intravenosa o intramuscular (91, 104). No obstante, estos métodos y vías de administración son invasivos y probablemente menos seguros, y el tiempo para completar el aborto es más prolongado cuando se compara con el uso de métodos como la combinación de mifepristona y misoprostol.

2.2.6 Manejo de las complicaciones del aborto

Cuando el aborto es realizado por personal debidamente capacitado en condiciones médicas modernas, es sumamente raro que se produzcan complicaciones y el riesgo de muerte es insignificante (en contraste con el aborto inseguro, ver el Capítulo 1). Sin embargo, todo servicio en todos los niveles del sistema de salud debe estar equipado y contar con personal capacitado en reconocer las complicaciones del aborto y brindar una atención rápida o derivar a la mujer para que reciba atención inmediata durante las 24 horas del día (104). Las instalaciones y las habilidades necesarias para el manejo de las complicaciones de un aborto son similares a aquellas necesarias para el tratamiento de una mujer que ha tenido un aborto espontáneo.

2.2.6.1 Continuación del embarazo

Es posible que el aborto fracase y el embarazo continúe en las mujeres sometidas a un aborto quirúrgico o médico, si bien es más frecuente después de los procedimientos médicos. Se debe ofrecer a las mujeres que continúen con síntomas de embarazo o tengan signos clínicos de aborto fallido que se sometan a un procedimiento de evacuación tan pronto como sea posible (19).

2.2.6.2 Aborto incompleto

Cuando el aborto es llevado a cabo mediante la aspiración de vacío por un profesional capacitado, el aborto incompleto es infrecuente. Es más común que suceda con métodos médicos de aborto (56). Los síntomas frecuentes incluyen hemorragia vaginal y dolor abdominal, y es posible que haya signos de infección. También debe sospecharse aborto incompleto si al examinar visualmente el tejido aspirado durante el aborto quirúrgico, este no concuerda con la duración estimada del embarazo. El personal de todos los centros médicos debe estar capacitado y equipado para tratar un aborto incompleto mediante el vaciado del útero, y se debe prestar especial atención a posibles hemorragias que podrían causar anemia o infección y que requerirían un tratamiento antibiótico.

El aborto incompleto puede solucionarse con

una aspiración de vacío o la administración de misoprostol. Para la evacuación uterina, se recomienda la aspiración de vacío por encima de la DyC, ya que está asociada con una menor pérdida de sangre, menos dolor y un procedimiento más breve (105). El aborto incompleto también puede tratarse con misoprostol: no se hallaron diferencias en los índices de aborto completo o de eventos adversos entre la aspiración del útero o el misoprostol en las mujeres con abortos espontáneos incompletos con una gestación de hasta 13 semanas, si bien hubo más intervenciones quirúrgicas no planificadas con misoprostol (106). La dosis recomendada y la vía de administración de misoprostol para esta indicación es 600 µg por vía oral o 400 µg por vía sublingual (106, 107). La presencia de hemorragia puede disminuir la absorción de misoprostol cuando el fármaco se administra por vía vaginal (108). En consecuencia, en general se prefiere la administración no vaginal, aunque la posología de 400 µg a 800 µg por vía vaginal ha sido eficaz (106). Los abortos espontáneos incompletos también pueden manejarse en forma expectante en el caso de las mujeres que estén clínicamente estables y deseen evitar un tratamiento médico o quirúrgico, pero el proceso toma más tiempo (106). La decisión acerca del tratamiento del aborto incompleto debe basarse en la afección clínica de la mujer y el tratamiento de su preferencia.

2.2.6.3 Hemorragia

La hemorragia puede ser resultado de la retención del producto de la concepción, un traumatismo o daño del cuello uterino, una coagulopatía o, en forma aislada, la perforación del útero. Dependiendo de la causa de la hemorragia, el tratamiento adecuado puede incluir la reevacuación del útero y la administración de fármacos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, el reemplazo intravenoso de líquidos y, en casos graves, transfusiones sanguíneas, el reemplazo de los factores de coagulación, una laparoscopia o una laparotomía de exploración. Debido a la incidencia baja de hemorragia con una aspiración de vacío, en general no se requieren fármacos oxitócicos, aunque tal vez estén indicados con una DyE. Es previsible que se produzca una hemorragia prolongada

de tipo menstrual con los métodos médicos de aborto. En promedio, el sangrado vaginal disminuye gradualmente a lo largo de, aproximadamente, las dos semanas posteriores al aborto médico, pero, en los casos individuales, la hemorragia y oligometrorragia pueden durar hasta 45 días. Este tipo de hemorragia raramente es lo demasiado intensa como para constituir una emergencia. La evacuación quirúrgica puede realizarse a pedido de la mujer o, en los casos en los que la hemorragia es intensa o prolongada y causa anemia o cuando hay evidencia de infección. Sin embargo, todo servicio debe tener la capacidad de estabilizar y tratar a una mujer con hemorragia o derivarla tan pronto como sea posible (19).

2.2.6.4 Infección

Las infecciones raramente ocurren si el aborto se llevó a cabo apropiadamente. Sin embargo, el tracto genital es más sensible a las infecciones ascendentes cuando el cuello del útero está dilatado después de un aborto o parto. Los signos y síntomas frecuentes de infección incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o del cuello del útero con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, oligometrorragia o hemorragia vaginal prolongada, sensibilidad uterina o un recuento alto de glóbulos blancos. Cuando se diagnostica una infección, el personal del centro de salud deberá administrar antibióticos y, si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, deben volver a evacuar el útero. Las mujeres con infecciones graves pueden requerir hospitalización. Como se analiza en la Sección 2.1.5, se ha demostrado que la administración de antibióticos profilácticos a las mujeres sometidas a un aborto quirúrgico reduce el riesgo de infecciones posteriores al aborto (9) y deben suministrarse siempre que sea posible.

Existen pocos datos acerca de la incidencia de infección pélvica clínicamente significativa después de un aborto médico, pero se produce en forma aislada y posiblemente con menos frecuencia que después de una aspiración de vacío. Muchos de los síntomas de infección pélvica, como el dolor, son un tanto inespecíficos y, en consecuencia, es difícil su diagnóstico preciso. Las mujeres con dolor pélvico, sensibilidad abdominal o anxial, secreciones

vaginales y fiebre deben recibir tratamiento con antibióticos de amplio espectro.

Se han informado casos aislados de infección por anaerobios sin fiebre en Canadá y EE. UU. después de un aborto médico (10, 12, 109). Este tipo de casos no se informó en ninguna otra parte. En estos casos, las mujeres presentaron fiebre leve o nada de fiebre; náuseas variables, vómitos, debilidad y cierto dolor abdominal; un deterioro rápido en horas o días; taquicardia e hipotensión refractaria; derrames múltiples; aumento del hematocrito y recuento elevado de leucocitos y neutrófilos. Todas las mujeres padecieron shock tóxico relacionado con *Clostridium*. También se notificaron casos por fuera de la atención relacionada con el aborto, como por ejemplo, durante el posparto de un parto normal (110). No existe evidencia acerca de que un tratamiento antibiótico profiláctico durante un aborto médico elimine estos índices de casos mortales de infección seria; por lo tanto, no se recomienda la administración de antibióticos como profilaxis a las mujeres sometidas a un aborto médico.

2.2.6.5 Perforación del útero

Por lo general, la perforación del útero no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir. En un estudio de más de 700 mujeres que se sometieron a un aborto y a una esterilización laparoscópica en el primer trimestre se observó que 12 de 14 perforaciones del útero eran tan pequeñas que no hubiesen sido diagnosticadas de no haberse hecho la laparoscopia (111). Cuando se sospecha una perforación del útero, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se necesita. Siempre que esté disponible y sea necesaria, la laparoscopia es el método elegido para su investigación. Si la laparoscopia o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de daño al intestino, los vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

2.2.6.6 Complicaciones relacionadas con la anestesia

La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración de vacío durante el primer trimestre como para la DyE durante el segundo trimestre (1, 49, 50). Si se utiliza anestesia

general, el personal debe estar capacitado en el manejo de las convulsiones y en la resucitación cardiopulmonar. En los lugares donde se utilicen narcóticos, es necesario disponer fácilmente de agentes que reviertan el efecto de estos.

2.2.6.7 Ruptura del útero

La ruptura del útero es una complicación aislada. Está asociada con una edad gestacional tardía y con la cicatrización uterina, pero también se ha informado en mujeres que no presentaban estos factores de riesgo. En un metaanálisis, se halló que el riesgo de ruptura del útero en las mujeres con un parto previo por cesárea sometidas a un aborto inducido por misoprostol durante el segundo trimestre era del 0,28 % (112).

2.2.6.8 Secuelas a largo plazo

La vasta mayoría de las mujeres que tienen un aborto adecuadamente realizado no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva (113–115). En tiempos modernos, el riesgo de muerte a partir de un aborto inducido y sin riesgos es menor en comparación con una inyección de penicilina (116) o con llevar un embarazo a término (1).

Las investigaciones no han demostrado una asociación entre un aborto inducido sin riesgos durante el primer trimestre y consecuencias adversas en embarazos posteriores (117). Si bien no se han hecho estudios amplios sobre los abortos durante el segundo trimestre, no hay evidencia de un aumento del riesgo de los resultados adversos en embarazos posteriores (114, 118). Existen datos epidemiológicos sólidos que no muestran un riesgo mayor de cáncer de mama en las mujeres después de un aborto espontáneo o inducido (119, 120). Se producen secuelas psicológicas negativas en una muy pequeña cantidad de mujeres que parecen ser la continuación de afecciones preexistentes en lugar de ser el resultado de la experiencia del aborto inducido (121, 122).

2.2.6.9 Otras complicaciones

Después de un aborto inseguro, pueden producirse otras complicaciones diversas producidas por la

forma o el método de provocar el aborto. Entre otras, se encuentran la intoxicación, el traumatismo abdominal o la presencia de cuerpos extraños en el tracto genital. Si una mujer presenta estas complicaciones, se la debe estabilizar y tratar o derivar para que reciba un tratamiento adecuado, además de tratar las complicaciones relacionadas con el aborto (ver las Secciones 2.2.6.1–2.2.6.6) y debe recibir atención adecuada tras el procedimiento (ver la Sección 2.3).

2.2.7 Otros temas relacionados con los procedimientos de aborto

2.2.7.1 Prevención y control de infecciones

Dado que los procedimientos y la atención relacionados con el aborto involucran el contacto con sangre y otros fluidos corporales, todo el personal clínico y de apoyo de todos los centros de salud donde se ofrecen estos servicios deberán entender y aplicar las precauciones estándar para la prevención y el control de infecciones, tanto para su propio cuidado como para el de sus pacientes.

Las precauciones estándar son prácticas sencillas para el control de las infecciones que deben utilizarse en la atención de todas las pacientes en todo momento para reducir el riesgo de transmisión de infecciones por vía sanguínea. Entre ellas, se incluyen: el lavado de manos con agua y jabón antes y después de todos los procedimientos; el uso de barreras protectoras para el contacto directo con sangre u otros fluidos corporales, tales como guantes, batas, delantales, máscaras y anteojos protectores; el desecho seguro del material contaminado con sangre o con otros fluidos corporales; el manejo adecuado de los lienzos sucios; el manejo y desecho seguro de materiales “cortantes” y la desinfección apropiada de los instrumentos y equipos contaminados (123).

Lavado de manos y uso de barreras protectoras

Todo el personal debe lavarse las manos perfectamente antes y después de entrar en contacto con la mujer, y también inmediatamente después de cualquier contacto con la sangre, los

fluidos corporales o las membranas mucosas (124). Se deben usar guantes estériles o con un alto grado de desinfección y se deben reemplazar en cada contacto con distintas pacientes y en cada evaluación vaginal (o rectal) en la misma mujer. Después de finalizar la atención de una mujer y quitarse los guantes, el profesional de la salud debe siempre lavarse las manos, ya que los guantes podrían tener agujeros que no se detectan (124). Cabe destacar que el uso de accesorios auxiliares, como las botas estériles, no causa una diferencia significativa en el índice de infecciones, aunque sí aumenta los costos.

Limpieza

El uso de detergente y agua caliente es adecuado para la limpieza de rutina de pisos, camas, baños, paredes y lienzos de goma. Si se derraman fluidos corporales, deben utilizarse guantes de goma para trabajo pesado y remover la mayor cantidad posible de fluidos corporales con un material absorbente. Luego puede desecharse en un recipiente a prueba de pérdidas para después ser incinerado o sepultado en una fosa profunda. El área del derramamiento debe limpiarse con un desinfectante a base de cloro y luego lavarse en profundidad con agua caliente y jabón.

Los lienzos sucios deben manipularse lo menos posible, se deben embolsar en el sitio de recolección y no deben clasificarse ni enjuagarse en áreas donde se brinda atención a pacientes. De ser posible, los lienzos con gran cantidad de fluidos corporales deben transportarse en bolsas a prueba de pérdidas. Si no se dispone de estas bolsas, los lienzos deben doblarse con las partes manchadas hacia adentro y se deben manipular cuidadosamente con guantes.

Eliminación segura del material contaminado con fluidos corporales

Los desechos sólidos contaminados con sangre, fluidos corporales, muestras de laboratorio o tejido corporal deben tratarse como desechos clínicos y se los debe eliminar en forma adecuada y conforme a las normas locales (123). Los desechos líquidos, como la sangre u otros fluidos corporales, deben verterse en un drenaje conectado a una cloaca

adecuadamente tratada o a una letrina.

Manejo y desecho seguro de “cortantes”

El mayor peligro de transmisión de VIH en los centros de salud es a través de las lesiones cortopunzantes con agujas o con objetos “cortantes” contaminados. Esto también se aplica a la transmisión de hepatitis B y C. La mayoría de las lesiones con objetos “cortantes” involucradas en este tipo de transmisión se producen a través de lesiones profundas con agujas huecas. Este tipo de lesiones generalmente ocurre cuando se coloca la tapa a una aguja, se la limpia, desecha o descarta de forma inapropiada. Si bien se debe evitar tapar las agujas siempre que sea posible (124), algunas veces es necesario. Cuando este sea el caso, debe utilizarse el método cuchara con una sola mano. Debe haber recipientes resistentes para objetos punzantes y se los debe tener a mano para desechar los “cortantes”. Posteriormente, estos pueden quemarse en un incinerador cerrado o enterrarse en una fosa profunda. Otras precauciones para prevenir lesiones con “cortantes” incluyen la utilización de guantes, tener una fuente de luz apropiada durante el tratamiento de la mujer, colocar el recipiente para los elementos “cortantes” en el sitio donde se utilizará, nunca desechar los “cortantes” en la basura general y mantenerlos fuera del alcance de los niños. Siempre que sea posible, deben utilizarse portaagujas para suturar.

Limpieza segura del equipo después de su uso

Inmediatamente después de su uso, todo el instrumental quirúrgico reutilizable usado durante el aborto debe enviarse para limpieza y esterilización. Los equipos e insumos médicos para uso único no deben reutilizarse (124). En aquellos lugares donde no se disponga de servicios para procesar el instrumental o en lugares de bajos recursos, se recomiendan los siguientes procedimientos.

El paso más importante para asegurar una apropiada descontaminación final del instrumental es la limpieza física (123). El instrumental debe mantenerse húmedo hasta su limpieza. Dejar secar los dispositivos podría dificultar la remoción completa de todos

los contaminantes. Puede usarse un desinfectante como solución de cloro al 0,5 %. Los aspiradores deben desarmarse antes de limpiarlos o realizarles algún procedimiento adicional. Se deben separar los adaptadores desmontables de las cánulas.

Precaución: no es seguro manipular los aspiradores, las cánulas y los adaptadores con las manos sin protección hasta que estén limpios.

Después de poner el instrumental en remojo, lavar todas las superficies en profundidad con agua y detergente. Es preferible usar detergente en lugar de jabón, ya que este puede dejar residuos. Se debe esterilizar todo el instrumental (preferentemente) o

se debe desinfectar con un desinfectante de alto nivel (cuando no sea posible o viable llevar a cabo un proceso de esterilización). La esterilización mata todos los microorganismos, incluidas las endosporas bacterianas como las que causan tétanos y gangrena gaseosa. Un alto nivel de desinfección (AND) destruye todos los microorganismos, incluidos el virus de la hepatitis B y el del VIH, pero no mata de manera confiable las endosporas bacterianas.

La mejor forma de esterilización se logra con vapor presurizado (autoclave) o con remojo durante varias horas (>5 horas) en una solución de glutaraldehído de preparación reciente (125). Es posible alcanzar un AND con remojos más breves en soluciones de glutaraldehído o cloro (hipoclorito sódico) (125).

Tabla 2.1 Procesamiento del instrumental

Método	Agente	Tiempo	Notas
Esterilización	Vapor presurizado (autoclave)	20 minutos a 121 °C y presión de 103,5 kPa a 140 kPa	Se supone que el vapor puede acceder a las áreas del equipo que se intenta descontaminar. Se debe incrementar el tiempo a 30 minutos en el caso de los objetos envueltos.
	Solución de glutaraldehído al 2 %	5 horas de contacto en una formulación alcalina activada al 2 % (pH = 7,5–9) a una temperatura entre 20 °C y 25 °C	Algunas fuentes o fabricantes recomiendan 10 horas para la esterilización.
Alto nivel de desinfección (AND)	Cloro (hipoclorito sódico)	5 minutos de contacto a una temperatura entre 20 °C y 25 °C con solución amortiguadora de hipoclorito (pH = 7–8) en una concentración de 5000 ppm de cloro disponible (una dilución de, aproximadamente, el 10 % del cloro hogareño, ya que puede ser corrosivo para los metales)	Algunas fuentes recomiendan 20 minutos en una dilución al 5 % si se prepara con agua del grifo o una dilución al 1 % si se prepara con agua hervida.
	Solución de glutaraldehído al 2 %	30 minutos de contacto en una formulación alcalina activada al 2 % (pH = 7,5–9) a una temperatura entre 20 °C y 25 °C	Algunas fuentes o fabricantes recomiendan 20 horas para alcanzar un AND.
	Hervido	20 minutos a “ebullición constante”	Se debe cubrir el recipiente; no es necesario sumergir por completo los objetos que flotan.

Nota: la eficacia de todas las técnicas de esterilización y AND depende de la limpieza previa para eliminar toda materia orgánica que se haya secado y adherido al equipo (123, 125, 126).

No sucede lo mismo con el fenol o los antisépticos. El instrumental procesado en frío (remojado en soluciones) debe enjuagarse perfectamente después del procesamiento. El instrumental sometido a un AND puede enjuagarse en agua hervida, mientras que el instrumental esterilizado debe enjuagarse en agua estéril (ver la Tabla 2.1 para obtener los detalles sobre el procesamiento del instrumental).

Algunos fabricantes producen aspiradores y cánulas hechos con plásticos de calidad superior diseñados para ser esterilizados en autoclave, mientras que otros instrumentos de plástico se rajan y derriten cuando se exponen a una temperatura alta para su esterilización. Los profesionales de la salud siempre deben recurrir a las instrucciones de uso de todos los materiales que se desinfecten de manera tal de asegurarse que se está usando el método apropiado de desinfección. Además, deben seguir las instrucciones del fabricante para todos los productos empleados en el proceso de desinfección.

2.3 Atención posterior al aborto y seguimiento

Después de un aborto inducido o espontáneo, las mujeres deben recibir atención adecuada posterior al aborto. En el caso de las mujeres sometidas a abortos inseguros, la atención posterior debe constituir una estrategia para atenuar la morbilidad asociada con las complicaciones, incluida la aspiración del útero cuando se produjo un aborto incompleto (ver la Sección 2.2.6.2); se les debe ofrecer métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados en el futuro y se las debe poner en contacto con otros servicios necesarios dentro de la comunidad. Después de un aborto inducido sin riesgos, la atención posterior tal vez no requiera una visita de seguimiento si la mujer cuenta con la información adecuada acerca de cuándo procurar atención debido a complicaciones y ha recibido todo método anticonceptivo necesario o información que cubra sus necesidades anticonceptivas.

Antes de que dejen el centro de salud, todas las mujeres deben recibir información sobre anticoncepción y se les debe ofrecer asesoramiento

y los métodos anticonceptivos para utilizar después del aborto, incluidos anticonceptivos de emergencia. Después de un aborto médico o quirúrgico, puede iniciarse inmediatamente cualquier método anticonceptivo, entre ellos, dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, siempre que se preste atención al perfil de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con ciertos métodos (ver el Anexo 6). Existen pocos métodos que no deben iniciarse inmediatamente después de un aborto: no debe usarse un diafragma o capuchón cervical hasta aproximadamente 6 semanas de un aborto durante el segundo trimestre, y el método que toma en cuenta el período fértil solo debe comenzar a aplicarse después de que se reanude la menstruación regular (127). Los DIU colocados inmediatamente después del aborto ofrecen una mejor protección contra el embarazo no deseado en lugar de posponer la inserción (128–130). Si bien es seguro, existe un riesgo mayor de expulsar el DIU si se inserta en el momento de realizar un aborto durante el segundo trimestre (131). En el caso de un aborto médico, es posible iniciar el uso de anticonceptivos hormonales después de tomar el primer comprimido de un régimen de aborto médico; sin embargo, es necesario confirmar que el aborto se ha completado antes de insertar un DIU o llevar a cabo una esterilización. Además, se debe prestar especial atención a las mujeres que solicitan una esterilización a fin de garantizar que su decisión no esté indebidamente influenciada por la naturaleza del momento.

Los centros donde se practiquen abortos deben tener la posibilidad de ofrecer el método anticonceptivo elegido por la mujer en el centro. Si no es posible ofrecer el método anticonceptivo elegido por la mujer en el mismo centro (por ejemplo, la esterilización raramente puede realizarse en el nivel de atención primaria), se debe brindar información a la mujer sobre dónde y cómo acceder a este y se le debe ofrecer un método temporal. En el caso de los métodos no disponibles en el centro, el centro de salud donde se practica el aborto debe desarrollar un sistema de derivación directa para garantizar que las mujeres sean capaces de obtener el método anticonceptivo elegido. Se debe informar a todas las mujeres sobre los anticonceptivos de emergencia

y se debe considerar la posibilidad de ofrecérselos para que los conserven en su hogar para usarlos en el futuro, en especial a las mujeres cuyo método primario de anticoncepción es el condón y a quienes deciden no comenzar a utilizar un método anticonceptivo de rutina en forma inmediata.

Los profesionales deben analizar la prevención de las ETS, incluido el VIH, y la importancia de usar condones con las mujeres que elijan métodos anticonceptivos distintos a los condones (127). Se debe enfatizar particularmente la información sobre la prevención de infecciones para aquellas personas con mayor riesgo y en las áreas con un predominio alto de VIH y otras ETS. Se debe disponer de asesoramiento y pruebas de detección de VIH en el centro de salud o a través de una derivación a otros centros. Se debe promocionar la protección doble o el uso de un método como el condón o una combinación de métodos que protejan tanto contra embarazos como contra ETS.

Las mujeres que se someten a un aborto deben recibir instrucciones claras, sencillas, oralmente y por escrito sobre cómo cuidarse después de dejar el centro de salud y cómo reconocer complicaciones que puedan requerir atención médica. Dichas instrucciones deben incluir lo siguiente: abstenerse de tener relaciones sexuales y de colocarse cualquier elemento en la vagina hasta que cese la hemorragia; la disponibilidad de métodos anticonceptivos, incluidos los de emergencia, evitar el embarazo (la fertilidad puede retornar solo dos semanas después del aborto) y la necesidad de regresar al centro de salud en caso de aumento del dolor pélvico, hemorragia intensa o fiebre (19). Mientras las mujeres esperan que se complete un aborto médico, deben tener la posibilidad de comunicarse con un médico o un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarles apoyo.

2.3.1 Métodos quirúrgicos de aborto

Durante el período de observación posterior a un aborto quirúrgico, el personal debe brindar a la mujer confort y apoyo, y supervisar su recuperación. Los profesionales de la salud deben prestar especial atención a la manifestación de dolor por parte de la mujer, dado que el dolor puede deberse

a una perforación del útero (que podría requerir observación o tratamiento mediante laparotomía) o hematometra aguda (sangre retenida en el útero, que puede tratarse mediante una nueva aspiración de la cavidad uterina). En consecuencia, en especial con los abortos en una etapa tardía, es importante confirmar manualmente el tamaño del útero a través de la pared abdominal. Si no se presentan complicaciones, la mayoría de las mujeres puede dejar el centro de salud tan pronto como se sientan capaces y sus signos vitales sean normales (19). Después de abortos llevados a cabo en etapas tardías del embarazo, y después de una sedación importante o anestesia general, los períodos de recuperación pueden ser más prolongados y la mujer podría requerir una observación más atenta.

Después de un aborto quirúrgico, la mujer puede experimentar una hemorragia de tipo menstrual u oligometrorragia durante varias semanas. Con un método médico de aborto, se debe informar a la mujer que tal vez presente una hemorragia similar o más intensa que una menstruación abundante. Los síntomas que requieren atención clínica incluyen hemorragia excesiva, fiebre que dura más de un día, empeoramiento del dolor pélvico o, raramente, signos de continuación del embarazo. Las náuseas, a veces acompañadas de vómitos, en general se calman dentro de las 24 horas de realizar un aborto quirúrgico. El personal debe indicar a las mujeres que esperen tener espasmos, que suelen calmarse lo suficiente con antiinflamatorios no esteroideos de venta libre, como el ibuprofeno. La información para reconocer las complicaciones y cómo procurar ayuda debe estar disponible de una manera pictórica para aquellas mujeres que no saben leer.

Después de abortos realizados durante el primer trimestre, la mayoría de las mujeres puede retomar sus actividades y responsabilidades habituales dentro de horas o días (19). A las mujeres sometidas a un aborto quirúrgico se les debe indicar que regresen para una visita de seguimiento con un profesional capacitado dentro de las dos semanas posteriores al procedimiento. Esta visita es una oportunidad para que el profesional hable con las mujeres sobre sus experiencias, si es necesario. Por ejemplo, las mujeres que tienen un aborto

por razones médicas o como producto de una violación pueden sentir necesidad de hablar sobre la sensación de pérdida o ambivalencia, o tal vez deseen asesoramiento adicional.

2.3.2 Métodos médicos de aborto

Debido a la eficacia superior de la combinación de mifepristona y misoprostol para el aborto médico antes de las 9 semanas (63 días) de gestación, no hay necesidad de realizar un seguimiento médico para confirmar que se completó el aborto. Sin embargo, se debe indicar a las mujeres que regresen para un seguimiento si presentan signos de continuación del embarazo o por otros motivos médicos, como hemorragia intensa prolongada o fiebre. Quienes se someten a un aborto médico con un régimen de misoprostol solo deben retornar para un seguimiento y confirmación de que el aborto fue completo entre 7 y 14 días después de la administración del misoprostol.

Los protocolos de tratamiento con mifepristona seguida de misoprostol usados hasta las 9 semanas de embarazo que requieren que las mujeres permanezcan en observación clínica durante 4 a 6 horas después de recibir el misoprostol requieren la confirmación del aborto durante este período, si fuera posible. La confirmación suele hacerse mediante inspección de las toallas sanitarias y el orinal durante el período de observación para determinar la expulsión del producto de la concepción.

El aborto completo puede confirmarse mediante examen pélvico, una ecografía pélvica o repetición de la medición de la hCG. Si se utilizan mediciones de la hCG, cabe recordar que, en algunos casos, es posible detectar niveles bajos de hCG hasta 4 semanas después de una expulsión con éxito. La ecografía resulta útil para detectar la continuación del embarazo; sin embargo, medir el grosor del endometrio no es útil para diagnosticar un aborto incompleto y podría dar lugar a intervenciones quirúrgicas impropiedades (132). Es probable que las mujeres que continúen presentando síntomas de embarazo o que tengan una hemorragia mínima sigan embarazadas.

A las mujeres con un aborto fallido (continuación del embarazo) se les debe ofrecer la realización de una aspiración de vacío o repetir la administración de misoprostol. Los datos disponibles sobre el riesgo potencial de anomalías fetales después de un aborto sin éxito son limitados e inconcluyentes; por lo tanto, si una mujer desea continuar con un embarazo expuesto, no es necesario insistir en finalizarlo. Sin embargo, se debe informar a las mujeres que es importante el seguimiento debido al riesgo desconocido para el feto debido a los fármacos abortivos (12, 133).

En general, es posible realizar una observación de las mujeres con abortos incompletos, excepto que la hemorragia sea intensa, o se les puede ofrecer una nueva administración de misoprostol o completar el aborto en forma quirúrgica. En vista del mayor riesgo de hemorragia y de abortos incompletos asociados con los procedimientos que se llevan a cabo después de las 12 semanas de embarazo, todas las mujeres en estas situaciones deberían permanecer en observación clínica hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados. Asimismo, los abortos médicos después de las 9 semanas de gestación deben llevarse a cabo en un centro de salud, si bien se están realizando investigaciones para determinar si un aborto hogareño en este subgrupo de edad gestacional es seguro y adecuado.

Referencias

1. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
2. Grimes DA, Cates W, Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1979, 34(3):177–191.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline no. 7*. London, RCOG Press, 2004.
4. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD002855.
5. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 2010, 83:30–33.
6. Laing FD, Frates MC. Ultrasound evaluation during the first trimester of pregnancy. In: Callen P, ed. *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*, 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2010:118–119.
7. Penney GC et al. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:599–604.
8. Low N et al. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
9. Sawaya GF et al. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a metaanalysis. *Obstetrics and Gynecology*, 1996, 87:884–890.
10. Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183–190.
11. *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003.
12. *Frequently asked clinical questions about medical abortion*. Geneva, World Health Organization, 2006.
13. Majhi AK et al. Ectopic pregnancy-an analysis of 180 cases. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2007, 105:308–312.
14. Barnhart KT et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertility and Sterility*, 2006, 86:36–43.
15. Finn R et al. Experimental studies on prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal*, 1961, 1(523):1486–1490.
16. Naik K et al. The incidence of fetomaternal haemorrhage following elective termination of first-trimester pregnancy. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 1988, 27:355–357.
17. Fiala C, Fux M, Gemzell DK. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82:892–903.
18. Urquhart DR, Templeton A. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet*, 1990, 335:914.
19. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
20. Baker A, Beresford T. Informed consent, patient education and counseling. In: Paul M et al. eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:48–62.
21. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714–717.
22. Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:1288–1295.
23. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*, 2002, 65:419–423.
24. Winikoff B et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone–misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:431–437.

25. Honkanen H et al., WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111:715–725.
26. Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion – a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinológica*, 1988, 118:161–167.
27. Hamoda H et al. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112(8):1102–1108.
28. Tang OS et al. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 2002, 17:654–658.
29. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
30. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
31. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of the American Medical Association*, 1984, 251:2108–2112.
32. Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*, 1983, 1(8335):1182–1185.
33. Borgatta L, Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 2011, 84(1):4–18.
34. World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. *Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion*. Geneva, World Health Organization, 1994 (Report No. 50).
35. Smith G et al. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1979, 133:489–498.
36. Belanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 1989, 36:339–350.
37. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009;(2):CD006712.
38. Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 1997, 42:287–293.
39. Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:45–51.
40. Faymonville ME et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 1997, 73:361–367.
41. Marc I et al. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. *Contraception*, 2007, 75:52–58.
42. Suprpto K, Reed S. Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1984, 150:1000–1001.
43. Matambo J, Moodley J, Chigumadzi P. Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal*, 1999, 89:816.
44. Cade L, Ashley J. Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care*, 1993, 21:93–96.
45. Hein A, Jakobsson J, Ryberg G. Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 1999, 43:248–251.
46. Dahl V, Fjellanger F, Raeder JC. No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain*, 2000, 4:211–215.

47. Jackson E, Kapp N. Pain control in first and second trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
48. Lawson HW et al. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994, 171:1365–1372.
49. Mackay H, Schulz KF, Grimes D. Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1985, 66:661–665.
50. Osborn JF et al. General-anesthesia, a risk factor for complication following induced-abortion. *European Journal of Epidemiology*, 1990, 6:416–422.
51. Drey E et al. Safety of intra-amniotic digoxim administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 182:1063–1066.
52. Lalitkumar S et al. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update*, 2007, 13:37–52.
53. Hammond C. Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 200:347–356.
54. Nucatola D, Roth N, Gatter M. A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 2010, 81:67–74.
55. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3:1–4.
56. Niinimaki M et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:795–804.
57. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
58. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 2000, 62:117–124.
59. Paul M et al, eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009.
60. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 1990, 76:129–135.
61. Cates W, Grimes DA, Schulz KF. Abortion surveillance at CDC – creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:12–17.
62. Grimes DA et al. The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report. Abortion in the seventies. In: Hern WM, Andrikopoulos B, eds. *Abortion in the seventies: proceedings of the Western Regional Conference on Abortion*. New York, National Abortion Federation, 1977:41–54.
63. Lean T et al. A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1976, 14:481–486.
64. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037.
65. Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound Medicine*, 1989, 8:71–75.
66. Grimes DA, Hulka JF, McCuthen ME. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 137:785–790.
67. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111(2):148–153.
68. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
69. Ashok PW et al. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 1998, 13:2962–2965.

70. Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119–135.
71. Urquhart DR et al. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study – final results. *Contraception*, 1997, 55:1–5.
72. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 95:126–134.
73. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
74. Sang G, He C, Shao Q. A large-scale introductory trial on termination of early pregnancy by mifepristone in combination with different prostaglandins. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 15:323–329.
75. Creinin MD, Aubeny E. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M et al, eds. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, 1999:91–106.
76. Elul B et al. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion – data from a trial in China, Cuba, and India. *Contraception*, 1999, 59:107–114.
77. Ngoc NTN et al. Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25:10–14 and 33.
78. Tran NT et al. Feasibility, efficacy, safety and acceptability of mifepristone-misoprostol for medical abortion in the Democratic People's Republic of Korea. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 109:209–212.
79. *Essential medicines: WHO model list*, 12th ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
80. Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145–151.
81. World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524–530.
82. Mckinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1993, 8:1502–1505.
83. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal*, 1993, 307:532–537.
84. World Health Organization. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. *Fertility and Sterility*, 1991, 56:32–40.
85. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:738–742.
86. von Hertzen H et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 116:381–389.
87. Elrefaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (Ru-486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983–987.
88. Ngo TD et al. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
89. Hajri S et al. Expanding medical abortion in Tunisia: women's experiences from a multi-site expansion study. *Contraception*, 2004, 70:487–491.
90. Breitbart V. Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 183(2 Suppl.):S26–S33.

91. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD005216.
92. Ho PC, Chan YF, Lau W. Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception*, 1996, 53:281–283.
93. Gemzell-Danielsson K, Ostlund E. Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost – the clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2000, 79:702–706.
94. Tang OS, Thong KJ, Baird DT. Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception*, 2001, 64:29–32.
95. Bugalho A et al. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 2000, 61:47–50.
96. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio-De-Janeiro, Brazil. *Lancet*, 1993, 341:1258–1261.
97. Faundes A et al. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S172–S177.
98. Ho PC et al. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S178–S181.
99. Thong KJ, Robertson AJ, Baird DT. A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16,16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins*, 1992, 44:65–74.
100. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:162–166.
101. Powell HR, Ekert H. Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia*, 1971, 2:1076–1077.
102. Diniz E et al. Efietos sobre o concepto do metotrexato (ametofterina) administrado à mae. Apresentação de caso. *Revista do Hospital das Clinicas, Faculdade de Medicina à Universidade de Sao Paulo*, 1978, 33:286–290.
103. Feldkamp M, Carey JC. Clinical teratology counseling and consultation case-report – low-dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology*, 1993, 47:533–539.
104. *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Geneva, World Health Organization, 1994.
105. Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza J. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD001993.
106. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
107. Diop A et al. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 2009, 79:456–462.
108. Tang OS et al. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. *Human Reproduction*, 2009, 24:1862–1869.
109. *FDA public health advisory; sepsis and medical abortion*. Silver Spring, MD, US Food and Drug Administration, 2010.
110. Ho CS et al. Undiagnosed cases of fatal Clostridium-associated toxic shock in Californian women of childbearing age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 201:459–457.
111. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during 1st-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 161:406–408.
112. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 113:1117–1123.
113. *Medical methods for termination of pregnancy*. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization, 1997.

114. Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillières Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 4:391–405.
115. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357:648–653.
116. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. The public health impact of legal abortion: 30 years later. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35:25–28.
117. Rowland Hogue CJ et al. Answering questions about long-term outcomes. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:252–263.
118. Lurie S et al. The influence of midtrimester termination of pregnancy on subsequent fertility: four to five years follow-up. *Contraception*, 1994, 50:239–241.
119. Beral V et al. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 3.6 countries. *Lancet*, 2004, 363:1007–1016.
120. Melbye M et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336:81–85.
121. Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic-abortion – denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148:578–585.
122. Major B et al. Abortion and mental health evaluating the evidence. *American Psychologist*, 2009, 64:863–890.
123. World Health Organization. Standard precautions in health care. *WHO Infection Control*, October 2007, Epidemic and Pandemic Alert and Response (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf, accessed 1 September 2011).
124. WHO guidelines on hand hygiene and health care. *First global patient safety challenge, clean care is safer care*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, accessed 1 September 2011).
125. Sopwith W, Hart T, Garner P. Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 2002, 2:4.
126. Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. *Infection prevention: guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD, Jhpiego, 2003 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACT433.pdf, accessed 1 September 2011).
127. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP. *Family planning: a global handbook for providers*. Baltimore and Geneva, CCP and WHO, 2008.
128. Goodman S et al. A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 2008, 78:143–148.
129. Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 2007, 109:1286–1294.
130. Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 2010, 82:260–265.
131. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1168–1173.
132. Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 34:104–109.
133. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *Lancet*, 1998, 352:323.

CAPÍTULO 3

Planificación y administración de la atención para un aborto sin riesgos

Resumen

Planificación y administración de la atención para un aborto legal y sin riesgos requiere tomar en cuenta distintas cuestiones del sistema de salud. Estas cuestiones tienen validez tanto para los servicios públicos como privados o sin fines de lucro. En la mayoría de los casos, modificaciones menores de los recursos ya existentes, la adquisición mínima de equipos y medicamentos adicionales o la provisión de una capacitación básica pueden permitir que estos servicios se presten en lugares donde previamente no existían o mejorar la calidad, seguridad, eficiencia y capacidad de los ya existentes. El establecimiento o el fortalecimiento de los servicios ya existentes debe basarse en una planificación minuciosa que abarque los siguientes principios y recomendaciones, que se han generado a partir de revisiones de la bibliografía científica pertinente, y en los recientes procesos de consultas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (indicados mediante vínculos a las publicaciones en línea).

- *Establecimiento de criterios y normas nacionales* que faciliten el acceso y la provisión de atención para un aborto sin riesgos con todo el alcance de la ley. Los criterios y las normas deben abarcar: tipos de servicio de aborto, dónde y quiénes pueden suministrarlos; equipamiento, instrumentos, medicamentos, suministros y capacidad de las instalaciones esenciales; mecanismos de derivación; respeto por la decisión que toma la mujer, basándose en la información; autonomía, confidencialidad y privacidad, con atención a las necesidades especiales de las adolescentes; provisiones especiales para las mujeres víctimas de violación y objeciones por razones de conciencia de los proveedores de salud.
- *Asegurar las capacidades y el buen desempeño de los proveedores de salud* a través de: capacitación; supervisión útil y de apoyo; supervisión, evaluación y otros procesos de mejora de la calidad. La capacitación debe estar basada en el desarrollo de destrezas prácticas y debe abordar las actitudes de los proveedores de salud y las cuestiones éticas relacionadas con la provisión del aborto inducido sin riesgos (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf). La supervisión y la evaluación incluyen la recopilación de datos estadísticos del servicio de rutina y los indicadores del aborto sin riesgos, el uso de listas de control, estudios especiales periódicos y mecanismos de retroalimentación para garantizar una mejora continua de la calidad (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/index.html>).
- *Financiamiento*: el presupuesto del servicio de salud deberá incluir los costos de los profesionales, programas de capacitación, equipamiento, medicamentos, suministros y costos de capital. También debe tenerse en cuenta que estos servicios deben ponerse al alcance de las mujeres que los necesiten. Los costos de agregar servicios de aborto sin riesgo a los servicios de salud ya existentes son, por lo general, módicos en relación con los costos para el sistema de salud del aborto inseguro y el beneficio que significan para la salud de la mujer (<http://screening.iarc.fr/doc/policybrief1.pdf>).
- *Un enfoque sistemático al desarrollo de políticas y programas*: esto implica planificar e implementar políticas y programas teniendo en mente el resultado final, promover la salud de las mujeres y sus derechos humanos.

Involucra la evaluación de la situación actual; la introducción de intervenciones y la comprobación de su factibilidad, aceptabilidad y eficacia a una escala pequeña y luego la adaptación a escala superior de las intervenciones exitosas de modo que los beneficios puedan tener un impacto más amplio en el desempeño del sistema de salud y la salud y el bienestar de las mujeres, sus familias y comunidades (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/en/index.html).

3.1 Introducción

Este capítulo expone las consideraciones para establecer o fortalecer la atención para un aborto sin riesgos. Destaca los componentes clave de la atención para el aborto sin riesgos así como el proceso de establecer políticas, programas y servicios, que incluyen temas como la evaluación de necesidades y prioridades, la introducción de intervenciones a una escala pequeña y la adaptación a escala superior de las intervenciones exitosas para un impacto más amplio.

Los encargados de la elaboración de políticas y los directores de la atención de la salud que trabajan para brindar servicios de salud reproductiva siempre deben garantizar que la atención para el aborto sin riesgos sea fácilmente accesible y esté disponible con todo el alcance de la ley. Mujeres de todos los países tienen abortos inducidos. Los abortos son seguros en los lugares en los que los servicios legales se pueden conseguir fácilmente y están disponibles sin problemas; donde el acceso y la disponibilidad de los servicios legales están muy restringidos, los abortos tienden a ser inseguros (1, 2). Las leyes y los servicios de aborto deben proteger la salud y los derechos humanos de todas las mujeres, entre ellas, las adolescentes. No deben generar situaciones que lleven a las mujeres y adolescentes a buscar un aborto inseguro. De hecho, la mayoría de los países tienen una o más indicaciones legales para proporcionar abortos sin riesgos. Sin embargo, en países con leyes muy restrictivas, los servicios pueden estar en gran medida limitados al tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro. Dicho tratamiento a menudo

se denomina “atención postaborto”. El tratamiento de emergencia de las complicaciones del aborto es fundamental para disminuir las muertes y las lesiones producto del aborto inseguro, pero no puede reemplazar la protección de la salud de las mujeres y los derechos humanos que ofrece el aborto inducido, legal y sin riesgos.

3.2 Constelación de servicios

Los servicios de aborto deben estar integrados al sistema de salud, ya sea como servicios públicos o a través de servicios sin fines de lucro financiados con fondos públicos, para reconocer su condición como servicios de salud legítimos y para proteger contra la estigmatización y la discriminación de las mujeres y los proveedores de salud.

La constelación de servicios siempre debe incluir, como mínimo:

- información médica precisa sobre el aborto en una forma tal que la mujer pueda entender y recordar, y asesoramiento no directivo si la mujer lo solicita para facilitar la toma de decisión informada;
- servicios de aborto provistos sin demora;
- tratamiento oportuno para las complicaciones del aborto, incluidas las complicaciones del aborto inseguro;
- información anticonceptiva, servicios y derivaciones, para ayudar a evitar que se repita un embarazo no deseado y reducir la necesidad de otro aborto.

El acceso al aborto sin riesgos depende no solo de la disponibilidad de los servicios, sino también de la forma en la que se suministran y el tratamiento de las mujeres dentro del contexto clínico. Los servicios se deben suministrar de un modo que respete la dignidad de la mujer, garantice su derecho a la privacidad y sea sensible a sus necesidades y perspectiva. Se debe prestar atención a las necesidades especiales de las mujeres de bajos ingresos, adolescentes y otras mujeres vulnerables y marginadas.

3.3 Estándares y guías sobre la base de la evidencia

En muchos países, los estándares y las guías sobre la base de la evidencia para la prestación de servicios de aborto, como el tratamiento de las complicaciones del aborto, no existen. Los estándares para la atención para el aborto hacen referencia a los principios subyacentes y los requisitos esenciales para proporcionar un acceso equitativo y una calidad adecuada de los servicios de aborto legales. Las guías para el cuidado del aborto son las recomendaciones sobre la base de la evidencia para el suministro de la atención para el aborto sin riesgos. En los países en los que ya existen los estándares y las guías, la revisión de rutina y las actualizaciones garantizan que continúen promoviendo el bienestar físico, mental y social de las mujeres y reflejen evidencia nueva de las mejores prácticas. Los estándares y las guías se deben desarrollar y actualizar con la intención de eliminar las barreras para la obtención del mejor estándar de salud sexual y reproductiva posible.

3.3.1 Tipos de servicios de aborto, dónde y quiénes pueden suministrarlos

La disponibilidad de instalaciones y profesionales capacitados al alcance de toda la población es esencial para garantizar el acceso a los servicios de aborto sin riesgos. La regulación de los profesionales y las instalaciones debe estar basada en la evidencia de las mejores prácticas y estar dirigida a garantizar la seguridad, la buena calidad y la accesibilidad a los servicios. Las instalaciones donde se practica el aborto, tanto en el sector público como en el privado, deben estar disponibles en todos los niveles del sistema de salud, con mecanismos de derivación adecuados entre las instalaciones.

Cualquier profesional capacitado apropiadamente puede suministrar la atención para el aborto en forma segura, incluidos los proveedores de nivel medio (es decir, trabajadores de la salud que no son médicos) (3–5, 6). El término “proveedores de nivel medio” en el contexto de este documento hace referencia a una gama de clínicos no médicos (por ejemplo, parteras, profesionales de enfermería, funcionarios clínicos,

auxiliares médicos, visitantes de bienestar familiar y otros) que están capacitados para proporcionar procedimientos clínicos básicos relacionados con la salud reproductiva, entre ellos, examen pélvico bimanual para determinar la edad gestacional y la posición del útero, sondeo uterino y otros procedimientos transcervicales, y que se pueden capacitar para brindar la atención para el aborto sin riesgos.

La atención para el aborto proporcionado en el nivel primario de atención y a través de servicios ambulatorios en entornos de nivel superior es segura, y minimiza los costos al tiempo que maximiza la conveniencia y la puntualidad de la atención para la mujer (7). Donde aún no existe la capacidad para proporcionar servicios de aborto de buena calidad en el nivel primario, es fundamental la derivación a servicios en niveles superiores (ver el Cuadro 3.1). Permitir el uso domiciliario de misoprostol después del suministro de mifepristona en el centro de salud puede mejorar aún más la privacidad, la comodidad y la aceptación de los servicios, sin comprometer la seguridad (8–10). La atención para el aborto hospitalario debe reservarse para el manejo del aborto médico en casos de embarazos de más de 9 semanas de gestación (63 días) y el tratamiento de las complicaciones graves del aborto (ver el Capítulo 2).

3.3.1.1 Nivel comunitario

Los proveedores de salud de la comunidad pueden jugar un rol importante al ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados, a través de la provisión de información, asesoramiento y métodos anticonceptivos, y explicándoles las consecuencias del aborto inseguro (11). Además pueden informar a las mujeres sobre cómo realizarse una prueba de embarazo y cómo obtener un aborto legal y sin riesgos, y pueden derivar a aquellas mujeres con complicaciones producidas por un aborto inseguro para que reciban atención de urgencia. Los boticarios o farmacéuticos, como profesionales de la salud de la comunidad, pueden ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados a través de la provisión de información y métodos anticonceptivos precisos. También pueden proporcionar pruebas de embarazo y derivar a los servicios de aborto sin riesgos.

CUADRO 3.1

Tipos de servicio adecuado para cada nivel del sistema de salud

Nivel comunitario:

- educación e información de salud pública sobre salud reproductiva, incluyendo anticoncepción y aborto;
- distribución basada en la comunidad de métodos anticonceptivos adecuados;
- todos los profesionales de la salud capacitados para proveer información sobre servicios de detección de embarazo y aborto legal sin riesgo, y derivación a estos servicios;
- todos los profesionales de la salud entrenados en reconocer las complicaciones del aborto y derivar rápidamente a las mujeres para su tratamiento;
- transporte a servicios para el tratamiento de las complicaciones del aborto;
- todos los profesionales de la salud (y otros profesionales claves de la comunidad como policías o maestros) capacitados para reconocer los signos de violación y para derivar a las mujeres a servicios de salud u otros servicios sociales.

Nivel de atención primaria:

- todos los elementos de cuidado mencionados en el nivel comunitario;
- todos los profesionales de la salud que provean servicios de salud reproductiva deben estar capacitados para aportar asesoramiento sobre anticoncepción, embarazos no deseados y abortos;
- una gama más amplia de métodos anticonceptivos, que incluye DIU, implantes e inyectables;
- aspiración de vacío (manual o eléctrica) para embarazos de hasta 12 a 14 semanas de gestación (ver el Capítulo 2);
- métodos médicos de aborto para embarazos de hasta 9 semanas de gestación, o hasta 12 semanas si la mujer puede permanecer en el centro hasta que se complete el aborto (ver el Capítulo 2);
- estabilización clínica, suministro de antibióticos y evacuación uterina para las mujeres con complicaciones del aborto;
- aspiración de vacío o tratamiento con misoprostol para el aborto incompleto;
- derivación rápida para mujeres que necesiten servicios para el aborto o para el tratamiento de complicaciones que no puedan proveerse en el lugar.

Hospitales de derivación:

- todos los elementos de la atención para el aborto mencionados en el nivel de atención primaria;
- esterilización, además de otros métodos anticonceptivos;
- servicios de aborto para todas las circunstancias y etapas del embarazo, según lo permitido por ley;
- tratamiento de todas las complicaciones del aborto;
- información y programas que alcancen toda el área de cobertura;
- capacitación de todos los cuadros relevantes de profesionales de la salud sobre la provisión de servicios de aborto.

3.3.1.2 Nivel de atención primaria

Tanto la aspiración de vacío como el aborto médico pueden proporcionarse en el nivel de atención primaria en forma ambulatoria y no requieren conocimientos o habilidades técnicas avanzadas, ni equipos costosos como la ecografía, ni un equipo completo de personal hospitalario (por ejemplo, anestesista) (12). El personal de atención primaria por lo general incluye enfermeros, parteras, asistentes de salud y, en algunos lugares, médicos. El personal de la salud con las habilidades para realizar un examen pélvico bimanual para diagnosticar y fechar un embarazo y para realizar un procedimiento transcervical como la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) pueden capacitarse para realizar una aspiración de vacío (5, 6, 13–15). Donde los métodos médicos de aborto están registrados y disponibles, los proveedores de salud de nivel medio también pueden administrar y supervisar los servicios de aborto (3, 16, 17). Para la aspiración al vacío así como para el aborto médico, debe haber procedimientos para la derivación a un nivel superior de atención (12).

3.3.1.3 Hospitales de derivación

Los hospitales de derivación deben contar con el personal y la capacidad para realizar abortos en todas las circunstancias permitidas por la ley y para manejar todas las complicaciones del aborto.

3.3.2 Métodos de aborto

El respeto por la elección de la mujer entre los diferentes métodos de aborto sin riesgos y eficaces es un aspecto importante en la prestación de servicios de salud. Aunque la elección de los métodos reflejará la capacidad del sistema de salud, incluso los sistemas de salud con las mayores limitaciones de recursos deben tener la posibilidad de proveer métodos médicos y aspiración de vacío manual. En los lugares donde no se puede ofrecer una elección de métodos, siempre debe estar disponible al menos un método recomendado. La aspiración de vacío y los métodos médicos también deben estar ampliamente disponibles para tratar a mujeres con complicaciones de abortos espontáneos y abortos inseguros.

3.3.3 Certificación y autorización de los profesionales de la salud y las instalaciones

Donde es necesaria la certificación de los proveedores que realizan abortos, se debe garantizar que los proveedores de salud cumplan con los criterios para la provisión de la atención para el aborto según las normas nacionales y esto no debe generar barreras para el acceso a los servicios legales. La certificación y la autorización de los servicios de atención para el aborto deben ser las mismas que para otros procedimientos médicos y no deben constituir un obstáculo para la disponibilidad y la provisión de la atención para el aborto.

Los criterios de autorización, donde se exigen, no deben imponer requisitos excesivos de infraestructura, equipamiento o personal que no son esenciales para la provisión de los servicios sin riesgos. Los criterios de autorización para las instalaciones deben diferenciar claramente entre los requisitos en el nivel de atención primaria y los requisitos en los niveles de derivación, con el fin de facilitar, en lugar de restringir, el acceso a la atención. Los criterios de autorización deben ser los mismos tanto para el sector público como el privado y las instalaciones sin fines de lucro.

3.3.4 Mecanismos de derivación

Del mismo modo que con todas las intervenciones de salud, los sistemas de derivación que funcionen bien son fundamentales para la provisión del cuidado del aborto sin riesgos. Las derivaciones oportunas a los centros adecuados reducen las demoras en la búsqueda de atención, acentúan la seguridad y pueden mitigar la gravedad de las complicaciones del aborto (12).

3.3.5 Respeto de la toma de decisión de la mujer en forma voluntaria y basada en la información, su autonomía y la confidencialidad y privacidad, con atención a las adolescentes y las mujeres con necesidades especiales

Dentro del marco de las leyes nacionales de aborto, los estándares y las guías deben incluir protección para la toma de decisión en forma voluntaria y basada en la información, la autonomía en la toma

de decisión, la ausencia de discriminación, y la confidencialidad y privacidad para todas las mujeres, incluidas las adolescentes (18). Estos derechos humanos están consagrados en los tratados de derechos humanos regionales e internacionales, así como en las leyes y constituciones nacionales.

3.3.5.1 Toma de decisión en forma voluntaria y basada en la información

De acuerdo con el contexto y la situación individual, una mujer que intenta tomar la decisión sobre un embarazo no deseado puede sentirse vulnerable. Necesita que la traten con respeto y comprensión y que le brinden información de un modo que ella pueda entender así puede tomar una decisión sin inducción, coerción o discriminación. Los proveedores de salud deben estar capacitados para respaldar la toma de decisión de la mujer en forma voluntaria y basada en la información. También deben estar atentos a situaciones en las que la mujer esté sometida a presión para realizarse un aborto en contra de su voluntad (por ejemplo, basada en su estado de salud, como vivir con VIH). Es necesario prestar más atención en dichos casos, para garantizar que la mujer esté totalmente informada y tome una decisión libre.

3.3.5.2 Autorización de un tercero

Una mujer que busca un aborto es un adulto autónomo. Por autonomía se entiende que una persona adulta, mentalmente competente, no requiere la autorización de un tercero, como el marido, la pareja, el padre o el tutor, para acceder a un servicio de salud. Por lo tanto, los proveedores de salud no deben imponer como requerimiento la autorización de un tercero, a no ser que así lo requieran las leyes o las regulaciones relacionadas con esta materia.

Es posible que las adolescentes cambien de opinión respecto de concurrir a los servicios de salud que necesitan si creen que les exigirán que obtengan permiso de sus padres o tutores, lo que aumenta las probabilidades de que vayan a proveedores de aborto clandestinos. Por lo tanto, los proveedores de salud deben estar capacitados en cómo informar, asesorar y tratar a las adolescentes según sus capacidades evolutivas para entender los tratamientos y opciones de cuidado que se

le están ofreciendo, y no según un corte de edad arbitrario (19). Los profesionales de la salud deben respaldar a las menores para identificar lo que es más conveniente para ellas; esto incluye la consulta a los padres u otros adultos de confianza sobre su embarazo, sin prejuicio, discriminación o coerción.

3.3.5.3 Protección de las personas con necesidades especiales

Según el contexto, las mujeres solteras, las adolescentes, aquellas que viven en la pobreza extrema, las mujeres de minorías étnicas, las refugiadas y otras personas que han tenido que dejar su hogar por razones de fuerza mayor, las mujeres con discapacidades y aquellas que son víctimas de violencia doméstica pueden ser vulnerables al acceso desigual a los servicios de aborto sin riesgos. Los proveedores de servicios de aborto deben asegurarse de que se trate a todas las mujeres sin discriminación y con respeto.

El estigma y la discriminación que se asocian con discapacidades físicas o mentales o con el estado de salud, por ejemplo, vivir con VIH, son muy comunes y pueden usarse para presionar a las mujeres a que se realicen un aborto. La coerción viola los derechos de las mujeres al consentimiento informado y la dignidad y no se debe tolerar (20). Por lo tanto, los proveedores de salud tienen una obligación fundada en los derechos humanos de garantizar que las mujeres no estén sujetas a coerción y de que reciban los servicios psicológicos, sociales y médicos necesarios para sustentar su elección.

3.3.5.4 Confidencialidad y privacidad

El temor a que no se mantenga la confidencialidad disuade a muchas mujeres, particularmente a adolescentes y solteras, de que busquen servicios de aborto legal y sin riesgos y puede conducir a proveedores clandestinos de aborto inseguro o a una autoinducción del aborto. La confidencialidad es un principio clave de la ética médica y un aspecto del derecho a la privacidad (21) y se debe garantizar. Por consiguiente, los proveedores tienen el deber de proteger la información médica y no divulgarla sin autorización. También deben asegurarse de que las mujeres que realmente autorizan que dicha

información confidencial se revele a otros, lo hagan de una manera libre y sobre la base de información clara. Las adolescentes consideradas lo suficientemente maduras como para recibir asesoramiento sin la presencia de un padre u otra persona tienen el derecho a la privacidad y pueden solicitar tratamiento y servicios confidenciales (ver la Sección 3.3.5.2).

Los directores de servicios de salud deben asegurar que las instalaciones provean privacidad, tanto para conversar con la paciente, como para brindar los servicios. Por ejemplo, las salas de procedimiento deben estar divididas para proporcionar privacidad visual y auditiva, y solo el personal del centro que es necesario para el aborto inducido debe estar presente. Debe haber un lugar privado para desvestirse, ventanas con cortinas y paños de tela o de papel para cubrir a la mujer durante el procedimiento.

3.3.5.5 Necesidades especiales en el caso de mujeres víctimas de violación

Las mujeres embarazadas como consecuencia de una violación necesitan especialmente un tratamiento sensible, y todos los niveles del sistema de salud deben ser capaces de ofrecer atención y apoyo apropiados. Los estándares y las guías para proporcionar el aborto en dichos casos deben estar elaborados y los proveedores de salud y la policía deben recibir una capacitación apropiada. Estos estándares no deben imponer procedimientos administrativos ni judiciales innecesarios, tales como obligar a la mujer a presentar cargos o identificar al violador (22). Los estándares deberían idealmente ser parte de estándares y guías exhaustivos para el manejo general de las sobrevivientes a una violación, y cubrir la atención física y psicológica, la anticoncepción de emergencia, la profilaxis posterior a la exposición para prevenir el VIH, el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las lesiones, la recolección de evidencia forense, el asesoramiento y el cuidado de seguimiento (20).

3.3.6 Objeciones de conciencia de los proveedores de salud

En ocasiones, los profesionales de la salud se niegan a atender abortos basándose en objeciones de

conciencia al procedimiento, aunque no derivan a la mujer a un proveedor de aborto. Cada profesional de la salud tiene el derecho de negarse por razones de conciencia a proveer abortos, pero ese derecho no lo faculta para impedir o negar el acceso a servicios de aborto legales porque demora el cuidado de las mujeres y pone su salud y su vida en riesgo. En dichos casos, los proveedores de salud deben derivar a la mujer a un proveedor capacitado y dispuesto dentro del mismo centro o a otro centro de fácil acceso, de acuerdo con la ley. Donde no es posible la derivación, el profesional de la salud que se niega debe proporcionar un aborto sin riesgos para salvar la vida de la mujer y prevenir lesiones graves a su salud. Las mujeres que se presentan con complicaciones de un aborto inseguro o ilegal deben recibir tratamiento de manera urgente y respetuosa, como cualquier otro paciente de urgencia, sin comportamientos punitivos, prejuiciosos o tendenciosos (ver también el Capítulo 4).

3.4 Equipamiento de las instalaciones y capacitación de los proveedores de salud

La provisión del cuidado del aborto sin riesgos requiere instalaciones equipadas adecuadamente y proveedores de salud bien capacitados. Las autoridades de salud pública tienen la responsabilidad de garantizar que los sistemas estén preparados para la adquisición y la distribución continuas y oportunas de todo el equipo médico, medicamentos, anticonceptivos y suministros necesarios para la prestación segura de servicios. Además, los proveedores de salud necesitan una capacitación adecuada antes del servicio y en el servicio en función de pautas periódicamente actualizadas para la atención para el aborto sin riesgos.

3.4.1 Preparación y equipamiento de las instalaciones

Las instalaciones donde se realizan abortos deben estar bien preparadas y equipadas para proporcionar una atención sin riesgos. Los servicios de apoyo, como abastecimiento comunitario, funcionamiento de la cadena de suministro logístico y mecanismos de financiamiento, son tan importantes como

Tabla 3.1 Medicamentos, suministros y equipos para el cuidado del aborto sin riesgos

Paso del procedimiento	Medicamentos y suministros	Equipo
Evaluación clínica Procedimiento de aborto quirúrgico (equipo para dilatación y evacuación [DyE] resaltado en negrita)	<ul style="list-style-type: none"> • Guantes de examen limpios • Agua limpia • Detergente o jabón • Agente de preparación del cuello uterino (por ejemplo, comprimidos de misoprostol, dilatadores osmóticos, mifepristona) • Medicamentos para el dolor, como analgésicos y ansiolíticos • Guantes • Bata, protección facial • Agujas (espinal calibre 22 para bloqueo paracervical y calibre 21 para la administración de medicamentos) • Jeringas (5, 10 y 20 ml) • Lidocaína para el bloqueo paracervical • Esponjas de gasa y bolas de algodón • Solución antiséptica (sin base alcohólica) para preparar el cuello uterino • Solución para embeber instrumentos • Soluciones y materiales para esterilización o desinfección de alto nivel • Silicona para lubricar las jeringas 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo para medir la presión arterial • Estetoscopio • Espéculo (boca ancha para aumentar la exposición del cuello uterino y corto para evitar alejar el cuello uterino, o espéculo de Sims si se dispone de asistente) • Tenáculo (tenáculo atraumático) • Dilatadores cónicos hasta 37 mm (hasta 51 mm) o circunferencia equivalente • Aspirador de vacío eléctrico (con cánula de 14 o 16 mm) o aspirador de AVM y cánula de hasta 12 mm • Pinzas Bierer de evacuación uterina (grande y pequeña) • Pinzas Sopher de evacuación uterina (pequeña) • Cureta flexible posparto grande • Pinzas portaesponjas (de aro) • Recipiente de acero inoxidable para preparar solución • Bandeja para instrumentos • Plato de vidrio claro para la inspección de los tejidos • Filtros (metal, vidrio o gasa)
Aborto médico	<ul style="list-style-type: none"> • Mifepristona • Misoprostol • Medicamentos para el dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Área privada con sillas separada del cuidado prenatal o de trabajo de parto, para que las mujeres esperen en la clínica la expulsión • Baños adecuados
Recuperación	<ul style="list-style-type: none"> • Apósitos sanitarios o algodón • Analgésicos • Antibióticos • Información sobre el autocuidado posterior al procedimiento • Métodos e información anticonceptiva posterior al aborto, o derivación 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo para medir la presión arterial • Estetoscopio
En caso de complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Antagonistas adecuados de los medicamentos utilizados para el dolor • Agentes uterotónicos (oxitocina, misoprostol o ergotamina) • Vía y fluidos intravenosos (IV) (solución salina, lactato de sodio, glucosa) • Mecanismos claros de derivación a instalación de nivel superior, cuando sea necesario 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno y balón Ambú • Acceso en el centro a un ecógrafo (opcional) • Portagujas largo y sutura • Tijeras • Compresas de gasas para la cavidad uterina

la capacitación de los profesionales para introducir nuevos servicios. Donde los servicios ya existen, las mejoras de la infraestructura pueden facilitar un flujo de pacientes más eficaz y aumentar la privacidad y la satisfacción de las usuarias, mientras que la introducción de métodos actualizados, como la aspiración de vacío y el aborto médico, puede mejorar la seguridad y reducir los costos (23, 24).

3.4.1.1 Equipos, medicamentos y suministros esenciales

La mayoría de los equipos, medicamentos y suministros necesarios para proporcionar aspiración de vacío (manual y eléctrica) y métodos médicos de aborto (ver la Tabla 3.1) son los mismos que aquellos necesarios para otros servicios ginecológicos.

El cambio hacia el uso de la aspiración de vacío con cánulas plásticas depende de la aprobación oficial y la disponibilidad local de instrumentos. En entornos donde los instrumentos de aspiración de vacío manual (AVM) no son dispositivos médicos aprobados, se debe intentar agregarlos a la lista de equipamiento estándar del gobierno.

Estos instrumentos y medicamentos deben incluirse de rutina en los sistemas de planificación, presupuesto, solicitud, distribución y gestión. Los criterios para determinar qué instrumentos usar son: calidad, durabilidad, costos y capacidad del sistema para asegurar una disponibilidad y mantenimiento regulares a lo largo del tiempo. Como con cualquier otro medicamento, la mifepristona y el misoprostol para el aborto médico deben provenir de fabricantes que adhieran a las buenas prácticas de fabricación.

Los instrumentos para la AVM se fabrican para uso único o múltiple. En contextos donde los instrumentos serán reutilizados, es esencial comprar aquellos que resistirán el uso múltiple, la limpieza y la desinfección o esterilización de alto nivel, así como asegurar el suministro de dicha desinfección o esterilización. Los instrumentos de uso único deben ser cuidadosamente desechados, a fin de evitar riesgos para la salud de los profesionales y la comunidad. Los equipos reutilizables disminuyen los costos, pero se deben

realizar procedimientos de limpieza y desinfección rigurosos después de su uso (ver Capítulo 2).

3.4.1.2 Requerimientos regulatorios para medicamentos y dispositivos

Cada país tiene requisitos regulatorios específicos para el registro e importación de medicamentos y equipo médico como los instrumentos de AVM. Sin embargo, la *lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS*, que muchos países adaptan como lista nacional de medicamentos esenciales, incluye la combinación de mifepristona y misoprostol para realizar abortos médicos, misoprostol solo para el tratamiento del aborto incompleto o aborto espontáneo, analgésicos no narcóticos como antiinflamatorios no esteroideos (por ejemplo, ibuprofeno), tranquilizantes (por ejemplo, diazepam) y anestésicos locales (por ejemplo, lidocaína) (25). La inclusión en la lista nacional de medicamentos esenciales significa que el medicamento está registrado y disponible en el país. En lugares donde el medicamento no esté registrado, algunos países permitirán la importación a través del Plan de Certificación de la OMS sobre la calidad de los productos farmacéuticos que se mueven en el comercio internacional (26).

Los productos enumerados en la Tabla 3.1, que son específicos para la provisión de servicios de aborto, deben ser incluidos en el programa de manejo logístico de los suministros médicos y estar disponibles para los proveedores de salud que provean servicios de aborto.

3.4.2 Asegurar las capacidades y el buen desempeño de los proveedores

3.4.2.1 Habilidades y capacitación de los proveedores de salud

Los proveedores de salud que realizan la aspiración de vacío para el tratamiento del aborto incompleto pueden aprender a utilizar la técnica para un aborto inducido, con una mínima capacitación adicional. Todos esos proveedores de salud también pueden recibir capacitación para proveer el aborto médico.

Además del entrenamiento de las habilidades, la participación en ejercicios de clarificación de valores puede ayudar a los profesionales a diferenciar sus creencias personales y actitudes de las necesidades de las mujeres en busca de los servicios de aborto (27). La clarificación de valores es un ejercicio que articula la manera en que los valores personales influyen en la forma en que los profesionales interactúan con las mujeres que buscan el aborto. A pesar de los intentos de objetividad de los profesionales, las creencias negativas y predefinidas sobre el aborto, y sobre las mujeres que se realizan abortos, a menudo influyen en el criterio profesional y la calidad de la atención (28, 29).

En muchos contextos, hacer que los servicios de aborto legal y sin riesgos sean fácilmente accesibles para todas las mujeres elegibles requerirá la capacitación de los profesionales de la salud de nivel medio (30–34). Estudios comparativos han demostrado que no hay diferencia en los índices de complicaciones entre las mujeres que se sometieron a abortos en el primer trimestre con AVM realizada por proveedores de salud de nivel medio y aquellas a quienes un médico les realizó el procedimiento (6). Las habilidades y las expectativas de desempeño establecidas en estándares y guías deben servir de base para la capacitación previa al servicio de todos los conjuntos de profesionales apropiados, y los proveedores de atención para el aborto deben recibir capacitación en el servicio para garantizar que mantienen sus habilidades para realizar sus trabajos de acuerdo con los estándares de la atención para el aborto.

3.4.2.2 Programas de capacitación

Como para cualquier otra intervención de salud, los programas de capacitación para el aborto deben basarse en la competencia y deben realizarse en instalaciones que tienen un flujo de pacientes suficiente para proporcionar la práctica requerida a todos los que se están entrenando, incluida la práctica en el tratamiento de las complicaciones del aborto. Además, la capacitación debe abordar las actitudes y creencias de los proveedores de salud sobre la salud sexual y reproductiva, que incluye el aborto inducido, salvaguardar la privacidad y confidencialidad, tratar a todas las mujeres con

dignidad y respeto, y atender las necesidades especiales de las adolescentes, las mujeres víctimas de violación y aquellas que pueden ser vulnerables por otros motivos de salud o socioeconómicos.

Capacitar a los proveedores de los servicios de salud en procedimientos nuevos o actualizados puede ser una herramienta poderosa para cambiar las prácticas. Sin embargo, la capacitación sola no es suficiente. Los profesionales capacitados necesitan entrenamiento de apoyo posterior para poner en práctica las habilidades y deben trabajar en un entorno que garantice medicamentos, remuneración y desarrollo profesional adecuados para respaldar la provisión de servicios de aborto sin riesgos. También necesitan supervisión útil y de apoyo y vigilancia para asegurar que se siguen los estándares y las guías. En el Cuadro 3.2 se menciona el contenido recomendado de la capacitación para todos los profesionales de la salud que proveen servicios de aborto.

3.5 Supervisión, evaluación y mejoramiento de la calidad

Como con todos los servicios, asegurar el cuidado del aborto de buena calidad depende de procesos eficaces de supervisión, evaluación y garantía y mejora de la calidad. La recopilación precisa de las estadísticas del servicio y la supervisión y evaluación de rutina en el centro de salud son componentes clave del manejo del programa, y la retroalimentación basada en el análisis de estos datos proporciona la información necesaria para mejorar el acceso y mantener y mejorar la calidad de los servicios brindados.

3.5.1 Supervisión

La supervisión inspecciona los procesos de implementación de servicios, incluyendo los cambios a través del tiempo. La supervisión de rutina puede ayudar a los directores y supervisores a identificar y manejar o evitar problemas antes de que se conviertan en serios o abrumadores. Una buena supervisión incluye el escuchar a los proveedores de servicio que pueden tener recomendaciones importantes para mejorar la calidad de la atención. Una supervisión bien

Contenidos recomendados de la capacitación para proveedores de servicios de aborto

Antecedentes para la prestación de servicios de aborto:

- disposiciones legales, regulatorias y de políticas;
- efectos del aborto inseguro sobre la salud;
- responsabilidad ética de realizar un aborto (o de derivar a mujeres cuando el profesional de la salud tiene objeciones por razones de conciencia para proporcionar el aborto) y de tratar las complicaciones del aborto inseguro;
- estándares y guías nacionales para la atención para el aborto;
- derechos humanos relacionados con el aborto sin riesgos.

Asesoramiento e interacción paciente-proveedor:

- clarificación de las actitudes del profesional de la salud y creencias relacionadas con el aborto;
- confidencialidad y privacidad;
- comunicación interpersonal y capacidad de asesoramiento;
- información sobre el aborto y la anticoncepción;
- temas y riesgos asociados con el VIH y otras ITS;
- consideración de las necesidades de todas las mujeres, incluidas las adolescentes, las mujeres de bajos ingresos, las mujeres de minorías étnicas, las refugiadas y las que han tenido que dejar su hogar por razones de fuerza mayor, las mujeres con discapacidades, las sobrevivientes de violación, las mujeres que viven con VIH u otras ITS;
- reconocimiento de signos de que la mujer ha sido víctima de violencia, y orientación para ayudarla a obtener asesoramiento y servicios adicionales;
- toma de decisión informada.

Capacidades clínicas:

- anatomía y fisiología relevantes al embarazo y aborto;
- evaluación previa al procedimiento (por ejemplo, antecedentes médicos, exámenes, tiempo de embarazo);
- tamizaje para ITS;
- dilatación cervical;
- evacuación uterina;
- prevención de infecciones;
- manejo del dolor;
- reconocimiento y tratamiento de las complicaciones del aborto;
- manejo y cuidado posteriores al procedimiento, incluida la provisión de información, asesoramiento y métodos anticonceptivos;
- criterios y procedimientos de derivación.

Temas administrativos y garantía de calidad:

- organización de servicios para garantizar un flujo de pacientes eficaz y, al mismo tiempo, mantener la privacidad y la confidencialidad;
- registro y elaboración de informes de las estadísticas del servicio;
- prácticas para mantener la privacidad y la confidencialidad;
- logística, manejo del equipamiento e inventario;
- supervisión, evaluación y mejora/garantía de calidad;
- mecanismos para un transporte y derivación eficaces;
- criterios de supervisión.

diseñada permite a los directores de instituciones y supervisores de personal brindar retroalimentación al personal sobre los problemas e involucrarlo en un proceso participativo para implementar soluciones. En el ámbito de la institución, los mecanismos para supervisar los servicios incluyen el análisis de las estadísticas de rutina del servicio, la revisión de casos y registros, observación, listas de control, evaluaciones sobre las instalaciones y auditorías sobre cuasi pérdidas, y obtener retroalimentación de las usuarias del servicio para mejorar la calidad de la atención. Las estadísticas de rutina del servicio de aborto incluyen: la edad y el número de mujeres a las que se les realiza un aborto inducido por método (aspiración de vacío, aborto médico, dilatación y evacuación [DyE]) y la edad gestacional del embarazo.

La supervisión de los indicadores nacionales de aborto sin riesgos es importante y ha sido descuidada ampliamente (35). La introducción de indicadores específicos del aborto y las estadísticas del servicio se deben desarrollar en el contexto de la supervisión del programa nacional de salud materna y reproductiva. Los datos de las instituciones sobre los servicios de aborto se pueden integrar en sistemas de información de gestión existente (por ejemplo, formularios, libros de actividades, registros de reserva de suministros, listas de control, registros de las pacientes, registros de la actividad diaria) en lugar de crear sistemas independientes (36, 37). Los indicadores de la OMS para el cuidado del aborto sin riesgos (38) se muestran en la Tabla 3.2.

3.5.2 Garantía y mejora de la calidad

La garantía y la mejora de la calidad abarca procesos planificados y sistemáticos para identificar resultados medibles en función de los estándares y guías nacionales y las perspectivas de los usuarios del servicio de salud y los proveedores de salud, recopilar datos que reflejen el grado en que se logran los resultados y proporcionar retroalimentación a los directores de programas y proveedores del servicio. Los procesos de mejora de la calidad deben intentar identificar y tratar las barreras tanto individuales como organizativas para el logro de una

buena calidad de cuidado (39–41). El objetivo de la atención para el aborto es promover el cambio para una mejora continua como parte del mantenimiento de los servicios de buena calidad que responden a las necesidades de los proveedores de salud, así como las necesidades del cuidado de la salud y los derechos de las mujeres. La mejora de la calidad implica una supervisión continua de la prestación de servicios de rutina, el desempeño de los proveedores y los resultados de las pacientes, y las evaluaciones periódicas realizadas a nivel institucional (42).

3.5.3 Evaluación

La evaluación es la valoración sistemática de los procesos y los resultados de la prestación de servicios. La evaluación integral requiere múltiples fuentes de datos, que incluyen estadísticas del servicio, retroalimentación de los proveedores de salud y de las mujeres y comunidades donde se presta el servicio, y registros financieros. Los evaluadores del programa pueden centrar su atención en tres áreas clave relacionadas con las políticas, los programas y los servicios: acceso, disponibilidad y calidad del cuidado. En el Cuadro 3.3, se destacan ejemplos de una variedad de temas y cuestiones que se deben considerar para la valoración y la evaluación periódicas. Responder a estas preguntas puede proporcionar información que permitirá a los encargados de la elaboración de políticas y los directores de programas comprender mejor y vencer las barreras existentes al acceso y mejorar la calidad de la atención.

Tabla 3.2. Indicadores para la atención para un aborto sin riesgos^a

Área	Indicador	Tipo de medida	Tipo de indicador (central ^b , adicional ^c)	Fuente de los datos
Acceso: disponibilidad	Número de instalaciones que ofrecen servicios de aborto sin riesgos cada 500 000 habitantes	Índice	Adicional	HIS ^d
	Proveedores de salud capacitados para proporcionar servicios de aborto sin riesgos con todo el alcance de la ley	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)
	Población que vive dentro de las 2 horas de viaje de una instalación que presta servicios de aborto sin riesgos	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
Acceso: información	Población con conocimientos correctos del estado legal del aborto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
	Personal de la salud con conocimientos correctos del estado legal del aborto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)
Acceso: calidad	Puntos de prestación de servicio que usan los métodos recomendados por la OMS para el aborto inducido	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)
	Puntos de prestación de servicio que usan los métodos recomendados por la OMS para el tratamiento de las complicaciones del aborto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)
Resultado/ impacto	Admisiones obstétricas y ginecológicas debido al aborto	Porcentaje	Central	HIS
	Índice de hospitalización para el aborto sin riesgos cada 1000 mujeres	Índice	Adicional	HIS
	Abortos cada 1000 nacidos vivos	Proporción	Central	HIS/encuesta (población)
	Muertes maternas atribuidas al aborto	Porcentaje	Central	HIS/encuesta (especial)/ registro vital

^a Otros indicadores relevantes para lograr el acceso universal a la salud reproductiva se pueden encontrar en la referencia 38.

^b Indicadores que todos los países deben informar.

^c Indicadores que los países podrían informar en función de sus necesidades especiales, características contextuales y capacidades (por ejemplo, cuando la cobertura de los datos centrales es alta).

^d Sistema de información de la salud.

Tabla adaptada de la referencia 38.

CUADRO 3.3

Cuestiones y temas que se deben considerar para la valoración periódica y la evaluación de los servicios de aborto

Estas cuestiones y temas son para fines de evaluación solamente; para las recomendaciones relevantes de la OMS ver los Capítulos 2, 3 y 4.

Acceso a servicios de aborto sin riesgos

¿Cuáles son las bases legales para el aborto inducido?

- a requerimiento;
- razones socioeconómicas;
- salud (no especificado, según lo definido por la OMS o con condiciones específicas);
- salud mental (no especificado o con condiciones específicas);
- salud física (no especificado o con condiciones específicas);
- violación;
- incesto;
- preservación de la vida.

¿Cuál es el costo de los servicios de aborto para las mujeres?

- honorarios oficiales:
 - honorarios del proveedor;
 - honorarios de la instalación;
- honorarios informales para los proveedores de salud;
- costos de transporte;
- costos de alojamiento;
- otros costos;
- cobertura de seguro privado;
- cobertura de bienestar social.

¿Se requieren permisos de terceros antes de realizar un aborto?

- autorización del padre/tutor o del marido/pareja;
- autorización de comisiones médicas;
- autorización por más de un especialista o médico.

Disponibilidad de servicios de aborto sin riesgos

¿Hay suficientes instalaciones para proporcionar cuidado sin riesgos para todas las mujeres que buscan el aborto?

- número de instalaciones que ofrecen servicios de aborto sin riesgos cada 500 000 habitantes

¿Cuál es el costo para la instalación de prestar atención para un aborto sin riesgos?

- tiempo del proveedor;
- equipos/instrumentos y suministros;
- medicamentos;
- capacitación en el servicio;
- otros costos de capital y recurrentes.

¿Qué estadísticas sobre aborto hay disponibles?

- número total de admisiones obstétricas/ginecológicas;
- número total de abortos inducidos;
- número total de complicaciones inmediatas y retrasadas;
- porcentaje de complicaciones que requieren hospitalización;
- número total de complicaciones que se presentan (como resultado de aborto inseguro o espontáneo).

¿Qué métodos de aborto están disponibles y se utilizan?

Para embarazos de menos de 12-14 semanas de gestación:

- aspiración de vacío;
- mifepristona y misoprostol;
- misoprostol solo;
- dilatación y curetaje.

cuadro 3.3 continuación

Para embarazos de más de 12-14 semanas de gestación:

- dilatación y evacuación;
- mifepristona y misoprostol;
- misoprostol solo;
- instilación con solución salina hipertónica;
- lactato de etacridina.

Calidad de la atención

¿Tienen los proveedores de aborto las habilidades requeridas para realizar un aborto sin riesgos?

- confirmación de embarazo;
- cálculo de la edad gestacional;
- técnica apropiada del procedimiento quirúrgico;
- manejo del dolor adecuado;
- régimen de aborto médico apropiado;
- seguimiento adecuado.

¿Se siguen en forma rutinaria buenas prácticas de prevención de infecciones?

- precauciones estándares seguidas rutinariamente;
- técnica sin contacto empleada para métodos quirúrgicos;
- remojo inicial de los instrumentos usados;
- limpieza de los instrumentos;
- esterilización o desinfección de alto nivel de los instrumentos médicos;
- administración de antibióticos profilácticos para métodos quirúrgicos.

¿Qué opciones de manejo del dolor están disponibles y qué tratamiento del dolor se proporciona realmente?

- técnicas de relajación verbales;
- analgesia;
- anestesia local;
- sedación;
- anestesia general.

¿Qué métodos anticonceptivos están disponibles y qué métodos se proporcionan?

- métodos de barrera:
 - preservativos;
 - barreras cervicales;
- métodos que toman en cuenta el período fértil;
- métodos hormonales:
 - píldoras;
 - anillo vaginal;
 - parche transdérmico;
 - inyectables;
 - implantes;
- DIU;
- esterilización;
- anticonceptivos de emergencia.

¿Qué material de información, educación y comunicación está disponible y qué información se proporciona rutinariamente?

- para el procedimiento;
- para los cuidados de seguimiento;
- para la anticoncepción;
- para otras necesidades.

¿Se ofrece asesoramiento en forma rutinaria?

- para el procedimiento;
- para los cuidados de seguimiento;
- para la anticoncepción;
- para otras necesidades.

¿Se administran los servicios de manera eficaz y eficiente?

- capacitación en el servicio proporcionada rutinariamente;
- supervisión adecuada;
- financiamiento suficiente;
- adquisición, distribución y reabastecimiento suficientes de los instrumentos, medicamentos y suministros;
- sistemas de información de gestión adecuados;
- mecanismos para la mejora/garantía de calidad;
- mecanismos para la supervisión y evaluación de los servicios.

cuadro 3.3 continuación

Está establecido un sistema de derivación adecuado para:

- el aborto inducido (especialmente para los casos de objeción por razones de conciencia a la provisión del servicio);
- el tratamiento de las complicaciones;
- la anticoncepción;
- las infecciones del aparato reproductor;
- la violencia de género.

¿Se mantienen todos los aspectos de la privacidad de la mujer en relación con el aborto?

- privacidad visual durante el examen y el procedimiento;
- privacidad auditiva durante el asesoramiento, el examen y el procedimiento;
- el personal que no es esencial se excluye de la sala durante el procedimiento;
- ofrecimiento de uso domiciliario de misoprostol después del suministro de mifepristona;
- baños adecuados con privacidad;
- señalización discreta para la ubicación de los servicios de aborto.

¿Se protege la confidencialidad de la mujer en relación con el aborto?

- acceso restringido a los registros médicos;
- confidencialidad mantenida para todas las mujeres, incluidas las adolescentes.

¿Se minimizan los retrasos para la búsqueda del cuidado?

- sin períodos de espera obligatorios;
- tiempo requerido entre la solicitud y la programación del procedimiento;
- tiempo de espera para el procedimiento;
- tiempo total en el hospital o la clínica.

¿Existen otras barreras potenciales a la prestación del servicio?

- requisitos para pruebas de VIH y otras pruebas que no están indicadas clínicamente;
- asesoramiento obligatorio más allá de la provisión de información adecuada relevante para la atención del aborto de la mujer;
- requisito de ecografía obligatoria antes del aborto;
- requisito de que las mujeres escuchen los latidos fetales antes del aborto;
- requisito de mencionar el aborto inducido en los registros médicos permanentes, donde no se puede garantizar la confidencialidad.

Perspectivas de las mujeres sobre los servicios de aborto

- ¿fueron amigables y profesionales el proveedor del aborto y el personal de la clínica?
- ¿se proporcionó suficiente información sobre el procedimiento, la anticoncepción y el seguimiento?
- ¿tuvo la mujer la oportunidad de realizar preguntas?
- ¿se respondieron adecuadamente las preguntas?
- ¿se protegió la privacidad?
- ¿recomendaría la mujer la instalación?
- ¿recomendaría la mujer al proveedor?

Perspectivas del proveedor

- ¿cumplen la organización y la implementación de los servicios de aborto con las normas basadas en la evidencia?
- ¿es suficiente la calidad de la atención?
- ¿cómo se podría mejorar la satisfacción del trabajo?
- ¿es adecuado el apoyo del supervisor?
- ¿son suficientes los incentivos laborales (por ejemplo, salario, honorarios, oportunidades de desarrollo profesional)?

3.6 Financiamiento

Los presupuestos de los servicios de salud incluyen fondos suficientes para los siguientes tipos de costos:

- equipos, medicamentos y suministros necesarios para proporcionar la atención para el aborto sin riesgos;
- tiempo del personal;
- programas de capacitación y supervisión;
- mejoras de la infraestructura;
- registro;
- supervisión y evaluación.

En la medida en que el programa del aborto se pueda integrar al programa nacional de salud materna y reproductiva, los costos marginales para establecer o mejorar servicios de aborto se minimizarán. En general, los servicios de aborto sin riesgos requieren pocos, si es que requieren algunos, medicamentos, equipos, suministros o habilidades de los proveedores adicionales de aquellos que ya deben estar disponibles para el cuidado ginecológico y obstétrico de urgencia.

3.6.1 Costos para los centros o el sistema de salud

La provisión del aborto sin riesgos y legal es considerablemente menos costosa que el tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro (43–47). Los costos de brindar atención para el aborto con aspiración de vacío incluyen inversiones de capital modestas y poco frecuentes, tales como una máquina de succión o equipo para AVM; una camilla; un esterilizador al vapor o autoclave; la renovación de las salas de espera, de consulta y de recuperación, y los baños. Los costos recurrentes incluyen aquellos asociados con el reabastecimiento regular de instrumentos y suministros, tales como cánulas, aspiradores de vacío manual; soluciones antisépticas y desinfectantes de alto nivel utilizadas para el procesamiento del instrumental, y medicamentos para el control del dolor, prevención de infecciones y aborto médico.

La decisión tomada sobre qué método de aborto ofrecer y cómo organizar el servicio influye directamente en los costos del servicio y su accesibilidad. Dos temas de organización son particularmente importantes: el uso preferencial de la aspiración de vacío o el aborto médico sobre la dilatación y curetaje (DyC) y brindar información a las mujeres para que concurran de manera temprana en lugar de tardía para obtener aborto inducido.

- El cambio de la DyC por la aspiración de vacío o el aborto médico para la evacuación uterina es más seguro para la mujer y puede reducir los costos para el sistema de salud (23, 24). La aspiración de vacío puede realizarla un profesional capacitado de nivel medio en un consultorio o sala de examen, mientras que la DyC a menudo requiere una sala de operaciones y un médico. Asimismo, la aspiración de vacío generalmente requiere menos medicamentos para el dolor que la DyC (23, 47, 48).
- Si el sistema de salud informa eficazmente a las mujeres que deben consultar en etapas tempranas del embarazo para la práctica de un aborto, el uso de procedimientos tempranos de menor costo aumenta y el uso de procedimientos tardíos de mayor costo disminuye. Por ejemplo, la introducción de la combinación de mifepristona y misoprostol se ha asociado con cambios en la población orientados hacia el aborto en edades gestacionales más tempranas (49, 50). El uso doméstico de misoprostol contribuye a una mayor flexibilidad para la mujer y un menor uso del personal y de las instalaciones. Esto también permite que los servicios se proporcionen en niveles inferiores del sistema de salud y así más cerca de las residencias de las mujeres, lo que consecuentemente disminuye los costos asociados al transporte y al tiempo.

3.6.2 Poner los servicios al alcance de las mujeres

En muchos entornos, los planes de seguro de salud nacionales no existen o no abarcan a grandes porciones de la población o no incluyen al aborto

dentro del paquete de beneficios. Con frecuencia, se utilizan otras fuentes de financiamiento de los servicios de salud, entre ellas, solicitar contribuciones a los individuos que usan el sistema de salud. La OMS recomienda que los pagos de los individuos por los servicios de salud se recolecten como un tipo de prepago, en lugar de hacerlo al momento de la prestación del servicio (51). Sin embargo, en muchos lugares, habitualmente se cobran honorarios al usuario, los cuales pueden ser una barrera importante para acceder a los servicios para las mujeres de bajos ingresos y las adolescentes. Además, las mujeres que buscan un aborto pueden tener que pagar tarifas informales elevadas (cargos impuestos por los proveedores además de los cargos oficiales del sistema de salud), los cuales, cuando se combinan con los costos del pasaje y otros, como por ejemplo el tiempo perdido en empleos remunerados, constituyen una barrera para muchas mujeres. La barrera de los costos elevados para las mujeres posiblemente genere costos más altos para el sistema de salud al aumentar el número de mujeres que prueban el aborto autoinducido o concurren a proveedores inseguros y, como consecuencia, deben ser hospitalizadas por complicaciones graves (52, 53).

El respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos demandan que las mujeres puedan acceder a los servicios de aborto legal independientemente de su capacidad de pago. Los mecanismos de financiamiento deben garantizar el acceso equitativo a servicios de buena calidad (54). Cuando se cobran honorarios a la usuaria por el aborto, los mismos deben estar al alcance de la mujer y se deben desarrollar procedimientos para exceptuar a las mujeres de bajos ingresos y las adolescentes del pago de los servicios. En la medida de lo posible, debería ser obligatorio que los servicios de aborto estén cubiertos por los planes de seguro. Nunca debería negarse o demorarse un aborto porque una mujer no puede pagarlo. Más aún, todos los centros deberían implementar procedimientos que aseguren que el personal no cobre gastos informales.

3.7 El proceso de planificación y administración de la atención para un aborto sin riesgos

El establecimiento de los servicios de aborto o el fortalecimiento del acceso y la calidad de la atención de los servicios de aborto existentes a nivel nacional y subnacional, con todo el alcance de la ley, debe estar conducido por participantes especializados y comprometidos que puedan brindar un liderazgo fuerte, identificar y reclutar a otros participantes, y movilizar el financiamiento y la asistencia técnica para sustentar una amplia gama de actividades. Idealmente, el liderazgo debe encontrarse en el ministerio o departamento de salud o en otra institución con el mandato de influir y movilizar la acción nacional. Los participantes importantes incluyen: representantes de otros ministerios o departamentos gubernamentales, como educación, asuntos de género y de las mujeres, justicia, gobierno local, bienestar social y asuntos de la juventud; universidades médicas; asociaciones de salud profesionales, en especial aquellas de obstetras y ginecólogos, pero también aquellas de médicos de familia, enfermeros, parteras y farmacéuticos; otros conjuntos de profesionales de la salud pública; defensores de la salud de la mujer; organizaciones no gubernamentales centradas en la mujer, la juventud, la salud y los derechos humanos; otros representantes de la sociedad civil; y socios del desarrollo claves (55).

Los principios subyacentes del proceso de mejora del acceso y la calidad del cuidado del aborto incluyen lo siguiente. El proceso debe ser: propio del país y dirigido por el país; basado en la evidencia; inclusivo de múltiples perspectivas; participativo; abarcador de la equidad de sexo y género y la ausencia de discriminación; basado en la salud y los derechos humanos; y centrado en el sistema (55).

El fortalecimiento de los servicios de aborto es un desafío político y administrativo, además de constituir una tarea clínica o técnica. Una metodología que se ha empleado eficazmente es el *Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer las políticas*

y los programas de salud sexual y reproductiva (55–60). El Enfoque Estratégico comienza con la creación de un equipo de evaluación que represente a una amplia gama de participantes, como los mencionados anteriormente, y que conduzca una evaluación de campo para identificar y priorizar las necesidades relacionadas con el acceso al aborto y los servicios anticonceptivos, la disponibilidad y la calidad del cuidado. En función de los hallazgos y las recomendaciones del equipo de evaluación, se implementa un paquete de intervenciones de políticas y programas a una escala limitada para proporcionar evidencia local de factibilidad, eficacia y aceptabilidad. En caso de tener éxito, las intervenciones luego se adaptan a una escala superior para tener un impacto más amplio.

Independientemente de los métodos utilizados, es importante que las acciones para fortalecer las políticas y los servicios estén basadas en una comprensión profunda del sistema de prestación de servicios, las necesidades de los proveedores, las necesidades de las mujeres y el contexto social, cultural, legal, político y económico existente. También es importante que se incorporen las múltiples perspectivas. Esto ayuda a asegurar que las recomendaciones y los planes basados en la evaluación sean ampliamente aceptados y, por ende, más factibles de ser implementados. Es de particular importancia incluir las perspectivas de las usuarias y potenciales usuarias sobre los servicios, dado que ellas son la principal fuente para identificar las barreras que existen para el uso de los mismos. Es también fundamental que la evaluación examine el acceso de las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva en general y, específicamente, su acceso a información, asesoramiento y métodos anticonceptivos, porque estos son determinantes importantes de la incidencia de embarazos no deseados.

3.7.1 Evaluación de la situación actual

Los contextos locales que tienen la necesidad de una atención para el aborto mejorada varían considerablemente en términos de escala, desde el nivel de sistema a las instalaciones individuales, y con respecto a las áreas específicas que

requieren fortalecimiento. Para mejorar la atención para el aborto a nivel de las instalaciones, vea la Sección 3.5.2. A nivel nacional o del sistema de salud, el primer paso en la evaluación de la situación actual en relación con el embarazo no deseado y el aborto implica la recopilación y el análisis de la información existente sobre:

- leyes sobre sexualidad, anticoncepción y aborto;
- acuerdos de derechos humanos ratificados;
- acceso a anticonceptivos y su disponibilidad;
- educación sexual;
- estándares y guías de prestación de servicios;
- planes de estudios de las escuelas de profesionales de la salud y otros profesionales relevantes;
- disponibilidad de dispositivos médicos y medicamentos relacionados con el aborto;
- estadísticas de salud a nivel institucional y nacional;
- encuestas sobre salud reproductiva y demográficas;
- estudios de investigación relevantes;
- seguro de salud u otras medidas para reducir los gastos de bolsillo para los servicios de aborto.

Después de una recopilación y una revisión exhaustivas de la información existente, el equipo de campo puede desarrollar guías de discusión para que utilicen los encargados de la elaboración de políticas, los proveedores de salud, las mujeres y otros miembros relevantes de la comunidad. Las preguntas orientadoras para realizar una evaluación de campo podrían incluir cómo las políticas, los programas y los servicios pueden fortalecerse para:

- prevenir el embarazo no deseado;
- mejorar el acceso y la disponibilidad del aborto sin riesgos;
- mejorar la calidad de la atención para el aborto.

El estudio de cada uno de estos puntos en detalle ayudará al equipo a identificar y priorizar las necesidades de políticas y programáticas

más críticas. Una guía de campo está disponible con información más detallada sobre el proceso de conducción de una evaluación estratégica (61) (puede obtenerse en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/familyplanning/RHR_02_11).

3.7.2 Introducción de intervenciones para fortalecer la atención para el aborto

Las nuevas intervenciones sobre políticas y programas deben estar guiadas por las mejores prácticas basadas en la evidencia. Mucha de la evidencia para las políticas y los programas relacionados con el aborto se refleja en las recomendaciones presentadas en este documento guía. Sin embargo, los directores de programas frecuentemente desean estar seguros a través de la evidencia local de factibilidad, eficacia, aceptabilidad y costos de la introducción de cambios en el diseño de políticas y programas, o prácticas de prestación de servicios, antes de comprometer recursos para su implementación a una escala más amplia. Aun cuando las intervenciones están basadas en las mejores prácticas aceptadas internacionalmente, alguna evidencia de la capacidad para la implementación y la aceptabilidad locales entre los miembros de la comunidad probablemente sea necesaria para facilitar la adaptación a una escala superior. De acuerdo con la calidad de la evidencia requerida por los encargados de la elaboración de políticas, la comprobación de las intervenciones podría variar desde proyectos piloto simples o de demostración hasta investigaciones de implementación más rigurosas que incorporan diseños cuasi experimentales.

3.7.3 Adaptación a una escala superior de las intervenciones de políticas y programáticas

La adaptación a escala superior implica ampliar la capacidad del sistema de salud para la implementación de intervenciones de políticas y programas que han demostrado que mejoran el acceso y la calidad de la atención para el aborto, con el fin de lograr un impacto a nivel de la población. Muy a menudo,

se considera que la adaptación a una escala superior es una cuestión de implementación de programas de rutina que no necesita una atención especial. Una vez que se comprobó que un paquete de intervenciones es exitoso en un proyecto piloto o de demostración, se espera que sea recogido por el sistema de salud y extendido a todo nivel, basado en la convicción de que el éxito en la fase piloto es suficiente para catalizar un cambio a gran escala. Aunque esto a veces sucede, más frecuentemente no lo hace. La adaptación exitosa a una escala superior requiere de planificación, gestión, guía y respaldo en forma sistemática del proceso mediante el cual se expandirán e institucionalizarán las intervenciones. La adaptación a una escala superior también requiere suficientes recursos humanos y financieros para respaldar el proceso. La guía para el desarrollo de estrategias integrales para la adaptación a una escala superior y para la gestión del proceso está disponible en la OMS y en ExpandNet (62–64; <http://www.expandnet.net/tools.htm>) - fecha de consulta: 14 de febrero 2013.

Los enfoques sistemáticos a la adaptación a una escala superior reconocen que el proceso se lleva a cabo en un contexto de complejidad de “mundo real”, con actores e intereses múltiples y a menudo contrapuestos. La atención a las inquietudes técnicas es fundamental, pero de igual importancia son las cuestiones políticas, administrativas y de propiedad que participan, ya que las intervenciones para mejorar el acceso y la calidad del cuidado con frecuencia exigen cambios en los valores así como en las prácticas. Esto es de especial relevancia para un tema como el aborto sin riesgos.

A menudo, los sistemas de salud están limitados en su capacidad para prestar la gama de servicios necesarios que exigen las políticas actuales y la integración de un grupo nuevo de intervenciones puede poner una carga adicional sobre un sistema ya sobrecargado. No obstante, cuando la adaptación a una escala superior se enfoca sistemáticamente y con recursos financieros y humanos suficientes para respaldarla, el proceso puede ser exitoso y contribuir al logro del objetivo del acceso universal al cuidado de la salud reproductiva, que incluye el aborto sin riesgos.

Referencias

1. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
2. Myers JE, Seif MW. Global perspective of legal abortion – trends, analysis and accessibility. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:457–466.
3. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
4. Kishen M, Stedman Y. The role of advanced nurse practitioners in the availability of abortion services. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:569–578.
5. Jejeebhoy S et al. Can nurses perform MVA as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, 2011, 84:615–621.
6. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368(9551):1965–1972.
7. Shearer JC, Walker DG, Vlassoff M. Cost of post-abortion care in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2009, 108:165–169.
8. Bracken H. Family Planning Association of India (FPAI)/Gynuity Health Projects Research Group for Simplifying Medical Abortion in India. Home administration of misoprostol for early medical abortion in India. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 108:228–232.
9. Shannon C et al. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2006, 113:621–628.
10. Ngo TD et al. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
11. *Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, World Health Organization, 1995.
12. *Sexual and reproductive health care core competencies for primary health*. Geneva, World Health Organization, 2011.
13. Freedman M et al. Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 1986, 76:550–554.
14. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3(2):1–4.
15. Berer M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:58–63.
16. Iyengar SD. Introducing medical abortion within the primary health system: comparison with other health interventions and commodities. *Reproductive Health Matters*, 2005, 13:13–19.
17. Yarnell J, Swica Y, Winikoff B. Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:61–69.
18. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
19. *General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. Geneva, Committee on the Rights of the Child, 2003 (Report no. CRC/GC/2003/4).
20. World Health Organization and The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. *Clinical management of survivors of rape. A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*. Geneva, World Health Organization, 2002.
21. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
22. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.

23. Johnson BR et al. Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:1443–1453.
24. Jowett M. Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 2000, 53:201–228.
25. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
26. *Model certificate of a pharmaceutical product*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/regulation_legislation/certification/modelcertificate/en/index.html, accessed 1 September 2011).
27. Mitchell EMH et al. Building alliances from ambivalence: evaluation of abortion values clarification workshops with stakeholders in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:89–99.
28. *The abortion option: a values clarification guide for health care professionals*. Washington, DC, National Abortion Federation, 2005.
29. Turner KL, Chapman Page K. *Abortion attitude transformation: a values clarification toolkit for global audiences*. Chapel Hill, Ipas, 2008.
30. Billings D et al. Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In: Huntington D, Piet-Pelon NJ, eds. *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, 1999:141–158.
31. Dickson-Tetteh K et al. Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:144–150.
32. *Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care*. New York, Population Council, 2000.
33. *PRIME postabortion care. Program for International Training in Health (INTRAH)*. Chapel Hill, University of North Carolina, 2001.
34. Yumkella F, Githiori F. *Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya*. Chapel Hill, Program for International Training in Health (INTRAH), 2000.
35. Healy J, Otsea K, Benson J. Counting abortions so that abortion counts: indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2006, 95:209–220.
36. *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. Geneva, World Health Organization, 2010.
37. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2009.
38. World Health Organization, UNFPA. *National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva, World Health Organization, 2008.
39. Mulligan EA. Striving for excellence in abortion services. *Australian Health Review*, 2006, 30:468–473.
40. Foy R et al. Theory-based identification of barriers to quality improvement: induced abortion care. *Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17:147–155.
41. Morrison J. Audit of the care of women requesting induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 23:521–524.
42. EngenderHealth, Ipas. *COPE® for comprehensive abortion care: a toolkit to accompany the COPE handbook*. EngenderHealth Quality Improvement Series. New York, EngenderHealth, 2009.
43. Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:158–166.
44. Johnston HB, Gallo MF, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2007, 33:250–257.
45. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (Report no. 59).
46. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
47. Hu D et al. Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion. *African Journal of Reproductive Health*, 2010, 14:85–103.

48. Grimes D et al. Abortion in the seventies. In: *The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report*. Washington, DC, National Abortion Federation, 1977:41–46.
49. Jones R, Henshaw R. Mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34:154–161.
50. Finer L, Wei J. Effect of mifepristone on abortion access in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:623–630.
51. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Discussion Paper 1).
52. Duggal R. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):130–137.
53. Nagma-e-Rehan. Cost of the treatment of complications of unsafe abortion in public hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2011, 61:169–172.
54. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, 16–25 May 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHA58/2005/REC/1).
55. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.
56. *Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, World Health Organization, 1999.
57. Johnson BR, Horga M, Fajans P. A strategic assessment of abortion and contraception in Romania. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):184-194.
58. Tsogt B, Kisghgee S, Johnson BR. Applying the WHO Strategic Approach to strengthening first and second trimester abortion services in Mongolia. *Reproductive Health Matters*, 2008, 16(31 Suppl.):127–134.
59. *Strategic assessment of policy, quality and access to contraception and abortion in the Republic of Macedonia*. Skopje, Republic Institute for Health Protection, 2008.
60. Jackson E et al. A strategic assessment of unsafe abortion in Malawi. *Reproductive Health Matters*, 2011, 19:133-143.
61. *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Geneva, World Health Organization, 2002.
62. World Health Organization, ExpandNet. *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Geneva, World Health Organization, 2009.
63. World Health Organization, ExpandNet. *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Geneva, World Health Organization, 2010.
64. World Health Organization, ExpandNet. *Beginning with the end in mind: planning pilot projects and programmatic research for scaling up success*. Geneva, World Health Organization, 2011.

CAPÍTULO 4

Consideraciones legales y políticas

Resumen

- El aborto inseguro es una de las cuatro causas principales de mortalidad y morbilidad materna. Una de las razones por las que se realizan abortos inseguros es debido a que los servicios de aborto sin riesgos a menudo no están disponibles, aun cuando son legales para varias indicaciones en casi todos los países.
- Con mayor frecuencia, los tribunales y los organismos de derechos humanos internacionales, regionales y nacionales recomiendan la despenalización del aborto, así como proveer atención para el aborto, con el fin de proteger la vida y la salud de la mujer y, en casos de violación, si la mujer lo solicita aunque no represente un riesgo. Es fundamental garantizar que las leyes, aun cuando sean restrictivas, se interpreten e implementen para promover y proteger la salud de la mujer.
- Muchas veces hay barreras adicionales, que pueden o no estar codificadas por la ley, que impiden que las mujeres alcancen los servicios para los que son elegibles y contribuyen al aborto inseguro. Estas barreras incluyen la falta de acceso a la información, la exigencia de la autorización de un tercero, la restricción del tipo de proveedores de salud e instalaciones que pueden proveer servicios legalmente, no garantizar el acceso a servicios asequibles, no garantizar la confidencialidad y la privacidad, y permitir la objeción por razones de conciencia sin la intervención de los proveedores de salud y las instalaciones.
- Se requiere un entorno regulatorio y político propicio para garantizar que cada mujer elegible desde el punto de vista legal tenga un acceso sencillo a servicios de aborto de buena calidad.

Las políticas deben orientarse a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las mujeres para alcanzar resultados de salud positivos para las mujeres, para ofrecer información y servicios relacionados con la planificación familiar y la anticoncepción de buena calidad y para satisfacer las necesidades particulares de las mujeres de escasos recursos, las adolescentes, las víctimas de violaciones y las mujeres con VIH.

4.1 La salud de la mujer y los derechos humanos

El aborto inseguro representa el 13 % de las muertes maternas (1) y el 20 % de la mortalidad total y la carga por discapacidad debida al embarazo y al nacimiento (2). Casi todas las muertes y la morbilidad por el aborto inseguro ocurren en países donde el aborto está rigurosamente prohibido por la ley y en la práctica. Cada año, aproximadamente 47 000 mujeres mueren debido a complicaciones del aborto inseguro (3) y se calcula que 5 millones de mujeres padecen discapacidades temporales o permanentes, incluso infertilidad (4). Donde hay pocas restricciones para acceder al aborto sin riesgos, las muertes y las enfermedades se reducen drásticamente (5). En este capítulo, se destaca el vínculo inextricable entre la salud de la mujer y los derechos humanos, y la necesidad de leyes y políticas que los promuevan y protejan.

La mayoría de los gobiernos ha ratificado tratados y convenios internacionales que los compromete legalmente a proteger los derechos humanos, incluso el derecho al mejor estándar de salud posible, el derecho a no ser discriminado, el derecho a la vida, la libertad

y la seguridad de la persona, el derecho a no sufrir ningún tratamiento inhumano y degradante y el derecho a la educación y la información. Estos derechos se reconocen y se definen más extensamente en tratados regionales, promulgados en las constituciones nacionales y las leyes de muchos países.

Teniendo en cuenta estos derechos humanos, en el proceso de revisión y evaluación de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas de 1999 (ICPD+5), los gobiernos acordaron que “en los casos en los que el aborto no esté contra la ley, los sistemas de salud deben

capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean accesibles y sin riesgos. Deben tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres” (6). El documento original, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2003 se inició a partir de este mandato (7).

Durante los últimos 15 años, los organismos de derechos humanos internacionales y regionales y los tribunales nacionales han aplicado cada vez más los derechos humanos, entre estos organismos

CUADRO 4.1

Ejemplos de aplicación de los derechos humanos para el aborto sin riesgos, en el contexto de la atención de la salud reproductiva integral, por organismos de derechos humanos internacionales y regionales

Los derechos humanos, como están consagrados en los tratados internacionales y regionales y en las constituciones nacionales, y el producto de los organismos de control de los tratados de las Naciones Unidas, incluidos sus comentarios o recomendaciones generales y las observaciones finales a los Estados, así como las decisiones de tribunales regionales y nacionales conforman un sistema de referencia para la rendición de cuentas con relación a los derechos humanos en los niveles internacional, regional y nacional. Aportan una guía clara para los Estados (en el caso de las observaciones finales, a los Estados individuales) sobre las medidas que se deben tomar para garantizar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos.

Los organismos de control de los tratados de las Naciones Unidas, los tribunales regionales y nacionales han prestado una mayor atención al tema del aborto durante las últimas décadas, que incluye la mortalidad materna debido al aborto inseguro, la penalización del aborto y la legislación restrictiva que conduce a las mujeres a realizarse abortos ilegales e inseguros. Cada vez más, han invitado a los Estados a proporcionar servicios e información integral sobre salud sexual y reproductiva a las mujeres y adolescentes, eliminar las barreras regulatorias y administrativas que impiden el acceso a las mujeres a los servicios de aborto sin riesgos y brindar tratamiento para las complicaciones del aborto. Si no lo hacen, los Estados pueden no cumplir con sus tratados y obligaciones constitucionales de respetar, proteger y cumplir el derecho a la vida, el derecho a no ser discriminado, el derecho al mejor estándar de salud posible, el derecho a no sufrir ningún tratamiento cruel, inhumano y degradante y los derechos a la privacidad, la confidencialidad, la información y la educación. Las recomendaciones del organismo de control de los tratados de las Naciones Unidas y las decisiones de los tribunales regionales para los Estados incluyen los siguientes ejemplos:¹

Garantía para las bases legales integrales del aborto

- Tomar medidas para prevenir el aborto inseguro, como enmendar las leyes restrictivas que representan una amenaza para la vida de las mujeres, incluidas las adolescentes (9).
- Proporcionar el aborto legal en casos donde la continuación del embarazo pone en peligro la salud de las mujeres, incluidas las adolescentes (10).
- Proporcionar el aborto legal en casos de violación e incesto (11).
- Enmendar las leyes que penalizan los procedimientos médicos, como el aborto, que solo necesitan las mujeres o las leyes que castigan a las mujeres por someterse a estos procedimientos (12).

¹ Las referencias detalladas reflejan un número creciente de comentarios o recomendaciones generales del organismo de control de los tratados de las Naciones Unidas y las observaciones finales, así como las disposiciones de los tratados regionales y las decisiones de los tribunales regionales relacionadas con el aborto.

se incluyen los organismos de control de los tratados de las Naciones Unidas en el contexto del aborto (ver el Cuadro 4.1). Recomendaron que los Estados reformen las leyes que penalizan los procedimientos médicos que necesitan solo las mujeres y las leyes que castigan a las mujeres que se someten a estos procedimientos (8), ambos tipos de leyes se aplican en el caso del aborto. Con el fin de proteger la salud de la mujer y los derechos humanos, estos organismos de derechos humanos recomendaron que los Estados realicen todos los esfuerzos para garantizar que las mujeres no deban someterse a

abortos clandestinos y que el aborto debe ser legal como mínimo cuando la continuación del embarazo pone en peligro la vida (9) y la salud (10) de la mujer y en casos de violación e incesto (11). También recomendaron que los Estados deban garantizar un acceso oportuno y asequible a los servicios de salud de buena calidad. Este acceso se debe proporcionar de modo tal que asegure que la mujer da su consentimiento plenamente informado, respete su dignidad, garantice su confidencialidad y sea sensible a sus necesidades y perspectivas (8).

cuadro 4.1 continuación

Planificación y administración de la atención para un aborto sin riesgos

- Garantizar el acceso oportuno a una gama de servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, incluso para las adolescentes, que se prestan de un modo que asegura el consentimiento plenamente informado de la mujer, respeta su dignidad, garantiza su confidencialidad y es sensible a sus necesidades y perspectivas (13).
- Reducir la morbilidad y mortalidad maternas en adolescentes, particularmente a causa del embarazo a edad temprana y prácticas de aborto inseguro, y desarrollar e implementar programas que proporcionan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, que incluyen planificación familiar, anticoncepción y servicios de aborto sin riesgos donde el aborto no está en contra de la ley (14).
- Brindar información sobre salud sexual y reproductiva, y mecanismos para garantizar que todas las mujeres, incluidas las adolescentes, tengan acceso a la información sobre los servicios de aborto legal (15).

Eliminación de las barreras regulatorias, políticas y al acceso

- Suprimir la exigencia de la autorización de un tercero que interfiere con el derecho de las mujeres y las adolescentes a tomar decisiones sobre la reproducción y a ejercer el control sobre sus cuerpos (16).
- Eliminar barreras que impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud, como honorarios altos para los servicios de atención médica, la exigencia de contar con la autorización preliminar del esposo, del padre o de las autoridades hospitalarias, las distancias largas hasta las instalaciones de salud y la ausencia de transporte público cómodo y asequible, y también garantizar que el ejercicio de la objeción de conciencia no impida el acceso de las personas a los servicios para los que tienen derecho por ley (17).
- Implementar un marco legal o político que permita que las mujeres accedan al aborto donde el procedimiento médico está permitido por la ley (18).

Provisión de tratamiento de las complicaciones del aborto

- Proporcionar tratamiento oportuno para las complicaciones del aborto independientemente de la ley sobre el aborto inducido, para proteger la vida y la salud de la mujer (19).
- Eliminar la práctica de extraer confesiones con fines judiciales a las mujeres que buscan atención médica de urgencia como resultado de un aborto ilegal y el requisito legal para los médicos y otro personal de salud de informar casos de mujeres que se han sometido al aborto (20).

Dado el vínculo claro entre el acceso al aborto sin riesgos y la salud de la mujer, se recomienda que las leyes y las políticas respeten y protejan la salud de la mujer y sus derechos humanos.

4.2 Las leyes y su implementación dentro del contexto de los derechos humanos

Las restricciones legales al aborto no dan como resultado menor cantidad de abortos ni aumentos importantes en los índices de nacimiento (21, 22). Por el contrario, las leyes y políticas que facilitan el acceso al aborto sin riesgos no aumentan el índice o el número de abortos. El efecto principal es cambiar los procedimientos que anteriormente eran clandestinos e inseguros a procedimientos legales y sin riesgos (21, 23).

La restricción del acceso legal al aborto no disminuye la necesidad del aborto, sino que probablemente aumente el número de mujeres que buscan abortos ilegales e inseguros, lo que conduce a una mayor morbilidad y mortalidad. Asimismo, las restricciones legales llevan a muchas mujeres a buscar servicios en otros países o estados (24, 25), lo cual es costoso, demora el acceso y crea desigualdades sociales. La restricción del aborto con la intención de aumentar la población ha sido bien documentada en muchos países. En cada caso, las restricciones del aborto trajeron como consecuencia abortos ilegales e inseguros y mortalidad relacionada con el embarazo, con un aumento neto insignificante en la población (26–29).

Las leyes del aborto comenzaron a flexibilizarse, a través de la legislación o de aplicaciones e interpretaciones legales más amplias, en la primera parte del siglo XX, cuando se empezó a reconocer la extensión del problema de salud pública asociado con el aborto inseguro. En los últimos años de la década de 1960, ha habido una tendencia hacia la liberalización del aspecto legal para el aborto (30). Desde 1985, más de 36 países han liberalizado sus

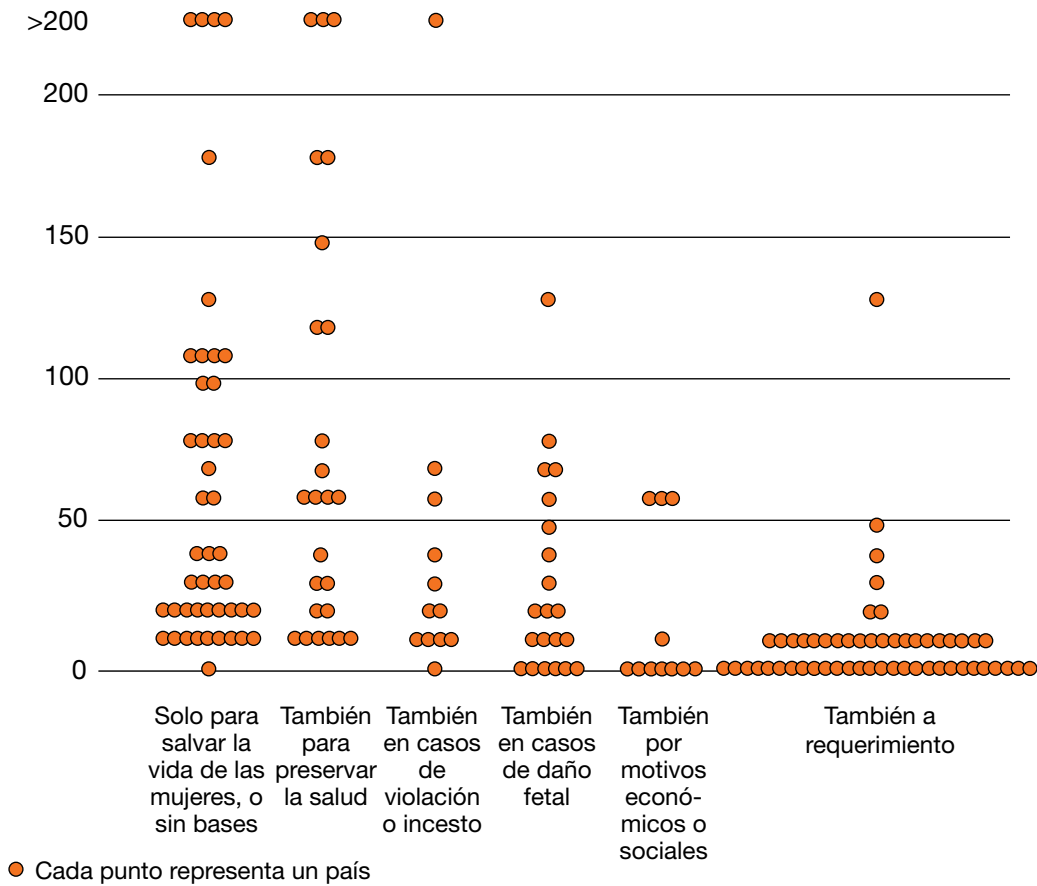
leyes relacionadas con el aborto, mientras que solo unos pocos países han impuesto más restricciones en sus leyes (31). Estas reformas acontecieron tanto a través de la acción judicial como legislativa.

Existen cada vez más pruebas de que en los lugares donde el aborto es legal por amplias razones socioeconómicas y a solicitud de la mujer, y donde los servicios seguros son accesibles, tanto el aborto inseguro como la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el aborto son reducidos (32–35) (ver la Figura 4.1).

Cincuenta y siete países, que representan casi el 40 % de las mujeres de todo el mundo, permiten el aborto a solicitud de la mujer embarazada (31, 36). En este contexto, la decisión final sobre continuar o finalizar el embarazo pertenece a la mujer sola. En algunos códigos penales, el aborto durante todo el embarazo o hasta un límite gestacional establecido, ya no está sujeto a la regulación penal y se ha retirado como delito definido. En estas situaciones, los servicios de aborto generalmente se han integrado al sistema de salud y están regidos por las leyes, las regulaciones y los estándares médicos que se aplican a todos los servicios de salud. Aproximadamente el 20 % de las mujeres de todo el mundo vive en países que tienen leyes que permiten el aborto en función de las circunstancias sociales y económicas de la mujer (31), esto incluye el efecto de la continuación del embarazo sobre sus hijos existentes y otros miembros de la familia.

No obstante, en todo el mundo, el 40 % de las mujeres en edad fértil vive en países que tienen leyes muy restrictivas (31, 37) o donde el aborto, aun cuando es legal, no está disponible ni es accesible.

Figura 4.1 Muertes atribuidas a un aborto inseguro cada 100 000 nacidos vivos, según las bases legales para el aborto



Extraído de: *The World Health Report 2008 – primary health care now more than ever (Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca.)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

4.2.1 Comprensión de las bases legales para el aborto

4.2.1.1 Cuando hay peligro para la vida de la mujer

Casi todos los países permiten el aborto para salvar la vida de la mujer embarazada. Esto es coherente con el derecho humano a la vida, que requiere la protección de la ley y que incluye los casos en los que el embarazo es una amenaza para la vida de la mujer o cuando la vida de la mujer embarazada está en peligro de algún otro modo (9).

Tanto las condiciones médicas como sociales pueden constituir condiciones que ponen en peligro la vida. Algunos países suministran listas detalladas de lo que consideran que son condiciones *médicas* que ponen en peligro la vida. Dichas listas pueden interpretarse restrictivamente o considerarse exhaustivas, cuando de hecho apuntan a ilustrar las situaciones que se consideran una amenaza para la vida y no excluyen el criterio clínico de lo que es riesgoso para la vida de una mujer determinada. En algunos casos, los médicos sostienen que es necesario realizar un aborto sin riesgos, porque, de no hacerlo, la mujer pondría en peligro su vida al recurrir a un practicante no calificado (38). Un ejemplo de una condición *social* que pone en peligro la vida es un embarazo que involucra el llamado “honor” familiar. Por ejemplo, en algunas sociedades, el embarazo fuera del matrimonio puede traer como consecuencia que se someta a la mujer a violencia física o incluso a la muerte.

- Aun cuando la protección de la vida de la mujer sea la única razón que permite un aborto, es esencial que los proveedores de los servicios de aborto estén capacitados, que los servicios estén disponibles y se conozca su existencia, y que el tratamiento para las complicaciones del aborto inseguro esté ampliamente disponible. Salvar la vida de una mujer puede ser necesario en cualquier punto del embarazo y, cuando se lo solicita, el aborto debe realizarse tan pronto como sea posible para minimizar los riesgos de la salud de la mujer. El tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro se debe proporcionar de manera que preserve la dignidad y la igualdad de las mujeres.

4.2.1.2 Cuando hay peligro para la salud de la mujer

El cumplimiento de los derechos humanos requiere que las mujeres puedan acceder al aborto sin riesgos cuando está indicado para proteger su salud (10). Es ampliamente conocido que la salud física incluye condiciones que agravan el embarazo y aquellas agravadas por el embarazo. El área de la salud mental incluye la angustia psicológica o el sufrimiento mental causado, por ejemplo, por actos sexuales obligados o forzados y el diagnóstico de un daño fetal grave (39). También se toman en cuenta las circunstancias sociales de la mujer al momento de evaluar el riesgo para la salud.

- En muchos países, la ley no especifica qué aspectos de la salud están involucrados, sino que meramente establece que el aborto se permite para prevenir el riesgo de daño para la salud de la mujer embarazada. Ya que todos los países que son miembros de la OMS aceptan su descripción constitucional de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (40), esta descripción de la salud completa está implícita en la interpretación de las leyes que permiten el aborto para proteger la salud de las mujeres.

4.2.1.3 Cuando el embarazo es la consecuencia de una violación o incesto

La protección de las mujeres del tratamiento cruel, inhumano y degradante exige que aquellas que han quedado embarazadas como resultado de actos sexuales obligados o forzados puedan acceder legalmente a los servicios de aborto (41). Casi el 50 % de los países reflejan este estándar y permiten el aborto en el caso específico de violación, o más generalmente donde el embarazo es el resultado de un acto delictivo, como en casos de incesto (36). Algunos países requieren como evidencia que la mujer denuncie el acto a las autoridades legales. Otros requieren evidencia forense de penetración sexual o una investigación policial que avale que la relación sexual fue involuntaria o abusiva. Las demoras debido a dichos requisitos pueden resultar

en la negación de los servicios a la mujer porque se han superado los límites de edad gestacional establecidos por las leyes. En muchos contextos, las mujeres que fueron víctimas de violación pueden tener miedo de ser estigmatizadas por la policía y otras personas. Por lo tanto, rehúyen de todos modos a realizar la denuncia por violación y, de esta manera, quedan imposibilitadas para acceder al aborto legal. Cualquiera de las dos situaciones puede llevar a las mujeres a recurrir a los servicios clandestinos e inseguros para finalizar con su embarazo.

- Se deben proporcionar servicios de aborto sin riesgos y rápidos en función del reclamo de la mujer en lugar de requerir evidencias forenses o exámenes policiales (42, 43). Los requisitos administrativos se deben minimizar y se deben establecer protocolos claros tanto para la policía como para los proveedores de salud, ya que esto facilitará la derivación y el acceso a la atención (44, 45).

4.2.1.4 Cuando existe daño fetal

Cada vez más, los países con leyes de aborto de otro modo restrictivas están permitiendo el aborto cuando existe diagnóstico de daño o anomalías fetales debido a causas genéticas u otras causas. Muchos países especifican las clases de daño, como aquellos considerados incompatibles con la vida o la vida independiente, mientras que otros proporcionan listas de daños (36). Dichas listas tienden a ser restrictivas y, por lo tanto, son una barrera para el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro. En algunos países, la ley no hace diferencias en cuanto al daño fetal; en su lugar, se interpretan motivos sociales o de protección de la salud para incluir la angustia de la mujer embarazada provocada por el diagnóstico del daño fetal (46, 47).

- Las pruebas prenatales y otros servicios de diagnóstico médico no se pueden rechazar legalmente porque la mujer puede decidir finalizar su embarazo. La mujer tiene el derecho de saber el estado de su embarazo y de actuar de acuerdo a esta información.

4.2.1.5 Por razones económicas y sociales

En países que permiten el aborto por razones económicas y sociales, las bases legales se interpretan en referencia a si la continuación del embarazo afectaría las circunstancias presentes o previsibles de la mujer, incluso alcanzar el mejor estándar de salud posible. Algunas leyes especifican las razones admisibles, tales como el embarazo fuera del matrimonio, falla en el método anticonceptivo o discapacidad intelectual que afecta la capacidad de cuidar a un niño, mientras que otras solo las sugieren (48). Las leyes también pueden demandar angustia como resultado de circunstancias alteradas, por ejemplo, la angustia de cuidar y satisfacer las necesidades de un hijo que se suma a los miembros existentes de la familia.

4.2.1.6 A requerimiento

Casi un tercio de los Estados miembros de las Naciones Unidas permiten el aborto a requerimiento libre e informado de la mujer embarazada (36). Esta autorización surgió porque los países reconocen que las mujeres buscan el aborto por una, y a menudo más de una, de las razones expuestas precedentemente, y porque aceptan la legitimidad de todas ellas, sin exigir una razón específica. Estas bases legales reconocen las condiciones para la elección libre de la mujer. La mayoría de los países que permiten el aborto a requerimiento establecen limitaciones para estas bases en función de la duración del embarazo.

4.2.1.7 Límites según la duración del embarazo

Las leyes o las políticas que imponen límites de tiempo en cuanto a la duración del embarazo para el cual se puede realizar un aborto pueden tener consecuencias negativas para las mujeres que superaron el límite. Tales políticas o leyes obligan a algunas mujeres a buscar servicios de proveedores inseguros o el aborto autoinducido con misoprostol o un método menos seguro, o las obligan a buscar servicios en otros países, lo cual es costoso, demora el acceso (aumentando así el riesgo para la salud) y crea inequidades sociales.

Además, algunos contextos de prestación de servicios restringen los servicios que ofrecen según límites gestacionales que no están basados en la evidencia. Por ejemplo, algunos países ofrecen servicios de aborto ambulatorios solo hasta las ocho semanas de gestación cuando se podrían proveer de manera segura incluso después de 12 a 14 semanas de gestación (ver los Capítulos 2 y 3). Asimismo, algunos países ofrecen aspiración de vacío solo hasta las seis u ocho semanas, cuando el personal de salud capacitado puede proporcionarlo de manera segura hasta las 12 a 14 semanas de gestación. Estas políticas también promueven el uso continuo de procedimientos menos seguros, como la dilatación y curetaje.

4.2.2 Barreras legales, regulatorias o administrativas para el acceso al aborto sin riesgos en el contexto de los derechos humanos

Las bases legales, y el alcance de su interpretación, son solo una dimensión del entorno legal y político que afecta el acceso de las mujeres al aborto seguro. Las barreras del sistema de salud y la prestación de servicios, como se explican en el Capítulo 3, también pueden estar codificadas en las leyes, regulaciones, políticas y prácticas. Las leyes, políticas y prácticas que restringen el acceso a la información y los servicios de aborto pueden desanimar a las mujeres en cuanto a la búsqueda de atención y crean un “efecto de enfriamiento” (supresión de las acciones debido al miedo a las represalias o castigos) para la provisión de servicios seguros y legales. Los ejemplos de barreras incluyen:

- prohibir el acceso a la información sobre servicios de aborto legales, o no brindar información pública sobre el estado legal del aborto;
- exigir la autorización de un tercero por parte de uno o más profesionales médicos o un comité hospitalario, tribunal o policía, padre o tutor o la pareja o esposo de la mujer;
- restringir los métodos disponibles de aborto, incluidos métodos quirúrgicos y médicos,

por ejemplo, falta de aprobación regulatoria para los medicamentos esenciales;

- restringir la variedad de proveedores de salud e instalaciones que pueden prestar servicios de manera segura, por ejemplo, médicos en instalaciones con hospitalización y equipamiento sofisticado;
- no asegurar la derivación en caso de objeción por razones de conciencia;
- requerir períodos de espera obligatorios;
- censurar, ocultar o distorsionar intencionalmente la información relacionada con la salud;
- excluir la cobertura para los servicios de aborto en el seguro de salud, o no eliminar o reducir los honorarios del servicio para las mujeres de bajos ingresos y adolescentes (ver el Capítulo 3);
- no garantizar la confidencialidad y privacidad, incluso para el tratamiento de las complicaciones del aborto (ver el Capítulo 3);
- exigir que las mujeres proporcionen los nombres de los profesionales antes de brindarles el tratamiento de las complicaciones del aborto ilegal;
- interpretar de manera restrictiva las bases legales.

Estas barreras contribuyen al aborto inseguro porque:

- desaniman a las mujeres para que busquen atención y a los proveedores para que presten servicios dentro del sistema de salud formal;
- causan demoras en el acceso a los servicios, lo que puede resultar en que los servicios no se proporcionen debido a los límites gestacionales establecidos legalmente;
- crean procedimientos administrativos complejos y agotadores;
- aumentan los costos del acceso a los servicios de aborto;
- limitan la disponibilidad de los servicios y su distribución geográfica equitativa.

A continuación se detallan barreras políticas seleccionadas.

4.2.2.1 Acceso a la información

El acceso a la información es un determinante clave del aborto sin riesgos. Las leyes penales, incluidas en la provisión de información relacionada con el aborto, y la estigmatización del aborto desanima a muchas mujeres a solicitar información de sus proveedores de salud habituales acerca de los servicios de aborto. Posiblemente las mujeres prefieran no consultar a sus proveedores de salud habituales o buscar atención fuera de sus comunidades.

Muchas mujeres y proveedores de salud (así como policías y funcionarios de tribunales) no conocen lo que la ley permite con respecto al aborto (50, 51). Por ejemplo, en un país donde el aborto está permitido hasta las 20 semanas de embarazo para proteger la salud de la mujer y en caso de fracaso del método anticonceptivo, una encuesta reveló que más del 75 % de las mujeres y los hombres casados no sabían que el aborto era legal en estas circunstancias (52). Las políticas o regulaciones de la salud pública pueden contener disposiciones especiales que aclaran cómo interpretar una ley sobre el aborto. Sin embargo, en muchos países, no existen interpretaciones formales o regulaciones propicias (53). El miedo a violar una ley produce un efecto de enfriamiento. Se disuade a las mujeres de buscar los servicios dentro del sector de salud formal. Los profesionales de la salud tienden a ser demasiado precavidos al momento de decidir si se cumplen las bases legales para el aborto y, por consiguiente, niegan a las mujeres los servicios a los que tienen derecho desde el punto de vista legal. En otros casos, existe información inapropiada o conflictiva, por ejemplo, sobre las dosis adecuadas de medicamentos para el aborto médico.

- La provisión de información sobre el aborto legal y sin riesgos es crucial para proteger la salud de la mujer y sus derechos humanos. Los Estados deben despenalizar la provisión de información relacionada con el aborto legal y deben proveer una guía clara sobre cómo se deben interpretar y aplicar las bases legales, así como la información sobre cómo y cuándo acceder a los servicios legales. Los legisladores, los jueces, los

abogados y los encargados de la elaboración de políticas también deben entender los derechos humanos y las dimensiones para la salud del acceso legal a los servicios de aborto sin riesgos, puestos a disposición a través de la capacitación u otra información adecuadamente orientada.

4.2.2.2 Autorización de un tercero

El requisito de la autorización de la pareja o paterna puede desalentar a la mujer de buscar servicios legales y sin riesgos (54). El acceso a la atención puede también estar demorado indebidamente por procedimientos agobiantes de autorización médica, especialmente donde los especialistas o los comités hospitalarios requeridos son inaccesibles. El requisito de autorización del esposo, padre o autoridades hospitalarias puede violar el derecho a la privacidad y el acceso de las mujeres a la atención médica sobre la base de la igualdad de hombres y mujeres (8, 16). Negociar los procedimientos de autorización sobrecarga de manera desproporcionada a las mujeres de bajos ingresos, adolescentes, aquellas con escasa educación y aquellas sometidas a, o en riesgo de, conflicto o violencia doméstica, lo que crea desigualdad en el acceso. La autorización paterna, a menudo basada en un límite de edad arbitrario, niega el reconocimiento de las capacidades evolutivas de las mujeres jóvenes (55).

- No se debe exigir a las mujeres la autorización de un tercero para obtener servicios de aborto. Para proteger los mejores intereses y el bienestar de las menores, y teniendo en cuenta sus capacidades evolutivas, las políticas y las prácticas deben alentar, pero no exigir, el compromiso de los padres a través del apoyo, la información y la educación (ver también el Capítulo 3).

4.2.2.3 Provisión de medicamentos esenciales

Los métodos médicos de aborto pueden no estar disponibles debido a la falta de aprobación regulatoria o registro para los medicamentos esenciales. Tanto la mifepristona como el misoprostol se han incluido en la *lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS* desde 2005

(56, 57), a pesar de eso, muchos países aún no los han registrado o no los han colocado en su lista nacional de medicamentos esenciales. En ocasiones, también puede haber restricciones legales en la distribución de medicamentos después de su aprobación.

- El registro y la distribución de suministros adecuados de medicamentos para el aborto médico (ver el Capítulo 3) son esenciales para mejorar la calidad de los servicios de aborto, para cualquier indicación legal. El acceso a los medicamentos esenciales también es necesario para evitar lesiones en la salud de la mujer a consecuencia del uso de medicamentos no registrados comprados a través de canales que no tienen una calidad controlada.

4.2.2.4 Regulación de las instalaciones y los proveedores

Las restricciones a la variedad de proveedores (por ejemplo, solo ginecólogos) o las instalaciones (por ejemplo, nivel terciario únicamente) que están legalmente autorizados a proporcionar el aborto reducen la disponibilidad de los servicios y su distribución geográfica equitativa, lo que hace necesario que las mujeres viajen mayores distancias para obtener la atención y, por lo tanto, aumenta los costos y retrasa el acceso (58).

- La regulación de las instalaciones y los proveedores debe estar basada en la evidencia para proteger contra requisitos de sobremedicalización, arbitrarios o de otro modo irracionales. La regulación de las instalaciones y los proveedores debe estar basada en los criterios que actualmente se requieren para la provisión de la atención para un aborto sin riesgos (ver el Capítulo 3). La aspiración de vacío y los métodos médicos recomendados en el Capítulo 2 se pueden proporcionar de manera segura en el nivel de atención médica primaria por proveedores de salud de nivel medio (59, 60). La regulación de los proveedores y las instalaciones debe estar dirigida a garantizar que se puedan proporcionar los métodos recomendados por la OMS tanto de manera segura como eficaz.

4.2.2.5 Objeciones de conciencia

En ocasiones, los profesionales de la salud se niegan a atender abortos basándose en objeciones de conciencia al procedimiento, aunque no derivan a la mujer a un proveedor de aborto. En ausencia de un proveedor de atención para el aborto rápidamente disponible, esta práctica puede demorar la atención para la mujer que necesita un aborto sin riesgos, lo cual aumenta los riesgos para su vida y su salud. Mientras que las leyes de derechos humanos internacionales protegen el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, también estipulan que la libertad de manifestar la religión o las creencias propias podría estar sujeta a las limitaciones necesarias para proteger los derechos humanos fundamentales de otras personas (61). Por lo tanto, las leyes y las regulaciones no deben facultar a los proveedores y las instituciones para impedir el acceso de las mujeres a servicios de salud legales (62).

- Los profesionales de salud que aducen objeción de conciencia deben derivar a la mujer a otro proveedor capacitado y dispuesto dentro del mismo centro o a otro centro de fácil acceso, de acuerdo con la ley nacional. Donde no es posible la derivación, el profesional de la salud que se niega debe proporcionar un aborto para salvar la vida de la mujer y prevenir lesiones a su salud. Los servicios de salud deben estar organizados de tal modo que garanticen que el ejercicio eficaz de la libertad de conciencia de los profesionales de salud en el contexto profesional no impida que las pacientes obtengan acceso a los servicios a los cuales tienen derecho según la legislación correspondiente.

4.2.2.6 Períodos de espera

A menudo, las leyes o las regulaciones o los procedimientos administrativos impuestos por las instalaciones o los proveedores individuales exigen períodos de espera obligatorios. Estos períodos de espera obligatorios pueden tener el efecto de demorar la atención, lo que puede poner en peligro la capacidad de las mujeres para acceder a servicios de aborto legal y sin riesgos y degrada a las mujeres como personas aptas para tomar decisiones (24, 43).

- Los Estados y otros proveedores de servicios de salud deben garantizar que la atención para el aborto se preste de modo tal que respete a las mujeres como personas capaces de tomar decisiones. Los períodos de espera no deben poner en peligro el acceso de las mujeres a los servicios de aborto legal y sin riesgos. Los Estados deben considerar la eliminación de los períodos de espera que no son médicamente necesarios y la ampliación de los servicios para atender rápidamente a todas las mujeres elegibles.

4.2.2.7 Censurar, ocultar o distorsionar intencionalmente la información relacionada con la salud

Las mujeres tienen el derecho de estar totalmente informadas sobre sus opciones para la atención médica por personal adecuadamente capacitado, incluida la información sobre los beneficios probables y los efectos adversos potenciales de los procedimientos propuestos y las alternativas disponibles (8). Censurar, ocultar o distorsionar intencionalmente la información sobre los servicios de aborto puede traer como consecuencia la falta de acceso a los servicios o demoras, que aumentan los riesgos para la salud de la mujer. La provisión de información es una parte fundamental de los servicios de aborto de buena calidad (ver el Cuadro 4.2 y también el Capítulo 2 "Información y asesoramiento").

La información debe ser completa, precisa y fácil de entender, y debe estar dada de modo que ayude a la mujer a ser capaz de dar libremente su consentimiento plenamente informado, respete su dignidad, garantice su privacidad y confidencialidad y sea sensible a sus necesidades y perspectivas (8).

- Los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los medios para el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva, que incluye censurar, ocultar o distorsionar intencionalmente la información relacionada con la salud (63).

4.2.2.8 Acceso al tratamiento para las complicaciones del aborto

Los proveedores de salud están obligados a brindar atención médica para salvar la vida a cualquier mujer que tenga complicaciones relacionadas con el aborto, incluido el tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro, independientemente de las bases legales para el aborto (19). Sin embargo, en algunos casos, el tratamiento de las complicaciones del aborto solo se administra siempre que la mujer proporcione información sobre las personas que realizaron el aborto ilegal. Esto se ha considerado como tortura y tratamiento inhumano y degradante (20).

CUADRO 4.2

Información esencial para las mujeres

- Las mujeres tienen el derecho de decidir libre y responsablemente si quieren tener un hijo y cuándo, sin coerción, discriminación ni violencia.
- Cómo ocurrió el embarazo, sus signos y síntomas, y dónde obtener una prueba de embarazo.
- Cómo prevenir un embarazo no deseado, que incluye dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos, como preservativos.
- Dónde y cómo obtener servicios de aborto legal y sin riesgos y su costo.
- Los detalles de las limitaciones legales sobre la edad gestacional máxima para obtener el aborto.
- El aborto es un procedimiento muy seguro pero el riesgo de las complicaciones aumenta cuando la edad gestacional es mayor.
- Cómo reconocer las complicaciones del aborto espontáneo y el aborto inseguro, la importancia vital de buscar tratamiento de inmediato, y cuándo y dónde obtener los servicios.

- Se debe eliminar la práctica de extraer confesiones a las mujeres que buscan atención médica de urgencia como resultado de un aborto ilegal y el requisito legal para los médicos y otro personal de salud de informar casos de mujeres que se han sometido al aborto. Los Estados tienen la obligación de proporcionar tratamiento inmediato e incondicional a cualquier persona que busque atención médica de urgencia (19, 20, 41).

4.2.2.9 Interpretación restrictiva de las leyes sobre el aborto

El respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos requiere que los gobiernos garanticen que los servicios de aborto que están permitidos por la ley sean accesibles en la práctica (10, 64). Deben estar establecidos mecanismos institucionales y administrativos que deben proteger contra las interpretaciones excesivamente restrictivas de las bases legales. Estos mecanismos deben permitir que un organismo independiente revise las decisiones del proveedor del servicio o administrador de la instalación, deben tener en cuenta las perspectivas de la mujer embarazada y deben proporcionar una resolución oportuna a los procesos de revisión (64).

4.3. Creación de un entorno propicio

Se requiere un entorno propicio para garantizar que cada mujer elegible desde el punto de vista legal tenga un acceso sencillo a la atención para un aborto sin riesgos. Las políticas deben orientarse a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las mujeres para alcanzar resultados de salud positivos para las mujeres, para ofrecer información y servicios relacionados con la anticoncepción de buena calidad y para satisfacer las necesidades particulares de grupos, tales como las mujeres de escasos recursos, las adolescentes, las víctimas de violaciones y las mujeres con VIH. El respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos requiere que estén establecidas políticas y regulaciones integrales y que estas aborden todos los elementos

mencionados en la Sección 4.2.2 para garantizar que el aborto sea seguro y accesible. Deben examinarse las políticas preexistentes para determinar la presencia de brechas y dónde se requieren mejoras (ver también el Capítulo 3).

Las políticas deben apuntar a:

- respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las mujeres, que incluye la dignidad, la autonomía y la igualdad de las mujeres;
- promover y proteger la salud de las mujeres, como un estado de completo bienestar físico, mental y social;
- minimizar el índice de embarazos no deseados mediante el suministro de información y servicios anticonceptivos de buena calidad, que incluyen una amplia gama de métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia y educación sexual integral;
- prevenir y tratar el estigma y la discriminación contra las mujeres que buscan servicios de aborto o tratamiento para las complicaciones del aborto;
- reducir la mortalidad y morbilidad maternas debido al aborto inseguro al garantizar que toda mujer con derecho a la atención para el aborto legal pueda acceder a servicios oportunos y sin riesgos, incluida la anticoncepción posterior al aborto;
- satisfacer las necesidades particulares de las mujeres que pertenecen a grupos vulnerables y desfavorecidos, como las mujeres de escasos recursos, las adolescentes, las solteras, las refugiadas y las que han tenido que dejar su hogar por razones de fuerza mayor, las mujeres con VIH y las sobrevivientes de violación.

Aunque los países difieren en las condiciones del sistema de salud nacional imperante y las limitaciones en los recursos disponibles, todos los países pueden tomar medidas inmediatas y focalizadas para elaborar políticas integrales que amplíen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención para el aborto sin riesgos.

Referencias

1. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011, 115:121–126.
2. *Global burden of disease 2004 update*. Geneva: World Health Organization, 2008.
3. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
4. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
5. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 31:1149–1158.
6. *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, adopted by the twenty-first special session of the General Assembly, New York, 30 June–2 July 1999*. New York, United Nations, 1999.
7. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
8. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health (article 12)*. United Nations, 1999.
9. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3)*, 20 March 2000. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Ecuador*, 18 August 1998. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Poland*, 2 December 2004. United Nations. Human Rights Committee. *Concluding observations: Madagascar*, 11 May 2007. United Nations, Human Rights Committee. *Concluding observations: Chile*, 18 May 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Colombia*, 26 May 2004. United Nations; Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*, Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Nepal*, 24 September 2001. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.

10. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Dominican Republic*, 18 August 2004. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations; Nepal*, 29 August 2001. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *Concluding observations: Chile*, 1 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
12. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999, United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Liechtenstein*, 10 August 2007. United Nations. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: El Salvador*, 18 November 2010. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations.
13. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Rights of the Child, *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. United Nations, 2003; Committee on the Rights of the Child, *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
14. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.

15. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12) United Nations, 2000; Committee on the Rights of the Child. *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. 01 July 2003. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiác v. Poland*. Council of Europe, 2007 (Application no. 5410/03); European Court of Human Rights. *Case of Open Door Counselling and Dublin Well Woman v. Ireland*, 1992, Series A, no. 246. Council of Europe.
16. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women* (article 3). United Nations 2000; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.
17. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*. United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Human Rights Committee *Concluding observations: Zambia*, 9 August 2007. United Nations; European Court of Human Rights, *R.R. v. Poland*, App. No. 27617/04, Eur. Ct. H.R, Council of Europe, 2011.
18. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Tysiác v. Poland*, App. no. 5410/03. Council of Europe, 2007; European Court of Human Rights. *A.B.C. v. Ireland*, App. no. 25579/05. Council of Europe, 2004.
19. Committee against Torture. *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Honduras*, 10 August 2007. United Nations.
20. Committee against Torture *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations.
21. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
22. Levine PB, Staiger D. Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *Journal of Law and Economics*, 2004, XLVII:223–243.
23. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
24. Joyce et al. *The impact of state mandatory counselling and waiting period laws on abortion: a literature review*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
25. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
26. David HP. Soviet Union. In: *Abortion research: international experience*. HP David, ed. Lexington, MA, Lexington Books, 1974.
27. Serbanescu et al. The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania. *Studies in Family Planning*, 1995, 26(2):76–87.
28. Zhirova IA et al. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Studies in Family Planning*, 2004, 35(3):178–188.

29. *Millennium development goals in Russia: looking into the future*. Moscow, United Nations Development Programme, 2010.
30. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
31. Boland R, Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998–2007. *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34:110–120.
32. Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1–8.
33. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
34. Jewkes R et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 112:355–359.
35. *World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
36. UN Department for Economic and Social Affairs. *World abortion policies 2011*. New York, Population Division, United Nations, 2011.
37. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
38. Oye-Adeniran BA, Umoh AV, Nnatu SNN. Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19–22.
39. Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*. Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee against Torture. *Concluding observations: Peru*, 16 May 2006. United Nations.
40. Constitution of the World Health Organization, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
41. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3)*. 20 March 2000. United Nations.
42. *Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*. Geneva, World Health Organization, 2004.
43. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
44. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.
45. Villela WV, Oliveira Araujo M. Making legal abortion available in Brazil: partnership in practice. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:77–82.
46. Cook RJ, Ngwenya CG. Women’s access to health care: the legal framework. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 94:216–225.
47. Cook RJ et al. Prenatal management of anencephaly. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2008, 102:304–308.
48. Becker D, Garcia SG, Larsen U. Knowledge and opinions about abortion law among Mexican youth. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:205–213.
49. Goldman LA et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Reproductive Health*, 2005, 2:10.
50. Jewkes R et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1236–1242.
51. Morroni C, Myer L, Tibazarwa K. Knowledge of the abortion legislation among South African women: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 2006, 3:7.

52. Iyengar K, Iyengar SD. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:54–63.
53. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Achieving transparency in implementing abortion laws. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 99:157–161.
54. Mundigo A, Indriso C. *Abortion in the developing world*. London and New York, Zed Books, 1999.
55. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
56. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
57. PATH, World Health Organization, United Nations Population Fund. *Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists*. Seattle, WA, PATH, 2006.
58. Scott Jones B, Weitz TA. Legal barriers to second-trimester abortion provision and public health consequences. *American Journal of Public Health*, 2009, 99(4):623–630.
59. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368:1965–1972
60. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
61. International Covenant on Civil and Political Rights, entry into force 23 March 1976, Article 18. United Nations.
62. European Court of Human Rights, *Kontakt-information-Therapie and Hagen v. Austria*, 57 Eur. Ct. H.R. 81. Council of Europe, 1988.
63. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12), 2000. United Nations.
64. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiac v. Poland*. Application no. 5410/03. Council of Europe, 2007; *Paulina del Carmen Ramirez Jacinto, Mexico, Friendly Settlement, Report No. 21/07, Petition 161–01, 9 March 2007*. Inter-American Commission on Human Rights, 2007.

ANEXO 1

Brechas en la investigación identificadas durante la consulta técnica

- La eficacia de las dosis más bajas de misoprostol (como 600 µg) cuando se utilizan después de la mifepristona (200 mg) en edades gestacionales tempranas o para determinadas vías de administración.
- Si existe o no un beneficio cuando se utiliza una dosis inicial más alta que la dosis repetida de misoprostol durante el aborto médico en el segundo trimestre.
- Identificación del régimen combinado más eficaz para el aborto médico entre las 9 y 12 semanas de gestación.
- Identificación del intervalo entre mifepristona y misoprostol que las mujeres prefieren, dado que el momento en el que se logra la máxima eficacia para el aborto es entre las 24 y 48 horas.
- Evaluación de si la preparación del cuello uterino tiene un efecto sobre el dolor que experimentan las mujeres durante el aborto quirúrgico.
- Evaluación de si la preparación del cuello uterino tiene un efecto sobre las complicaciones del aborto quirúrgico al final del primer trimestre (de 9 a 12 semanas de gestación).
- Los riesgos y los beneficios de la preparación del cuello uterino y si varían según el grado de experiencia del proveedor.
- Identificación de si la farmacocinética del carboprost es similar a aquella del gemeprost.
- Evaluación de los algoritmos para el seguimiento después del aborto médico y quirúrgico.
- Evaluación de la seguridad del uso de anticonceptivos (específicamente DIU, implantes e inyectables) después del aborto médico.
- Evaluación del período seguro de espera después de un aborto séptico cuando se puede insertar un DIU.
- Evaluación de las mejores opciones para el manejo del dolor tanto para abortos en el primer trimestre como en el segundo trimestre, incluido el momento oportuno para su administración.
- Evaluación del papel de los incentivos a los proveedores para la provisión del aborto y si afecta de un modo diferente el acceso a los servicios de aborto.
- Identificación de cómo las mujeres pagan por los abortos y si esta información se puede utilizar para proporcionar servicios más equitativos.
- Evaluación del efecto de la provisión de Internet, telemedicina, marketing social y otros servicios similares sobre la provisión sin riesgos del aborto y el acceso a los servicios de aborto.

ANEXO 2

Preguntas y resultados finales relacionados con la GRADE

1. Cuando no está disponible la mifepristona, ¿cuál es el método recomendado de aborto médico hasta las 12 semanas de gestación?
 - a. Resultado 1: no se puede finalizar el aborto
 - b. Resultado 2: continuación del embarazo
 - c. Resultado 3: efectos secundarios (generales, individuales)
 - d. Resultado 4: intervalo de aborto desde el inicio del tratamiento
 - e. Resultado 5: otras complicaciones relacionadas con el procedimiento

2. ¿Qué método de control del dolor se debe utilizar para el aborto quirúrgico hasta las 12 a 14 semanas de gestación?
 - a. Resultado 1: eficacia en la disminución del dolor por el procedimiento
 - b. Resultado 2: efectos secundarios (generales, individuales)
 - c. Resultado 3: complicaciones relacionadas con los métodos de control del dolor

3. ¿Se deben utilizar antibióticos para prevenir infecciones posteriores al aborto?
 - a. Resultado 1: infección
 - b. Resultado 2: efectos secundarios (generales, individuales)
 - c. Resultado 3: complicaciones
 - d. Resultado 4: costo

4. ¿Cuál es el régimen médico recomendado para el aborto hasta las 12 semanas de gestación?¹
 - a. Resultado 1: no se puede finalizar el aborto
 - b. Resultado 2: continuación del embarazo
 - c. Resultado 3: efectos secundarios (generales, individuales)
 - d. Resultado 4: intervalo de aborto desde el inicio del tratamiento
 - e. Resultado 5: otras complicaciones relacionadas con el procedimiento

5. ¿Cuál es el método recomendado de aborto después de las 12 semanas de gestación?
 - a. Resultado 1: no se puede finalizar el aborto
 - b. Resultado 2: continuación del embarazo
 - c. Resultado 3: efectos secundarios (generales, individuales)
 - d. Resultado 4: intervalo de aborto desde el inicio del tratamiento
 - e. Resultado 5: otras complicaciones relacionadas con el procedimiento

6. ¿Cómo debe tratarse el aborto incompleto?
 - a. Resultado 1: no se puede finalizar el aborto
 - b. Resultado 2: efectos secundarios (generales, individuales)
 - c. Resultado 3: intervalo de aborto desde el inicio del tratamiento
 - d. Resultado 4: otras complicaciones relacionadas con el procedimiento

7. ¿Qué método de aborto médico se debe utilizar después de las 12 semanas de gestación?
 - a. Resultado 1: aborto completo
 - b. Resultado 2: efectos secundarios (generales, individuales)
 - c. Resultado 3: complicaciones relacionadas con el procedimiento
 - d. Resultado 4: intervalo de aborto desde el inicio del tratamiento

8. ¿Cómo debe realizarse la preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico?
 - a. Resultado 1: dilatación del cuello uterino satisfactoria
 - b. Resultado 2: grado (en mm) de dilatación del cuello uterino
 - c. Resultado 3: aceptación de la paciente
 - d. Resultado 4: duración del procedimiento
 - e. Resultado 5: intervalo desde el tratamiento al aborto completo
 - f. Resultado 6: efectos secundarios (generales, individuales)
 - g. Resultado 7: complicaciones

9. ¿A quiénes debe realizarse la preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico?
 - a. Resultado 1: sin necesidad de más dilatación
 - b. Resultado 2: grado (en mm) de dilatación del cuello uterino
 - c. Resultado 3: preferencia de la paciente
 - d. Resultado 4: complicaciones

10. ¿Qué métodos de control del dolor se deben utilizar para el aborto médico?
- Resultado 1: efectos secundarios (generales, individuales)
 - Resultado 2: complicaciones
 - Resultado 3: intervalo de aborto desde el inicio del tratamiento
 - Resultado 4: eficacia en el alivio del dolor por el procedimiento
11. ¿Se debe recomendar que se realice una ecografía antes del aborto?
- Resultado 1: complicaciones
 - Resultado 2: no se puede finalizar el aborto
12. ¿Qué método de aborto quirúrgico se debe utilizar antes de las 12 semanas de gestación?
- Resultado 1: no se puede finalizar el aborto
 - Resultado 2: efectos secundarios (generales, individuales)
 - Resultado 3: otras complicaciones relacionadas con el procedimiento
13. ¿Debe realizarse un seguimiento de rutina a las mujeres después de un aborto inducido?
- Resultado 1: complicaciones
 - Resultado 2: costo
 - Resultado 3: aceptación de la paciente

¹ Obsérvese que en las recomendaciones (Anexo 5) esta pregunta se separó en dos recomendaciones en función de la edad gestacional de menos de 9 semanas y la edad gestacional entre 9 y 12 semanas.

ANEXO 3

Criterios estándar de la GRADE para clasificar la evidencia

Ver las referencias 19–23.

Dominio	Grado	Características
Diseño del estudio	0	Todos los ensayos aleatorizados controlados
	-1	Todos los estudios de observación
Limitaciones del diseño del estudio	0	La mayor parte del efecto combinado provisto por los estudios con riesgo de sesgo bajo
	-1	La mayor parte del efecto combinado provisto por los estudios con riesgo de sesgo moderado
	-2	La mayor parte del efecto combinado provisto por los estudios con riesgo de sesgo alto
	Nota:	<p><i>Riesgo de sesgo bajo</i>: sin limitaciones o limitaciones menores</p> <p><i>Riesgo de sesgo moderado</i>: limitaciones graves o limitaciones potencialmente muy graves que incluyen ocultamiento poco claro de la asignación o limitaciones graves, sin incluir limitaciones sobre la aleatorización o el ocultamiento de la asignación</p> <p><i>Riesgo de sesgo alto</i>: limitaciones para la aleatorización, ocultamiento de la asignación, que incluye una pequeña aleatorización en bloques (<10) u otras limitaciones metodológicas muy graves y cruciales</p>
Inconsistencia	0	Heterogeneidad no grave ($I^2 < 60\%$ o $\chi^2 \geq 0,05$)
	-1	Heterogeneidad grave, sin explicación ($I^2 \geq 60\%$ o $\chi^2 < 0,05$) Si la heterogeneidad pudo estar causada por sesgo de publicación o imprecisión debido a estudios pequeños, clasificar con un grado inferior solo por sesgo de publicación o imprecisión (es decir, la misma debilidad no se debe contar dos veces en la disminución del grado)
Valor indirecto	0	Sin valor indirecto
	-1	Presencia de comparación, población, intervención, comparador o resultado indirectos
Imprecisión	0	El intervalo de confianza es preciso según la figura siguiente
		La población total acumulada del estudio no es muy pequeña (es decir, el tamaño de la muestra es mayor que 300 participantes) y el número total de eventos es mayor que 30
	-1	Una de las condiciones mencionadas anteriormente no se cumplió
	-2	Las dos mencionadas anteriormente no se cumplieron
	Nota:	Si el número total de eventos es menor que 30 y el tamaño total acumulado de la muestra es adecuadamente grande (por ejemplo, más de 3000 participantes), considerar no clasificar con un grado inferior a la evidencia. Si no hay eventos en ambos grupos de intervención y control, la calidad de la evidencia en el resultado específico se debe considerar como muy baja.
Sesgo de publicación	0	Sin asimetría evidente en el funnel plot o se representarán menos de cinco estudios en el gráfico
	-1	Asimetría evidente en el funnel plot con al menos cinco estudios

ANEXO 4:

Participantes de la consulta técnica

Dr. Marijke Alblas

Médico, defensor de la salud
Consultor médico independiente
Ciudad del Cabo
Sudáfrica

Sra. Marge Berer

Defensora de la salud
Editora
Reproductive Health Matters
Londres
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dra. Mohsina Bilgrami

Directora de programa, formuladora de políticas,
defensora de la salud
Directora administrativa
Marie Stopes Society
Karachi
Pakistán

Dr. Paul Blumenthal

Médico, investigador
Profesor de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford
Stanford, CA
Estados Unidos de América

Dra. Lidia Casas-Becerra

Abogada, investigadora, defensora de la salud
Profesora de Derecho
Facultad de Derecho Diego Portales
Universidad Diego Portales
Santiago
Chile

Dra. Laura Castleman

Médica, directora de programa
Directora médica
Ips
Birmingham, MI
EE. UU.

Sra. Jane Cottingham

Investigadora, defensora de la salud
Consultora independiente en derechos y salud sexual
y reproductiva
Carouge, GE
Suiza

Dra. Kelly Culwell

Médica, defensora de la salud, directora de programa
Asesora principal
International Planned Parenthood Federation
Londres
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dra. Teresa Depiñeres

Investigadora, médica, directora de programa
Asesora técnica principal
Fundación Oriéntame
Bogotá
Colombia

Dra. Joanna Erdman

Abogada, investigadora, defensora de la salud
Profesora adjunta, Facultad de Derecho
Universidad de Toronto
Ontario
Canadá

Dr. Aníbal Faúndes

Médico, defensor de la salud
Profesor de Obstetricia y Ginecología
Universidad de Campinas
Campinas, San Pablo
Brasil

Profesor Mahmoud Fathalla

Médico, investigador, defensor de la salud
Universidad de Asiut
Asiut
Egipto

Dra. Kristina Gemzell-Danielsson

Investigadora, médica, formuladora de políticas
Profesora de Obstetricia Ginecología
Hospital Universitario Karolinska
Estocolmo
Suecia

Dra. Anna Glasier

Médica, investigadora

Médica principal, salud sexual
NHS Lothian y Universidad de Edimburgo
Edimburgo
Escocia

Dra. Türkiz Gökgöl

Investigadora, formuladora de políticas, directora de programa

Directora de programas internacionales
The Susan Thompson Buffett Foundation
Omaha, NE
Estados Unidos de América

Dr. David Grimes

Metodólogo, epidemiólogo, investigador

Científico distinguido
Family Health International
Durham, NC
Estados Unidos de América

Dra. Selma Hajri

Médica, investigadora

Consultora en salud reproductiva
Coordinadora
African Network for Medical Abortion (ANMA)
Túnez
Túnez

Dr. Pak Chung Ho

Médico, investigador

Profesor de Obstetricia Ginecología
Hospital Queen Mary
Hong Kong
República Popular China

Dr. Sharad Iyengar

Médico, formulador de políticas

Director general
Action Research & Training for Health
Udaipur
India

Sra. Heidi Bart Johnston

Asesora temporal

Consultora sobre derechos y salud reproductiva
Wetzikon
Suiza

Sra. Bonnie Scott Jones

Abogada, defensora de la salud

Subdirectora
Center for Reproductive Rights
Nueva York, NY
Estados Unidos de América

Dra. Vasantha Kandiah

Investigadora

Consultora
Population and Family Planning Development Board
Kuala Lumpur
Malasia

Dr. Nguyen Duy Khe

Director de programa

Jefe del Departamento de Salud Materno-Infantil
Ministerio de Salud
Hanói
Vietnam

Dr. Chisale Mhango

Director de programa

Director de la Unidad de Salud Reproductiva
Ministerio de Salud
Lilongwe
Malawi

Dra. Suneeta Mittal

Médica, investigadora, defensora de la salud

Jefa del Departamento de Obstetricia y Ginecología
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar, Nueva Delhi
India

Dra. Nuriye Ortayli

Médica, directora de programa

Asesora principal
UNFPA
Nueva York, NY
Estados Unidos de América

Dra. Mariana Romero

Investigadora, defensora de la salud

Investigadora asociada
CEDES
Buenos Aires
Argentina

Dra. Helena von Herten

Investigadora
Consultora
Concept Foundation
Ginebra
Suiza

Dra. Beverly Winikoff

Metodóloga, epidemióloga, investigadora
Presidenta
Gynuity Health Projects
Nueva York, NY
Estados Unidos de América

Sra. Patricia Ann Whyte

Asesora temporal
Investigadora asociada principal
Deakin Strategic Centre in Population Health
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Deakin
Victoria
Australia

Otros revisores expertos**Sra. Rebecca Cook**

Presidenta de Derecho humanitario internacional
Facultad de Derecho
Universidad de Toronto
Toronto, Ontario
Canadá

Sra. Laura Katsive

Funcionaria de programa
Wellspring Advisors, LLC
Nueva York
Estados Unidos de América

Dr. Paul FA Van Look

Consultor en salud sexual y reproductiva
Val d'Illeiez
Suiza

Asesores regionales de la OMS

Dr. Khadiddiatou Mbaye, Oficina regional para África
Dra. Gunta Lazdane, Oficina regional para Europa

Secretaría de la OMS

Dra. Katherine Ba-Thike
Dra. Dalia Brahmi
Dr. Peter Fajans
Dra. Bela Ganatra
Dra. Emily Jackson
Dr. Ronald Johnson
Dra. Nathalie Kapp
Sra. Eszter Kismodi
Dra. Regina Kulier
Dr. Michael Mbizvo
Dra. Lale Say
Dr. Iqbal Shah
Dr. João Paulo Dias de Souza

Observadores**Dra. Mari Mathiesen**

Miembro de la Junta administrativa
Fondos de Seguro de Salud de Estonia
Lembitu
Estonia

Dr. Helvi Tarien

Jefe del Departamento de Servicios de Salud
Fondos de Seguro de Salud de Estonia
Lembitu
Estonia

ANEXO 5

Recomendaciones de la consulta técnica para la segunda edición de *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*

Recomendación 1: aborto quirúrgico hasta 12 a 14 semanas de gestación

La aspiración de vacío es la técnica recomendada para el aborto quirúrgico de embarazos con un máximo de 12 a 14 semanas de gestación. Este procedimiento no debe completarse mediante curetaje cortante a modo de rutina. El método de dilatación y curetaje cortante (DyC), si se practica de todos modos, debe reemplazarse por la aspiración de vacío.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- Los estudios de observación indican que la aspiración de vacío está asociada con menos complicaciones que la DyC; sin embargo, los ensayos aleatorizados controlados no tienen la potencia necesaria como para detectar una diferencia en los índices de complicaciones.
- No hay pruebas que avalen el uso de comprobaciones con curetas cortantes (es decir, el uso de curetaje cortante para “completar” el aborto) después de la aspiración de vacío.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es de baja a moderada.

Recomendación 2: aborto médico hasta 9 semanas de gestación (63 días)

Recomendación 2.1

El método recomendado para el aborto médico es la mifepristona seguida de misoprostol.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- Los ensayos aleatorizados controlados demuestran una eficacia superior del régimen combinado (mifepristona seguida de misoprostol) cuando se lo compara con el uso de misoprostol solo.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es moderada.

Recomendación 2.2

La mifepristona siempre debe administrarse por vía oral. La dosis recomendada es 200 mg.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- Los ensayos aleatorizados controlados indican que 200 mg de mifepristona es tan eficaz como 600 mg.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es moderada.

Recomendación 2.3

En el caso de la vía vaginal, bucal o sublingual, la dosis recomendada de misoprostol es 800 µg. En el caso de administración oral, la dosis recomendada de misoprostol es 400 µg.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- La eficacia de misoprostol puede variar de acuerdo con la edad gestacional, la vía de administración o la frecuencia de administración de la dosis. Actualmente se están realizando investigaciones para determinar en qué situaciones clínicas, si existe alguna, una dosis menor de misoprostol podría utilizarse con una eficacia comparable.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es moderada.

Recomendación 2.4

Dosis y vías de administración recomendadas para la mifepristona seguida de misoprostol:

La mifepristona siempre debe administrarse por vía oral. La dosis recomendada es 200 mg.

Se recomienda que la administración de misoprostol se realice 1 a 2 días (24 a 48 horas) después de la mifepristona.

- En el caso de la vía vaginal, bucal o sublingual, la dosis recomendada de misoprostol es 800 µg.
- En el caso de administración oral, la dosis recomendada de misoprostol es 400 µg.
- En el caso de gestaciones con un máximo de 7 semanas (49 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal, sublingual u oral. Después de las 7 semanas de gestación, no debe emplearse la administración oral de misoprostol.

- En el caso de gestaciones con un máximo de 9 semanas (63 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal o sublingual.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- Se recomienda la administración vaginal de misoprostol en función de su mayor eficacia y menores índices de efectos secundarios que otras vías de administración; sin embargo, algunas mujeres pueden preferir una vía que no sea la vaginal.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es moderada.

Recomendación 2.5

Se recomienda que la administración de misoprostol se realice 1 a 2 días (24 a 48 horas) después de la mifepristona.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Nota

- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es moderada.

Recomendación 3: aborto médico con una edad gestacional de entre 9 y 12 semanas (63 y 84 días)

El método recomendado para el aborto médico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal entre 36 y 48 horas más tarde. Las dosis posteriores de misoprostol deben ser de 400 µg como máximo, y se deben administrar por vía vaginal o sublingual, cada tres horas con un máximo de cuatro dosis adicionales, hasta que se expulse el producto de la concepción.

(Vigor de la recomendación: débil)

Notas

- El régimen para realizar abortos médicos entre las 9 y 12 semanas de gestación es un área de investigación constante; esta recomendación posiblemente se vea afectada a medida que se finalizan los estudios.
- La calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado y en un estudio de observación es baja.

Recomendación 4: aborto médico hasta 12 semanas de gestación (84 días) donde no se dispone de mifepristona

El método recomendado para el aborto médico si no se dispone de mifepristona es 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 µg con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- La administración sublingual está asociada con índices más altos de efectos secundarios que la administración vaginal. En mujeres nulíparas, la vía sublingual es también menos eficaz cuando se usan los intervalos mayores que 3 horas entre las dosis repetidas.
- La calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado es alta.
- La mifepristona con el misoprostol es más eficaz que el misoprostol solo y está asociada con menores efectos secundarios. El metotrexato combinado con el misoprostol, un régimen utilizado en algunas áreas pero no recomendado por la OMS, es menos eficaz que la mifepristona con el misoprostol, pero más eficaz que el misoprostol solo.

Recomendación 5: métodos de aborto después de las 12 a 14 semanas de gestación (84 a 98 días)

Se recomiendan tanto la dilatación y evacuación (DyE) como los métodos médicos (mifepristona y misoprostol; misoprostol solo) para el aborto cuando las gestaciones son mayores a entre 12 y 14 semanas. Los centros médicos deben ofrecer al menos uno de estos métodos, y preferentemente ambos, según la experiencia del profesional y la disponibilidad de capacitación.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- La evidencia para esta pregunta está limitada por la voluntad de las mujeres a ser aleatorizadas en ensayos clínicos entre los métodos de aborto quirúrgico y médico.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es baja.
- La elección de la mujer del método para el aborto puede estar limitada o no ser aplicable si tiene contraindicaciones médicas para uno de los métodos.

Recomendación 6: aborto médico después de 12 semanas de gestación (84 días)

El método recomendado para el aborto médico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de dosis repetidas de misoprostol entre 36 y 48 horas más tarde.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

- En el caso de gestaciones entre 12 y 24 semanas, la dosis inicial de misoprostol después de la administración oral de mifepristona puede ser de 800 µg por vía vaginal o 400 µg por vía oral. Las dosis posteriores de misoprostol deben ser de 400 µg, y se deben administrar por vía vaginal o sublingual, cada tres horas con un máximo de cuatro dosis adicionales.

- En el caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones de posología específicas.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

El método recomendado para el aborto médico si no se dispone de mifepristona es 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, repetido cada tres horas con un máximo de cinco dosis.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- Un intervalo menor que 36 horas entre la administración de mifepristona y misoprostol está asociado con un intervalo más prolongado para el aborto e índices más altos de aborto incompleto.
- El lactato de etacridina está asociado con un intervalo para el aborto similar a los regímenes que usan misoprostol solo; los estudios no han comparado la seguridad o la eficacia de su uso con la de la combinación de mifepristona y misoprostol.
- Las mujeres con cicatriz uterina tienen un riesgo muy bajo (0,28 %) de rotura uterina durante un aborto médico en el segundo trimestre.
- Cuando se utiliza el misoprostol solo en mujeres nulíparas, la administración vaginal de misoprostol es más eficaz que la administración sublingual.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es de baja a moderada.

Recomendación 7: preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico hasta 12 a 14 semanas de gestación (84 a 98 días)

Recomendación 7.1

Antes de un aborto quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino en el caso de todas las mujeres con un embarazo de 12 a 14 semanas de gestación. Su empleo puede considerarse en las mujeres con un embarazo en cualquier edad gestacional.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- Se debe tener en cuenta el aumento en el tiempo y los efectos secundarios, como el dolor, la hemorragia vaginal y el aborto precipitado, asociados con la preparación del cuello uterino si se realiza en edades gestacionales menores que 12 a 14 semanas.
- La falta de disponibilidad de la preparación del cuello uterino no debe limitar el acceso a los servicios de aborto.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es baja.

Recomendación 7.2

Se recomienda cualquiera de estos métodos de preparación del cuello uterino antes de un aborto quirúrgico durante el primer trimestre:

- 200 mg de mifepristona oral (de 24 a 48 horas antes); o
- 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual, de 2 a 3 horas antes del procedimiento; o
- 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, 3 horas antes del procedimiento; o
- colocación de laminaria en el cuello uterino de 6 a 24 horas antes del procedimiento.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- El costo, la disponibilidad local y la capacitación en el uso de los métodos de preparación del cuello uterino afectarán la elección del método que se empleará.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es de baja a moderada.

Recomendación 8: preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico para una edad gestacional de 14 semanas (98 días) o más

Recomendación 8.1

Todas las mujeres sometidas a dilatación y evacuación (DyE) con un embarazo de más de 14 semanas de gestación deben someterse a preparación del cuello uterino antes del procedimiento.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Nota

- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es de baja a moderada.

Recomendación 8.2:

Los métodos recomendados para la preparación del cuello uterino antes de la dilatación y evacuación (DyE) después de las 14 semanas de gestación son los dilatadores osmóticos o el misoprostol.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- Los dilatadores osmóticos reducen el tiempo del procedimiento y la necesidad de más dilatación en comparación con el uso de misoprostol. El efecto del misoprostol antes de la DyE para embarazos de más de 20 semanas de gestación no ha sido objeto de investigaciones clínicas.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es moderada.

Recomendación 9: seguimiento después del aborto inducido

No existe una necesidad médica establecida para realizar una visita de seguimiento de rutina después de un aborto quirúrgico sin complicaciones o de un aborto médico con mifepristona seguida de misoprostol. Sin embargo, se debe aconsejar a las mujeres que cuentan con servicios adicionales disponibles si los necesitan o desean.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- Se debe informar apropiadamente a las mujeres acerca de los síntomas de la continuación del embarazo y otras razones médicas, como fiebre o hemorragia intensa prolongada, por las cuales deben regresar a una visita de seguimiento.
- Las estrategias de seguimiento alternativas a las visitas a la clínica después de un aborto médico en el primer trimestre son objeto de investigaciones en curso.
- La calidad de la evidencia basada en estudios de observación y evidencia indirecta es baja.

Recomendación 10: tratamiento del aborto incompleto

Si el tamaño del útero al momento del tratamiento es equivalente a un embarazo con una edad gestacional de 13 semanas o menos, se recomienda la aspiración de vacío o el tratamiento con misoprostol para las mujeres con un aborto incompleto. El régimen recomendado con misoprostol es una dosis única administrada por vía sublingual (400 µg) u oral (600 µg).

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- La conducta expectante ante el aborto incompleto puede ser tan eficaz como el misoprostol, pero el proceso lleva más tiempo. La decisión de tratamiento o conducta expectante ante el aborto incompleto debe estar basada en la condición clínica de la mujer y sus preferencias para el tratamiento.

- Esta recomendación se extrapola de las investigaciones realizadas en mujeres con aborto espontáneo informado. El aborto retenido es una condición diferente del aborto incompleto que se produce después del aborto espontáneo o inducido.
- En función de la recomendación para el aborto quirúrgico durante el primer trimestre, la aspiración de vacío también puede utilizarse en mujeres con un tamaño uterino de 14 semanas de gestación.
- El misoprostol también se puede utilizar por vía vaginal. Los estudios sobre el misoprostol vaginal han utilizado dosis de 400 µg a 800 µg, y no se han informado ensayos comparativos de dosis.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es baja.

Recomendación 11: profilaxis antibiótica para el aborto inducido

Todas las mujeres que se sometan a un aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, deben recibir profilaxis con antibióticos antes de la cirugía o durante esta.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

En el caso de las mujeres que se sometan a un aborto médico, no se recomienda el uso profiláctico de antibióticos.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- La falta de antibióticos no debe limitar el acceso a los servicios de aborto.
- Se ha demostrado que la administración de una dosis única de nitroimidazoles, tetraciclinas o penicilinas es eficaz.

- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados para el aborto quirúrgico es moderada. La calidad de la evidencia basada en un ensayo de observación para el aborto médico es muy baja, para el aborto quirúrgico es moderada.

Recomendación 12: uso de la ecografía antes del aborto inducido

No es necesario el uso de una exploración ecográfica de rutina previo al aborto.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Nota

- La calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado y en estudios de observación es muy baja.

Recomendación 13: anticoncepción posterior al aborto

Las mujeres pueden comenzar a utilizar anticoncepción hormonal en el momento del aborto quirúrgico o tan pronto como se le administre el primer comprimido de un régimen para un aborto médico.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Después del aborto médico, puede insertarse un DIU cuando ya se haya establecido razonablemente que la mujer ya no está embarazada.

Notas

- El inicio de la anticoncepción hormonal durante el aborto médico antes de la expulsión del embarazo no ha sido objeto de ensayos clínicos.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es muy baja.

Recomendación 14: manejo del dolor durante el aborto

A todas las mujeres se les deben ofrecer medicamentos para el dolor como parte de la rutina (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos) para la realización de un aborto médico o quirúrgico.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

No siempre se recomienda la anestesia general para el aborto por aspiración de vacío o la DyE.

(Vigor de la recomendación: fuerte)

Notas

- Siempre se deben ofrecer medicamentos para el manejo del dolor en el caso de un aborto médico o quirúrgico, y se debe suministrar sin retrasos a toda mujer que los desee. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local o la sedación consciente complementada con unas palabras tranquilizadoras son suficientes, si bien la necesidad de manejar el dolor aumenta con la edad gestacional.
 - El momento oportuno para la administración de medicamentos para el dolor se ha estudiado de manera inadecuada y deficiente, lo que imposibilita la formulación de recomendaciones sobre un régimen específico. Sin embargo, el manejo del dolor es una parte importante de la atención para el aborto sin riesgos.
 - Los tranquilizantes u opiáceos intravenosos y el bloqueo paracervical se utilizan ampliamente, a pesar de no estar adecuadamente estudiados.
 - Los antiinflamatorios no esteroideos han demostrado eficacia en la disminución del dolor; por el contrario, se ha demostrado que el paracetamol es ineficaz en el alivio del dolor asociado con el aborto quirúrgico o médico.
 - Es posible que algunas mujeres necesiten analgésicos opiáceos adicionales, en especial durante el aborto en el segundo trimestre.
- El uso de anestesia regional durante el aborto médico para embarazos de más de 12 semanas de gestación no ha sido objeto de ensayos clínicos.
 - La anestesia general está asociada con índices más altos de efectos secundarios y eventos adversos que otros métodos de manejo del dolor.
 - La calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados es baja.

ANEXO 6

Elegibilidad médica posterior al aborto para el uso de anticonceptivos¹

Tabla A1. Tabla de resumen de las recomendaciones médicas de elegibilidad posterior al aborto para los anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos y métodos anticonceptivos de barrera

Afección posterior al aborto	AOC	AIC	Parche y anillo vaginal	PPS	AMPD, EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU de cobre	DIU de liberación de LNG	Preservativo	Espermicida	Diafragma
Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
Aborto inmediato posterior a septicemia	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1

AIC, anticonceptivo inyectable combinado; AOC, anticonceptivo oral combinado; AMPD/EN-NET, inyectables de progesterona sola: acetato de medroxiprogesterona de depósito/enantato de noretisterona; DIU, dispositivo intrauterino; LNG/ETG, implantes de progesterona sola: levenorgestrel/etonorgestrel; PPS, píldora de progesterona sola.

Definición de categorías

- 1: una afección para la cual no hay restricciones en el uso del métodos anticonceptivos.
- 2: una afección donde las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados.
- 3: una afección donde los riesgos teóricos o comprobados habitualmente superan las ventajas de usar el método.
- 4: una afección que representa un riesgo para la salud inaceptable si se utiliza el método anticonceptivo.

¹ Basado en *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, 4.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

Tabla A2. Recomendaciones médicas de elegibilidad posterior al aborto para la esterilización quirúrgica femenina

Afección posterior al aborto	Esterilización quirúrgica femenina
Sin complicaciones	A
Septicemia o fiebre posterior al aborto	D
Hemorragia intensa posterior al aborto	D
Traumatismo grave en el tracto genital; desgarro del cuello uterino o vaginal en el momento del aborto	D
Perforación uterina	E
Hematometra aguda	D

Definición de categorías

- *A = (aceptar)*: no hay ningún motivo para negar la esterilización a una persona con esta afección.
- *P = (precaución)*: el procedimiento se realiza normalmente en un entorno común, pero con preparación y precauciones adicionales.
- *D = (demora)*: el procedimiento se demora hasta que la afección se evalúe o mejore; se deben proporcionar métodos anticonceptivos temporales alternativos.
- *E = (especial)*: el procedimiento debe realizarse en un entorno con un cirujano y personal experimentados, y se necesitan equipos para proporcionar anestesia general y otra ayuda médica de respaldo. Para estas afecciones, también se necesita la capacidad de decidir sobre el procedimiento y el régimen de anestesia más adecuados. Se deben proporcionar métodos anticonceptivos temporales alternativos, si se requiere una derivación o existe alguna demora de otro tipo.

ANEXO 7

Principales tratados regionales e internacionales de derechos humanos

Tabla A3. Principales tratados internacionales de derechos humanos	
Tratado internacional de derechos humanos (fecha de entrada en vigor)	Organismo de supervisión del tratado
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial contra la Mujer (ICERD) (1969)	Comité sobre la Eliminación de la Discriminación Racial
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR) (1976)	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR) (1976)	Comité de Derechos Humanos
Convención sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1981)	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT) (1987)	Comité contra la Tortura
Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) (1990)	Comité sobre los Derechos del Niño
Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (2003)	Comité sobre los Trabajadores Migratorios
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) (2008)	Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Tabla A4. Tratado regional de derechos humanos	
Tratado regional de derechos humanos (fecha de entrada en vigor)	Organismo de supervisión del tratado
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (según las enmiendas en los Protocolos 1, 4, 6, 7, 12 y 13) (1953)	Corte Europea de Derechos Humanos
Convención Americana sobre Derechos Humanos (1978)	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (1986)	Comisión Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belem do Para") (1994)	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Carta Social Europea (1961)/Carta Social Europea Revisada (1996)	Comité Europeo de Derechos Sociales
Carta Africana sobre los Derechos y Bienestar del Niño (1999)	Comité Africano de Expertos sobre los Derechos y el Bienestar del Niño
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador") (1999)	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Protocolo a la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África (2005)	Comisión Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos
Carta Árabe de Derechos Humanos (2008)	Comité Árabe de Derechos Humanos
Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2009)	Tribunal General/Tribunal de Justicia de la Unión Europea



Organización
Mundial de la Salud

Para más información se pueden poner en contacto con:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Organización Mundial de la Salud

Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza

Fax: +41 22 791 4171

E-mail: reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 354843 2



9 789243 548432