

Programa Nacional de
Salud Sexual
y Procreación Responsable

**GUÍA TÉCNICA
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL
DE LOS
ABORTOS NO PUNIBLES**

SECRETARÍA DE PROGRAMAS SANITARIOS



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

Argentina
un país en serio

Presidente de la Nación
Dr. Néstor Carlos Kirchner

Ministro de Salud
Dr. Ginés González García

Secretario de Programas Sanitarios
Lic. Walter Valle

**Programa Nacional de Salud Sexual y
Procreación Responsable**
Coordinadora
Valeria Isla

Buenos Aires, Octubre de 2007

Este documento ha sido elaborado en base a cuatro fuentes principales: "Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud", Organización Mundial de la Salud (Ginebra, 2003); "Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)", Ministerio de la Protección Social, (Bogotá, 2006); "Norma Técnica: Atensão Humanizada ao Abortamento", Ministerio da Saúde, (Brasilia, 2005); y "Aborto Legal: Regulaciones Sanitarias Comparadas"., de Ana Cristina González Vélez, Giselle Carino y Juanita Durán. IPPF/WHO. Octubre 2007. Montevideo. Uruguay.

Se agradece la Coordinación Técnica de Mariana Romero y Paola Bergallo; la colaboración de Silvina Ramos y todos los colegas médicos, sanitaristas, juristas y psicólogos que revisaron este documento.

Se destaca la contribución de María del Carmen Feijoó, Guillermo Carroli, Silvia Oizerovich y Mabel Bianco, integrantes del Consejo Asesor del Programa Nacional.

El presente trabajo ha sido posible gracias al apoyo de la OPS-OMS en el marco de la Cooperación Técnica con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 9 |
| <hr/> | |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 10 |
| 2.1. Contexto | 10 |
| 2.2. Marco jurídico | 11 |
| 2.3. Principios | 15 |
| <hr/> | |
| 3. DEFINICIONES | 17 |
| 3.1. Aborto no punible | 17 |
| 3.2. Profesional de la salud | 18 |
| 3.3. Plazos | 19 |
| 3.4. Sanciones | 19 |
| <hr/> | |
| 4. OBJETIVOS | 19 |
| 4.1. General | 19 |
| 4.2. Específicos | 19 |
| <hr/> | |
| 5. POBLACIÓN OBJETO | 19 |
| <hr/> | |
| 6. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO | 19 |
| 6.1. Principios generales | 19 |
| 6.2. Admisión de la mujer que solicita la interrupción del embarazo | 20 |
| 6.2.1. Toma de decisión libre y basada en la información | 20 |
| 6.2.2. Confidencialidad | 21 |
| 6.2.3. No discriminación | 21 |
| 6.2.4. Privacidad | 21 |
| 6.3. Consideraciones especiales | 22 |
| 6.3.1. Adolescentes | 22 |
| 6.3.2. Mujeres víctimas de violación o atentado al pudor | 22 |
| 6.3.3. Objeción de conciencia | 22 |
| 6.4. Asesoramiento, información y consentimiento informado | 23 |
| 6.4.1. Asesoramiento | 23 |
| 6.4.2. Información | 24 |
| 6.4.3. Consentimiento Informado | 25 |
| 6.5. Consulta de primera vez | 26 |
| 6.5.1. Atención pre-aborto | 26 |
| 6.5.2. Historia clínica | 26 |
| 6.5.2.1. Anamnesis | 26 |
| 6.5.2.2. Examen físico | 27 |
| 6.5.2.3. Análisis de laboratorio | 28 |
| 6.5.2.4. Ecografía | 28 |
| 6.6. Condiciones pre-existentes | 28 |
| 6.6.1. Infecciones del tracto reproductivo (ITRs) | 29 |
| 6.6.2. Embarazo ectópico | 29 |
| 6.6.3. Isoinmunización Rh | 29 |
| 6.6.4. Citología cervical | 30 |
| <hr/> | |

| | |
|--|-----------|
| 7. MÉTODOS SEGUROS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO | 30 |
| 7.1. Métodos para ser utilizados hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación | 30 |
| 7.2. Métodos para ser utilizados después de las 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación | 31 |
| 7.3. Preparación cervical | 31 |
| 7.4. Manejo del dolor | 32 |
| 7.4.1. Medicación para el dolor | 32 |
| 7.4.2. Anestesia | 33 |
| 7.5. Aborto quirúrgico | 33 |
| 7.5.1. Aspiración al vacío | 33 |
| 7.5.2. Dilatación y curetaje | 34 |
| 7.5.3. Dilatación y evacuación | 34 |
| 7.5.4. Otros métodos quirúrgicos de aborto para embarazos avanzados | 35 |
| 7.5.5. Evaluación de los tejidos posterior a un aborto quirúrgico | 35 |
| 7.6. Aborto con medicamentos | 35 |
| 7.6.1. Mifepristona y prostaglandinas | 37 |
| 7.6.1.1. Hasta 9 semanas completas desde la fecha de última menstruación | 37 |
| 7.6.1.2. Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación | 38 |
| 7.6.2. Misoprostol o gemeprost solos | 38 |
| 7.6.2.1. Hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación | 38 |
| 7.6.2.2. Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación | 39 |
| 7.6.3. Otros agentes médicos para interrumpir un embarazo | 39 |
| 7.7. Manejo de las complicaciones del aborto | 39 |
| 7.7.1. Aborto incompleto | 39 |
| 7.7.2. Aborto fallido | 39 |
| 7.7.3. Hemorragia | 39 |
| 7.7.4. Infección | 40 |
| 7.7.5. Perforación uterina | 40 |
| 7.7.6. Complicaciones relacionadas con la anestesia | 40 |
| 7.7.7. Secuelas a largo plazo | 40 |
| <hr/> | |
| 8. SEGUIMIENTO | 41 |
| 8.1. Período de recuperación | 41 |
| 8.1.1. Métodos quirúrgicos de aborto | 41 |
| 8.1.2. Aborto con medicamentos | 41 |
| 8.2. Provisión de métodos anticonceptivos y asesoramiento para ITS | 42 |
| 8.3. Instrucciones de cuidado para después del aborto | 42 |

1. INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante, el “Programa”) tiene como propósito promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades en el campo de la salud sexual y reproductiva. Con ese fin, el Programa se ha propuesto promover acciones transformadoras de la realidad que mejoren el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva en un marco de respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

La garantía del acceso oportuno y en condiciones de igualdad a servicios de calidad para el aborto en los casos permitidos por la ley es uno de los componentes básicos de esas políticas integrales de atención a la salud sexual y reproductiva.

La presente Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles (en adelante, la “Guía Técnica”) resulta un paso central para:

- Favorecer las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva (en adelante, “SSyR”) en todos los aspectos relacionados con el aborto en los casos permitidos por la ley;
- Definir medidas para reducir y eliminar las barreras para el acceso al aborto permitido por la ley en distintos niveles de atención;
- Minimizar los riesgos para la salud y favorecer un enfoque integral y con calidad en la atención del aborto en los casos permitidos por la ley.

El Programa promueve la incorporación de los servicios de aborto no punible (en adelante, el “ANP”) en el marco de políticas integrales de SSyR y, en especial, de la prevención y el manejo del embarazo no deseado. En el plano de la prevención, el Programa enfatiza dos niveles de acción: la educación sexual y la promoción y el acceso a los métodos anticonceptivos, incluida la doble protección. Cuando las mujeres consideran la interrupción de la gestación en los casos permitidos por la ley, el Programa promueve que la atención del ANP sea brindada bajo los mismos parámetros que otros componentes del servicio de salud, es decir, respetando estándares de calidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

El deber de prestar servicios de ANP de calidad implica ofrecer un trato humanitario que incluya la recepción y orientación para responder a las necesidades de salud emocional y física de las mujeres; garantizar la atención clínica adecuada de acuerdo a criterios éticos y legales y con estándares de competencia del proveedor en los distintos métodos; intercambiar información amplia y completa para que exista efectivamente un proceso de consentimiento informado; y ofrecer servicios de planificación y cuidados posteriores a las mujeres. Para todo lo cual es imperativo movilizar los recursos económicos y profesionales necesarios.

¹ En adelante, las expresiones “aborto permitido por la ley”, “aborto legal” o “aborto no punible” serán utilizadas indistintamente.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. CONTEXTO

De los 210 millones de embarazos que ocurren por año en el mundo, alrededor de 46 millones (22%) finalizan en abortos inducidos.¹ En lugares donde se dispone de métodos anticonceptivos efectivos y estos son ampliamente usados, la tasa total de abortos disminuye drásticamente², aunque nunca ha bajado a cero por múltiples razones. Primero, millones de mujeres y hombres no tienen acceso a métodos anticonceptivos apropiados o bien no tienen información ni apoyo para usarlos efectivamente. Segundo, ningún método anticonceptivo es 100% efectivo. Tercero, las altas tasas de violencia contra la mujer, incluyendo la violencia doméstica y la guerra, llevan a embarazos no deseados. Cuarto, circunstancias cambiantes, tales como el divorcio y otras crisis, pueden causar que un embarazo deseado se transforme en no deseado.

Se estima que alrededor de 20 millones, o cerca de la mitad, de los abortos inducidos anualmente son inseguros. Un aborto inseguro es “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”³. El 95% de estos ocurre en países en vías de desarrollo.⁴

En Argentina mueren alrededor de 100 mujeres por año a consecuencia de complicaciones de abortos inseguros y estas complicaciones representan la primera causa de mortalidad materna.⁵ Dada la ilegalidad del aborto, muchas mujeres deben recurrir a procedimientos inseguros para interrumpir un embarazo poniendo en riesgo su salud y su vida. Las mujeres frecuentemente enfrentan barreras que demoran la búsqueda de atención médica dada la clandestinidad legal, social y familiar en las que se realiza la práctica. A estas razones debe agregarse además, la incapacidad o falta de disposición de los servicios de salud para dar una respuesta oportuna y efectiva a las mujeres que acuden a ellos.^{6,7}

Por tratarse de una práctica clandestina no se dispone de datos precisos sobre el número de abortos inducidos que se producen en el país. Las estimaciones recientes indican que ocurren 460.000 abortos inducidos por año.^{8,11} La única información disponible es el número de hospitalizaciones por complicaciones de aborto en los establecimientos públicos del país -en la que no se distingue entre abortos espontáneos y provocados- y representa sólo una fracción del total de los abortos que ocurren anualmente. En el año 2000¹¹ se registraron 78.894 hospitalizaciones por aborto en todo el país, 15% de las cuales correspondieron a mujeres de menos de 20 años, y 50% a mujeres de entre 20 y 29 años.⁹

Más allá del carácter legal o ilegal del aborto, los servicios de salud deben atender a las mujeres que presentan complicaciones de abortos inseguros, y hacer todo lo que esté a su alcance para preservar su salud y su vida. Para estas mujeres el acceso a la atención médica y su calidad pueden representar la diferencia entre la vida y la muerte.¹⁰

¹¹ El valor resulta del cálculo de estimación del aborto inducido realizado por la Dra. Pantelides y la Lic. Silvia Mario, por medio del método de los egresos hospitalarios por complicaciones de aborto (Singh, S. y Wulf, D.: “Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos”, en *International Family Planning Perspectives*, número especial, 1994) y es también el valor promedio del rango estimado por el método residual (Bongaarts, J.: “A framework for the analysis of the proximate determinants of fertility” en *Population and Development Review*, vol. 4, N° 1, 1978.

¹¹¹ Último año para el cual este dato está disponible.

Finalmente, diversos estudios indican que los servicios de salud aún no tienen una estrategia sistemática de consejería anticonceptiva post aborto para ayudar a las mujeres a evitar un nuevo embarazo no deseado y un aborto repetido.¹¹ Puede suponerse entonces que el proceso asistencial de las mujeres internadas en hospitales por complicaciones de aborto está fuertemente condicionado por la situación de ilegalidad y clandestinidad de esta práctica. En este marco, la calidad de la atención se resiente y las mujeres que atraviesan esta situación crítica son con frecuencia víctimas de violencia institucional.^{12,13}

La interpretación restrictiva de las causales de no punibilidad, la exigencia de la intervención de comités de ética o autoridades sanitarias, y la judicialización indebida de la autorización del ANP, han sido algunas de las fuentes de barreras administrativas enfrentadas con frecuencia por las mujeres en condiciones de acceder a un aborto no punible.^{IV}

Asimismo, la ausencia de plazos máximos para las decisiones profesionales, administrativas o judiciales, han generado demoras en la producción del diagnóstico y la prestación del servicio que resultaron en daño psíquico por las múltiples instancias y por la prolongación de una gestación que se intenta interrumpir. Estas demoras aumentaron y prolongaron el riesgo físico y de muerte, como también el sufrimiento psíquico de las mujeres que requirieron un aborto en los casos permitidos por la ley. Por esta razón, esta Guía Técnica tiene por fin reducir las barreras de acceso al aborto en los casos no constitutivos de delito, es decir, a los casos de aborto permitidos por el Código Penal de la Nación.

2.2. EL MARCO JURÍDICO

La Constitución argentina, los tratados de derechos humanos incorporados a su texto con jerarquía constitucional¹⁴ y las leyes vigentes reconocen y garantizan el derecho a la igualdad, a la salud, a la autodeterminación, a la privacidad, y a la no discriminación, todos ellos derechos directamente vinculados con el derecho de la mujer a acceder al aborto en los casos permitidos por la ley.

Constitución Nacional

Igualdad: El artículo 16 establece: “La Nación Argentina no admite prerrogativas de sangre, ni de nacimiento [...] Todos sus habitantes son iguales ante la ley.” El derecho a la igualdad, tal como se haya formulado en este artículo, incluye la igualdad formal y material. Presupone y contiene el derecho a la no discriminación e impone al Estado promover acciones para el desarrollo de una sociedad más equitativa, sin discriminaciones arbitrarias.

Privacidad y autonomía: El artículo 19 declara que “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”. Este

^{IV} Ver al respecto, TSJBA, Causa 715/00 “T., S. C/ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/ amparo (art. 14, CCBA); Causa Ac. 95.464, “C. P. d. P., A. K. Autorización”, sentencia del TSJ Pcia. de Buenos Aires, 27 de junio de 2005; Causa Ac. 98.830, “R., L.M., ‘NN Persona por nacer, Protección. Denuncia’”, sentencia del 31 de julio de 2006, TSJ Pcia. de Buenos Aires; Causa. Suprema Corte de Justicia de Mendoza, Sala 1a, “C., S. M. y otros. v. sin demandado p/ac. de amparo s/per saltum”, sentencia del 22 de agosto de 2006; Causa 5236. Supremo Tribunal de Entre Ríos “Defensora de P.Y.M No (en repr. de persona por nacer) s/ medida cautelar de protección de persona”, sentencia del 20 de septiembre de 2007.

artículo garantiza la autonomía personal en cuanto derecho básico de un sistema democrático. De este derecho se deriva que todo individuo es dueño de disponer de sus actos, de su propio cuerpo, de su propia vida, actos dispositivos que sólo se encuentran sujetos a su voluntad siempre que no perjudiquen a un tercero. Las normas arriba mencionadas se complementan con las previsiones de los tratados y documentos internacionales que se citan a continuación y las normas sobre la materia emergentes de las Constituciones provinciales del país.

Tratados y documentos internacionales

Los derechos reconocidos por la Constitución encuentran también protección en los tratados de derechos humanos incorporados a su texto con rango constitucional, según lo previsto en el artículo 75, inciso 22. Así, por ejemplo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, sientan el principio de no discriminación y reconocen que toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. El artículo 12 de la Declaración Universal consagra el derecho a la privacidad y el derecho a la autodeterminación de cada persona y garantiza el derecho a la protección de la ley contra todo tipo de injerencias arbitrarias en su vida privada. En igual sentido se pronuncia el artículo 5 de la Declaración Americana y el artículo 11 de ésta consagra también el derecho a la preservación de la salud y del bienestar.

Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en su artículo 9 consagra el derecho a la libertad y prevé en el artículo 17 que “nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada”. También el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, inciso 1ro., establece que los Estados Parte reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Por otra parte, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), consagra en el artículo 12, inciso 1, “el derecho de la mujer a acceder, sin discriminación alguna, a los servicios de la atención médica.” Asimismo, prevé que “los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”. Además, el artículo 14 de la CEDAW dispone que los Estados deberán asegurar el acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos reconoce el derecho a la libertad y prevé en su artículo 5 que “toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.” A nivel regional, también el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” consagra “el derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

La Declaración y Programa de Acción de Viena afirma en su artículo 18 que “Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”. En la declaración se insta a los gobiernos, a las instituciones intergubernamentales y a las organizaciones no gubernamentales a que intensifiquen sus esfuerzos en favor de la protección y reclama se conceda a la mujer el pleno disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y que ésta sea una prioridad para los gobiernos.

En los documentos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, se define a la salud sexual y reproductiva como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.

Se declara expresamente que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son derechos humanos y que toda persona tiene derecho a decidir libremente sobre su reproducción. Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todos los individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres. Sostiene la obligación del Estado de garantizar el acceso a los servicios de atención de salud a todas las personas, y en especial a los grupos más desfavorecidos y vulnerables. Se indica que el aborto es un problema de salud pública que exige servicios y políticas de Estado como parte de su compromiso con la salud de la mujer y fomenta la realización de un esfuerzo decidido para reducir el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones.

En consonancia con la Conferencia de El Cairo, en los documentos de la 4a Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing, se afirma que el tema del aborto es una problemática de salud pública, haciendo especial referencia a la responsabilidad de los organismos estatales de las consecuencias que tienen para la salud los abortos peligrosos. En ambas Conferencias se ha coincidido en que la salud reproductiva incluye el derecho de mujeres y hombres: a) a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo; b) a procrear, con libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia; c) a la información y al acceso a métodos seguros, eficientes y ejecutables de planificación familiar de su elección; d) al acceso a servicios de seguimiento en el embarazo y en el parto sin riesgos, garantizando las mejores posibilidades para tener hijos sanos. La Plataforma de Acción de Beijing exhorta a los gobiernos a asegurarse que todos los servicios y los trabajadores relacionados con la atención de la salud respeten los derechos humanos y sigan las normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer.

También en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1999, los gobiernos decidieron ratificar lo acordado en la Conferencia de Beijing en relación con los servicios de aborto: “En circunstancias donde el aborto no esté en contra de las leyes, los sistemas de salud deben entrenar a sus proveedores y tomar otras medidas para asegurar que el aborto sea seguro y accesible. Deben tomarse medidas adicionales para proteger la vida de las mujeres”.¹⁵

Por otra parte, el Comité de Derechos Humanos ha recomendado al Estado argentino que para los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se supriman todos los obstáculos a su obtención.^v

^v Comité de Derechos Humanos, 70o período de sesiones (16 de octubre al 3 de noviembre de 2000).

Finalmente, entre los países miembros del MERCOSUR, el Acuerdo N° 06/07, Recomendaciones para las Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en los Estados partes y asociados del MERCOSUR, reitera el compromiso de cumplir con las Metas de Desarrollo del Milenio, especialmente la reducción de la mortalidad materna. Este Acuerdo establece en su artículo 1.2.e, el acuerdo de “Instrumentar y protocolizar el acceso a la interrupción del embarazo en los servicios de salud, en aquellos países cuyas legislaciones así lo habilitan”. Al ratificar los tratados e instrumentos internacionales mencionados hasta aquí, el Estado argentino ha reconocido y asumido la obligación de promover, proteger y garantizar los derechos previstos en los mismos. En su rol de garante el Estado debe proveer los recursos materiales, legales y humanos adecuados para el ejercicio y goce de estos derechos, lo que presupone la obligación de establecer los procedimientos legales y judiciales correspondientes.

Código Penal

En el derecho argentino, los abortos permitidos por la ley se encuentran regulados en el segundo párrafo del artículo 86 del Código Penal de la Nación que establece que:

“El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

- 1) si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;
- 2) si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”.

La ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable

La Ley Nacional 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable establece en su artículo 2, inciso f), como uno de los objetivos primordiales “garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable”.

La política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva está orientada por una serie de principios entre los que se destacan el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos y la equidad de género. De la misma manera lo son sus estrategias y algunas de sus metas como la reducción de la mortalidad materna y el incremento de la oferta anticonceptiva para reducir la fecundidad no deseada.

Otras disposiciones relevantes

En el documento correspondiente al Compromiso del Consejo Federal de Salud (COFESA) para la reducción de la mortalidad materna en la Argentina¹⁶ se afirma que la mortalidad materna es el indicador más negativo del resultado del proceso reproductivo. En el mismo documento, las autoridades sanitarias provinciales y nacionales se comprometieron a llevar a cabo las medidas adecuadas para asegurar la vigencia de los derechos de las mujeres en el área de la salud, a saber: (a) garantizar que todas las mujeres tengan acceso a los Servicios de Salud, a través de un sistema regionalizado; (b) promover acciones para garantizar a la población el derecho a adoptar decisiones libres de discriminación o violencia en Salud Sexual y Procreación Responsable, (c) que la mujer en situación de aborto no sea

discriminada y reciba una atención humanizada, rápida, efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos, (d) garantizar el acceso a la atención del ANP en los Hospitales Públicos dando cumplimiento a lo estipulado en el Código Penal.

Asimismo, en la Declaración de los Ministros de Salud realizada en la reunión del COFESA el 24 de Agosto 2006, frente a los problemas surgidos para practicar el aborto a dos jóvenes discapacitadas mentales violadas, los Ministros de Salud de la mayoría de las provincias del país ratificaron el compromiso de seguir trabajando en el fortalecimiento de las políticas y programas sanitarios nacionales puestos en marcha a partir del Plan Federal de Salud, expresando que “El derecho a la atención médica debe ser garantizado por el Estado, propendiendo a asegurar la provisión y el acceso a los servicios de salud de toda la población, asegurando la igualdad de oportunidades”.

En la Resolución No 989/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación que aprueba la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto, se reconoce que “el aborto representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo” (en Argentina es la primera causa de muerte materna), “que el abordaje de la atención de las complicaciones debe enmarcarse en el respeto de los derechos reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos de la mujer y como un deber de todo profesional de la salud”. La guía, frente a la atención post aborto, promueve el trato humanizado y la confidencialidad, sin prejuicios ni denuncias.

El Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) en su Recomendación No 2/07, considerando 1.2.13, ha alertado respecto de que la “omisión de la reglamentación de los abortos legales constituye una violación a los derechos humanos básicos de las mujeres, reconocidos y protegidos por nuestra legislación interna, así como también por los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos con jerarquía constitucional”.

Finalmente, reconociendo la necesidad de precisar los procedimientos a seguir para garantizar el acceso de las mujeres a los abortos permitidos por la ley, durante el año 2007 la Provincia de Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ciudad de Rosario han aprobado normas que regulan el acceso al ANP en sus respectivas jurisdicciones.¹⁷

2.3. PRINCIPIOS

El acceso al aborto en los casos permitidos por la ley está respaldado por las disposiciones legales mencionadas y debe guiarse por los siguientes principios rectores:

- Favorabilidad
- Justicia
- Autonomía
- Beneficencia
- No maleficencia
- Confidencialidad
- Privacidad
- Integralidad
- Oportunidad
- Celeridad

- Continuidad
- Seguridad
- Solidaridad

Favorabilidad: En caso de dudas acerca del sentido de una norma o de su aplicación, debe adoptarse la interpretación o la aplicación que mejor se compadezca con los derechos de las mujeres.

Justicia: El profesional de la salud debe actuar con imparcialidad evitando que aspectos sociales, culturales, religiosos, morales u otros, interfieran en la relación con la mujer.

Autonomía: Debe respetarse el derecho de la mujer de decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo, su salud y su vida.

Beneficencia: Debe respetarse la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño (hacer el bien).

No-maleficencia: La acción debe causar siempre el menor perjuicio a la mujer, reduciendo los efectos adversos o indeseables de sus acciones (no perjudicar).

Confidencialidad: El deber de respetar el secreto profesional implica el deber de disponer de todos los medios para que las peticiones o consultas de parte de las mujeres y la información sobre la práctica del ANP no sean divulgadas y la prohibición de usar toda información relacionada con un caso de ANP en provecho propio.

Privacidad: Los servicios de ANP deben respetar la privacidad de las mujeres. Lo anterior incluye por lo menos: (i) la adecuación de espacios en las instituciones que presten servicios de ANP para que éstos, incluida la atención previa y posterior al procedimiento, ofrezcan privacidad a las mujeres; (ii) la creación de condiciones para garantizar la privacidad de la información solicitada a la mujer y aquella que se consigne en la historia clínica; (iii) la capacitación e información a todos los empleados de las instituciones para que conozcan sus obligaciones de respeto de la privacidad de la información y las mujeres en relación con el ANP.

Integralidad: Los servicios de ANP deberán prestarse de manera integral, incluyendo educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y todos los demás servicios y actividades que demanden la preservación de la salud y el nivel más alto de salud posible de las mujeres.

Oportunidad: Los servicios de ANP deben prestarse en el momento en que las mujeres o quienes en cada caso se encuentren autorizados para requerirlo, soliciten la interrupción del embarazo. Todas las personas que participen en un ANP, incluida la atención que debe brindarse antes y después del procedimiento, no deben evadir ni mantener en suspenso e incertidumbre a la paciente que solicita o requiere un ANP.

Celeridad: A las mujeres que soliciten o requieran un ANP se les garantiza una atención ágil e inmediata. Las instituciones en las cuales se practiquen deberán prestar toda la colaboración necesaria para que el ANP pueda ser brindado lo más pronto posible y se prohíbe en todo caso la imposición por parte de las instituciones o sus empleados de requisitos adicionales o innecesarios.

Continuidad: El servicio de salud debe prestarse de manera ininterrumpida. En aplicación de este principio, (i) la prestación de los servicios de ANP debe ofrecerse de manera regular y continua y su garantía es responsabi-

dad del Estado nacional, provincial o municipal, según corresponda; (ii) las instituciones en las cuales se presten servicios de ANP deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir obligaciones que supongan la interrupción injustificada del tratamiento; (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la institución no pueden impedir el acceso al ANP o a la finalización del mismo si ya ha sido iniciado; (iv) en caso de que existan dudas acerca de si debe prestarse el servicio o no, o si debe continuarse, por no existir certeza acerca del cumplimiento de los requisitos, siempre debe continuarse.

Seguridad: Los servicios de ANP deberán prestarse en condiciones óptimas de seguridad para las mujeres. Para cumplir este deber los servicios de ANP deberán al menos: (i) ser prestados por profesionales de la salud capacitados y con equipo apropiado; (ii) ser practicados mediante técnicas seguras y adecuadas para cada caso; (iii) atendiendo los estándares sanitarios y (iv) propendiendo porque la terminación se lleve a cabo en la etapa más temprana posible del embarazo.

Solidaridad: En ningún caso, la incapacidad económica de una mujer podrá impedir su acceso a los servicios de ANP y la provisión de los servicios debe hacerse de acuerdo a sus necesidades y no a su capacidad de pago.

3. DEFINICIONES Y PROCEDIMIENTOS

3.1. ABORTO NO PUNIBLE

La presente Guía Técnica es de aplicación a las situaciones previstas por el artículo 86 del Código Penal de la Nación, norma que regula los casos en los que se autoriza el aborto eximiendo de pena al médico y a la mujer que lo llevan adelante.

Una interpretación de este artículo en consonancia con los principios citados y las normas nacionales e internacionales mencionados en el acápite 2, establece que para el Código Penal de la Nación el profesional de la salud y la mujer no incurrir en delito de aborto en las siguientes situaciones:

- a. en casos de peligro para la vida de la mujer (artículo 86, inciso 1o, Código Penal de la Nación),
- b. en los casos de peligro para la salud de la mujer (artículo 86, inciso 1o, Código Penal de la Nación),
- c. cuando el embarazo sea producto de una violación (artículo 86, inciso 2o, Código Penal de la Nación),
- d. cuando el embarazo sea producto del atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (artículo 86, inciso 2o, Código Penal de la Nación). En este caso el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

La interpretación de las causales de no punibilidad citadas debe realizarse a la luz de las normas constitucionales y de los tratados de derechos humanos de rango constitucional que reconocen los derechos a la igualdad, a la salud, a la autodeterminación, a la privacidad, y a la no discriminación.

La interpretación del primer inciso del artículo 86 del Código Penal de la Nación supone una perspectiva del derecho a la salud y un enfoque de los determinantes de la salud consistente con una visión integral de la salud que, según lo previsto por la Organización Mundial de la Salud, debe ser entendida como un "completo estado de bienestar físico, psíquico y social,

y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones.^{VI} Esa interpretación debe realizarse, de conformidad con lo afirmado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, “a la luz del artículo 10, inciso 3, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,” que reconoce “el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, así como el deber de los estados partes de procurar su satisfacción.”^{VII}

3.2. PROFESIONAL DE LA SALUD

La práctica de un ANP se realizará previa constatación por parte de un solo médico de la existencia de alguna de las causales de no punibilidad previstas en el artículo 86 del Código Penal de la Nación según lo interpretado en el punto 3.1. supra.

Para la constatación de los casos de peligro para la salud o la vida de la mujer (artículo 86, inciso 1ro del CPN), el médico tratante deberá fundar su diagnóstico mediante los estudios pertinentes y en interconsulta con otro médico o profesional de la psicología, según corresponda.

Para la constatación de los casos de violación o atentado al pudor cometido sobre mujer idiota o demente (artículo 86, inciso 2do. del CPN), el médico tratante deberá pedir que se le exhiba constancia de la denuncia policial o judicial de la violación, según lo previsto en el acápite 6.3.2. supra.

Para la constatación de todas las causales de no punibilidad previstas en el artículo 86 del CPN, deberá interpretarse la expresión “médico tratante” como referida a los médicos con título habilitante según lo previsto en las leyes que regulan el ejercicio de la medicina en las distintas jurisdicciones del país que reciban a la mujer que solicita un ANP.

En el caso de la constatación de un peligro para la salud psíquica de la mujer, la interconsulta podrá realizarse a un médico o a un profesional habilitado legalmente para la práctica profesional de la psicología.

A todos los efectos de la presente Guía Técnica se considerará que la expresión “profesional de la salud” abarca al médico tratante, y el médico o el profesional de la psicología con quien se realice la interconsulta.

Cualquier imposición de exigencias adicionales, tales como, autorización de más de un profesional de la salud, revisión o autorización por auditores, comités de ética, jueces u operadores jurídicos, períodos y listas de espera, y demás trámites que puedan representar una carga para la mujer representarán una violación del derecho de la mujer a acceder al aborto en los casos permitidos por la ley. Condicionar la realización de un ANP a la obtención de autorizaciones adicionales vulnera el derecho de las personas a la autodeterminación e incrementa el riesgo para la salud. El cumplimiento de las normas jurídicas es un deber del profesional. Los profesionales de la salud serán responsables penal, civil y administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de la medicina o la psicología cuando se nieguen en forma no justificable a la constatación de alguna de las causales previstas en el artículo 86 del Código Penal de la Nación y/o a la consecuente prestación del servicio correspondiente.

^{VI} La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, No 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

^{IV} Ver al respecto los Considerandos.17o y 18o de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso “Campodónico de Beviacqua Ana c/ Min. Salud – Sec. Programa de Salud y Bco de Drogas Neoplásicas”, Fallos 323:3235, (2000).

3.3. PLAZOS

La práctica de un ANP deberá realizarse dentro de los primeros 5 (cinco) días siguientes a la solicitud de la mujer o quien estuviera autorizado a solicitarlo. Previo a la realización de la práctica, deberá solicitarse la firma del consentimiento informado por parte de la gestante o quien estuviera autorizado a otorgarlo y la presentación del diagnóstico médico formulado según lo previsto en el punto 3.2. supra o solo la copia de la denuncia policial o judicial, según el caso.

3.4. SANCIONES

El incumplimiento de las disposiciones de la presente Guía Técnica dará lugar a la aplicación de las sanciones correspondientes que serán impuestas por las autoridades administrativas competentes en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control.

El proceso sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud de la parte interesada, por información del funcionario público, por denuncia, o queja presentada por cualquier persona, o como consecuencia de haberse tomado con antelación una medida de seguridad o preventiva.

Si los hechos materia del proceso sancionatorio fueren constitutivos de delito, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente, acompañados de las pruebas pertinentes.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Establecer los procedimientos para la provisión de los abortos permitidos por el artículo 86 del Código Penal argentino.

4.2. ESPECÍFICOS

- a) Presentar el marco jurídico para la provisión del ANP.
- b) Estandarizar los procedimientos clínicos y quirúrgicos para la provisión del ANP dentro del sistema de salud.

5. POBLACIÓN OBJETO

Todas las mujeres que soliciten la realización de un ANP en los servicios de salud y los profesionales de la salud responsables de la provisión de esta práctica.

6. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

6.1. PRINCIPIOS GENERALES

Los servicios de ANP deben ser provistos conforme a los principios bioéticos de la práctica médica referidos en el acápite 2.3. Al igual que en otras situaciones en las que una mujer demanda atención para su salud reproductiva, los servicios deben ser capaces de aprovechar esta oportunidad

y ofrecer una atención que cubra aspectos físicos y emocionales así como la amplia constelación de servicios preventivos. Una vez más, debe enfatizarse que esta norma se basa en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”^{VIII} Para cumplir este propósito, puede recuperarse el marco propuesto en 1990 por Judith Bruce para planificación familiar.¹⁸ De este marco, es importante recuperar:

- El intercambio de información entre el profesional de la salud y la mujer
No sólo debe incluirse información sobre el diagnóstico, opciones de tratamiento, regímenes terapéuticos, contraindicaciones y efectos colaterales de los medicamentos, sino también escuchar y tratar de entender a la mujer, incluyendo sus antecedentes, preferencias por el tratamiento y su historia médica.
- La competencia técnica del prestador
Incluye conocimientos precisos acerca de la enfermedad, problema o condición que afecta a la mujer, conocimientos para prescribir el tratamiento clínico adecuado sin poner en riesgo innecesario la salud o la vida de la mujer, y conocimiento de los procedimientos para referir los casos que así lo requieran.
- Las relaciones interpersonales
Incluye el trato respetuoso y receptivo que estimula a la mujer en la toma de decisiones, que evita los juicios morales, los tiempos de espera innecesarios, y respeta la confidencialidad.
- Los mecanismos para estimular la continuidad del cuidado de la salud
Incluye la información acerca de donde y cuando hacer la visita de seguimiento, en la medida de lo posible otros lugares donde puede recurrir, y las consultas de seguimiento específico de acuerdo al problema de salud.

6.2. ADMISIÓN DE LA MUJER QUE SOLICITA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

La atención a toda mujer que solicita la realización de un ANP debe brindarse de acuerdo con los principios de la bioética y de los derechos humanos, al igual que cualquiera de los servicios que atañen a la atención de su salud integral. Estos principios¹⁹ basados en lo dispuesto en la Constitución y distintos tratados de derechos humanos,²⁰ se expresan en las siguientes condiciones:

6.2.1. Toma de decisión libre y basada en la información

El principio que rige esta característica de la atención es el de la autonomía (ver punto 6.4.3 de consentimiento informado). Todas las actitudes y prácticas de los profesionales de salud deben estar destinadas a que la mujer

^{VIII} OMS (1948), Op. Cit

pueda, en base a información veraz, adecuada y completa, tomar la mejor decisión posible para ella. Es un deber de los profesionales de la salud proveer información de forma tal que la mujer pueda entender el proceso que está viviendo y formular todas las preguntas que crea necesarias. La decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o de valor por parte de los profesionales de salud.

6.2.2. Confidencialidad

Al igual que en cualquier práctica médica la práctica del aborto en los casos permitidos por la ley está protegida por el secreto profesional. Esto significa que nada de lo ocurrido en la consulta debe ser develado a otras personas (otros integrantes del equipo de salud e incluso la familia) salvo en situaciones en las que compartir esta información sea de suma importancia para la atención de la mujer. La historia clínica y toda la información contenida en ella también están protegidas por el secreto profesional. Si se considera necesario compartir la información con terceros, debe hacerse con la autorización expresa de la mujer, otorgada de manera libre y sobre la base de información clara. Salvo en los casos en los que la mujer lo consienta explícitamente, la consulta del profesional con el esposo, compañero/a, padre, madre o cualquier otra persona así sea para asegurar una atención segura y apropiada, constituirá una violación de la confidencialidad.

6.2.3. No discriminación

Toda mujer, más allá de su capacidad de comprensión, estado civil, edad, condición socio-económica y etnia, debe ser tratada con respeto y el ejercicio de sus derechos debe ser garantizado. En ningún caso los profesionales de la salud deben adoptar actitudes paternalistas, tomar decisiones por la mujer, inducirlas o conducirlas según sus propias creencias.

En ningún caso el antecedente de haber solicitado o practicado un ANP en los términos de la presente Guía, podrá constituir una circunstancia de discriminación para la gestante, los profesionales de la salud y los prestadores de servicios de salud. No podrá exigirse esta información como requisito para:

- a) Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos, sociales o de rehabilitación.
- b) Acceso a cualquier actividad laboral o permanencia en la misma.
- c) Afiliación a una entidad prestadora de servicios de salud y acceso a los servicios de salud.
- d) Ingreso, permanencia o realización de cualquier tipo de actividad cultural, social, política o económica.
- e) Contratación de servicios de salud no relacionados con la prestación de los servicios de que trata esta Guía.

6.2.4. Privacidad

Las instituciones de salud y quienes trabajan en ellas deben asegurar que, como en cualquier práctica médica, la infraestructura otorgue el mayor grado de privacidad visual y auditiva posible.

6.3. CONSIDERACIONES ESPECIALES

6.3.1. Adolescentes

Las adolescentes pueden no disponer de toda la información y conocimientos necesarios sobre la prevención de embarazos, los métodos anticonceptivos disponibles, cuáles son los signos de un embarazo y de las infecciones de transmisión sexual. Pueden tener escasa experiencia en hablar de estos temas con adultos y en acceder y utilizar los servicios de salud para encarar sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Las adolescentes necesitan un ambiente de empatía, donde puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas ni acalladas.

Los proveedores de servicios de salud deben procurar desarrollar habilidades para el abordaje integral de la sexualidad adolescente y el respeto de sus derechos. Esto incluye una habilidad especial para recabar los datos de la historia. Por ejemplo, deben ser amables y formular preguntas simples en un lenguaje entendible. Pueden necesitar repetir las preguntas y sondear con cuidado y consideración. Dado que las adolescentes por lo general necesitan tiempo para revelar sus problemas, se podrán sugerir distintas respuestas para estimular a la adolescente a hablar. Es esencial que los proveedores de los servicios garanticen claramente la confidencialidad, asegurándoles a las adolescentes que no compartirá la información de la consulta con nadie.

Es importante conformar servicios de salud “amigables para adolescentes”, para asegurar que éstas tengan acceso a los servicios necesarios. Frecuentemente esto se puede lograr mediante una reorientación de los servicios ya existentes, asegurando que los servicios estén abiertos en el momento y lugar donde las adolescentes puedan utilizarlos y que los mismos sean gratuitos. Las adolescentes y sus familias deben ser informadas de la existencia de estos servicios y, para ello, es importante contar con el apoyo de la comunidad.

6.3.2. Mujeres víctimas de violación o atentado al pudor

Las mujeres embarazadas como consecuencia de una violación o un atentado al pudor necesitan un tratamiento particularmente sensible, y todos los niveles del sistema de salud deben ser capaces de ofrecer el cuidado y apoyo apropiados. El manejo general de las sobrevivientes de una violación o un atentado al pudor, incluye la atención física y psicológica, la anticoncepción de emergencia, el tratamiento de las lesiones y las ITSs, la recolección de evidencia forense –cuando la mujer o quien la represente lo consienta-, el asesoramiento y el cuidado de seguimiento, conforme a lo establecido en las normas aplicables.

Cuando el embarazo se hubiere producido como consecuencia de una violación, se debe solicitar a la mujer constancia de la denuncia judicial o policial de la existencia de la violación.

Cuando el embarazo se hubiere producido como consecuencia del atentado al pudor, se debe solicitar a quien represente a la mujer víctima constancia de la denuncia judicial o policial de la existencia del atentado al pudor.

Los profesionales de la salud no pueden requerir ningún otro tipo de documentación adicional a la constancia de denuncia mencionada.

6.3.3. Objeción de conciencia

Todo profesional de la salud tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia con respecto a la práctica del ANP. Independientemente de la existencia

de profesionales de la salud que sean objetores de conciencia, toda institución en la que se lleve a cabo la práctica de ANP deberá contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a la mujer. Los reemplazos o sustituciones que sean necesarias para obtener dicho fin serán realizados en forma inmediata y con carácter de urgente por las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda. Ante la ausencia de un profesional no objetor, ninguna objeción de este tipo, aunque sea fundada en los términos de este punto, podrá ser invocada para eludir el deber de participar en un tratamiento que sea de carácter urgente. En ningún caso, la sustitución de un profesional objetor de conciencia podrá realizarse en un plazo mayor al de 5 (cinco) días contados desde la constatación de las causales de no punibilidad previstas en el artículo 86 del CPN.

La objeción de conciencia es siempre individual y no puede ser institucional. Además, la objeción de conciencia debe ser declarada, según se prevea en las reglas de cada jurisdicción, por el profesional de la salud a partir de la entrada en vigor de la presente Guía o al momento de iniciar sus actividades en el establecimiento de salud correspondiente. La declaración regirá tanto para su actividad en relación de dependencia pública como en su actividad privada.

Las mujeres deberán ser informadas sobre las objeciones de conciencia de su médico/a tratante y/o del personal auxiliar desde la primera consulta que realicen con motivo del embarazo.

Las maniobras dilatorias, el suministro de información falsa y la reticencia para llevar a cabo el tratamiento por parte de los profesionales de la salud y las autoridades hospitalarias constituirán actos sujetos a la responsabilidad administrativa, civil y/o penal correspondiente.

6.4. ASESORAMIENTO, INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

6.4.1. Asesoramiento

El asesoramiento está dirigido a contener emocionalmente a la mujer, brindarle información sobre todas las opciones posibles y disponibles, y acompañarla en su decisión cualquiera ella sea. El asesoramiento no ocurre en un solo momento en el tiempo sino que debe ser continuo, desde que la mujer toma contacto con los servicios de salud hasta que haya completado cada una de las etapas de la atención. Todos los servicios involucrados en la atención deberán disponer de personal capacitado para brindar asesoramiento. Sin embargo, es decisión de la mujer recibir dicho asesoramiento o no hacerlo. El asesoramiento debe ofrecerse en un ambiente de privacidad y confidencialidad y sólo debe dejarse constancia en la historia clínica de datos que resultan relevantes para la historia médica de la mujer.

El personal que brinda el asesoramiento debe ser consciente que la mujer puede haber estado sometida a situaciones de coerción o violencia, y en ese sentido, el asesoramiento debe resultar un buen espacio para que la mujer pueda compartir y reflexionar sobre esas experiencias.

Si la mujer opta por interrumpir el embarazo, se deberá:

- a) Ofrecerle asesoramiento e información, con la opción de la presencia de una persona significativa para ella. Es decisión de la mujer convocar a esta persona o no. En caso de sospechar coerción o violencia, se sugiere tener una entrevista a solas y ofrecer consejería de mediano plazo y la derivación a servicios de asesoramiento legal.
- b) Hacerle saber de los requerimientos para la constatación de las circuns-

tancias que permiten el ANP según el artículo 86 del CPN.

- c) Informarla de las ventajas de realizar una interrupción del embarazo en determinados plazos, sin presionarla para que tome una decisión rápidamente, y respetando los tiempos que ella necesite.
- d) Explorar si la mujer se encuentra bajo presión de su pareja o algún miembro de su familia o entorno cercano, o si la razón por la cual opta por la interrupción se encuentra fundada en información errónea o inadecuada. En este sentido, es importante considerar a las mujeres que requieren el aborto en los casos permitidos por la ley por riesgo para la vida o la salud.

Si la mujer opta por continuar el embarazo debe recibir información sobre adopción, hogares de tránsito y otras opciones disponibles.

6.4.2. Información

El propósito perseguido es brindar a la mujer un espacio donde se comparta información y donde pueda plantear sus dudas y recibir información veraz, adecuada y completa. Es importante que la mujer se sienta considerada y tratada con respeto y comprensión. Bajo ningún punto de vista deben imponerse opiniones o juicios de valor de los profesionales de la salud. La información debe ser brindada apoyando a la mujer en su decisión, de forma simple, sin paternalismos, en un lenguaje fácil de entender y adecuado al contexto cultural de la mujer. Es importante considerar situaciones de vulnerabilidad, tales como discapacidad, mujeres solas o adolescentes, y víctimas de violencia sexual, entre otras.

La información ofrecida debe cubrir los siguientes aspectos:

- Procedimientos para interrumpir el embarazo (en qué consisten, qué puede sentir y qué ocurre durante y después del procedimiento).
- Ventajas y desventajas de cada procedimiento (dolor, anestesia requerida, riesgos, tiempo de internación).
- Tiempo que implica cada uno de los procedimientos
- Retorno a la vida cotidiana (indicaciones, seguimiento, signos de alarma)
- Retorno a la vida sexual
- Anticoncepción

Si se dispone de distintos métodos de interrupción del embarazo, los profesionales deberán estar capacitados para dar a la mujer información clara sobre cuáles son los más apropiados en relación a la edad gestacional, la condición médica de la mujer y los potenciales factores de riesgo.

La provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, específicamente de anticoncepción, es parte esencial de la atención que debe brindarse a una mujer que busca interrumpir su embarazo. El propósito es evitar un embarazo no deseado en el futuro y también referirla a servicios integrales de prevención de cáncer genito-mamario, y de ITS-VIH/sida. Todas las mujeres deben recibir información acerca de que es posible quedar embarazada antes del sangrado menstrual posterior al procedimiento. Por ello, es prioritario informarlas acerca de los métodos anticonceptivos y haberlos provisto en el caso que la mujer haya optado por uno de ellos. En todos los casos, la mujer deberá recibir información precisa para seleccionar el método más apropiado de acuerdo a su preferencia y necesidad.

Si la mujer solicita una interrupción del embarazo luego de una falla del método, el profesional de la salud debe asesorarla adecuadamente en caso que el método haya sido mal utilizado o sugerir cambiarlo si la mujer no está satisfecha con el mismo. Sin embargo, la elección final del método es una potestad absoluta de la mujer. La aceptación de un método anticonceptivo después del procedimiento nunca debe ser una precondition para realizar la interrupción del embarazo.

6.4.3. Consentimiento Informado

Al igual que en toda práctica médica, debe solicitarse a la mujer embarazada el consentimiento informado para proceder a la interrupción del embarazo. El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de una persona que solicita y consiente someterse a determinada práctica una vez que recibió información clara, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida.

Debe dejarse constancia en la historia clínica de la información brindada, la constancia de la paciente embarazada de haber comprendido dicha información, dejándose debida constancia del consentimiento a efectuar la interrupción del embarazo suscripto por la paciente y/o representante de la paciente según sea el caso y los profesionales responsables.

El principio ético fundamental que guía el proceso de consentimiento informado es el respeto por la autonomía de la persona. Por autonomía se entiende que una persona adulta, mentalmente competente, no requiere el consentimiento (autorización) de un tercero, como el marido o la pareja, para acceder a un servicio de salud. Por ende, los proveedores de salud no deben imponer como requerimiento la autorización del marido o compañero/a.

En los casos de menores de 14 años se requerirá la autorización de los padres, tutores o encargados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata. En todo caso los profesionales de la salud deberán oír antes a la menor de 14 años y se procurará conciliar el derecho de la paciente a la autodeterminación con la protección de la salud, sin menoscabar el consentimiento de la menor de catorce años.

En caso de tratarse de la violación de una mujer menor de 14 años edad, se requerirá además el consentimiento de sus padres, tutores o encargados, respetando las previsiones del artículo 61 del Código Civil, el artículo 3 de la Ley Nacional No 26.061 y la Convención sobre los Derechos del Niño. En caso de negativa injustificada de sus padres, tutores o encargados a consentir el acto médico o falta de acuerdo entre sus progenitores, se procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 61 del Código Civil.

Según lo mencionado en el punto 6.3.2, si una mujer con discapacidad mental no declarada o declarada incapaz hubiere quedado embarazada como consecuencia de un atentado al pudor, y su representante legal solicitare la interrupción de la gestación deberá acreditar la denuncia judicial o policial de la existencia de violación. Los profesionales de la salud no podrán solicitar ningún otro tipo de documentación adicional a la constancia de denuncia mencionada.

En caso de que un sólo progenitor fuera quien tuviera de hecho a su exclusivo cuidado a la mujer con discapacidad mental o a la mujer menor de 14 años, bastará el consentimiento de éste para que quede configurado el consentimiento requerido. En caso de negativa injustificada del representante legal a consentir el acto médico, el profesional interviniente procurará que se procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 61 del Código Civil.

En todo caso de ANP, el formato que adopte el requerimiento de consentimiento informado debe guardar estricta sujeción a lo consignado en este numeral.

6.5. CONSULTA DE PRIMERA VEZ

Cuando una mujer solicita la interrupción de un embarazo deben seguirse las pautas clínicas que el servicio tenga habitualmente. Aún así, se sugiere seguir los siguientes pasos:

6.5.1. Consulta pre-aborto

Los primeros pasos en la consulta el aborto consisten en establecer si la mujer está efectivamente embarazada y, de estarlo, conocer la duración del embarazo y confirmar que el mismo sea intrauterino. Los riesgos asociados con la interrupción voluntaria del embarazo, a pesar de ser mínimos cuando se lleva a cabo adecuadamente, aumentan con la duración del embarazo.²¹ Por ende, la determinación de la edad gestacional es un factor crítico en la selección del método más apropiado. Todo servicio de salud debe contar con personal entrenado y competente para realizar la historia clínica de la mujer y un examen pélvico bimanual. 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 a otro servicio. El personal también debe estar capacitado para ofrecer asesoramiento y así ayudar a la mujer a considerar sus opciones (ver sección 6.4.1).

6.5.2. Historia clínica

La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se les debe preguntar acerca del primer día de su última menstruación, es decir, el primer día de sangrado, y si la menstruación fue normal. 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, la mujer que está amamantando puede quedar embarazada aun antes de tener su primera menstruación post-parto. Algunas mujeres pueden experimentar un sangrado no menstrual en 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 del ritmo miccional.

La historia familiar y médica personal de la gestante debe elaborarse teniendo en cuenta los siguientes aspectos específicos, además de los aspectos generales contenidos en toda historia clínica:

6.5.2.1. Anamnesis

Identificación: nombre, documento de identidad, edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, caracterización del grupo familiar y de la vivienda, cobertura de salud, dirección y teléfono, contacto de emergencia.

Antecedentes Personales: patológicos, quirúrgicos, traumáticos, alérgicos, (medicamentos recibidos), tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoac-

tivas. Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.

Historia Reproductiva:

- Antecedentes obstétricos:

Gestaciones: Total de embarazos, intervalos intergenésicos, abortos, embarazos ectópicos, molas.

Partos: Número de partos (partos vaginales y por cesárea), fecha del último.

- Antecedentes ginecológicos: Edad de la menarca, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y tiempo de utilización de cada uno, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/Sida, historia y tratamiento de infertilidad.
- Antecedentes familiares: Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, diabetes, enfermedades metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias, otras.

Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de última menstruación, altura uterina y/o ecografía obstétrica). Cefaleas persistentes, edemas progresivos.

Sintomatología infecciosa: urinaria o cervicovaginal.

Valoración de condiciones psicosociales: indagación acerca de la red familiar y de la contención de la pareja, valoración de interconsulta con psicopatología o servicio social.

Otros motivos de consulta: derivación desde otro servicio (cardiología, oncología, etc.) Exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

6.5.2.2. Examen físico

Se debe confirmar la existencia de embarazo y estimar su duración mediante la realización de un examen pélvico bimanual.

Los signos detectables de embarazo entre las 6 y 8 semanas mediante el examen pélvico bimanual incluyen reblandecimiento del istmo cervical y reblandecimiento y elongación del útero. El útero de una mujer embarazada que es menor al esperado por su amenorrea puede deberse a un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, a un embarazo ectópico o a un embarazo detenido (aborto retenido); un útero mayor al esperado puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de la última menstruación, un embarazo múltiple, la presencia de fibromas uterinos o un embarazo molar.

El profesional debe cerciorarse si el útero está en anteversión o retroversión o en otra posición que pueda alterar la estimación de la edad gestacional o complicar un aborto quirúrgico.

Se deberán reconocer los signos de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo, además de condiciones como anemia u otras enfermedades que puedan llegar a requerir procedimientos adicionales o derivación para atención médica especializada.

Igualmente se deben referir al nivel apropiado las mujeres que presenten alguna patología cervical seria.

6.5.2.3. Análisis de laboratorio

En la mayoría de los casos, los profesionales sólo precisan la información obtenida a través de la historia clínica y el 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. En ningún caso la realización de exámenes previos puede ser un requisito para la realización de un ANP.^{IX}

- Hemoglobina/Hematocrito. La detección de anemia mediante la medición de los niveles de hemoglobina y hematocrito en áreas donde la misma es prevalente permite comenzar el tratamiento y estar preparados si eventualmente se presenta una hemorragia durante o después de la interrupción del embarazo.
- Hemoclasificación. En caso de complicaciones que puedan requerir una transfusión sanguínea, debe realizarse la hemoclasificación. En todo caso se transfundirá sangre segura, conforme a la normatividad vigente sobre la materia.
- VDRL, prueba para VIH/SIDA: El prestador debe realizar sin excepción la asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje (ELISA o prueba rápida), en el primer trimestre de embarazo o durante el primer control prenatal a todas las mujeres. La estrategia de oferta y realización de la prueba recomendada es la siguiente: el profesional de la salud efectúa la asesoría pre-prueba, mencionando que se recomienda realizar la prueba a toda gestante y que ella tiene la opción de aceptar o rehusar, firmando un documento. Aquellas que acepten realizarse la prueba, deben firmar el consentimiento informado. Todas de las mujeres embarazadas deben tener documentación escrita en la historia clínica de haber recibido la asesoría y el ofrecimiento de la prueba, así como del desenlace de dicho proceso. En ningún caso esta prueba se puede constituir en una barrera de acceso al procedimiento de interrupción del embarazo.

6.5.2.4. Ecografía

La exploración ecográfica no es necesaria para la realización de un aborto temprano.²² En lugares donde se encuentra disponible, la ecografía puede colaborar para la detección de un embarazo ectópico mayor de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento abortivo. En aquellos lugares donde se utilice la ecografía, se deberá, si es posible, facilitar distintas áreas donde se puedan evaluar separadas aquellas mujeres que buscan un aborto de aquellas que reciben cuidados prenatales.

6.6. CONDICIONES PRE-EXISTENTES

En forma conjunta con la confirmación y estimación de la duración del embarazo, los profesionales de la salud deben obtener una historia médica completa y valorar otros factores de riesgo que puedan afectar la realización de un aborto. Estos incluyen: alteraciones de la coagulación, alergia a cualquier medicación que será usada durante el aborto e información acerca de cualquier droga que la mujer esté tomando y que pueda interactuar con aquellas que se usarán durante el procedimiento. Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a

^{IX} Una prohibición explícita como ésta se encuentra contenida en la regulación de Colombia.

un aborto, requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. Si se sabe que la mujer es VIH positiva, puede necesitar asesoramiento especial. (ver sección 6.4.1). En los casos que la mujer solicita la interrupción por condiciones que ponen en riesgo su salud o su vida, estas condiciones preexistentes cobran mayor relevancia aún y deben ser atendidas por los profesionales de la salud que mejor entienden el caso.

6.6.1. Infecciones del tracto reproductivo (ITRs)

La presencia de infecciones del tracto reproductivo inferior al momento de la realización del aborto es un factor de riesgo para ITRs post-procedimiento.²³ Se ha visto que el uso de rutina de antibióticos al momento del aborto reduce a la mitad el riesgo de infección en el post-procedimiento.²⁴ Sin embargo, los abortos también pueden llevarse a cabo en aquellos lugares donde no se disponga de antibióticos para profilaxis. En cualquier caso, la estricta observación de los procedimientos de limpieza y desinfección juega un papel esencial en la prevención de infecciones post-procedimiento. Si hay signos clínicos de infección, la mujer debe ser tratada inmediatamente con antibióticos y luego llevar a cabo el aborto. En aquellos lugares donde se realicen análisis de laboratorio para ITRs de forma rutinaria y si no hay signos visibles de infección, el aborto no debe retrasarse esperando los resultados.

6.6.2. Embarazo ectópico

El embarazo ectópico puede ser una amenaza para la vida. Los signos que pueden indicar un embarazo extrauterino incluyen: tamaño uterino menor al esperado según la duración estimada del embarazo y dolor abdominal bajo, especialmente si el mismo se acompaña de sangrado vaginal o spotting, 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 tratamiento, la exploración ecográfica es de gran utilidad.^x Debe remarcar-se que el diagnóstico de un embarazo ectópico es más difícil durante y después de un aborto con medicamentos dada la similitud de los síntomas. Por lo tanto, si se utiliza el aborto con medicamentos sin la confirmación previa de que el embarazo es intrauterino y la mujer tiene dolores severos y de intensidad creciente posteriores al procedimiento, debe ser evaluada para descartar un embarazo ectópico.

6.6.3. Isoinmunización Rh

Si bien hasta el momento no existe evidencia concluyente sobre la necesidad de la administración de inmunoglobulina anti Rh después de un aborto inducido en el primer trimestre, la inmunización pasiva de todas las mujeres Rh negativas con inmunoglobulina antiRh dentro de las 72 horas del procedimiento fue recomendada en los Estados Unidos en 1961.²⁵ En aquellos lugares donde la inmunoglobulina Rh se administra de manera rutinaria a las mujeres Rh negativas, la misma debe ser administrada al momento del procedimiento. Para aquellas mujeres que utilizaron un aborto con medicamentos, se ha recomendado la administración de la inmunoglobulina Rh al momento de la administración de las prostaglandinas.²⁶

^x Ver para detalles del tratamiento: World Health Organization. (2000) Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)

6.6.4. Citología cervical

Algunos centros también pueden ofrecer la realización de un PAP y otros servicios de salud reproductiva. El pedido de aborto puede ser una oportunidad para la evaluación de la citología cervical, especialmente en lugares donde la prevalencia de cáncer cervical e ITSs es alta. La provisión de dichos servicios no es requisito indispensable para llevar a cabo un aborto seguro por lo que no puede ser nunca una condición para que la mujer obtenga un ANP.

7. MÉTODOS SEGUROS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Resumen

La figura 1 resume los métodos más apropiados para interrumpir una gestación acorde a la etapa en que se encuentra el embarazo, basándose en protocolos establecidos y utilizados mundialmente. Es indicativo más que prescriptivo en relación a los límites de tiempo. Por ejemplo, la mayoría de los profesionales entrenados pueden llevar a cabo una aspiración hasta las 12 semanas completas de embarazo, mientras que otros especialmente entrenados, con experiencia suficiente y acceso a cánulas de tamaño adecuado pueden usar este método de manera segura hasta las 15 semanas completas.²⁵⁷ La disponibilidad de medicamentos efectivos y seguros para inducir un aborto sigue siendo limitada a la fecha. Sin embargo, el rápido desarrollo y la constante investigación podrán hacerlos más accesibles en un futuro cercano.

FIGURA 1: Métodos de aborto²⁸

| Semanas completas desde fecha de última menstruación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| Métodos preferidos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aspiración al vacío (manual/eléctrica) | | | | | | | | | ●● ●● ●● (por proveedores bien entrenados) | | | | | | | | | |
| Mifepristone y Misoprostone (o gemeprost) | | | | | | | | | ●● ●● ●● (en investigación) | | | | | | | | | |
| Dilatación y evacuación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mifepristone y dosis repetidas de misoprostol o gemepros | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros Métodos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dilatación y curetaje | | | | | | | | | Soluciones Hipertónicas | | | | | | | | | |
| Prostaglandinas intra/extra amnióticas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

7.1. MÉTODOS PARA SER UTILIZADOS HASTA 12 SEMANAS COMPLETAS DESDE LA FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

Los métodos de elección son la aspiración manual endouterina (AMEU) o eléctrica, o el aborto con medicamentos en una combinación de mifepristona seguida de una prostaglandina. La mifepristona seguida de una prostaglandina ha demostrado ser un régimen seguro y efectivo hasta las 9 semanas completas de embarazo, y se está investigando la seguridad y efectividad del régimen entre las 9 y 12 semanas completas. El uso de medicamentos requiere el soporte de aspiración al vacío en el lugar o la posibilidad de derivación en caso de falla o aborto incompleto. La dilatación y curetaje (DyC) deben ser utilizados cuando ninguno de los métodos mencionados esté disponible. Los servicios de salud y los responsables los programas deben realizar todo el esfuerzo posible para reemplazar la dilatación y curetaje (DyC) por la aspiración.

7.2. MÉTODOS PARA SER UTILIZADOS DESPUÉS DE LAS 12 SEMANAS COMPLETAS DESDE LA FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

Una variedad de situaciones hace surgir la necesidad de servicios de aborto en etapas más avanzadas del embarazo, y todos los niveles del sistema de salud deben tener la posibilidad de realizar una derivación a centros que tengan la capacidad de llevar a cabo abortos en etapas más avanzadas del embarazo de una manera segura. El diagnóstico de anomalías fetales por lo general no se realiza hasta después de la semana 12 de embarazo y, por ejemplo, una enfermedad cardiovascular severa o un cáncer requerirán un tratamiento agresivo para la mujer, por lo que puede requerir un aborto tardío por razones médicas. Algunas mujeres, particularmente las adolescentes, pueden tener dificultades para acceder a la atención temprana. Esto puede deberse a la falta de conocimiento acerca de los requerimientos para la realización de un aborto, falta de información o de acceso al sistema de salud, limitaciones económicas, incapacidad de reconocer los signos de embarazo, menstruaciones irregulares, ambivalencia inicial en relación a hacerse un aborto, preocupaciones sobre la salud que surgen después del primer trimestre, conflictos familiares o cambios en circunstancias de la vida que pueden hacer que un embarazo previamente deseado deje de serlo. El régimen de aborto con medicamentos de elección después de las 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación es la mifepristona seguida de dosis repetidas de una prostaglandina, como misoprostol o gemeprost. El método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas.

7.3. PREPARACIÓN CERVICAL

En algunos países, antes de la realización de abortos quirúrgicos del primer trimestre, se utiliza la preparación cervical con dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos, pues hace que el procedimiento sea más fácil y rápido y reduce la incidencia de complicaciones inmediatas comunes en abortos realizados después de la novena semana completa de gestación.²⁹ La preparación cervical previa al aborto quirúrgico es especialmente beneficiosa para algunas mujeres, tales como aquellas con anomalías cervicales o cirugías previas, mujeres jóvenes y aquellas con embarazos avanzados, que tienen mayor riesgo de lesiones cervicales o perforación uterina, que pueden ser la causa de hemorragias.^{30,31} Sin embargo, la preparación cervical tiene ciertas desventajas, incluyendo el costo extra y el tiempo requerido. Por ende, se recomienda para embarazos de más de 9 semanas completas en nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas

las mujeres con embarazos de más de 12 semanas completas.^{32,33} Investigaciones recientes sugieren que la administración vaginal de 400 µg de misoprostol 3 a 4 horas antes de la cirugía es efectiva.³⁴ La administración oral de 400 µg de misoprostol 3 a 4 horas antes del procedimiento también es apropiada para la preparación cervical.³⁵ Otros regímenes efectivos son la toma oral de 200 mg de mifepristona, 36 horas antes del procedimiento,³⁶ o la administración vaginal de 1 mg de gemeprost, 3 horas previas al procedimiento.³⁷

7.4. MANEJO DEL DOLOR

La mayoría de las mujeres refieren 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 de dolor varía con la edad, la duración del embarazo, la cantidad de dilataciones cervicales y el temor de la mujer.³⁸ Se ha comprobado que un parto vaginal previo disminuye el dolor.³⁹ También se ha observado que un intervalo menor de dos minutos entre la administración de la anestesia local y el comienzo del procedimiento, la falta de elección entre anestesia local o general y una historia previa de uso frecuente de analgésicos contribuyen a aumentar el dolor.⁴⁰

Un manejo adecuado del dolor no significa una gran inversión en medicamentos, equipamiento ni entrenamiento. Descuidar este elemento importante, aumenta innecesariamente la ansiedad y molestias de la mujer y compromete seriamente la calidad de la atención. El asesoramiento y tratamiento humanizado pueden reducir los temores y la percepción del dolor.⁴¹ La persona que lleve a cabo el procedimiento y todo el personal presente debe mostrar una actitud amigable y tranquilizadora. En lugares donde sea posible y si la mujer lo desea, puede ser de ayuda que el esposo o pareja, un miembro de la familia o una amiga permanezca con ella durante el procedimiento. Sin embargo, no debe considerarse que estas circunstancias puedan reemplazar al alivio médico del dolor.

7.4.1. Medicación para el dolor

Siempre debe ofrecerse medicación para el dolor. Para el manejo del dolor durante el aborto, se utilizan tres tipos de medicamentos, solos o combinados: analgésicos, que alivian la sensación de dolor; tranquilizantes, que reducen la ansiedad; y anestésicos que adormecen la sensación física. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local y/o una sedación leve complementada con apoyo verbal es suficiente. La mayoría de estos medicamentos son comparativamente de bajo costo. Los analgésicos no narcóticos incluidos en la lista modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, tales como los antiinflamatorios no esteroideos generalmente son suficientes para reducir el dolor asociado tanto con el aborto con medicamentos como con el quirúrgico, incluyendo los cólicos.^{42,43} En tres estudios randomizados se vio que el paracetamol no es efectivo para aliviar el dolor post-procedimiento.^{44,45,46} En los abortos quirúrgicos, la administración de tranquilizantes antes del procedimiento, tales como el diazepam, puede reducir el temor e inducir relajación, haciendo la intervención más fácil tanto para la mujer como para el profesional. Estos medicamentos pueden provocar amnesia, lo que algunas mujeres podrían querer, pero también puede inducir somnolencia y retrasar la deambulación. 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 tengan capacidad de resucitación.

7.4.2. Anestesia

En aquellos casos en los que se requiera una dilatación cervical para la realización de un aborto quirúrgico, para aliviar las molestias de la mujer debe utilizarse un bloqueo paracervical con un anestésico local como la lidocaína de acción rápida, inyectada por debajo de la mucosa cervical en los cuadrantes inferiores del cervix. Las ventajas de utilizar una anestesia local en vez de general, incluyen un tiempo de recuperación más rápido y el hecho de que la mujer permanece consciente y por ende tiene la capacidad de alertar al profesional sobre problemas que puedan surgir. La inyección de anestesia local debe realizarse con habilidad, para evitar la introducción endovenosa de la droga.

La utilización de una anestesia local con aspiración ha demostrado ser segura y efectiva.⁴⁷ La anestesia general no se recomienda para abortos y aumenta los riesgos clínicos.^{48,49,50} También ha sido asociada con mayores tasas de hemorragia que la anestesia local.⁵¹ La utilización de anestesia general aumenta los costos, no sólo para el servicio de salud sino para la mujer, particularmente porque el alta se permite recién a la mañana siguiente. A pesar de esto, algunas mujeres prefieren la anestesia general y su uso también puede ser preferible desde el punto de vista profesional durante procedimientos difíciles. Toda institución que ofrezca anestesia general deberá contar con el equipo especializado y el personal entrenado para administrarla y manejar cualquier complicación.

7.5. ABORTO QUIRÚRGICO

7.5.1. Aspiración al vacío

La aspiración al vacío es la técnica quirúrgica de elección para embarazos hasta 12 semanas completas. Algunos profesionales, dependiendo de su entrenamiento, experiencia y cada caso en particular, son capaces de realizar la aspiración al vacío hasta 15 semanas completas. La alta eficacia de la aspiración al vacío ha sido probada en varios estudios randomizados. Se han reportado tasas de aborto completo entre 95% y 100%.⁵² Las tecnologías de aspiración eléctrica o manual son igualmente efectivas.⁵³ La aspiración al vacío involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío. La aspiración al vacío eléctrica (AVE) utiliza una bomba de vacío eléctrica. Con la aspiración manual endouterina (AMEU), el vacío se crea utilizando un aspirador plástico de 60ml sostenido y activado con la mano (también llamado jeringa). Existen aspiradores con cánulas plásticas de distintos tamaños, que oscilan de 4 a 12 mm de diámetro. Algunas cánulas y la mayoría de los aspiradores pueden ser utilizadas nuevamente una vez que se los ha limpiado y desinfectado o esterilizado perfectamente. También existen bombas mecánicas para ser utilizadas con el pie.

Dependiendo de la duración del embarazo, el aborto mediante aspiración al vacío lleva entre 3 y 10 minutos y puede realizarse de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y/o anestesia local. En embarazos muy tempranos, la cánula puede ser introducida sin dilatación cervical previa. Sin embargo, generalmente, antes de la inserción de la cánula se requiere la dilatación utilizando dilatadores osmóticos o mecánicos, solos o en combinación con una prostaglandina, o la preparación cervical con un agente farmacológico como la mifepristona o una prostaglandina (misoprostol o gemeprost). La mayoría de las mujeres que tiene un aborto durante el primer trimestre con anestesia local se siente lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación. En general, se necesitan períodos más largos de recuperación en embarazos con más edad gestacional o cuando

se utilizó sedación o anestesia general.

La aspiración al vacío es un procedimiento muy seguro. Un estudio sobre 170.000 abortos de primer trimestre llevado a cabo en Nueva York, USA (la mayoría mediante aspiración al vacío) indicó que menos de un 0.1% de las mujeres experimentaron complicaciones serias que requirieran hospitalización.⁵⁴ Si bien son infrecuentes, las complicaciones de la aspiración al vacío incluyen infecciones pélvicas, sangrado excesivo, lesión cervical, evacuación incompleta, perforación uterina, complicaciones de la anestesia y embarazos que continúan.⁵⁵ Los cólicos abdominales o el dolor y el sangrado similar al de la menstruación son efectos colaterales de cualquier procedimiento abortivo.

7.5.2. Dilatación y curetaje

La dilatación y curetaje (DyC), también conocido como “legrado o raspado”, involucra la dilatación cervical mediante agentes farmacológicos o dilatadores mecánicos y la utilización de curetas metálicas filosas para raspar las paredes uterinas. La dilatación y curetaje es menos segura que la aspiración al vacío⁵⁶ y considerablemente más dolorosa para la mujer.⁵⁷ En la mayoría de los países industrializados y en muchos otros, la aspiración al vacío ha reemplazado a la DyC en el uso de rutina. Las tasas de complicaciones mayores de la DyC son de dos a tres veces más que aquellas de la aspiración al vacío.⁵⁸ Un ensayo clínico aleatorizado que comparó la DyC con la aspiración al vacío reveló que, hasta 10 semanas desde la fecha de última menstruación, la aspiración al vacío es más rápida y se asocia con menor pérdida sanguínea que la DyC.⁵⁹

La tabla 1 resume los requisitos para la aspiración al vacío y la DyC. En aquellos lugares donde la práctica habitual es la DyC, todos los esfuerzos deben estar dirigidos a reemplazarla por la aspiración al vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención. En aquellos lugares donde actualmente no se ofrecen servicios relacionados con el aborto, debe introducirse la aspiración al vacío antes que la DyC. En aquellos otros donde aún se utiliza la DyC, los responsables deben asegurarse de que se sigan todos los procedimientos relacionados con el manejo del dolor, de que el personal esté bien capacitado y reciba una adecuada práctica clínica supervisada para mantener sus capacidades.

7.5.3. Dilatación y evacuación

La dilatación y evacuación (DyE) es utilizada desde aproximadamente las 12 semanas completas de embarazo. En aquellos lugares donde se dispone de profesionales con experiencia y habilidad, es la técnica quirúrgica más efectiva y segura para embarazos avanzados.⁶⁰ La DyE requiere la preparación cervical con mifepristona o una prostaglandina como el misoprostol, o laminaria o un dilatador hidrofílico similar; dilatar el cervix y evacuar el útero utilizando una aspiración al vacío eléctrico con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la duración del embarazo, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo. Si bien no es esencial, muchos profesionales encuentran útil el uso de ecografía durante el procedimiento de DyE.

La DyE no ha sido comparada con los nuevos métodos médicos como la mifepristona con dosis repetidas de misoprostol. Si el profesional no tiene un entrenamiento supervisado adecuado y un número suficiente de casos para mantener sus habilidades, debe utilizar el aborto con medicamentos. El procedimiento de DyE generalmente puede llevarse a cabo sólo con bloqueo paracervical y una analgesia leve, razón por la cual el procedimien-

to puede realizarse de manera ambulatoria. Sin embargo, aquellos lugares que ofrezcan estos procedimientos deberán estar equipados y contar con el personal entrenado para administrar, de ser necesaria, una sedación consciente o profunda. La anestesia general no es necesaria y puede aumentar los riesgos (ver 6.4.2.). Por lo general, el procedimiento de DyE no lleva más de 30 minutos. Tanto los profesionales como la mujer que se somete a este procedimiento deben esperar más pérdidas post-operatorias que en abortos del primer trimestre, incluyendo sangrado, por lo que debe considerarse la administración de ocitocina. Al personal se lo debe capacitar para suministrar asesoramiento especializado a mujeres que requieren un aborto en segundo trimestre.

7.5.4. Otros métodos quirúrgicos de aborto para embarazos avanzados

Las operaciones mayores no deben utilizarse como métodos principales para un aborto. La histerotomía no tiene indicación en el aborto en la actualidad, dado que su morbilidad, mortalidad y costos son mayores que los de la DyE u otros métodos de aborto con medicamento. Por lo tanto, la histerotomía sólo debe ser utilizada en mujeres con condiciones independientes del aborto que justifiquen la operación.

7.5.5. Evaluación de los tejidos posterior a un aborto quirúrgico

Después de los métodos de aborto quirúrgico, es importante evaluar inmediatamente los productos de la concepción para excluir la posibilidad de un embarazo ectópico. Con la AMEU, después de aproximadamente 6 semanas completas de embarazo, los profesionales entrenados pueden identificar visualmente los productos de la concepción, específicamente el saco coriónico. Si la aspiración no contiene los productos de la concepción esperados, debe sospecharse un embarazo ectópico y la mujer debe ser evaluada tal como fue discutido previamente (ver 5.6.2). Además, los profesionales deben estar alertas a signos sugestivos de un embarazo molar. Si el contenido de la aspiración no corresponde a la duración estimada del embarazo, los profesionales de la salud deben considerar la posibilidad de un aborto incompleto. El análisis rutinario del producto de la concepción por un laboratorio de patología no es esencial.

TABLA 1: Requisitos para la aspiración al vacío y la dilatación y curetaje ⁶¹

| Característica | Aspiración al vacío | Dilatación y curetaje |
|-----------------------|--|--|
| Lugar | Quirófano general o quirófano de obstetricia y ginecología | Quirófano general o quirófano de obstetricia y ginecología |
| Manejo del dolor | Sedación leve y/o anestesia local | Sedación leve o fuerte, analgesia y/o anestesia local |
| Nivel del profesional | Ginecólogo, obstetra o tocoginecólogo | Ginecólogo, obstetra o tocoginecólogo |

7.6. ABORTO CON MEDICAMENTOS ^{XI}

A la fecha de expedición de esta Guía Técnica el misoprostol está disponible en Argentina pero no para la indicación gineco-obstétrica. La mifepristona y Gemeprost no están disponibles para su comercialización en la Argentina. Estos medicamentos son reconocidos por la OMS como oxitócicos en su listado de medicamentos esenciales y se presentan como una recomendación para el uso obstétrico.

Se ha probado que los métodos de aborto con medicamentos son seguros y efectivos.^{62,63,64,65,66} Los regímenes más utilizados se basan en el antiprogéstágeno, mifepristona, el cual se une a los receptores de progesterona inhibiendo la acción de la progesterona y por ende interfiriendo 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, que aumenta las contracciones uterinas y ayuda a despedir el producto de la concepción.⁶⁷

Los efectos del aborto con medicamentos son similares a aquellos asociados con un aborto espontáneo e incluyen cólicos y un sangrado similar al menstrual prolongado. El sangrado ocurre durante 9 días promedio, pero puede durar hasta 45 días en casos infrecuentes.⁶⁸ Los efectos colaterales incluyen náuseas vómitos y diarrea. Las condiciones que requieren precaución con el uso de mifepristona y una prostaglandina, incluyen falla hepática o adrenal aguda o crónica, alteraciones de la coagulación, tabaquismo intenso y alergia a cualquiera de los medicamentos utilizados. La mifepristona no es un tratamiento efectivo para un embarazo ectópico; la sospecha de tal embarazo, requiere mayor evaluación y, de confirmarse, tratamiento inmediato.^{XII} El aborto con medicamentos ha sido aceptado en varios países, aun en los de escasos recursos.^{69,70} Sin embargo, los medicamentos, en particular la mifepristona, están disponibles actualmente en sólo unos pocos países desarrollados, sólo en 35 países en el mundo.^{XIII}

TABLA 2: Regímenes comúnmente usados de mifepristona más prostaglandinas ⁷¹

| Hasta 9 semanas completas desde FUM | Después de 12 semanas completas desde FUM |
|--|---|
| 200 mg. mifepristona seguido después de 36-48 horas de 1.0 mg de gemeprost vaginal | 200 mg. mifepristona seguido después de 36-48 horas de 1 mg de gemeprost vaginal (repetido cada 6 horas hasta un máximo de 4 dosis y, de ser necesario, cada 3 horas hasta 4 dosis adicionales) |
| 800µg misoprostol vaginal | o 800µg misoprostol vaginal seguido de 400µg misoprostol oral cada 3 horas hasta un máximo de 4 dosis |
| o 400µg misoprostol oral hasta 7 semanas completas | o 400 µg misoprostol oral cada 3 horas hasta 5 dosis |
| | µg: microgramos mg: miligramos |

^{XI} Para información actualizada sobre aborto con medicamentos, ver: www.medicalabortion-consortium.org

^{XII} Ver World Health Organization. (2000a) Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)

^{XIII} Para datos actualizados sobre disponibilidad de misoprostol y mifepristona en los distintos países, ver: <http://www.gynuity.org>

7.6.1. Mifepristona y prostaglandinas

7.6.1.1. Hasta 9 semanas completas desde la fecha de última menstruación

La mifepristona con misoprostol o gemeprost ha demostrado ser altamente efectiva, segura y aceptable para abortos del primer trimestre.⁷² Se han informado tasas de eficacia de hasta el 98%.⁷³ Aproximadamente 2 a 5% de las mujeres tratadas con un régimen de mifepristona y misoprostol requieren una intervención quirúrgica para resolver un aborto incompleto, terminar un embarazo que continúa o controlar el sangrado.⁷⁴ Los protocolos originales para el uso de mifepristona recomiendan una dosis oral de 600 mg de mifepristona seguida de 1 mg de gemeprost vaginal después de 36-48 horas. Sin embargo, varios estudios han establecido que 200 mg de mifepristona es la dosis de elección dado que es tan efectiva como los 600 mg y reduce los costos.^{75,76} El misoprostol, una prostaglandina que también ha demostrado ser efectiva,⁷⁷ es considerablemente más barata que el gemeprost y no requiere refrigeración. Por lo tanto, es la prostaglandina de elección para la mayoría de los países. Un régimen efectivo es una dosis oral de 200 mg de mifepristona seguida de 800 µg de misoprostol administrado vía vaginal.⁷⁸ El misoprostol por vía vaginal ha demostrado tener mayor efectividad y tolerancia que el misoprostol administrado oralmente.⁷⁹ Una dosis oral de 400 µg de misoprostol es efectiva hasta 7 semanas completas de embarazo.⁸⁰

La mayoría de los protocolos requieren que la mujer tome mifepristona y la prostaglandina bajo supervisión clínica, lo que implica una segunda consulta al hospital a los dos días de recibir la mifepristona para recibir la prostaglandina. La mujer puede dejar el hospital poco después de recibir la mifepristona, una vez que se le haya dicho que debe esperar sangrado y la probable expulsión de los productos de la concepción y se le haya explicado cómo reconocer las complicaciones y a quién recurrir en caso de que eso suceda. Los profesionales deben estar disponibles 24 horas para responder a estas situaciones. Después de recibir la prostaglandina en la segunda visita, el período de observación estándar es de 4-6 horas, durante el cual el 90% de las mujeres despedirá el producto de la concepción. Algunas mujeres pueden requerir medicación para los dolores cólicos durante este período (ver 6.4.1).

El 10% aproximado de mujeres que no abortan durante el período de observación deberán consultar nuevamente al centro de salud dos semanas más tarde para confirmar que el aborto se ha completado.

Bajo aquellos protocolos que permiten que la mujer deje el hospital inmediatamente después de recibir la prostaglandina, se le debe explicar que ella probablemente elimine el producto de la concepción en su hogar o en algún otro lugar sin supervisión médica. En estos casos, la mujer deberá consultar al centro de salud a las dos semanas para confirmar que el aborto ha sido completo a través de un examen físico o estudios de laboratorio. Algunos investigadores consideran que la segunda consulta para recibir la prostaglandina es innecesaria y sugieren que se le permita a la mujer tomar la prostaglandina en su hogar.⁸¹ Recientemente, se ha utilizado este enfoque en comunidades de Túnez y Vietnam y ha resultado aceptable para muchas mujeres.^{78,82} Sin embargo, todavía es tema de revisión la seguridad y lo oportuno de este enfoque en distintos ámbitos. En caso de aborto fallido o incompleto, se requiere un aborto quirúrgico. Todo centro que ofrece el aborto con medicamentos debe estar capacitado para proveer la AMEU en caso de ser necesario. Si no se dispone de esta posibilidad en el mismo centro, pueden hacerse convenios con otros centros que lleven a cabo la aspiración. En todos los casos, los profesionales de la salud deben asegurar que la mujer pueda llegar a dichos servicios en caso de urgencia.

Las mujeres tienden a estar más satisfechas con el procedimiento cuando tienen expectativas más realistas.⁸³ Por lo tanto deben recibir información completa sobre qué esperar y los posibles efectos colaterales del aborto con medicamentos. Los profesionales de la salud deben asegurarse de que la mujer comprenda la importancia de acatar el protocolo, especialmente si va a tomar por sí sola alguno de los medicamentos, y también que sepa cómo reconocer las complicaciones y qué hacer en caso de que se presenten.

7.6.1.2. De 10 a 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Una revisión de más de mil casos recomienda que el régimen a utilizar para embarazos de entre 9 y 13 semanas es de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguida 24-48 horas después por 800 µg (4 tabletas de 200 µg) de misoprostol administradas por vía vaginal, seguida de dosis adicionales de 400 µg de misoprostol (2 tabletas de 200 µg), administradas por vía oral o vaginal cada 3 horas, hasta un máximo de 4 dosis.⁸⁴ Es necesario que la mujer quede en observación varias horas después del aborto.

7.6.1.3. Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Un régimen de mifepristona seguido de dosis repetidas de misoprostol o gemeprost es seguro y altamente efectivo.⁸⁵ Una dosis oral de mifepristona de 200 mg seguida de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal 36-48 horas más tarde y posteriores dosis de 400 µg por vía oral de misoprostol cada 3 horas hasta un máximo de 4 dosis, ha sido efectiva en 97% de los casos.⁸⁶ Una dosis oral de 400 µg de misoprostol cada 3 horas hasta 5 dosis, después de 200 mg de mifepristona también ha sido usada exitosamente.⁸⁷ 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 usada efectivamente.⁸⁸ De ser necesario, el tratamiento con gemeprost puede continuar con 1 mg de gemeprost cada 3 horas en cuatro dosis adicionales.⁸⁹

7.6.2. Misoprostol o gemeprost solos

7.6.2.1. Hasta 12 semanas completas desde la fecha de la última menstruación

El misoprostol solo también ha sido estudiado en términos de efectividad y seguridad. Si bien no se han llevado a cabo estudios comparativos, la información disponible sugiere que la efectividad del misoprostol solo es inferior, el procedimiento tarda más y es más doloroso con mayores efectos gastrointestinales colaterales que el régimen combinado con mifepristona.⁹⁰ Debido a que el medicamento es de amplio acceso y de bajo costo y dado que en algunos lugares se ha informado que su mayor uso contribuye a disminuir las complicaciones de un aborto inseguro,⁹¹ el desarrollo de un régimen de tratamiento óptimo para el uso de misoprostol solo está actualmente bajo investigación.⁹² Existe preocupación sobre las consecuencias de aquellos embarazos que siguen en curso con el uso de misoprostol solo.^{93,94,95,96} Se necesita mayor investigación para evaluar la posible teratogenicidad del misoprostol.

7.6.2.2. Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Se ha demostrado que la efectividad del misoprostol en inducir un aborto llega al 84% dentro de las 24 horas con una variedad de dosis administradas vía oral y vaginal,^{97,98} si bien no es tan rápida como cuando se utiliza combinada con mifepristona. Se necesita mayor investigación para identificar el régimen óptimo para el uso de misoprostol solo en embarazos mayores de 12 semanas. 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, la cual se da cada 3 horas hasta un máximo de 5 dosis durante el primer día y se repite al día siguiente de ser necesario. Con este tratamiento, el 80% y 95% de las mujeres aborta entre las 24 y 48 horas respectivamente.⁹⁹

7.6.3. Otros medicamentos para interrumpir el embarazo

No se recomienda para inducir el aborto el uso de otros medicamentos diferentes de los recomendados en la presente guía.

7.7. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO

Cuando el aborto es llevado a cabo por personal capacitado adecuadamente, las complicaciones son infrecuentes. Sin embargo, todo servicio en todos los niveles del sistema de salud debe estar equipado y contar con personal entrenado en reconocer las complicaciones del aborto y proveer rápida atención o derivar a la mujer durante las 24 horas del día.¹⁰⁰ Las instalaciones y las habilidades necesarias para el manejo de las complicaciones de un embarazo son similares a aquellas necesarias para el cuidado de una mujer que ha tenido un aborto espontáneo.

7.7.1. Aborto incompleto

Cuando el aborto es llevado a cabo mediante la aspiración al vacío por un profesional entrenado, el aborto incompleto no es común. Es más común cuando se utiliza un aborto con medicamentos. Los signos y síntomas incluyen sangrado vaginal, dolor abdominal y signos de infección. También debe sospecharse aborto incompleto si al examinar visualmente el tejido aspirado durante el aborto quirúrgico éste no concuerda con la duración estimada del embarazo. El personal de toda institución debe estar entrenado y equipado para tratar un aborto incompleto mediante la re-evacuación del útero con aspiración al vacío, prestando atención a la posibilidad de hemorragia o infección.

7.7.2. Aborto fallido

El aborto fallido puede ocurrir en mujeres que se hayan sometido tanto a un método de aborto quirúrgico como a un aborto con medicamentos. Si en el control post-procedimiento de cualquiera de los dos procedimientos el embarazo continúa, la terminación requerirá aspiración al vacío o DyE para embarazos del segundo trimestre.

7.7.3. Hemorragia

La hemorragia puede ser producto de la retención del producto de la concepción, traumatismo o daño del cervix u, ocasionalmente, perforación

uterina. Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir la re-evacuación del útero y la administración de medicamentos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, reemplazo endovenoso de fluidos y, en casos severos, transfusiones sanguíneas, laparoscopia o laparotomía exploratoria. Dada la baja incidencia de hemorragia con aspiración al vacío, no se recomienda la utilización de ocitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la DyE. El sangrado tipo menstrual prolongado es un efecto a esperar con el aborto con medicamentos. Dicho sangrado raramente es lo suficientemente abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio debe tener la capacidad de estabilizar y tratar o derivar a una mujer con hemorragia tan pronto como sea posible.

7.7.4. Infección

Las infecciones raramente ocurren si el aborto se realizó apropiadamente. Los síntomas comunes incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos. Cuando se diagnostica una infección, deberá administrarse un antibiótico y si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, re-evacuar el útero. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir internación. Como se discutió en la sección 6.1.6, el uso profiláctico de antibióticos para las mujeres que se someten a un aborto quirúrgico ha demostrado una reducción en el riesgo de infecciones post-aborto¹⁰¹ y debe proveerse cuando sea posible.

7.7.5. Perforación uterina

Por lo general, la perforación uterina 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 vio que 12 de 14 perforaciones uterinas eran tan pequeñas que no hubiesen sido diagnosticadas de no haberse hecho la laparoscopia.¹⁰²

Cuando se sospecha una perforación uterina, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se necesita. En donde esté disponible, la laparoscopia es el método de elección para su investigación. Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de daño al intestino, vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

7.7.6. Complicaciones relacionadas con la anestesia

La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración al vacío en el primer trimestre como para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre.^{103,104} Cuando se utiliza anestesia general, los profesionales deben tener la habilidad de estabilizar y manejar convulsiones, así como también el deterioro de la función cardíaco-respiratoria. Siempre debe disponerse de agentes que reviertan el efecto narcótico.

7.7.7. Secuelas a largo plazo

La gran mayoría de las mujeres que se realizó un aborto en condiciones adecuadas no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general y/o reproductiva. La excepción está constituida por una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto.¹⁰⁵ Las

investigaciones no han demostrado asociación entre un aborto inducido sin riesgos en el primer trimestre y consecuencias adversas en embarazos subsiguientes.¹⁰⁶ Existen datos epidemiológicos sólidos que no muestran mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que se hayan sometido a un aborto del primer trimestre.¹⁰⁷ De acuerdo a una revisión minuciosa,¹⁰⁸ las secuelas psicológicas adversas se presentan en un número muy pequeño de mujeres y parecen ser la continuación de condiciones pre-existentes.

8. SEGUIMIENTO

8.1. PERÍODO DE RECUPERACIÓN

8.1.1. Métodos quirúrgicos de aborto

Durante el período de observación posterior a un aborto realizado quirúrgicamente, los profesionales deben brindarle a la mujer confort, apoyo y monitorizar 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 uterina o una hematometra-sangre retenida en el útero- la cual puede ser tratada mediante la inducción de contracciones uterinas con una droga oxitócica. Por lo tanto, particularmente con los abortos tardíos, es importante confirmar con examen bimanual el tamaño uterino a través de la pared abdominal. En ausencia de complicaciones, la mayoría de las pacientes pueden dejar el centro de salud tan pronto como se sientan capaces y sus signos vitales sean normales. 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 largos y la mujer podrá requerir una observación más cercana. Idealmente, las mujeres que se someten a un aborto quirúrgico deben tener un control con un profesional entrenado 7-10 días después del procedimiento para evaluar su salud en general.

8.1.2. Aborto con medicamentos

Tal como se describió con anterioridad, los protocolos de tratamiento para abortos con medicamentos utilizados hasta las 9 semanas completas de embarazo generalmente requieren que la mujer permanezca 4-6 horas bajo observación clínica después de tomar la prostaglandina. Los profesionales deben revisar todas las toallas sanitarias y la ropa de cama utilizados durante la observación, para incrementar la posibilidad de confirmar un aborto durante ese período. Para las mujeres en quienes no se confirma un aborto completo en ese momento, las que toman la prostaglandina en sus casas o aquellas que dejan la institución poco después de tomar la prostaglandina se debe programar una visita de control a los 10-15 días para confirmar que el aborto ha sido completo, que no hay infecciones y que no ha ocurrido ninguna otra complicación. En la mayoría de los casos, se confirmará el aborto completo en esta visita. Si no se confirma, la mujer podrá optar por una aspiración al vacío, aunque no es clínicamente necesario que lo haga, salvo que el examen físico, los síntomas clínicos o los estudios de laboratorio sugieran que el embarazo sigue su curso. En vista del mayor riesgo de hemorragia y de abortos incompletos asociados con los procedimientos que se llevan a cabo después de 12 semanas completas de embarazo, todas las mujeres en estos casos deberían permanecer en observación hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.

8.2. PROVISIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y ASESORAMIENTO PARA ITS.

Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia. Este derecho está garantizado tanto por la Ley 25.673 como por la Guía de Atención Post-Aborto del Ministerio de Salud de la Nación. Después de un aborto, puede optarse por cualquiera de los métodos anticonceptivos, incluyendo dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, siempre que se tenga en cuenta el perfil de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con ciertos métodos. El diafragma y el capuchón cervical no deben ser utilizados hasta después de 6 semanas de un aborto del segundo trimestre y existe mayor riesgo de expulsión del dispositivo intrauterino si el mismo se coloca en el momento de un aborto del segundo trimestre (ver Tabla 3). Algunos métodos naturales de planificación familiar sólo deben iniciarse después de tres ciclos posteriores al aborto.¹⁰⁹ Debe prestarse especial atención a aquellos casos en los que la mujer había solicitado una ligadura tubaria y ésta no le fue concedida. Si bien podrían existir recaudos para evitar la realización de una ligadura en una mujer que se supone está bajo el estrés de la situación por la que acaba de pasar, la solicitud de la mujer siempre debe tenerse en cuenta y no existe criterio alguno para no brindar esta prestación si la mujer así lo solicita. Los centros donde se practican abortos deben tener la posibilidad de proveer la mayoría de los métodos en sus propias instalaciones. Si un centro no puede ofrecer el método elegido por la mujer (por ejemplo, la ligadura tubaria muy raramente se ofrece en centros de asistencia primaria), se le debe dar información sobre dónde y cómo acceder a ella y ofrecerle un método temporal. Se debe informar a todas las mujeres sobre la anticoncepción de emergencia y se debe proveer a todas con al menos dos blisters, independientemente del método anticonceptivo elegido. Los profesionales deben discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH y la importancia de la utilización de preservativo. Se puede ofrecer una prueba voluntaria y asesoramiento, o bien derivar para una prueba de VIH y asesoramiento en otra institución. Se debe promover la doble protección, es decir el uso de métodos que protejan tanto de embarazos como de ITS.

TABLA 3: Anticoncepción posterior al aborto ¹¹⁰

| Método | Tiempo desde el aborto | Notas |
|---|---|--|
| Anticonceptivos orales (combinados o píldoras de progesterona sola) | <ul style="list-style-type: none"> • Puede comenzar el uso de píldoras combinadas o de progesterona sola inmediatamente, inclusive en el día del procedimiento | <ul style="list-style-type: none"> • Si no se puede garantizar un asesoramiento adecuado y toma de decisión informada, retrasar el inicio de las píldoras y proveer mientras tanto preservativos • No brindan protección contra infecciones por VIH/ITS • Pueden iniciarse inmediatamente, aún en presencia de infección |
| Inyectables (enantato de noretisterona 50 mg, y valerato de estradiol 5 mg.), | <ul style="list-style-type: none"> • Pueden administrarse inmediatamente | <ul style="list-style-type: none"> • Si no se puede garantizar un asesoramiento adecuado y toma de decisión informada, retrasar la primera inyección y proveer mientras tanto preservativos • No brindan protección contra VIH/ITS • Pueden iniciarse inmediatamente, aún en presencia de infección |
| Implantes | <ul style="list-style-type: none"> • Pueden aplicarse inmediatamente | <ul style="list-style-type: none"> • Si no se puede garantizar un asesoramiento adecuado y toma de decisión informada, retrasar la colocación y proveer mientras tanto preservativos • Se requiere un proveedor para la colocación y remoción • No brindan protección contra VIH/ITS • Puede colocarse inmediatamente, aún en presencia de infección |
| DIU | <ul style="list-style-type: none"> • El DIU puede colocarse si se descartan el riesgo o presencia de infección • Retrasar la colocación hasta que sanen las heridas severas, se controle la hemorragia y mejore la anemia aguda | <ul style="list-style-type: none"> • Si no se puede garantizar un asesoramiento adecuado y toma de decisión informada, retrasar la colocación y mientras tanto proveer preservativos • Se requiere un proveedor capacitado para la colocación y remoción • No brinda protección contra VIH/ITS • Existe cierta preocupación sobre un riesgo mayor de expulsión después de abortos del segundo trimestre • Durante su inserción puede haber perforación uterina • Si hay infección, el DIU no debe colocarse, al menos hasta 3 meses después del aborto |
| Preservativos | <ul style="list-style-type: none"> • Utilizarlos tan pronto como se reinicien las relaciones sexuales | <ul style="list-style-type: none"> • Buen método interino, si se ha elegido otro método que no puede iniciarse inmediatamente; buen método permanente si se usa regular y correctamente • El preservativo masculino es el único método que ha probado proveer protección tanto para el embarazo, como contra VIH/ITS • El preservativo femenino ayuda a proteger contra VIH/ITS, pero puede ser menos efectivo que el masculino |

TABLA 3: Anticoncepción posterior al aborto (cont.)

| Método | Tiempo desde el aborto | Notas |
|--|---|--|
| Métodos de barrera (diafragmas utilizados con espermicidas, capuchón cervical) | <ul style="list-style-type: none"> • El diafragma puede colocarse inmediatamente después de abortos del primer trimestre • Después de abortos del segundo trimestre, la colocación del diafragma debe retrasarse hasta que el útero vuelva al tamaño previo al embarazo (6 semanas) • La colocación del capuchón cervical debe retrasarse hasta que el útero vuelva al tamaño previo al embarazo (4 a 6 semanas) | <ul style="list-style-type: none"> • El diafragma colocado antes de un aborto del segundo trimestre puede ser demasiado pequeño inmediatamente después del procedimiento, dados los cambios en el tejido vaginal y/o el cervix • El diafragma puede brindar cierta protección contra las ITS, pero no se debe asumir |
| Métodos tomando en cuenta el período fértil | <ul style="list-style-type: none"> • No se recomiendan para su uso inmediato postaborto • Las mujeres pueden utilizarlo tan pronto como hayan completado 3 menstruaciones postaborto | <ul style="list-style-type: none"> • Su efectividad es altamente dependiente del uso correcto • No brinda protección contra VIH/ITS |
| Ligadura de trompas | <ul style="list-style-type: none"> • La ligadura de trompas (mini laparotomía o laparoscopia) puede llevarse a cabo inmediatamente después de un aborto sin complicaciones • En casos de sepsis postaborto o fiebre, hemorragia severa postaborto, trauma severo al tracto genital o hematometa aguda, el procedimiento debe retrasarse hasta completar satisfactoriamente el tratamiento y/o curar la herida | <ul style="list-style-type: none"> • Un adecuado asesoramiento, toma de decisión informada y consentimiento deben llevarse a cabo antes del procedimiento voluntario de esterilización (ligadura de trompas) • No brinda protección contra VIH/ITS |
| Píldoras anticonceptivas de emergencia (levonorgestrel solo o regímenes de estrógenos y progesterona combinados) | <ul style="list-style-type: none"> • Pueden utilizarse tan pronto como se hayan mantenido relaciones sexuales sin protección | <ul style="list-style-type: none"> • No apto como método anticonceptivo regular • Importante método de respaldo después de una relación sexual sin protección • No brinda protección contra VIH/ITS |

8.3. INSTRUCCIONES DE CUIDADO PARA DESPUÉS DEL ABORTO

Las mujeres que se someten a un aborto deben recibir instrucciones claras, simples, oralmente y por escrito sobre cómo cuidarse después de dejar el centro de salud, incluyendo cómo reconocer complicaciones que puedan requerir asistencia médica. Mientras esperan que se complete el aborto inducido por un aborto con medicamentos, las mujeres deben tener la posibilidad de ponerse en contacto con un médico o a un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarle apoyo. Después de un aborto quirúrgico, la mujer puede experimentar un sangrado similar al menstrual o spotting durante varias semanas. Con un aborto con medicamentos, se le debe informar que puede tener un sangrado similar o mayor al de una menstruación abundante. Los síntomas que requieren atención clínica incluyen sangrado excesivo, fiebre que dura más de un día y dolor abdominal. Las náuseas, a veces acompañadas de vómitos, generalmente se calman a las 24 horas del aborto realizado por métodos quirúrgicos. El personal debe advertir a la mujer que puede sufrir dolores cólicos, los cuales pueden, por lo general, aliviarse con analgésicos que no requieren prescripción. La información para reconocer las complicaciones y cómo buscar ayuda debe estar disponible de una manera pictórica para aquellas mujeres que no saben leer. Después de abortos del primer trimestre, la mayoría de las mujeres pueden retomar sus actividades y responsabilidades habituales dentro de horas o días. La visita de control 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 desear asesoramiento adicional.

REFERENCIAS

- ¹ Alan Guttmacher Institute. (1999). Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. New York and Washington DC, Alan Guttmacher Institute.
- ² Bongaarts J and Westoff CF. (2000). The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in family Planning* 31: 193-202.
- ³ World Health Organization (1992). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva, World Health Organization (WHO/MSM/92.5).
- ⁴ World Health Organization (1998). Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva, World Health Organization (WHO/RHT/MSM/97.16).
- ⁵ Ministerio de Salud (2006). Información Básica 2005. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Buenos Aires, Ministerio de Salud.
- ⁶ Faúndes, A. y Barzelatto, J. (2005). El drama del aborto. En busca de un consenso, Bogotá, Tercer Mundo.
- ⁷ Ramos, S.; Romero, M.; Karolinski, A.; Mercer, R.; Insua, I.; del Río Fortuna, C. et al. (2004). Para que cada muerte materna importe, Buenos Aires, CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- ⁸ Pantelides, E.; Mario, S; (2007). Estimación de la magnitud del aborto inducido, Resumen Ejecutivo. Disponible en: <http://www.cedes.org/areas/salud-es/index.html> .
- ⁹ Ministerio de Salud (2003). Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Año 2000. Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Buenos Aires.
- ¹⁰ Zamberlin, N. (2007). El aborto en la Argentina. Disponible en: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Hojas_Informativas/03_Zamberlin.pdf
- ¹¹ Romero, M.; Zamberlin, N. y Gianni, M. C. (2006). "La calidad de la atención en las complicaciones de aborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos". Trabajo presentado en el 11mo Congreso Mundial de Salud Pública, Río de Janeiro, Brasil.
- ¹² INSGENAR y CLADEM (2003): Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Disponible en http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/con_todo_al_aire_reporte.doc
- ¹³ Steele, S. y Chiarotti, S. (2004). "With Everything Exposed: Cruelty in Post-Abortion Care in Rosario, Argentina", en *Reproductive Health Matters*, volume 12, No 24.
- ¹⁴ Artículo 75, inciso 22 de la Constitución Argentina.
- ¹⁵ Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/temas/beijing/index.htm>
- ¹⁶ Compromiso para la reducción de la mortalidad materna en la Argentina. Consejo Federal de Salud (COFESA) Octubre de 2004. Disponible en: http://despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%ECticas_Publicas/Compromiso_para_la_reduccion_de_la_mortalidad_%20materna.pdf
- ¹⁷ Ver al respecto, el "Procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punibles," Resolución N° 1.174, Ciudad de Buenos Aires, 2007; el "Protocolo de Atención Integral para la Mujer en Casos de Aborto no punible," Municipalidad de Rosario, Provincia de Santa Fe, Ordenanza No 8166, 2007; el "Protocolo de aborto no punible", Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Marzo 2007; y el "Protocolo de acción ante víctimas de violación", Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Marzo 2007.

- ¹⁸ Bruce, J. (1990). Fundamental elements of quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2):61-91.
- ¹⁹ Organización Mundial de la Salud (2003). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ²⁰ Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer.
- ²¹ Grimes DA and Cates W Jr. (1979). Complications form legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 34: 177-191.
- ²² RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No. 7. London, RCOG Press.
- ²³ Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R and Imrie M. (1998) A randomized comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 599-604.
- ²⁴ Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K and Grimes DA. (1996) Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 87: 884-890.
- ²⁵ Finn R, Clarke CA, Donohoe WTA, McConnell RB, Sheppard PM, Lehane D and Kulke W. (1961) Experimental studies on the prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal* 1: 1486-1490.
- ²⁶ Urquhart DR and Templeton AA. (1990): Reduced risk of isoinmunisation in medical abortion. *Lancet* 335: 914.
- ²⁷ RCOG (2000) Op cit
- ²⁸ Organización Mundial de la Salud (2003) Op cit
- ²⁹ World Health Organization. (1997) Medical methods for termination of pregnancy. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization.
- ³⁰ Grimes DA, Schulz KF and Cates W Jr. (1984). Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 251: 2108-2112.
- ³¹ Schulz KF, Grimes DA and Cates W Jr. (1983) Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1: 1182-1184.
- ³² RCOG (2000) Op cit.
- ³³ World Health Organization. (1997) Medical methods for termination of pregnancy. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization.
- ³⁴ Singh K, Fong YF, Prasad RNV and Dong F. (1998) Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for pre-abortion cervical priming. *Obstetrics and Gynecology* 92: 795-798.
- ³⁵ Ngai SW, Chan YM, Tang OS and Ho PC. (1999) The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prioi to vacuum aspiration: a randomized trial. *Human Reproduction* 8: 2139-2142
- ³⁶ Organización Mundial de la Salud (1993). Grupo de Trabajo sobre Métodos Post-ovulatorios de Regulación de la Fertilidad. Organización Mundial de la Salud
- ³⁷ Henshaw RC and Templeton AA. (1991). Preoperative cervical preparation before first trimester vacuum aspiration: a randomized controlled comparison between gemeprost and mifepristone (RU486). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 98: 1025-1030.
- ³⁸ INSGENAR y CLADEM (2003) Op cit
- ³⁹ Borgatta L and Nickinovich D. (1997) Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine* 42: 287-293.
- ⁴⁰ Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D and Grandolfo ME. (1996) Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 70: 145-149.
- ⁴¹ Solo J. (2000) Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters* 8: 45-51.
- ⁴² Suprpto K and Reed S. (1984) Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 108: 1168-1173

- ⁴³ Matambo J, Moodley J and Chigumadzi P. (1999) Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal* 89: 816.
- ⁴⁴ Cade L and Ashley J. (1993) Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anesthesia & Intensive Care* 21: 93-96.
- ⁴⁵ Hein A, Jakobson J and Ryberg G. (1999) Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 43: 245-247.
- ⁴⁶ Dahl V, Fjellanger F and Raeder JC (2000). No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anesthesia. *European Journal of Pain* 4: 211-215.
- ⁴⁷ Thonneau P, Fougereyrollas B, Ducot B, Boubilley D, Dif J, Lalande M and Soulat C. (1998) Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 81: 59-63.
- ⁴⁸ Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Schulman HB and Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States: 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171:1365-1372.
- ⁴⁹ MacKay HT, Schulz KF and Grimes DA. (1985) Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology* 66: 661-665.
- ⁵⁰ Osborn JF, Arisi E, Spinelli A and Stazi MA. (1990) General anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *European Journal of Epidemiology* 6: 416-422.
- ⁵¹ Grimes y Cates (1979) Op cit
- ⁵² Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2): 1-4.
- ⁵³ Westfall JM, O'Brien-Gonzalez A and Barley G.(1998) Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health* 7: 991-995.
- ⁵⁴ Hakim-Elahi E, Tovell HM and Burnhill MS. (1990) Complications of first trimester abortion: a report of 170000 cases. *Obstetrics & Gynecology* 76: 129-135.
- ⁵⁵ Grimes y Cates (1979) Op cit
- ⁵⁶ Cates W, Grimes DA and Schultz KF. (2000) Abortion surveillance at CDC: creating public health light of political heat. *American Journal of Preventive Medicine* 19 (Suppl1): 12-17.
- ⁵⁷ Grimes D, Schulz KF, Cates W and Tyler CW. (1977) The Joint Program for the Study of Abortion/CDC- a preliminary report. In Hern W and Andrikopolous B (eds). *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation, pp. 41-46.
- ⁵⁸ Grimes y Cates (1979) Op cit
- ⁵⁹ Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S and Miller ET. (1976) A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 14:481-486.
- ⁶⁰ RCOG (2000) Op cit.
- ⁶¹ Adaptado de Greenslade y col. (1993) Op cit
- ⁶² Spitz IM, Bardin CW, Benton L and Robbins A. (1998) Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine* 338: 1241-1247.
- ⁶³ Ashok PW, Penney GC, Flett GMM and Templeton A. (1998a) An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human reproduction* 13: 2962-2965.
- ⁶⁴ Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, Leclerc P, Ullmann A and Baulieu EE. (1993) Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *New England Journal of Medicine* 21: 1509-1513.
- ⁶⁵ Schaff EA, Eisinger SH, Stadius LS, Franks P, Gore BZ and Poppers S. (1999) Low-dose mifepristone 200mg and vaginal misoprostol for abortion. *Journal of Family Practice* 44: 353-360.

- ⁶⁶ Winikoff B, Sivin I, Coyaji KJ, Cabezas E, Xiao B, Gu S, Du MK, Krishna UR, Eschen A and Ellerston C. (1997) 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* 176: 431-437.
- ⁶⁷ Swahn ML and Bygdeman M. (1988) The effect of the antiprogesterin RU486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 95: 126-134.
- ⁶⁸ Creinin MD and Aubény E. (1999) Medical abortion in early pregnancy. In Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, pp. 91-106.
- ⁶⁹ Elul B, Ellerston C, Winikoff B and Coyaji K. (1999) Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba and India. *Contraception* 59: 107-114.
- ⁷⁰ Ngoc NN, Winikoff B, Clark S, Ellerston C, Am KN, Hieu DT and Elul B. (1999) Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives* 25: 10-14 & 33.
- ⁷¹ Organización Mundial de la Salud (2003) Op cit
- ⁷² RCOG (2000) Op cit
- ⁷³ Trussell J and Ellerston C. (1999) Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception* 60: 119-135.
- ⁷⁴ Organización Mundial de la Salud (2000). Grupo de Trabajo sobre Métodos Post-ovulatorios de Regulación de la Fertilidad, Organización Mundial de la Salud.
- ⁷⁵ McKinley C, Thong KJ and Baird DT. (1993) The effect of dose mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction* 8: 1502-1505.
- ⁷⁶ Organización Mundial de la Salud (1993). Op cit
- ⁷⁷ RCOG (2000) Op cit
- ⁷⁸ RCOG (2000) Op cit
- ⁷⁹ El- Refaey H and Templeton A. (1995) Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction* 10: 475-478.
- ⁸⁰ Organización Mundial de la Salud (2000). Op cit
- ⁸¹ Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH y Franks P. (1997) Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice* 44: 353-360.
- ⁸² Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellerston C, Slama CB, Pearlman E and Winikoff B. (2001) Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 357: 1402-1405.
- ⁸³ Breitbart V. (2000) Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 183 (Suppl 2): S26-S33.
- ⁸⁴ Hamoda H, Ashok PW, Flett FM, Templeton A. Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: a review of 1076 cases. *Contraception* 2005;71:327-32
- ⁸⁵ RCOG (2000) Op cit
- ⁸⁶ El-Refaeey y Templeton (1995) Op cit
- ⁸⁷ Ngai SW, Tang OS and Ho PC. (2000) Randomized comparison of vaginal (200 microg every 3 h) and oral (400 microg every 3 h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. *Human Reproduction* 15: 2205-2208.
- ⁸⁸ Wong KS, Ngai CSW, Khan KS, Tang LC and Ho PC. (1996) Termination of second trimester pregnancy with gemeprost and misoprostol: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Contraception* 54:23-25.
- ⁸⁹ Gemzell-Danielsson K and Ostlund E. (2000) Termination of the second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 79: 702-706.

- ⁹⁰ Bugalho A, Mocumbi S, Faúndes A and David E. (2000) Termination of pregnancies <6 weeks gestation with a single dose of 800µg of vaginal misoprostol. *Contraception* 61: 47-50.
- ⁹¹ Costa SH and Vessy MP. (1993) Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet* 341: 1258-1261.
- ⁹² Blanchard K, Winikoff B, Coyaji K and Ngoc NTN. (2000) Misoprostol alone: a new method of medical abortion? *Journal of the American Medical Women's Association* 55: 189-190.
- ⁹³ Fonseca W, alencar AJ, Mota FS and Coelho HL. (1991) Misoprostol and congenital malformations. *Lancet* 338: 56.
- ⁹⁴ Gonzalez CH, Marques-Dias MJ, Kim CA, Sugayama SM, Da Pa JA, Huson SM and Holmes LB. (1998) Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimestre of pregnancy. *Lancet* 351: 1624-1627.
- ⁹⁵ Schonhofer PS. (1991) Brazil: misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations. *Lancet* 337: 1534-1535.
- ⁹⁶ Orioli IM and Castilla EE. (2000) Epidemiological assessment of misoprostol teratogenicity. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107: 519-523.
- ⁹⁷ Dickinson JE, Godfrey M and Evans SF. (1998) Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *Journal of Maternal-Fetal Medicine* 7: 115-119.
- ⁹⁸ Wong y col. 1996. Op Cit
- ⁹⁹ Thong KJ, Robertson AJ and Baird DT. (1992) A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16, 16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins* 44: 65-74.
- ¹⁰⁰ World Health Organization. (1994) Clinical management of abortion complications: a practical guide. Geneva, World Health Organization. (WHO/FHE/MSM/94.1)
- ¹⁰¹ Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K and Grimes DA. (1996) Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 87: 884-890.
- ¹⁰² Kaali SG, Szigetvari IA and Bartfai GS. (1989) The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 161: 406-408.
- ¹⁰³ Osborn y col. 1990 Op Cit
- ¹⁰⁴ MacKay y col 1985 Op Cit
- ¹⁰⁵ World Health Organization. (2000a) Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)
- ¹⁰⁶ Hogue CJ, Boardman LA, Stotland NL and Peipert JF. (1999) Answering questions about long-term outcomes. In Paul M, Lichtenber ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PD (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone, pp. 217-228.
- ¹⁰⁷ Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Helweg-Larsen K and Andersen PK. (1997) Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 336: 81-85.
- ¹⁰⁸ Dagg PKB. (1991) The psychological sequelae of therapeutic abortion- denied and completed. *American Journal of Psychiatry* 148: 578-585.
- ¹⁰⁹ World Health Organization. (2000b) Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive methods. Second edition. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.02)
- ¹¹⁰ Organización Mundial de la Salud (2000) Mejorar el acceso a cuidados de calidad en Planificación Familiar - Criterios de Elegibilidad Médica para el uso anticonceptivo. Segunda Edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR/00.2)

Romero, Mariana

Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles / Mariana Romero y Paola Bergallo; coordinado por Silvina Ramos; edición literaria a cargo de M. Valeria Isla. - 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2007.
52 p. ; 30x21 cm.

ISBN 978-950-38-0089-8

1. Salud Sexual. 2. Salud Reproductiva. I. Bergallo, Paola II. Ramos, Silvina, coord. III. Isla, M. Valeria, ed. lit. IV. Título
CDD 613.9

Fecha de catalogación: 21/11/2007

www.msal.gov.ar
saludsexual@msal.gov.ar



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

 **Argentina**
un país en serio

PLAN FEDERAL DE SALUD