

Atención post aborto

NOTA TÉCNICA 3/2017

Acceso al tratamiento por complicaciones de aborto

Los equipos de salud deben brindar atención médica para salvar la vida a cualquier mujer que tenga complicaciones relacionadas con el aborto, incluido el tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro, independientemente de la situación normativa del aborto. Sin embargo, en algunos casos, el tratamiento de las complicaciones del aborto solo se provee si la mujer proporciona información sobre las personas que realizaron el procedimiento. Esto se ha considerado como tortura y trato inhumano y degradante.

(Comité de Naciones Unidas contra la Tortura, citado en OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da edición. 2012)

Cifras y hechos

Atención de las complicaciones de abortos

En países donde el aborto está restringido legalmente o hay barreras de acceso al aborto legal, las mujeres recurren a abortos inseguros que pueden poner en riesgo su salud o su vida y requieren atención en los servicios de salud. Una mujer que tiene un aborto espontáneo que no se completa totalmente también puede necesitar atención médica.

Durante 2015 en la Provincia de Buenos Aires se produjeron 14570 egresos por aborto (desde abortos espontáneos incompletos a sepsis por abortos inseguros): 4 de cada 10 de las mujeres tenían 15 a 24 años y 4 de

cada 10, 25 a 34 años.¹ Las muertes maternas por complicaciones de abortos inseguros representaron el 20% del total de muertes maternas en el quinquenio 2011-2015.²

¿Qué es APA?

La **atención postaborto (APA) consiste en una serie de intervenciones sanitarias destinadas a tratar a una mujer que acude a un efector de salud después de un aborto espontáneo o inducido (con o sin complicaciones)**. Es un componente

¹ Datos provistos por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico-Categorías O00-O08– Datos provisorios de 2015.

² Para 2015 los datos de muertes maternas y su estructura fueron provistos por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Los datos 2011-2014 están disponibles en: www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/

importante de los servicios de atención integral a la salud reproductiva que tiene el potencial de disminuir las consecuencias deletéreas para la salud de las mujeres y de salvar su vida.³

¿Cómo llega una mujer que requiere APA?⁴

En general, **las mujeres que consultan se encuentran en una condición clínica estable, no crítica.** Los síntomas que la llevan a consultar pueden ser:

- atraso menstrual,
- cólicos o dolor en la parte inferior del abdomen,
- sangrado vaginal leve a moderado
- fiebre

Si las mujeres que consultan en una condición clínica estable no reciben la atención oportuna y adecuada, pueden

³ El concepto de atención posaborto (APA) fue introducido por Ipas a inicios de 1990s. El modelo actual Incluye los siguientes componentes

1. el tratamiento del aborto incompleto, aborto diferido o aborto inseguro;
2. consejería en salud sexual y reproductiva;
3. servicios de anticoncepción;
4. servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva proporcionados en la misma unidad de salud o por medio de referencias a otras unidades de salud accesibles; y
5. alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios.

Ipas. (2014). La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia (segunda edición).

Disponible en:

<https://www.google.com.ar/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>

⁴ Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto.

Abril de 2015. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000695cnt-0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>

sufrir complicaciones que pongan en riesgo su salud y su vida, sobre todo si el proceso se origina a partir de un aborto inseguro.

Las complicaciones de abortos inseguros que pueden poner en riesgo la vida son:

- Hemorragias
- Infecciones
- Lesiones del tracto genital y/o de órganos internos

¿Cómo proceder?

Una **evaluación inicial precisa** es esencial para asegurar el tratamiento adecuado y la eventual derivación a un efector de mayor complejidad. Las complicaciones de los abortos inseguros pueden ser difíciles de diagnosticar: una mujer con un embarazo ectópico puede tener síntomas similares a los de una mujer con un aborto incompleto. Por eso, es crítico que el equipo de salud pueda hacer la referencia al nivel del complejidad necesario para hacer el diagnóstico e iniciar el tratamiento adecuado con la oportunidad y adecuación necesaria.⁵

1. Valorar si tiene signos previos a shock (frecuencia cardíaca, presión arterial, palidez, frecuencia respiratoria, estado mental).
2. Si se descarta, hacer una evaluación clínica completa: anamnesis (motivo de consulta, evolución de los síntomas y signos, antecedentes personales y clínicos relevantes, evaluación

⁵ WHO. Preventing unsafe abortion. Fact sheet.

Updated May 2016. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>

psicosocial) y examen físico (general y ginecológico completo).

3. Realizar estudios complementarios: laboratorio, estudios bacteriológicos y diagnóstico por imágenes.

La experiencia de una mujer que cursa un aborto es tanto física como emocional. Cuando el equipo de salud brinda apoyo, además de atención médica, la mujer tiene más posibilidades de entender y aceptar su estado físico y de tomar decisiones sobre el tratamiento recomendado, la posible evolución de su situación, así como otros problemas de salud que puedan presentarse.

(Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. 2015).

Tratamiento⁶

Las **opciones terapéuticas dependen del estado clínico de la mujer, la edad gestacional, sus deseos y la complejidad de la institución de salud a la que concurre.**

1. **Manejo del dolor:** en algún momento del proceso las mujeres sufren dolor. Es importante ofrecer medicamentos y otras medidas para aliviarlo.
2. **Profilaxis antibiótica:** la OMS recomienda realizar profilaxis antibiótica en todas las mujeres a las que se les realizará una evacuación quirúrgica. Si se realiza tratamiento médico no se recomienda la profilaxis dado que el riesgo de infección es muy bajo.
3. **Isoinmunización:** la recomendación de OMS es la administración de inmunoglobulina antiRh en las mujeres Rh negativas si el aborto ocurrió ≥ 9 semanas. Si el embarazo tenía entre 6 y

12 semanas de gestación, la dosis recomendada es de 50 mcg y si el embarazo es mayor, 300 mcg siempre por vía intramuscular.

4. **Vacunación:** valorar la necesidad de aplicar la vacuna antitetánica (toxoides tetánico) y gammaglobulina antitetánica según esquema de vacunación.
5. **Evacuación del útero:** ante un aborto incompleto de menos de 12 semanas las opciones son: conducta expectante, tratamiento médico o tratamiento instrumental. En caso de que la altura uterina sea mayor a 12 semanas, la opción es el tratamiento instrumental.

Conducta expectante:

En algunas circunstancias, si las condiciones clínicas lo permiten, **las mujeres pueden optar por esperar que la evacuación uterina se produzca sin intervención, esto es, sin tratamiento médico o quirúrgico.** En ese caso, la evacuación lleva más tiempo y existen mayores probabilidades de que el sangrado persista, no se complete el aborto, y se requiera una evacuación instrumental

⁶ OMS. Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da edición. 2012. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

tardía. Las evidencias existentes no afirman que la conducta expectante sea más beneficiosa que el tratamiento instrumental o médico.^{7 8}

Tratamiento médico:

El misoprostol representa para la mayoría de las mujeres una **opción de tratamiento segura y efectiva en abortos incompletos o retenidos de menos de 12 semanas de edad gestacional o en los que la altura uterina es ≤12 semanas de edad gestacional**. Sólo requiere una adecuada evaluación clínica y se puede administrar en centros de salud del primer nivel de atención, sin necesidad de que las mujeres tengan que ser derivadas a un centro de mayor complejidad o permanecer internadas. El tratamiento con misoprostol es de fácil manejo tanto para las/os profesionales como para las usuarias y puede considerarse si la altura uterina es ≤12 semanas, no hay signos de infección, y la mujer tiene posibilidades de retorno seguro y rápido al centro de atención.⁹

Aspiración de vacío:

⁷ Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD003518. DOI: 10.1002/14651858.CD003518.pub3. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003518.pub3/epdf>

⁸ Weeks A. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage: RHL commentary (last revised: 15 December 2006). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/topics/pregnancy-and-childbirth/antenatal-care/miscarriage/expectant-care-versus-surgical-treatment-miscarriage>

⁹ FLASOG. Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología. Tercera edición. 2013. Disponible en: <http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2013/12/Usode-misoprostol-en-obstetricia-y-ginecolog%C3%ADa-FLASOG-2013.pdf>

Involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío.

Con la aspiración manual endouterina (AMEU), el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano (también llamado jeringa). Para cada procedimiento, se debe elegir la cánula de tamaño adecuado según la edad gestacional y la dilatación del cuello uterino. Algunas cánulas y la mayoría de los aspiradores pueden utilizarse nuevamente una vez que se los ha limpiado y desinfectado o esterilizado perfectamente.

¿Cómo se garantiza una atención de calidad?

En el proceso de atención es importante tener presente que cursar un aborto suele ser una experiencia difícil en la vida de una mujer. Recibir una atención de calidad, completa, integral y oportuna es fundamental para ayudar a las mujeres a transitar en mejores condiciones esa situación. Además, se debe tener en cuenta que el contacto de las mujeres con el servicio de salud representa una oportunidad para acceder a otras prestaciones para cuidar la salud y para promover conductas de autocuidado. **Esta es una oportunidad privilegiada para ofrecer consejería en salud sexual y reproductiva y el acceso a métodos anticonceptivos. La atención de las complicaciones de aborto se realiza adecuadamente cuando la mujer recibe información sobre la gama de métodos disponibles, las opciones de acuerdo a su estado de salud, el diálogo respecto de su situación personal y reproductiva, y su vida sexual, y se completa con la dación del método anticonceptivo elegido si ella así lo decide.**

El procedimiento recomendado por la OMS es la aspiración de vacío porque presenta mínimas complicaciones en comparación con las que ocurren con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Además, la aspiración de vacío es un procedimiento más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor.

La dilatación y curetaje (DyC) es un método obsoleto de aborto quirúrgico y debe reemplazarse por la aspiración de vacío o por los métodos médicos.

(OMS. Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da edición. 2012)