

COMPLICACIONES DEL ABORTO

Directrices técnicas y gestoriales
de prevención y tratamiento



Organización Mundial de la Salud
Ginebra
1995

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Complicaciones del aborto: directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento.

1. Aborto – complicaciones 2. Aborto – prevención & control 3. Mortalidad materna

ISBN 92 4 354469 1

(Clasificación NLM: WQ 225)

La Organización Mundial de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Mundial de la Salud 1995

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

INDICE

Prefacio	7
Nota de agradecimiento	10
<hr/>	
Capítulo 1	
Introducción	11
Mortalidad y morbilidad maternas	11
Influencia del aborto en la mortalidad y la morbilidad maternas	13
Mejora de la salud materna mediante asistencia de alta calidad en caso de aborto	17
Referencias	18
<hr/>	
Capítulo 2	
Asistencia al aborto: situación general	20
Definición	20
Categorías de asistencia al aborto	20
Niveles de asistencia	21
Referencias	27
<hr/>	
Capítulo 3	
Factores legales y sociales que influyen en la asistencia a los casos de aborto	28
Leyes y reglamentos	28
Perspectivas socioculturales y religiosas	31
Referencias	32
<hr/>	
Capítulo 4	
Planificación de la asistencia a casos de aborto	33
Planificación estratégica	33
Detección y definición del problema	34
Establecimiento de objetivos	38
Intervenciones	38
Referencia	40
<hr/>	
Capítulo 5	
Evaluación inicial en la asistencia urgente a casos de aborto	41
Evaluación inicial	41

Índice

Complicaciones del aborto que requieren asistencia urgente	44
Referencias	48
<hr/>	
Capítulo 6	
Métodos de evacuación uterina	50
Métodos de urgencia en el primer trimestre	50
Métodos de urgencia a principios del segundo trimestre	53
Métodos de urgencia entrado el segundo trimestre	53
Métodos optativos en el primer trimestre	53
Métodos optativos en el segundo trimestre	54
Dilatación del cuello uterino	55
Referencias	55
<hr/>	
Capítulo 7	
Elementos clínicos adicionales de asistencia al aborto	57
Anestesia, sedación y analgesia	57
Inspección y eliminación de tejidos residuales	59
Vigilancia postoperatoria	60
Instrucciones al dar el alta	60
Planificación de la familia tras el aborto	62
Prevención de infecciones	69
Medidas en caso de aborto cuando la paciente es	
Rh-negativa	70
Medios de laboratorio necesarios	71
Referencias	72
Bibliografía adicional	72
<hr/>	
Capítulo 8	
Información y apoyo psicológico a las pacientes	74
Necesidad de información médica	74
Asesoramiento	76
Referencias	79
<hr/>	
Capítulo 9	
Instalaciones y equipo	80
Instalaciones para asistencia urgente al aborto	80
Instalaciones para aborto voluntario	81
Asistencia ambulatoria	81
Importancia de la demanda	86
Despacho de pacientes	86
Equipo y fármacos para atención al aborto de urgencia y al voluntario	87

Capítulo 10	
Personal: funciones, adiestramiento y supervisión	92
Funciones en los servicios de asistencia al aborto	92
Adiestramiento	93
Supervisión del personal	97
Actitudes del personal	98
Referencias	99

Capítulo 11	
Acceso a los servicios: eliminación de los obstáculos mediante descentralización, envío de casos, transporte y coordinación	100
Delegación de funciones entre los distintos niveles de asistencia al aborto	100
Sistemas de envío de casos	102
Problemas de transporte	103
Coordinación dentro de las instituciones	103
Referencias	104

Capítulo 12	
Calidad de la asistencia, control y evaluación	105
Calidad de la asistencia	105
Control	107
Evaluación	107
Registro	108
Logro de la debida calidad de la asistencia médica al aborto	109
Investigación operativa	111
Referencias	111
Bibliografía adicional	111

Capítulo 13	
Gestión rentable de los servicios de asistencia al aborto	112
Presupuestos para asistencia al aborto	113
Fuentes de financiación de la asistencia al aborto	116
Gestión financiera e intervención de cuentas	116
Referencias	117

Capítulo 14	
Prevención del aborto en malas condiciones: una intervención en pro de la maternidad sin riesgo	118
Educación del público	119
Función de los servicios de planificación familiar en la prevención del aborto	119

Indice

Ampliación de la disponibilidad de asistencia de alta calidad al aborto de urgencia	121
Medidas respecto al aborto voluntario	123
Posibles alianzas para mejorar la salud materna	123
Referencias	125
<hr/>	
Anexo 1: Procedimientos de prevención de infecciones	126
Anexo 2: Equipo y medicamentos necesarios para la asistencia al aborto	133
Anexo 3: Materiales didácticos	142
Anexo 4: Modelos de fichas para uso en los servicios de asistencia al aborto	149
<hr/>	

PREFACIO

En 1967, la Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA20.41 reconoció que el aborto constituía un importante problema de salud pública para las mujeres en muchos países. Las consecuencias del aborto practicado sin precauciones representan una parte importante de la mortalidad materna, y las mujeres que sobreviven pueden sufrir secuelas a largo plazo, entre ellas la infecundidad.

Las autoridades nacionales son responsables de decidir sobre la posibilidad de prestación de servicios de interrupción médica del embarazo y sobre las circunstancias en que ello puede hacerse. La OMS no adopta ninguna posición al respecto. Sin embargo, en la Conferencia Internacional sobre Mejoramiento de la Salud de las Mujeres y los Niños mediante la Planificación Familiar, celebrada en Nairobi en octubre de 1987, suscribió la opinión de que, «sea cual fuere la situación legal, por razones humanitarias siempre debe facilitarse tratamiento en casos de aborto séptico e incompleto, así como asesoramiento y servicios anticonceptivos ulteriores al aborto».

Como se señala en los principios del Plan de Acción Mundial sobre la Población, reafirmados y ampliados en la Conferencia Internacional de Población, celebrada en México D.F. 1984, la interrupción médica del embarazo no es considerada por la OMS como un método de planificación de la familia. Ello no obstante, la frecuencia de los abortos provocados y la mortalidad consiguiente son un claro indicio de la demanda insatisfecha de servicios de planificación de la familia.

El objeto primordial de estas directrices es contribuir a la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas debidas al aborto. En todos los países, los sistemas de salud deben atender las necesidades asistenciales de las mujeres que sufren complicaciones del aborto. Además, el aborto provocado, incluso cuando es permitido por la ley, debe ajustarse a normas mínimas de seguridad y calidad.

Las presentes directrices, preparadas por el Programa OMS de Salud de la Madre y Maternidad sin Riesgo, se destinan principalmente a

Prefacio

administradores de programas a cargo de la planificación, la ejecución, la supervisión y la evaluación de servicios de salud materna. Esta obra no es un libro de texto porque ya existen muchas publicaciones sobre los aspectos clínicos. En los capítulos pertinentes se incluyen referencias a las principales fuentes de orden técnico.

En estas directrices, el término «administrador» se aplica en sentido amplio a los miembros del equipo de personal de salud involucrados en la organización, la administración, la aplicación y la supervisión de programas y servicios relacionados con el aborto. En muchos casos, los administradores pueden estar a la vez capacitados para prestar servicios clínicos. Las directrices serán útiles para las autoridades decisorias del sistema nacional de salud, para los administradores a cargo de centros de prestación de servicios y para el personal de estos últimos.

Los objetivos inmediatos de esta publicación son:

- ofrecer pautas gestoriales para la mejora cuantitativa y cualitativa de los servicios relacionados con el aborto y sus complicaciones en el sistema de atención primaria de salud;
- ofrecer pautas para la prevención del aborto en condiciones de riesgo y sus secuelas, en vista de la influencia considerable del aborto en la mortalidad y la morbilidad maternas;
- facilitar a los administradores nacionales y locales el acopio y el aprovechamiento de información útil para planificar la distribución y el contenido de los servicios de urgencia relacionados con el aborto en cada nivel del sistema de atención sanitaria.

Estas directrices se han preparado a partir de lo siguiente: un análisis extenso de diversas publicaciones; información relativa a las investigaciones que subvenciona la OMS sobre aspectos sanitarios de los métodos de inducción del aborto y repercusiones para los correspondientes servicios; estudios de muchos expertos y administradores de programas que trabajan sobre el terreno; y las recomendaciones de un grupo científico de trabajo que revisó detenidamente el texto.

Se ha procurado en todo momento que estas directrices sean de utilidad práctica para los encargados de establecer y administrar servicios de atención a la madre y el niño en los sistemas de salud. Así, se han dedicado capítulos independientes a planificación de

servicios, instalaciones y equipo, gestión eficaz por relación al costo, información y apoyo psicológico a pacientes, adiestramiento y supervisión, y control y evaluación de servicios; se incluyen además varios anexos con sugerencias y ejemplos de materiales didácticos y fichas fácilmente adaptables a las necesidades locales. Estas directrices son flexibles; lo que se pretende es exponer temas importantes y formular sugerencias adaptables a las condiciones sociales y culturales de cada país.

No es el objeto de estas directrices, ni tampoco encaja en el mandato de la OMS, propugnar o proponer la reforma de la legislación de los países en lo que respecta al aborto.

Se apreciarán los comentarios y las preguntas sobre esta publicación, que deberán dirigirse a: Salud de la Madre y Maternidad sin Riesgo, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

NOTA DE AGRADECIMIENTO

La Organización Mundial de la Salud expresa su reconocimiento al personal de los Servicios de Asistencia a Proyectos Internacionales (IPAS) de Carrboro, NC, Estados Unidos de América, por su contribución a las presentes directrices, y en particular a Sallie C. Huber, Ann H. Leonard, Donald Minkler y Judith Winkler.

En el grupo de trabajo que preparó la versión final de estas directrices participó un equipo internacional de profesionales eminentes, en particular: Raymond Belsky, Estados Unidos de América; Grace Delano, Nigeria; Robin Hutchinson, Canadá; Khama Rogo, Kenya; Pramilla Senanayake, Sri Lanka; y Margot Zimmerman, Estados Unidos de América.

La Organización Mundial de la Salud agradece la valiosa contribución de las siguientes personas a la preparación y la revisión del texto: Halida Akhter, Daniel Ampofo, Maybelle Arole, Syeda Begum, Marc Belsey, Poursu Bhiwandiwalla, Paul Blumenthal, Mark Bygdeman, Meena Cabral, Davy Chikamata, Rebecca Cook, Adrienne Germain, David Grimes, Kelsey Harrison, Jozef Kierski, Suporn Koetsawang, Olayinka Koso-Thomas, Uta Landy, John Lawson, Deborah Maine, Suman Mehta, Laban Mtimavalye, Jane Mutambirwa, Joaquín Núñez, Viveca Odland, Herbert Peterson, Praema Raghavan-Gilbert, Shan Ratnam, Yan Ren-Ying, Alberto Rizo, Allan Rosenfield, John Ross, Mamdouh Shaaban, Irvin Sivin, Joseph Speidel, Sudha Tewari, Louise Tyrer, Judith Tyson y Vivian Wong.

Se agradece asimismo el apoyo financiero de la Fundación Andrew Mellon a la preparación y la producción de estas directrices.

INTRODUCCION

Cientos de mujeres gestantes que ayer estaban vivas al caer la noche, hoy no llegaron a ver el día. Algunas sucumbieron al trabajo del parto porque, a causa de la malnutrición padecida durante la infancia, la estructura ósea de su pelvis era inadecuada para permitir el paso del feto. Otras murieron sobre la mesa de un abortista clandestino que trataba de poner término a un embarazo no deseado. Otras fallecieron en hospitales por falta de sangre para compensar una hemorragia, y otras perdieron la vida en medio de las dolorosas convulsiones de la eclampsia, primeramente por ser demasiado jóvenes para procrear y luego por no haber recibido nunca atención prenatal. Esas son hoy día mujeres de Asia, Africa y América Latina (N. Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud, octubre de 1990).

La OMS calcula que en todo el mundo mueren cada año alrededor de 500 000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo. Una alta proporción de esas defunciones son atribuibles a complicaciones del aborto. Además, el 98% de esa mortalidad materna se produce en los países en desarrollo, donde el riesgo de fallecimiento relacionado con la gestación durante la vida de la mujer se ve agravado por el alto número de embarazos de cada una de ellas, así como por las condiciones socioeconómicas imperantes y por la escasa disponibilidad de servicios de atención materna en esos países (OMS, 1991).

La impresionante disparidad de las tasas de mortalidad materna expuestas en el cuadro 1 parece indicar que la gran mayoría de esas defunciones son evitables. La mejora cuantitativa y cualitativa de la información y la asistencia sanitarias, incluso los servicios de prevención de embarazos no deseados, podría ser de importancia crítica para reducir esas terribles pérdidas.

Mortalidad y morbilidad maternas

Nadie sabe a ciencia cierta cuántas mujeres mueren cada año como consecuencia de un embarazo. La mayoría de ellas son pobres, viven en zonas apartadas y su muerte se considera de poca importancia. En las regiones del mundo donde la mortalidad materna es más alta, las defunciones raramente se registran e incluso cuando se hace no suele indicarse la causa (Royston & Armstrong, 1989).

Complicaciones del aborto

Cuadro 1. Evolución de la mortalidad materna (en torno a 1983 y 1988)^a

Región	Nacidos vivos (millones)		Defunciones maternas (miles)		Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	
	1983	1988	1983	1988	1983	1988
Mundo	128,3	137,6	500	509	390	370
Países en desarrollo	110,1	120,3	494	505	450	420
Países desarrollados	18,2	17,3	6	4	30	26
Africa	23,4	26,7	150	169	640	630
Oriental	7,0	8,8	46	60	660	680
Central	2,6	3,0	18	21	690	710
Septentrional	4,8	4,9	24	17	500	360
Meridional	1,4	1,3	8	4	570	270
Occidental	7,6	8,7	54	66	700	760
Asia ^a	73,9	81,2	308	310	420	380
Oriental ^a	21,8	24,6	12	30	55	120
Sudoriental	12,4	12,5	52	42	420	340
Meridional	35,6	39,6	230	224	650	570
Occidental	4,1	4,4	14	12	340	280
América Latina	12,6	12,2	34	25	270	200
Caribe	0,9	0,8	2	2	220	260
Central	3,7	3,5	9	6	240	160
Meridional	8,0	8,0	23	17	290	220
América del Norte	4,0	4,0	1	1	12	12
Europa	6,6	6,4	2	1	27	23
Oceanía ^a	0,2	0,2	2	1	300	600
Unión Soviética	5,2	5,2	3	2	50	45

^a Las cifras correspondientes a Australia, el Japón y Nueva Zelandia han sido excluidas de las estimaciones regionales pero se incluyen en el total para los países desarrollados. El número de defunciones maternas y las tasas de mortalidad materna corresponden a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud. El número de nacimientos en 1983 pertenece a las estimaciones de las Naciones Unidas para 1980-1985 (Naciones Unidas, 1982). El número de nacimientos en 1988 pertenece a las estimaciones de las Naciones Unidas para 1985-1990 (Naciones Unidas, 1991). La suma de las cifras regionales puede no coincidir exactamente con los totales correspondientes porque se han redondeado las cantidades.

La OMS define la defunción materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación, sea cual fuere la duración del embarazo y el lugar, por cualquier causa relacionada con la gestación o el cuidado de ésta, o agravada por esos factores, pero no por causas accidentales o incidentales. En todo momento y lugar, la muerte de una mujer durante su edad fecunda (aproximadamente entre los 15 y los 44 años) es una tragedia tanto para su familia como para la sociedad.

En el mundo en desarrollo las mujeres están mucho más expuestas que en el mundo desarrollado al riesgo de defunción relacionada con el embarazo. En el mundo desarrollado hay entre 5 y 30 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países en desarrollo, las cifras van de 50 a 800 o más. Por otra parte, la mujer que vive en un país en desarrollo está expuesta a un riesgo de defunción hasta 250 veces mayor cuando tiene que recurrir a los servicios de un abortista empírico e inexperimentado que cuando tiene acceso a atención profesional en condiciones de higiene. El riesgo de defunción es bastante menor cuando la mujer dispone de servicios legales y seguros. Por ejemplo, de 1980 a 1985, la tasa de mortalidad relacionada con el aborto en los Estados Unidos de América fue de 0,6 por 100 000 intervenciones practicadas (Henshaw & Morrow, 1990).

Aunque es difícil obtener datos exactos sobre mortalidad materna, la magnitud del problema es tal que la falta de determinaciones exactas de la incidencia no debe impedir el establecimiento de políticas sanitarias y programas para combatir el problema (Rosenfield & Maine, 1985).

Los datos fidedignos sobre morbilidad relacionada con el embarazo son todavía más raros que los de mortalidad. Ello no obstante, un análisis reciente indica que por cada defunción materna, alrededor de 10-15 mujeres padecen morbilidad de esa índole (Measham & Rochat, 1987). De ello cabría deducir que en todo el mundo alrededor de 5-7,5 millones de mujeres sufren cada año problemas de salud no mortales, pero a menudo debilitantes, relacionados con el embarazo.

Influencia del aborto en la mortalidad y la morbilidad maternas

El aborto provocado es el método de control de la fecundidad más antiguo y probablemente todavía el más utilizado. Sin embargo como toca a los principios religiosos y morales más arraigados, pocas sociedades son capaces de considerar desapasionadamente los aspectos sanitarios del aborto que afectan a la mujer (Royston & Armstrong, 1989).

Lo trágico de las defunciones maternas es que casi todas son prevenibles con una gestión adecuada (OMS, 1986). A escala mundial, alrededor del 15% de la mortalidad materna se debe a abortos sin garantías de seguridad, y la proporción llega al 50% en algunas zonas. La alta tasa mundial de mortalidad resultante del aborto inseguro podría prevenirse facilitando el acceso al tratamiento de las complicaciones, así como procedimientos abortivos inocuos y servicios anticonceptivos (Mahler, 1987).

Complicaciones del aborto

El aborto sin seguridad, es decir, la interrupción del embarazo efectuada o atendida por personas sin capacitación o experiencia, y las complicaciones de dicha interrupción, son una importante causa directa de mortalidad entre las mujeres en edad fecunda (OMS, 1986). Según estimaciones recientes, alrededor del 15% de las más de 500 000 defunciones relacionadas con el embarazo que se registran cada año en los países en desarrollo podrían ser debidas a complicaciones del aborto provocado sin garantías de seguridad (OMS, 1993) y algunos expertos consideran que la cifra es todavía más alta (OMS, 1991).

Independientemente de que un aborto sea espontáneo o inducido, la acción ulterior y la atención recibida determinarán si dicho aborto es seguro o inseguro. Según estimaciones basadas en certificados de defunción de 24 países, entre el 6% y el 46% de todas las defunciones maternas notificadas son atribuibles a complicaciones de toda clase de abortos (Liskin, 1980).

Para demostrar la necesidad de prácticas y servicios de aborto más adecuados, la OMS ha establecido una base de datos sobre el aborto en malas condiciones. Esa información, proveniente de 67 estudios realizados en 17 países indica que en algunas zonas, hasta el 50% de las defunciones maternas en hospitales se deben a complicaciones del aborto provocado sin condiciones de seguridad. En muchos países, esa proporción representa alrededor de la cuarta parte de todas las defunciones maternas en hospitales (cuadro 2) (OMS, 1991). La mayoría de los estudios relacionados con el aborto se han efectuado en hospitales. Además de las defunciones en esos centros están las que se producen fuera, cuyo número se desconoce. Ha habido pocos estudios importantes prospectivos o retrospectivos sobre la incidencia del aborto en la comunidad, y de los que existen, algunos de los más extensos datan de hace ya algún tiempo.

El aborto espontáneo, o interrupción no provocada del embarazo, se produce en el 10-15% aproximadamente de todos los embarazos conocidos o presuntos. Aunque el aborto espontáneo suele requerir tratamiento u hospitalización, ocasiona la muerte de la madre con menos frecuencia que el aborto provocado sin condiciones de seguridad.

Las complicaciones del aborto de todo tipo son también una importante causa de morbilidad de las mujeres en los países en desarrollo. Aunque se sabe que la incidencia de la morbilidad relacionada con el aborto provocado en malas condiciones es alta, los datos exactos al respecto suelen ser más difíciles de obtener que los

Cuadro 2. Porcentaje de defunciones maternas debidas al aborto provocado o séptico, según estudios realizados en hospitales

Región	País	Período	Nº de estudios	Porcentaje de defunciones maternas debidas al aborto ^a
Africa	Etiopía	1979	1	30
	Ghana	1963-1967	2	4-7
	Kenya	1972-1977	1	22
	Nigeria	1966-1985	5	6-51
	República Unida de Tanzania	1974-1984	4	13-25
	Zambia	1982-1983	1	15
	Zimbabwe	1972-1983	4	18-32
Asia	Bangladesh	1978-1979	6	15-31
	Filipinas	1964-1986	2	16-24
	India	1962-1985	17	3-34
	Malasia	1967-1973	2	23
	Pakistan	1961-1983	4	2-12
	Tailandia	1977-1978	1	25
América Latina	Chile	1960-1979	4	26-46
	Colombia	1963-1978	7	23-45
	Jamaica	1971	1	33
	Venezuela	1961-1973	5	20-70

^a El cuadro se refiere sólo a estudios en los que el aborto se calificó como provocado o séptico. Se excluyeron los estudios en que no se especificaba el tipo de aborto.

relativos a mortalidad. La infecundidad, la discapacidad crónica, las infecciones relacionadas con la transfusión y la prestación de primeros auxilios en caso de complicaciones del aborto séptico son obstáculos adicionales que hay que salvar en el camino hacia una maternidad sin riesgo.

También es difícil obtener datos mundiales exactos sobre la mortalidad y la morbilidad asociadas con el aborto voluntario. En los países donde existen estadísticas sanitarias fidedignas, la información reciente sobre el aborto voluntario demuestra la relativa inocuidad de éste (cuadro 3).

Cuando se mitigan las restricciones al aborto disminuye el número de defunciones relacionadas con el aborto provocado, posiblemente debido a la mayor seguridad de los métodos aplicados por personal profesional de salud. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América, las tasas de mortalidad por aborto disminuyeron en un 85% en los cinco años siguientes a la legalización (Tietze, 1981).

En la figura 1 se indica gráficamente la influencia de la legislación

Complicaciones del aborto

Cuadro 3. Número de abortos voluntarios, defunciones asociadas y tasas de mortalidad en países escogidos^a

País (períodos)	Nº de abortos (miles)	Nº de defunciones ^b	Tasa de mortalidad (por 100 000 abortos)
Bulgaria (1980, 1984, 1987)	374	5	1,3
Canadá (1980-1987)	511	1	0,2
Checoslovaquia (1976-1983)	781	3	0,4
Dinamarca (1976-1987)	269	2	0,7
Escocia (1976-1987)	101	2	2,0
Estados Unidos de América (1980-1985)	9446	54	0,6
Finlandia (1976-1985)	154	2	1,3
Hungría (1980-1987)	649	5	0,8
Inglaterra y Gales (1980-1987)	1095	14	1,3
Noruega (1976-1987)	70	0	0,0
Nueva Zelanda (1976-1987)	74	0	0,0
Países Bajos (1976-1983)	509	1	0,2
Suecia (1980-1987)	261	1	0,4

^a El término aborto voluntario se refiere sólo a los practicados legalmente conforme a las disposiciones de cada país.

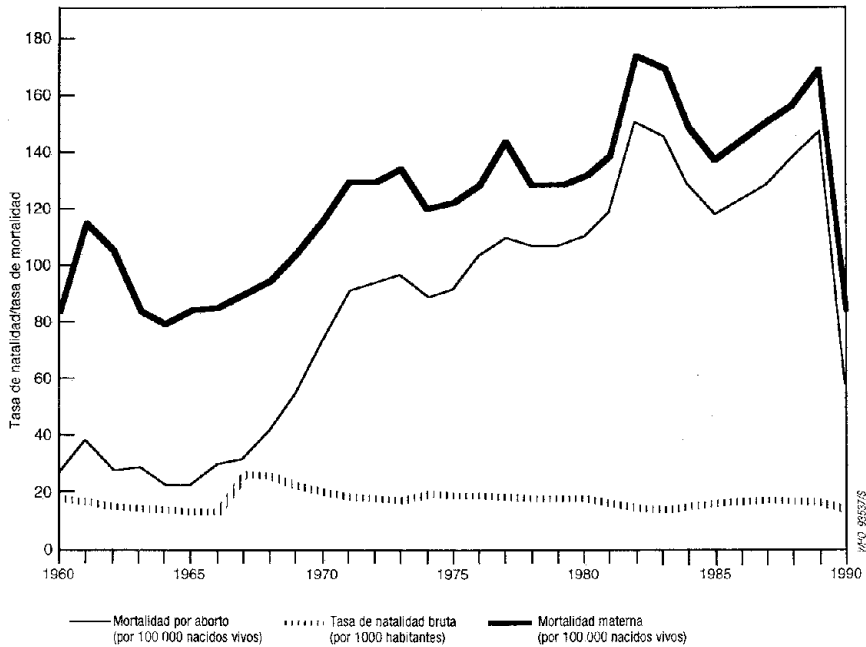
^b Todos los datos se basan en certificados de defunción, excepto para Inglaterra y Gales, donde las defunciones se registran en formularios de notificación de abortos, y para los Estados Unidos de América, donde las defunciones sólo se asocian con el aborto previa investigación.

Fuente: Henshaw & Morrow, 1990; CDC, 1990.

restrictiva en la mortalidad por aborto en Rumania. La legislación de ese país, que era tolerante, fue sustituida por otra más restrictiva en 1966, y desde entonces hasta 1984 aumentaron en un 600% las defunciones debidas al aborto. Cuando éste se legalizó otra vez en enero de 1990, la mortalidad correspondiente disminuyó un 67% durante el primer año (Ministerio Rumano de Salud, 1991).

Es difícil, si no imposible, clasificar los casos de aborto asistido. Las mujeres, sea cual fuere su edad y modo de vida, experimentan abortos espontáneos y también ponen término voluntariamente a embarazos no deseados. Las mujeres multíparas recurren con frecuencia al aborto para no tener más hijos; las adolescentes solteras nulíparas se someten a esa práctica para aplazar la gestación. Las estadísticas indican que en la mayoría de las regiones del mundo las mujeres de zonas urbanas y las de mayor grado de educación recurren más al aborto provocado que las de zonas rurales y las de bajo nivel de instrucción. Sin embargo, eso podría también ser consecuencia tan solo de la mayor disponibilidad de información y de servicios o de un acopio de datos más completo en las zonas urbanas.

Figura 1. Efectos de la implantación en Rumania de una ley contra el aborto en noviembre de 1966, y de su abrogación el 1 de enero de 1990



Mejora de la salud materna mediante asistencia de alta calidad en caso de aborto

Aunque las estimaciones de la incidencia del aborto varían considerablemente, no cabe duda de que a menudo se solicitan los servicios del personal de salud para atender a mujeres que abortan o han abortado. Las hemorragias durante el embarazo, sea cual fuere su causa, pueden provocar graves complicaciones y requieren diagnóstico y atención. En esos casos se necesitan servicios de urgencia, que deben prestarse incluso cuando hay restricciones legales al aborto provocado. Los servicios de diagnóstico y asistencia deben estar disponibles las 24 horas, desde el primer contacto de la mujer con el sistema de atención sanitaria hasta el momento en que recibe los cuidados que necesita. (Véanse los capítulos 5-7 para información suplementaria sobre el tratamiento clínico.)

La reducción de la necesidad de provocar el aborto y la prevención de los embarazos no deseados mediante servicios de planificación de la familia deberían figurar entre los objetivos de la atención de salud. Los prestadores de servicios, las mujeres y la comunidad en general deberían comprender los riesgos del aborto en malas condiciones y

las ventajas de la anticoncepción como alternativa más segura. La incidencia de los embarazos no deseados y del aborto voluntario, así como la morbilidad y la mortalidad maternas consiguientes, podrían reducirse mucho si se aumentara la oferta de servicios de planificación de la familia y se dispensara información exacta a las mujeres, al personal de salud y a la comunidad. La incorporación completa de la planificación familiar a los servicios de atención de la madre y el niño es un componente clave de la estrategia de la OMS para dispensar una mejor atención primaria a todos los pueblos.

Referencias

- CDC (1990) Abortion surveillance, 1986-1987. *Morbidity and mortality weekly report, CDC surveillance summaries*, 39: SS-2.
- HENSHAW SK, MORROW E (1990) *Induced abortion: a world review, 1990 supplement*. New York, Alan Guttmacher Institute.
- LISKIN LS (1980) Complications of abortion in developing countries. *Population reports, Serie F, N° 7*.
- MAHLER H (1987) The Safe Motherhood Initiative: a call to action. *Lancet*, 1(8534) 668-670.
- MEASHAM AR, ROCHAT RW (1987) *Slowing the stork: better health for women through family planning*. Documento técnico de trabajo preparado para la Conferencia Internacional sobre Mejoramiento de la Salud de las Mujeres y los Niños mediante la Planificación Familiar, Nairobi, Kenya, octubre 1987 (obtenible del Consejo de Población, Dag Hammarskjöld Plaza, Nueva York, NY, EE.UU.).
- NCHS (1990) *Vital and health statistics—Supplements to the monthly vital statistics report: advance reports, 1987, Serie 24: Compilations of Data on Natality, Mortality, Marriage, Divorce and Induced Terminations of Pregnancy, N° 4*. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics.
- MINISTERIO RUMANO DE SALUD (1991) Dirección de Salud de la Madre y el Niño. *Mortalitatea materna*. Bucarest (documento inédito).
- ROSENFELD A, MAINE D (1985) Maternal mortality—a neglected tragedy; where is the M in MCH? *Lancet*, 2(8446): 83-85.
- ROYSTON E, ARMSTRONG S, eds. (1991) *Prevención de la mortalidad materna*. Ginebra Organización Mundial de la Salud.
- TIETZE C (1981) *Induced abortion: a world review, 1981*, 4ª ed. Nueva York, Consejo de Población.
- TIETZE C, HENSHAW SK (1986) *Induced abortion: a world review*, 6ª ed. Nueva York, Alan Guttmacher Institute.
- NACIONES UNIDAS (1982) *United Nations demographic indicators of countries: estimates and projections as assessed in 1980*. Nueva York, Naciones Unidas.
- NACIONES UNIDAS (1991) *United Nations demographic indicators of countries: estimates and projections as assessed in 1990*. Nueva York, Naciones Unidas.
- OMS (1986) Mortalidad materna: ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. *Crónica de la OMS*, 40(5):195-205.

- OMS (1990) Romania: on the road to succes. *Safe motherhood: a newsletter of worldwide activity*, Número 3: 1-2.
- OMS (1991) *Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion*. Ginebra (documento inédito WHO/MCH/90.14; obtenible del servicio de Salud de la Madre y Maternidad sin Riesgo, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27 Suiza).
- OMS (1993) *Abortion: a tabulation of available data*, 2ª ed. Ginebra (documento inédito WHO/FHE/MSM/93.13; obtenible del servicio de Salud de la Madre y Maternidad sin Riesgo, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).

ASISTENCIA AL ABORTO: SITUACION GENERAL

Los servicios sanitarios de todo nivel deben estar preparados las 24 horas para prestar, según sus disponibilidades de personal y equipo, asistencia urgente a casos de complicación del aborto.

En este capítulo se define el aborto y se describen las distintas categorías de asistencia. Se exponen asimismo los niveles de servicio en un sistema típico de atención sanitaria y se formulan recomendaciones respecto a los componentes de la asistencia que deben existir a cada nivel.

Definición

El aborto es la interrupción de un embarazo antes de que el feto pueda llevar una vida extrauterina. Las puntualizaciones del término dependerán de la causa del aborto. Se denomina aborto espontáneo aquel en que la interrupción del embarazo no es voluntaria, mientras que el aborto provocado es el que se debe a una interferencia deliberada. Entre los abortos provocados están los que se practican de acuerdo con la ley y los que son ilegales. En sentido estricto, se entiende por aborto terapéutico el que se practica por indicación facultativa cuando la vida o la salud de la mujer se ve amenazada por la continuación del embarazo o cuando la salud del feto está en peligro a causa de factores congénitos o genéticos. Sin embargo, en el lenguaje corriente se entiende a menudo por aborto terapéutico el autorizado legalmente. En el cuadro 8 (página 43) se indican las fases clínicas del aborto.

Categorías de asistencia al aborto

En estas directrices se utilizan los términos asistencia urgente a casos y aborto voluntario para describir las dos categorías principales de servicios.

La *asistencia urgente al aborto* se refiere a los servicios imprescindibles que debe haber en cada sistema de atención sanitaria para atender las necesidades de las mujeres que padecen

complicaciones del aborto. El diagnóstico más frecuente de los casos que acuden a esos servicios para recibir asistencia urgente es aborto incompleto. Este, si no recibe tratamiento, puede ser causa de hemorragias, choque, sepsis y muerte. El tratamiento comprende la evacuación completa del útero y la prevención a tiempo de otras complicaciones.

Mientras que la asistencia urgente al aborto es necesaria de inmediato para preservar la vida o la salud de la mujer, el *aborto voluntario* se practica a petición de ésta o por recomendación de su médico. La mayoría de los abortos legales o terapéuticos corresponden a esta categoría. Las restricciones legales aplicables al aborto voluntario son muy diversas y no constituyen el objeto de esta obra. Los administradores deben aplicar estas directrices sobre asistencia al aborto ajustándose al marco legal y a las normas del país respecto a asistencia médica.

Niveles de asistencia

Los servicios de asistencia al aborto deben encontrarse lo más cerca posible de la población a que se destinan y estar a cargo del personal menos especializado que haya recibido el adiestramiento suficiente para prestarlos bien y sin riesgo.

La prevención de la mortalidad materna relacionada con el aborto depende de la incorporación de servicios de urgencia a todo el sistema sanitario del país de que se trate, desde los puestos rurales más periféricos hasta las instalaciones más modernas de nivel terciario. Por lo menos algunos componentes de la asistencia urgente al aborto, como son los de información y educación sanitarias, estabilización y envío a niveles superiores, evacuación del útero o atención especializada para las complicaciones más graves, deben estar disponibles las 24 horas en cada punto de prestación de servicios del sistema de asistencia sanitaria.

Aunque los términos utilizados pueden ser diferentes, en la mayoría de los países los sistemas de asistencia sanitaria comprenden los siguientes niveles:

- nivel comunitario
- nivel primario
- primer nivel de envío de casos
- niveles secundario y terciario.

Cuadro 4. Medios disponibles a cada nivel de servicio en un sistema típico de asistencia sanitaria

Nivel	Medios
Comunidad	Agentes comunitarios de salud
Primario	Puestos de enfermería Dispensarios Estaciones de primeros auxilios Puestos y centros de salud
Primer nivel de envío de casos	Hospitales de distritos y rurales
Secundario	Hospitales regionales
Terciario	Hospitales clínicos universitarios Hospitales nacionales especializados

En el cuadro 4 se indican los medios disponibles a cada nivel. En las secciones posteriores de este capítulo se describen el personal y los elementos asistenciales que deben existir en cada uno de esos niveles para atender los casos de aborto de emergencia. En el cuadro 5 se resume esa información.

En algunos países, el aborto voluntario se practica en servicios especializados pero el examen completo de la gestión de esos servicios queda fuera del tema de la presente obra.

Nivel comunitario

Los agentes de salud de la comunidad pueden ejercer una influencia decisiva para reducir la mortalidad y la morbilidad por aborto, particularmente en zonas que se encuentran distantes de cualquier servicio oficial de atención sanitaria. En las aldeas y caseríos de muchos países la educación sanitaria y los servicios básicos están a cargo de personas que trabajan fuera del sistema estructurado de salud y dispensan sus servicios a domicilio o en un local de la comunidad. Esas personas (curanderos, parteras empíricas, etc.) atienden las necesidades básicas de salud de la comunidad donde viven.

Los agentes locales de salud son a menudo los primeros a quien recurren las mujeres con hemorragia o trastornos de la gestación, o las que quieren poner término a un embarazo no deseado. En muchas regiones del mundo el personal empírico tradicional provoca abortos sin las debidas condiciones de seguridad. Es sumamente importante que el personal de toda la red de envío de casos del sistema de salud comprenda bien los conceptos y las creencias

Cuadro 5. Actividades de asistencia urgente al aborto por niveles de atención sanitaria

Nivel de atención	Personal posible	Actividades asistenciales
Comunidad	Miembros de la comunidad con formación sanitaria básica, parteras tradicionales, curanderos	Reconocimiento de signos y síntomas de aborto y sus complicaciones Envío en tiempo oportuno al sistema estructurado de atención sanitaria
Primario	Agentes de salud, enfermeras, parteras adiestradas, generalistas	<p>Todas las actividades precitadas, más:</p> <ul style="list-style-type: none"> — reconocimiento físico sencillo y examen de la pelvis — diagnóstico de la fase de aborto — reanimación y preparación para el tratamiento o el envío a otro nivel — pruebas de hematócrito/hemoglobina — envío a otro nivel llegado el caso <p><i>Si se dispone de personal competente y equipo apropiado pueden realizarse a este nivel las siguientes actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — inicio de tratamientos esenciales, en particular la administración de antibióticos, suero intravenoso y oxitócicos — evacuación del útero durante el primer trimestre — alivio básico del dolor (bloqueo paracervical, analgesia simple y sedación)
Primer nivel de envío	Enfermeras, parteras capacitadas, generalistas, especialistas en ginecología y obstetricia	<p>Todas las actividades precitadas, más:</p> <ul style="list-style-type: none"> — evacuación uterina de urgencia en el segundo trimestre — tratamiento de la mayoría de las complicaciones del aborto — cruzamiento de sangre y transfusión — anestesia local y general — laparotomía y cirugía apropiada (incluso para embarazos ectópicos si se dispone de personal competente) — diagnóstico y remisión a otros niveles de las complicaciones graves, como septicemia, peritonitis o fallo renal
Secundario y terciario	Enfermeras, parteras capacitadas, generalistas y especialistas en ginecología y obstetricia	<p>Todas las actividades precitadas más:</p> <ul style="list-style-type: none"> — evacuación uterina indicada — tratamiento de complicaciones graves (incluso lesión intestinal, tétanos, fallo renal, gangrena gaseosa, sepsis grave) — tratamiento de coagulopatías

Complicaciones del aborto

culturales que rigen la manera de proceder de los agentes locales de salud en los casos de aborto. Estos deben ser informados sobre los riesgos de ciertos métodos de aborto a fin de que se abstengan de aplicarlos. Se debe concienciar a esas personas para que eduquen a la comunidad sobre la prevención de los embarazos no deseados y procurar que envíen a las mujeres al sistema estructurado de atención sanitaria sin demora cuando necesiten tratamientos que no se puedan aplicar en la comunidad.

En la comunidad debe haber servicios de asistencia urgente al aborto; en caso de existir a ese nivel personal capacitado, la asistencia comprenderá:

- reconocimiento de los signos y síntomas del aborto espontáneo y de las complicaciones;
- envío de la paciente en tiempo oportuno al sistema estructurado de atención sanitaria, de ser preciso.

Otras dos actividades preventivas que pueden realizarse a ese nivel, si se dispone de personal capacitado, son:

- educación sanitaria sobre el aborto en condiciones de riesgo;
- información, educación y servicios de planificación de la familia.

Nivel primario

Las instalaciones de atención primaria de salud, en particular las estaciones de primeros auxilios, los puestos de enfermería, los dispensarios y los puestos y centros de salud, constituyen el nivel primario del sistema estructurado de atención sanitaria. A ese nivel suelen prestarse servicios básicos, en particular educación sanitaria, práctica de pruebas sencillas de laboratorio y tratamiento elemental. En general no existe atención hospitalaria. El personal de esos servicios puede encargarse además de supervisar las actividades de salud comunitarias antes descritas.

Las instalaciones de atención primaria de salud están raramente dotadas de un conjunto completo de profesionales. A ese nivel el personal suele ser limitado y sin capacitación para practicar evacuaciones uterinas. El adiestramiento de agentes de salud para dispensar asistencia urgente a casos de aborto es una solución práctica al problema de la penuria de personal, particularmente en los países en desarrollo, donde escasean los médicos y otro personal clínico. En unos pocos países, como Bangladesh, Nigeria y Zaire, así

como en algunos estados de los Estados Unidos de América ha dado buen resultado la formación de ciertas personas en la práctica de evacuaciones uterinas sencillas, el tratamiento de abortos precoces sin complicaciones e incompletos y el aborto voluntario (Begum et al., 1984, 1985; Freedman et al., 1986; Ladipo et al., 1978; Starrs, 1987).

Los centros de nivel primario deberían ofrecer los servicios de personal capacitado para la asistencia urgente al aborto como la mencionada para el nivel de comunidad, más las siguientes prestaciones básicas:

- reconocimiento físico sencillo y examen de la pelvis (especialmente signos vitales y determinación del tamaño del útero);
- diagnóstico de la fase del aborto;
- reanimación de urgencia y preparación para tratamiento o transferencia (incluso respiración artificial, contención de hemorragias y alivio del dolor);
- pruebas de laboratorio: hematócrito (proporción relativa de eritrocitos) y hemoglobina;
- envío (incluso organización del transporte) al siguiente nivel de asistencia o a uno superior para tratamiento más especializado de complicaciones.

Cuando se dispone de personal competente y equipo adecuado pueden prestarse a nivel primario servicios de asistencia urgente al aborto, con lo cual quedarían más al alcance de las mujeres. Esos servicios adicionales comprenden:

- inicio del tratamiento esencial, incluso administración de antibióticos, suero intravenoso y oxitócicos;
- evacuación del útero durante el primer trimestre;
- alivio básico del dolor (bloqueo paracervical, analgesia simple) y sedación.

Primer nivel de envío

Cuando una paciente requiere un tipo de atención que excede de la capacidad del servicio de atención primaria de salud debe transferírsela al primer nivel de envío. Este puede dispensar alguna asistencia especializada porque dispone de más personal competente, medicamentos y servicios de apoyo. Las instalaciones del primer nivel son hospitales de distrito o rurales con 20 o más camas y con

Complicaciones del aborto

personal suficiente para un servicio de 24 horas. En algunos países, los centros especializados de salud materno-infantil o las maternidades cumplen los requisitos de las instalaciones del primer nivel de envío.

En los servicios de este nivel debe haber el personal capacitado y el equipo necesarios para intervenciones quirúrgicas y médicas en todos los casos, excepto los más complicados. En la plantilla de personal del primer nivel suele haber por lo menos un médico. En algunos centros habrá quizá facultativos que puedan recibir adiestramiento en las intervenciones de ginecología y obstetricia necesarias para salvar la vida de las pacientes. Sin embargo, como se indica en la página 24, el personal paramédico debidamente capacitado puede encargarse de ciertas intervenciones quirúrgicas sencillas como evacuación del útero, de manera que los médicos puedan dedicar su tiempo a operaciones más complicadas. Otros servicios de salud reproductiva dispensados a este nivel son la cesárea, la anticoncepción quirúrgica y el aborto voluntario en la medida en que lo permitan las disposiciones locales (OMS, 1991).

Los servicios del primer nivel deben contar con el equipo y el personal competente apropiados para todas las intervenciones urgentes correspondientes a los niveles comunitario y primario y, además, las siguientes:

- evacuación uterina de urgencia cuando esté indicada en el segundo trimestre;
- tratamiento de la mayoría de las complicaciones del aborto;
- cruzamiento de sangre y transfusión;
- anestesia local y general;
- laparotomía y cirugía apropiada (incluso eliminación del embarazo ectópico si se dispone de personal competente);
- pruebas de embarazo;
- diagnóstico y envío a un nivel superior (incluso organización del transporte) de los casos más complicados como son los de septicemia, peritonitis o fallo renal y cualesquiera otros que no puedan ser atendidos en el servicio.

Niveles secundario y terciario

Las instituciones de nivel secundario son hospitales regionales completos que ofrecen servicios incluso ambulatorios. Los hospitales clínicos universitarios y los hospitales nacionales de especialidades

comprenden el tercer nivel. Esas instituciones deben contar con el equipo y el personal necesarios para atender las 24 horas los casos que se les remitan de complicaciones del aborto que requieren atención urgente. Además de todos los servicios indicados para el nivel de comunidad, el primario y el primer nivel de envío habrá que ofrecer los siguientes:

- evacuación del útero cuando esté indicada;
- tratamiento de complicaciones graves, como lesión intestinal, tétanos, fallo renal, gangrena gaseosa y sepsis grave;
- tratamiento de coagulopatías.

Referencias

- BEGUM SF ET AL. (1984) *A study on menstrual regulation providers in Bangladesh*. Dhaka, Asociación Nacional para la Prevención del Aborto Séptico.
- BEGUM SF ET AL. (1985) *Evaluation of MR services and training programs*. Dhaka, Asociación Nacional para la Prevención del Aborto Séptico.
- FLAHAULT D ET AL. (1988) *La supervisión del personal de salud a nivel de distrito*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- FREEDMAN MA ET AL. (1986) Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American journal of public health*, 76(5): 550-554.
- LADIPO OA ET AL. (1978) Menstrual regulation in Ibadan, Nigeria. *International journal of gynecology and obstetrics*, 15(5): 428-432.
- STARRS A (1987) *Preventing the tragedy of maternal deaths: a report on the International Safe Motherhood Conference*. Washington, DC, Banco Mundial.
- OMS (1985) *Prevention of maternal mortality. Report on a WHO Interregional Meeting*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento inédito FHE/86.1, obtenible de la División de Salud de la Familia, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
- OMS (1991) *Essential elements of obstetric care at first referral level*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

FACTORES LEGALES Y SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA A LOS CASOS DE ABORTO

El aborto es más que un problema médico, ético o legal. Es, por encima de todo, un problema humano, que afecta a la mujer y al hombre como individuos, como pareja y como miembros de la sociedad (Tietze, 1978).

Este capítulo se refiere a las leyes y reglamentos existentes sobre el aborto y a los modos en que los factores legales y sociales afectan a la actitud del individuo ante esa intervención y a los correspondientes servicios de asistencia. La necesidad de esta última es común a todas las mujeres, independientemente del medio social, económico, religioso y cultural en que vivan. Pese a las restricciones impuestas por el entorno, es indudable que muchas mujeres recurrirán al aborto provocado. La motivación para interrumpir un embarazo puede ser tan fuerte que se da el caso de mujeres de ordinario respetuosas de las normas y atentas a su propia salud, que hacen caso omiso de las creencias tradicionales y están dispuestas a transgredir la ley y a exponerse a la enfermedad, la muerte y las consecuencias sociales y legales del aborto con tal de evitar un nacimiento no deseado (David et al., 1978).

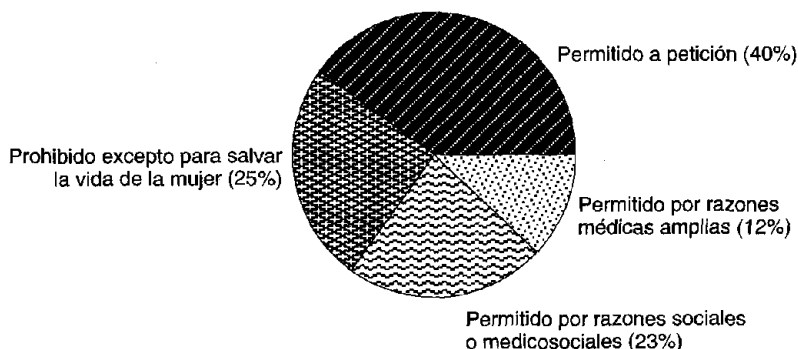
Los factores legales y sociales también influyen en la relación entre la mujer y el agente de salud y en la disponibilidad y la calidad de la asistencia. Los administradores sanitarios de todos los niveles deben estar muy al tanto de las actitudes, las creencias y las leyes relativas al aborto en las zonas donde trabajan, a fin de evitar que los factores precitados dificulten la labor asistencial. La atención de urgencia, en particular, no debería estar sujeta a disposiciones distintas de las aplicables a otras intervenciones médicas y quirúrgicas en el país.

Leyes y reglamentos

Al igual que toda la asistencia sanitaria, la que se refiere al aborto está regulada por la legislación nacional de sanidad. Entre los aspectos que suelen estar regulados pueden citarse la formación profesional y la licencia de ejercicio, la práctica médica, el tipo de

Factores legales y sociales que influyen en la asistencia a los casos de aborto

Figura 2. Legislación sobre el aborto: Porcentaje de la población del mundo a que se aplica, por categoría



WHO 93538/S

Fuente: Henshaw & Morrow (1990)

instalaciones, la dotación de personal, la publicidad, la financiación y los honorarios.

Asistencia urgente al aborto

La prestación de asistencia urgente al aborto es una norma ética de la práctica de la medicina en todos los países, ya que dicha asistencia es esencial para salvar la vida de la mujer y proteger su salud (Kleinman, 1988). Los reglamentos, la legislación sobre medicina y los códigos de práctica profesional suelen determinar el modo y las circunstancias en que puede prestarse asistencia urgente al aborto y las personas capacitadas para hacerlo.

Aborto voluntario

La práctica común de inducción del aborto es evidente en todas las regiones del mundo y ha existido siempre, incluso en los lugares donde está prohibida por la ley. En muchos países, el aborto está autorizado para salvaguardar la salud de la mujer¹. Las limitaciones respecto a las circunstancias en que puede practicarse varían considerablemente. Henshaw & Morrow (1990) hicieron las siguientes estimaciones relativas a la legislación sobre el aborto provocado (figura 2):

- El 40% de la población del mundo vive en países donde el aborto está permitido a petición de la mujer. A menudo se ponen límites

¹ Según se define en la Constitución de la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Complicaciones del aborto

según la fase de gestación, y a partir de ahí entran en juego el estado de salud y otras consideraciones.

- El 23% de la población del mundo vive en países donde ciertos factores medicosociales o incluso las condiciones sociales adversas por sí solas pueden justificar el aborto provocado.
- El 12% de la población del mundo vive en países donde la terminación del embarazo está justificada por razones médicas de tipo amplio como son el peligro para la salud de la mujer o las características del feto.
- El 25% de la población del mundo vive en países donde está prohibido el aborto, excepto cuando se trata de salvar la vida de la mujer embarazada, o a veces ni siquiera en ese caso.

Las leyes sobre el aborto han cambiado con el tiempo y la modernización ha ido en general asociada a una liberalización de las disposiciones que rigen el aborto voluntario. Es interesante señalar que aún quedan reminiscencias de la legislación colonial restrictiva en países como Burkina Faso, Indonesia, Kenya, Mali, Nigeria y muchos de América Latina, siendo así que en las antiguas metrópolis hace tiempo que se liberalizaron las leyes.

La reforma o la liberalización de las leyes no siempre conduce de inmediato a una mejora de la práctica y la seguridad del aborto ni asegura la prestación de servicios a las mujeres de todos los grupos socioeconómicos o culturales, o a las que viven en zonas apartadas. Por ejemplo, en algunos países que liberalizaron su legislación sobre el aborto hace ya años, ciertos factores como la escasez de servicios, la inexistencia de personal capacitado y la falta de información han limitado la práctica del aborto voluntario y su disponibilidad. En esos países siguen practicándose abortos en condiciones de riesgo, por lo que persiste la necesidad de asistencia urgente.

Las restricciones legales al aborto voluntario pueden ser modificadas, por lo que conviene que los administradores sanitarios tengan en cuenta las consecuencias de esas modificaciones en los servicios que se han de prestar. Desde fines del decenio de 1960 hasta fines del de 1980 se reformó la legislación en 69 jurisdicciones, por lo menos; 65 de las reformas fueron para liberalizar la ley y 4 para limitar las causas que justifican el aborto (Cook, 1989). Los últimos cambios de la legislación han sido para admitir nuevos casos en que el aborto está permitido, a saber: el embarazo de adolescentes, la edad avanzada de la madre, las circunstancias familiares y la infección de la madre por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Perspectivas socioculturales y religiosas

El entorno social y cultural, la religión predominante y las creencias personales de la propia mujer influyen en las decisiones que ésta adopta respecto a un embarazo no deseado y en los servicios que recibe, los cuales, a su vez, influyen en la mortalidad y la morbilidad asociadas al aborto. Además, las perspectivas socioculturales y las creencias religiosas del personal de salud influyen en la actitud de éste ante las mujeres que requieren asistencia por causa de aborto y en los servicios que les dispensan. Algunos de los factores socioculturales que pueden afectar a la mortalidad y la morbilidad por aborto son:

- *Las posibilidades y el deseo que tenga la mujer de conseguir asistencia a tiempo cuando experimenta complicaciones del aborto.* Puede ocurrir que la mujer tenga que pedir permiso a su marido o a sus tutores para acudir a los servicios de salud. En muchos casos, un embarazo fortuito o el uso de servicios de aborto puede conducir al ostracismo social o el rechazo de la mujer por los miembros de su familia. Para evitar ese rechazo la mujer aplazará su decisión de pedir ayuda incluso hasta el punto en que corra peligro su vida. Los agentes de salud no deben juzgar a la paciente, sino atenderla en lo posible, prestarle apoyo y animarla a acudir al médico, en lugar de huir de él.
- *La decisión de la mujer de poner término al embarazo y los agentes y métodos que prefiere para ello.* Debido a ciertos factores culturales, las mujeres pueden recurrir a métodos de aborto que son peligrosos. Las razones de esa opción son muy variadas y entre ellas están la confianza en los abortistas tradicionales, el deseo de guardar el secreto, la idea de que los abortos sin intervención del médico no son en realidad abortos, y las recomendaciones de la familia y los amigos.
- *La importancia de la fecundidad.* En muchas sociedades, la fecundidad de la mujer es básica para que ésta sea aceptada en la comunidad. En consecuencia, puede resistirse al uso de anticonceptivos porque los considera peligrosos para su fecundidad. Ese comportamiento hace aumentar las posibilidades de embarazos no deseados y, con ello, el riesgo de aborto provocado en malas condiciones.
- *La actitud del personal sanitario cuando se solicita un aborto.* Algunos estudios han demostrado que las mujeres se resisten a acudir a servicios donde se las hace sentirse incómodas o se las trata mal (Bamisaiye, 1984; Feierman, 1981; Lasker, 1981; Thaddeus & Maine, 1990). Es muy importante que el personal de los dispensarios y los hospitales conozca y comprenda los factores

de orden cultural que influyen en las mujeres que solicitan sus servicios.

La religión determina en gran parte los sentimientos de la mujer respecto a la posibilidad de someterse a un aborto y el trato que en tal caso recibe de la comunidad donde vive. Nunca se insistirá bastante en la decisiva influencia que tienen los líderes religiosos en la actitud de la gente respecto al aborto y en la eliminación de los prejuicios en materia de fecundidad, aborto y planificación de la familia. Las necesidades de información a este respecto se detallan en el capítulo 14.

Las creencias religiosas determinan también la manera en que el personal sanitario reacciona ante los casos de aborto, así como la actitud del personal que practica abortos voluntarios ante los servicios que presta. Cuando las creencias de un agente de salud son incompatibles con la práctica de abortos voluntarios permitidos por la ley no debe obligársele a prestar ese servicio pero, en cambio, debe estar dispuesto a enviar el caso a la instancia competente.

Las creencias religiosas nunca deben ser óbice para la práctica de abortos de urgencia cuando corre peligro la vida de la mujer.

Referencias

- BAMISAIYE A (1984) Selected factors influencing the coverage of an MCH clinic in Lagos, Nigeria. *Journal of tropical pediatrics*, **30**(5): 256-261.
- COOK RJ (1989) Abortion laws and policies: challenges and opportunities. En: Rosenfield A et al., eds. *Women's health in the Third World: the impact of unwanted pregnancy. International journal of gynecology and obstetrics*, Suplemento 3: 61-87.
- DAVID H ET AL., eds. (1978) *Abortion in psychosocial perspective: trends in transnational research*. Nueva York, Springer.
- FEIERMAN EK (1981) Alternative medical services in rural Tanzania: a physician's view. *Social science and medicine*, **15B**(3): 399-404.
- HENSAW SK, MORROW E (1990) *Induced abortion: a world review, 1990 supplement*. Nueva York, Alan Guttmacher Institute.
- KLEINMAN R, ed. (1988) *Family planning handbook for doctors*, 6ª ed. Londres, Federación Internacional de Planificación de la Familia.
- LASKER JN (1981) Choosing among therapies: illness behavior in the Ivory Coast. *Social science and medicine*, **15A**(2): 157-168.
- THIADDFUS S, MAINE D (1990) *Too far to walk: maternal mortality in context*. Nueva York, Centro de Población y Salud de la Familia de la Universidad de Columbia.
- TIETZE C (1978) Foreword. En: David H et al., eds. *Abortion in psychosocial perspective: trends in transnational research*. Nueva York, Springer.

PLANIFICACION DE LA ASISTENCIA A CASOS DE ABORTO

La planificación sistemática es lo que determina el buen funcionamiento de los servicios de salud (Rogo, 1990).

En los capítulos siguientes de estas directrices se examinan los principales elementos programáticos o tareas que se necesitan para planificar y prestar servicios de asistencia al aborto, así como los requisitos gestoriales de cada tarea. En la lista que sigue se resumen las tareas y se indican los capítulos donde puede encontrarse información suplementaria respecto a cada una de ellas:

- planificación de la asistencia al aborto (capítulo 4);
- aspectos clínicos de la asistencia urgente al aborto (capítulos 5-7);
- apoyo psicológico a las pacientes y necesidades de información (capítulo 8);
- gestión de instalaciones y equipo (capítulo 9);
- conocimientos necesarios, adiestramiento y supervisión del personal (capítulo 10);
- descentralización y coordinación de los servicios de asistencia, envío de casos y transporte (capítulo 11);
- sistemas de control, evaluación e información (capítulo 12);
- costo y financiación de asistencia al aborto (capítulo 13);
- medidas preventivas del aborto en condiciones de riesgo (capítulo 14).

Planificación estratégica

La planificación es un elemento esencial de la prestación de toda clase de servicios de salud, inclusive los relativos al aborto. En una secuencia lógica de planificación es de importancia crucial proporcionar servicios adecuados y mantener su seguridad, eficacia y eficiencia. La planificación inadecuada se traduce a menudo en una pérdida de tiempo y de recursos materiales y en unos servicios mal concebidos que no responden a las necesidades de la población. A la

Complicaciones del aborto

inversa, una buena planificación contribuye a la prestación de servicios de la mejor calidad posible, así como al aumento de la eficiencia en el uso de los recursos. Esos son factores importantes para el logro de la verdadera meta, que es reducir la mortalidad y la morbilidad maternas.

La planificación comprende las siguientes fases:

- a) detección del problema y determinación de su alcance;
- b) establecimiento de los objetivos del programa;
- c) determinación de las intervenciones (medidas, estrategias o actividades) necesarias para alcanzar los objetivos;
- d) control y evaluación de la ejecución y los efectos del programa.

Las fases *a)*–*c)* se describen seguidamente. La fase *d)* se describe en el capítulo 12.

Detección y definición del problema

La simple percepción de problemas en la prestación de asistencia al aborto es razón suficiente para buscar la manera de mejorar los servicios. Sin embargo, es importante identificar los problemas y evaluar su alcance puntualizando para ello la diferencia entre los servicios necesarios y los disponibles. Esta fase se denomina a veces evaluación de necesidades, análisis de situación o análisis de entorno.

La evaluación de las necesidades consiste en acopiar información o datos pertinentes y analizarlos para llegar a comprender bien la situación. Aunque las encuestas y los estudios estructurados son útiles cuando se dispone de recursos, el acopio de informaciones no tiene por qué representar un largo y costoso esfuerzo de investigación. Pueden conseguirse datos útiles simplemente examinando los registros existentes y hablando con el personal y con los miembros de la comunidad. Tanto de fuentes oficiales como extraoficiales pueden obtenerse datos sobre los servicios de salud existentes, el número potencial de casos, el alcance de los servicios necesarios, las metas locales de salud en general y las leyes dictadas por la jurisdicción competente.

En los cuadros 6 y 7 se indica la información útil para planificar la asistencia al aborto, las fuentes de dicha información y sus usos posibles. La obtención de información de las fuentes indicadas es la solución ideal. Sin embargo, el simple hecho de que falte una parte de ella no es razón para aplazar la prestación de los servicios necesarios de asistencia urgente al aborto.

Cuadro 6. Información sobre el sistema de atención sanitaria, sus fuentes y sus usos

Tipos de información	Fuentes potenciales							Usos posibles	
	Fichas de pacientes	Informes sobre garantía de calidad	Registros de existencias	Registros financieros	Instituciones de adiestramiento	Fichas personales	Entrevistas		Procedimientos uniformes de operación
Descripción del sistema de atención sanitaria								Determinar el potencial general para la prestación de servicios de asistencia al aborto, por niveles e instituciones	
Personal (incluso adiestramiento)					x	x	x	x	Determinar las necesidades de formación de personal
Equipo			x				x		Determinar las necesidades de equipo y suministros
Suministros			x				x		
Servicios prestados de asistencia al aborto	x						x	x	
Número existente y potencial en casos de aborto	x						x		Preparar planes y presupuestos de servicios de aborto
Tasas de complicaciones/mortalidad	x	x					x		Establecer objetivos
Costo de la asistencia urgente al aborto	x				x				Determinar las necesidades de formación
Calidad de la asistencia (idoneidad de los servicios clínicos, disponibilidad de locales, afluencia de pacientes, tiempo de espera, percepciones de las pacientes, etc.)	x	x	x				x	x	Analizar la legislación existente
									Colaborar en el establecimiento de presupuestos
									Analizar la legislación existente
									Prestar servicios de aborto de alta calidad

Planificación de la asistencia a casos de aborto

Cuadro 7. Información sobre condiciones nacionales y comunitarias, sus fuentes y sus usos

Tipos de información	Fuentes potenciales						Usos posibles
	Censo	Encuestas especiales	Registros de hospital	Registros de la Administración	Registros sobre aborto	Entrevistas	
Datos de población/demográficos							Determinar los grupos destinatarios y el número potencial de casos
Nº de mujeres en edad fecunda	x	x					
Tasas de natalidad	x	x		x			Determinar la tendencia de las tasas de natalidad y de mortalidad materna como indicadores de la demanda de aborto
Tasas de mortalidad materna (por causas)	x	x	x	x	x		
Creencias socioculturales y religiosas		x				x	Diseñar actividades y servicios de educación
Situación legal y política del aborto				x			Diseñar servicios y registros, y determinar las necesidades de notificación
Reproducción: pautas/actividades		x		x	x	x	Determinar los conocimientos, las actitudes y las prácticas en materia de aborto y planificación de la familia Determinar las tendencias Determinar la demanda insatisfecha
Indicadores económicos							Determinar las consecuencias económicas de la mortalidad y la morbilidad por aborto
Participación de la mujer en la fuerza de trabajo	x	x				x	Determinar la posibilidad de cobro por los servicios y el precio
Costo del aborto y de la planificación de la familia		x	x			x	

Cuadro 7. (continuación)

Tipos de información	Fuentes potenciales						Usos posibles
	Censo	Encuestas especiales	Registros de hospital	Registros de la Administración	Registros sobre aborto	Entrevistas	
Recursos comunitarios							
Servicios existentes de aborto y planificación familiar		x			x	x	Determinar la disponibilidad de servicios y su seguridad
Disponibilidad de recursos para la asistencia al aborto		x	x	x		x	Establecer un presupuesto, así como sistemas de envío de casos y formación para la asistencia al aborto
Colaboradores potenciales (envío de casos y recursos de formación)		x		x		x	

Establecimiento de objetivos

Los administradores necesitan establecer objetivos programáticos específicos encaminados a reducir la mortalidad y la morbilidad por aborto, y basados en un buen conocimiento tanto de las necesidades de asistencia urgente como de la situación de los servicios que existen. Los objetivos programáticos deben indicar los cambios específicos que el administrador espera conseguir mediante el programa en un plazo determinado. Como ejemplos de objetivos programáticos en materia de asistencia al aborto pueden citarse los siguientes:

- dar formación a todas las parteras profesionales de nivel primario para que en un plazo de cuatro años puedan practicar evacuaciones uterinas de urgencia dentro del primer trimestre de embarazo;
- en un plazo de un año, dar tratamiento al 75% de los casos de complicaciones del aborto en el primer nivel de asistencia, en lugar de enviarlos a niveles superiores;
- en el plazo de dos años, facilitar por lo menos al 80% de los alumnos de secundaria información escrita sobre los riesgos del aborto en malas condiciones y sobre la prevención de embarazos no deseados.

Parte del proceso de fijación de objetivos es el establecimiento de metas parciales o indicadores de los progresos realizados, ya que ello permitirá a los administradores controlar la marcha del programa. Las metas parciales deben ser lo más específicas posible y conviene fijar un plazo para alcanzarlas. Por ejemplo, si el objetivo es formar parteras profesionales a nivel de atención primaria para que dentro de cuatro años puedan efectuar evacuaciones uterinas de urgencia en el primer trimestre del embarazo, algunas metas parciales importantes serían:

- establecer un plan de estudios durante los tres primeros meses;
- celebrar regularmente sesiones didácticas para las nuevas parteras que acudan a los centros de atención primaria cada año;
- evaluar, mediante el oportuno seguimiento, la competencia demostrada por las parteras en los servicios de atención primaria una vez que terminan su formación;
- evaluar cada cuatro años el programa de formación.

Intervenciones

Se entiende por intervenciones las actividades realizadas para alcanzar los objetivos del programa. Las intervenciones para mejorar

la asistencia a casos de aborto pueden tener lugar a todos los niveles, desde el sistema nacional de atención sanitaria hasta los servicios aislados. Pueden citarse, entre otras, las siguientes intervenciones:

A nivel nacional

- Revisión del plan de estudios del personal profesional de salud para incluir en él la asistencia urgente a casos de aborto.
- Descentralización de los servicios de asistencia urgente a casos de aborto incluyéndolos en los centros de atención primaria.
- Incorporación del aborto voluntario al sistema de asistencia ambulatoria al nivel más bajo que sea apropiado, en respuesta a posibles cambios de la legislación o la normativa.
- Modificación de la lista de los suministros y el equipo que se recomienda adquirir cuando se implantan procedimientos mejorados.

A nivel subnacional (provincial, estatal, zonal, etc.)

- Adiestramiento del personal empírico tradicional para que imparta educación sanitaria sobre planificación familiar y sobre riesgos del aborto practicado sin las debidas precauciones.
- Celebración de una conferencia de planificadores y administradores sanitarios para informarles acerca de los efectos que tienen las complicaciones del aborto improvisado en el uso de los servicios de asistencia sanitaria.
- Organización de seminarios para mejorar la eficiencia de los servicios de envío de casos y transporte de pacientes a otros niveles de atención.

A nivel de hospital o dispensario

- Apertura de una sala de tratamiento de casos de aborto en el dispensario o de una sala de urgencias.
- Uso del método de aspiración por vacío en lugar del de dilatación y raspado.
- Implantación de normas de higiene y vigilancia de las prácticas de todo el personal para evitar infecciones, en particular la evacuación de residuos y la limpieza del material.
- Celebración de sesiones de adiestramiento en el servicio para el personal, sobre los problemas clínicos y psicosociales de la asistencia a casos de aborto.

Complicaciones del aborto

- Traslado del aborto voluntario a un servicio ambulatorio.
- Reducción del uso de la anestesia general para evacuación uterina.

A nivel comunitario

- Instrucción de los agentes locales de salud para que puedan reconocer las complicaciones del aborto y enviar a las pacientes a los servicios adecuados.
- Instrucción de los agentes locales de salud respecto a la necesidad de evitar prácticas abortivas peligrosas.

Referencia

ROGO K (1990) *Medical implications and adolescent sexuality*. Documento presentado en la Primera Conferencia Interafricana sobre Salud de los Adolescentes, Nairobi.

EVALUACION INICIAL EN LA ASISTENCIA URGENTE A CASOS DE ABORTO

Además del estado general de salud de la mujer, hay cuatro factores principales que determinan la mortalidad y la morbilidad por aborto, sea éste legal o ilegal. Esos factores son: la habilidad del que atiende el caso, la duración del embarazo y la disponibilidad y la calidad de los servicios médicos que tratan las complicaciones del aborto (Liskin, 1980).

Ante la frecuencia de las complicaciones tanto del aborto espontáneo como del provocado, todos los niveles del sistema de atención sanitaria deben contar con los elementos básicos de la asistencia urgente. Los servicios específicos de una instalación o un agente de salud irán desde la educación sanitaria, la reanimación y el envío del caso a otros niveles, hasta la intervención quirúrgica cuando hay complicaciones graves.

Este capítulo trata de la evaluación del estado de la mujer que solicita ayuda en caso de aborto incompleto y del tratamiento de las complicaciones graves que requieren atención inmediata. El capítulo 6 versa sobre técnicas de evacuación uterina, es decir, la extracción de los productos de la concepción no expulsados, intervención que necesitan la mayoría de las mujeres que solicitan asistencia urgente y que, además, es un elemento básico de los servicios de aborto voluntario. Es esencial que los administradores de todos los niveles estén informados sobre ese tema para determinar las necesidades en materia de servicios, suministros y equipo, personal y adiestramiento. Todas esas cuestiones se analizan con más detalle en los capítulos que siguen.

Evaluación inicial

Es posible que la mujer que acude a un servicio para consulta o tratamiento con hemorragia, fiebre o dolor en el bajo abdomen no sepa si está embarazada. En cualquier caso, podría estar experimentando un aborto espontáneo o padeciendo las complicaciones correspondientes. En consecuencia, siempre que un agente de salud de cualquier nivel del sistema de asistencia sanitaria sea consultado por una mujer en edad fecunda que presente esos

Complicaciones del aborto

síntomas, habrá de considerar la posibilidad de un embarazo, independientemente de la historia menstrual o anticonceptiva de esa mujer. Es imprescindible una evaluación inicial exacta para administrar el tratamiento apropiado o enviarla sin demora al servicio competente.

Entre los signos y síntomas críticos de aborto incompleto y de complicaciones que requieren atención inmediata están los siguientes:

- hemorragia vaginal,
- dolor abdominal,
- infección,
- choque.

El personal de todos los niveles del sistema de atención sanitaria debe saber cómo preparar una breve historia clínica y evaluar el estado físico inmediato de la mujer. Para el personal con poca formación o recursos limitados puede ser difícil diagnosticar con exactitud un aborto incompleto o sus complicaciones. Un trastorno grave como el embarazo extrauterino o ectópico puede producir una prueba de embarazo positiva y presentar síntomas análogos a los del aborto incompleto, haciendo así aún más difícil el diagnóstico exacto. Es esencial, por tanto, que el personal de salud esté preparado para enviar los casos a otros niveles y organizar su transporte a un servicio que pueda dar un diagnóstico definitivo y prestar sin demora la atención apropiada.

Cuando ha recibido formación, el personal del primer nivel de contacto debe hacer un reconocimiento físico de la paciente, con toma de temperatura, pulso y presión arterial (signos vitales), y un examen pélvico (con espéculo y bimanual). Si el examen no revela pruebas evidentes de embarazo conviene confirmar la existencia de éste en laboratorio. Si ello no es posible habrá que aplicar el tratamiento basándose solo en la historia y en los resultados clínicos. Es necesario evaluar la duración y la importancia de la hemorragia y calcular la edad gestacional¹ y el tamaño del útero por palpación. Si hay descarga vaginal purulenta o de mal aspecto puede obtenerse un espécimen para análisis en laboratorio, si es posible, pero ello no habrá de demorar la iniciación del tratamiento.

El aborto espontáneo es frecuente y puede producirse antes de que se

¹ En todo este texto, las referencias a la gestación o a la duración del embarazo se basan en el número de semanas completas transcurridas desde el primer día del último período menstrual.

Cuadro 8. Atención clínica del aborto espontáneo sin complicaciones

Diagnóstico	Manifestaciones	Tratamiento ^a
Aborto posible	Hemorragia ligera o moderada Calambres Cuello del útero sin dilatar Prueba de embarazo positiva	Observación Actividad reducida
Aborto inevitable	Hemorragia Cuello del útero dilatado	Observación Evacuación uterina Medicación uterotónica
Aborto incompleto	Hemorragia Expulsión parcial de productos de la concepción Cuello del útero dilatado	Evacuación uterina inmediata Medicación uterotónica
Aborto completo	Expulsión completa de los productos de la concepción	Observación Medicación uterotónica
Aborto fallido	Muerte fetal con expulsión diferida Puede ser complicado por afibrinogenemia, coagulación intravascular difusa o hemorragia aguda Útero estrecho para la fecha Regresión del embarazo	Evacuación uterina lo antes posible Puede requerir tratamiento de coagulopatía

^a Todos los tratamientos, incluso la medicación uterotónica por personal no médico debe ajustarse a los correspondientes protocolos locales.

reconozca o diagnostique el embarazo (Wilcox et al., 1988). Los tipos de diagnóstico y la atención del aborto espontáneo se detallan en el cuadro 8. El aborto espontáneo sin complicaciones puede ser atendido en un ambulatorio de primer nivel si se dispone de personal y equipo apropiados. A las mujeres atendidas por ese tipo de aborto se las suele dar de alta tras un corto período de observación. Cuando una mujer acude a un servicio que no cuenta con equipo o personal para dispensar la atención necesaria es esencial la estabilización y el rápido envío del caso a otro nivel de asistencia.

Cuando sea preciso el envío a un nivel superior de asistencia, el personal clínico habrá de estar capacitado para reanimar a las pacientes (es decir, restaurar o mantener los signos vitales) de manera que se las pueda transportar sin demora al servicio más cercano para tratamiento definitivo (véase el capítulo 11). Los siguientes elementos básicos de la reanimación de urgencia deberán ser obtenibles de inmediato en el puesto donde la mujer solicite inicialmente asistencia, especialmente cuando hay que prepararla para el envío y el transporte a otro servicio o cuando se retrasa el tratamiento definitivo:

Complicaciones del aborto

- apertura de la vía aérea y respiración;
- contención de hemorragias;
- administración de suero;
- alivio del dolor.

Complicaciones del aborto que requieren asistencia urgente

Las principales complicaciones graves de un aborto practicado en condiciones de riesgo son la hemorragia, la infección y las lesiones del tracto genital y de los órganos internos. Los productos residuales de la concepción contribuyen a menudo a esas complicaciones; este tema se examina en el capítulo 6. Las reacciones tóxicas a las sustancias químicas y los fármacos empleados para provocar el aborto pueden agravar las complicaciones en las mujeres, que al final acaban recurriendo al sistema estructurado de salud. Los servicios sanitarios de todos los niveles deben estar preparados las 24 horas del día para dispensar atención urgente a esos casos en la medida de sus posibilidades.

Se han hecho dos observaciones importantes en los estudios sobre toda clase de complicaciones del aborto, a saber:

- la morbilidad y la mortalidad son directamente proporcionales a la edad gestacional;
- las complicaciones son más frecuentes y más graves en entornos donde el aborto autoinducido o provocado sin precauciones es común y donde no existen servicios de planificación familiar para evitar embarazos no deseados ni tampoco servicios clínicos para atender casos de aborto.

En consecuencia, lo primero para prevenir complicaciones del aborto a nivel comunitario es educar a los agentes de salud y al público en general para que se preste asistencia oportunamente y en las debidas condiciones a los casos de aborto espontáneo e inducido y se renuncie al uso de prácticas peligrosas.

Medidas en caso de hemorragia

La hemorragia prolongada o excesiva es la complicación más común que se observa en los servicios de asistencia a abortos. Los productos de la concepción que quedan retenidos son la principal causa de la efusión de sangre en la mayoría de los casos, pero también puede serlo el traumatismo, la acción de agentes químicos o los defectos de coagulación sanguínea en los abortos incompletos. Si la hemorragia

se debe a la retención de productos, será preciso evacuar el útero pero si se debe a traumatismo o lesión del cuello uterino habrá que recurrir a la sutura. Entre los procedimientos no quirúrgicos para contener la hemorragia están el masaje uterino y la administración de fármacos uterotónicos.

El tratamiento a tiempo de la pérdida excesiva de sangre es de importancia crítica, ya que cualquier retraso en la contención de la hemorragia y en la restauración de líquidos o del volumen de sangre puede tener secuelas mortales. La pérdida de sangre se puede evaluar por observación de la presión arterial, el pulso y la cantidad de orina. Tras la evaluación inicial y la administración de suero intravenoso a la paciente conviene enviarla lo antes posible a un servicio dotado de equipo y material de transfusión de sangre. Para evitar demoras, el envío y el transporte deben estar organizados de antemano. Las redes de envío de casos se analizan con más detalle en el capítulo 11.

El uso selectivo de la transfusión o de productos sanguíneos es importante para reducir el riesgo de transmisión de agentes infecciosos como el virus de la hepatitis o el de la inmunodeficiencia humana. La pérdida grave de sangre debe remediarse de ordinario con suero salino normal y expansores del plasma mejor que con eritrocitos concentrados o sangre entera. En general, lo que se necesita es restituir el volumen de sangre y no los eritrocitos, sin contar con que los expansores del plasma son inocuos, menos costosos y admiten una transfusión más rápida. Sólo deben recibir transfusiones las mujeres que tengan un nivel bajo de hemoglobina y presenten síntomas de pérdida aguda de sangre o anemia grave (Hollán et al., 1990). En el anexo 2G se indica el material necesario para la transfusión de sangre.

Cuando se necesite una transfusión habrá que hacerla con las precauciones debidas. Con arreglo a la Iniciativa Mundial para la Seguridad Hematológica (empresa en colaboración de la OMS y algunos otros organismos internacionales) se han preparado directrices sobre el uso apropiado de la sangre. Esas directrices comprenden información específica respecto a las medidas a adoptar en caso de hemorragia y choque y respecto a la administración de sangre y productos sanguíneos. Esos datos deberían ser estudiados por los administradores a todos los niveles y se deberían facilitar al personal de todas las instalaciones que participan en la reposición de la sangre (OMS, 1989). La sangre que no haya sido obtenida de donantes apropiadamente escogidos o no haya sido analizada para saber si contiene agentes infecciosos sólo se debería administrar en circunstancias muy excepcionales cuando está en peligro la vida del paciente (OMS, 1989).

Medidas en caso de infección

Con ocasión de un aborto cabe sospechar la presencia de una infección si la mujer presenta alguno de los siguientes síntomas:

- fiebre y escalofríos,
- descarga vaginal o uterina de olor fuerte,
- dolor abdominal o pélvico,
- efusión de sangre prolongada o maculación,
- sensibilidad del útero y los adnexa en el examen pélvico o dolor con el movimiento en el cuello uterino.

A esas pacientes hay que administrarles antibióticos y practicarles una evacuación del útero lo antes posible (véase el capítulo 6). Aunque es preferible que para ello estén hospitalizadas, a veces también puede tratárselas en régimen ambulatorio según la gravedad de la infección, la capacidad de la interesada para seguir el tratamiento y su disposición o posibilidad de repetir las visitas. Si la infección es grave y se propaga fuera del útero o si se diagnostica septicemia puede necesitarse hospitalización, diagnóstico específico en laboratorio, administración de suero intravenoso, tratamiento con antibióticos por vía parenteral, cuidados intensivos y a veces cirugía. Requiere en particular tratamiento médico intensivo en un servicio de nivel superior el choque séptico, trastorno grave consistente en colapso circulatorio causado por una toxina bacteriana.

La infección ulterior es rara cuando el aborto es voluntario y se practica en buenas condiciones pero si existe suele estar asociada con la presencia de productos residuales de la concepción en el útero. En tal caso, los signos de infección pueden no manifestarse hasta varios días después del aborto. Por ello, debe informarse a todas las pacientes sobre la importancia de reconocer y notificar síntomas tales como fiebre, dolor y descarga vaginal de olor fuerte. El tratamiento dependerá de la gravedad de la infección. En los casos leves basta en general con administrar antibióticos polivalentes por vía oral y proceder a la reevacuación del útero.

Varios estudios han demostrado la utilidad de la profilaxis con antibióticos en la asistencia al aborto. Su uso vendrá determinado por la disponibilidad y la práctica locales. En cualquier caso, están especialmente recomendados para personas con alto riesgo de infección, las que tienen una historia de enfermedad inflamatoria de la pelvis, las de conducta sexual promiscua o las que han sufrido un aborto provocado en malas condiciones. La aplicación de anatoxina y

antitoxina tetánicas también se basará en las necesidades y los hábitos locales.

Medidas en caso de lesión del tracto genital y de los órganos internos

La lesión del tracto genital y de los órganos internos es una complicación a veces mortal que además causa una persistente y grave morbilidad entre las mujeres que abortan. Cuando se diagnostica una lesión es importante registrar con exactitud el estado de la mujer en previsión de futuras intervenciones y observación postoperatoria. Lo más corriente es que las lesiones se produzcan cuando el aborto ha sido realizado por una persona inepta o cuando es autoinducido. Ahora bien, también es posible que haya trauma resultante de una intervención aunque ésta tenga lugar en un entorno médico y sea realizada por personal adiestrado. Las lesiones pueden afectar a casi cualquier órgano interno. Las más frecuente son la perforación del útero y la laceración del cuello uterino. También pueden resultar dañados los ovarios, las trompas de Falopio, la vejiga, el intestino y el recto.

La lesión del cuello uterino puede ser debida al uso de instrumentos inadecuados o a una dilatación demasiado forzada. Cuando se sospecha que hay perforación del útero las medidas apropiadas son observación, laparoscopia o laparotomía. Cualquier lesión interna, si no se diagnostica y trata debidamente puede ser causa de complicaciones graves, en particular hemorragia e infección, a veces mortales. En consecuencia, cuando se tratan complicaciones consiguientes a un aborto improvisado siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de lesión grave del tracto genital. El pronto envío del caso a un nivel apropiado para tratamiento completo puede ser de importancia crítica. A veces, incluso con ese tratamiento, el estado de salud y la fecundidad de la mujer corren un grave peligro.

Medidas en caso de reacciones tóxicas y químicas

Los fármacos y otras sustancias químicas utilizadas para provocar el aborto pueden producir reacciones sistémicas y localizadas. Los síntomas varían mucho según la sustancia y el método de aplicación. A veces se las utiliza en combinación con técnicas abortivas generalmente traumáticas. Por ello, cuando se diagnostica hemorragia, infección o trauma hay que evaluar además la posibilidad de reacciones tóxicas y químicas. Las secuelas de esas prácticas pueden ser trastornos hepáticos y renales, alteración gastrointestinal, afecciones del sistema nervioso central como cefalalgia, confusión y delirio, y quemaduras químicas. En este

Complicaciones del aborto

último caso han de adoptarse precauciones especiales para evitar la infección y la pérdida de líquidos con deshidratación. Las quemaduras químicas pueden dejar cicatrices y estenosis.

Medidas en caso de evacuación incompleta del útero

En los abortos de urgencia y en los provocados es esencial asegurarse de que no quedan en el útero productos residuales de la concepción. Eso puede ocurrir después de cualquier procedimiento de evacuación uterina sea para tratar las complicaciones del aborto o para provocarlo. En los abortos de urgencia es difícil saber la cantidad de productos que deben expulsarse. Por ello siempre es de suma importancia inspeccionar los tejidos evacuados. Al provocar un aborto puede ocurrir que el embarazo no quede interrumpido, especialmente en casos de gestación muy temprana (5-7 semanas) o de anomalías o distorsiones del útero. La ausencia de partes del feto o la placenta en los tejidos extraídos (véase en capítulo 7) puede indicar una evacuación incompleta y embarazo persistente o ectópico, lo que requerirá investigación y tratamiento sin demora. Cuando la evacuación del útero es incompleta puede ser necesario volver a practicarla. Todo ello pone de relieve la importancia de que en las instrucciones al dar el alta se detallen las complicaciones y la reanudación del menstruo (véanse las páginas 60 a 61).

Secuelas a largo plazo del aborto en condiciones de riesgo

El aborto en condiciones de riesgo es una causa importante de morbilidad materna. En cambio, el aborto provocado con las debidas precauciones no se asocia en general con efectos negativos a largo plazo. El recurso a abortistas incompetentes que trabajan sin respetar los requisitos de higiene, o los esfuerzos por autoprovocarse el aborto dejan a muchas mujeres con graves secuelas de impedimento físico, dolor, enfermedad inflamatoria de la pelvis, infecundidad secundaria y riesgo agravado de embarazo ectópico. Las mujeres con historia de enfermedad inflamatoria de la pelvis están muy expuestas a ese trastorno a raíz de un aborto, así como a sus consecuencias de merma de la fecundidad y dolor (Heisterberg, 1988). La morbilidad directamente asociada al aborto provocado sin las debidas precauciones se ve en muchos casos agravada por la dificultad de conseguir asistencia urgente o por el retraso con que se obtiene.

Referencias

- HEISTERBERG L (1988) Enfermedad inflamatoria de la pelvis consiguiente al aborto provocado en el primer trimestre. *Danish medical bulletin*, 35(1): 64-75.

- HOLLÁN SR ET AL., eds. (1991) *Gestión de servicios de transfusión de sangre*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- LISKIN LS (1980) Complications of abortion in developing countries. *Population reports*, Serie F, N° 7.
- WILCOX AJ ET AL. (1988) Incidence of early loss of pregnancy. *New England journal of medicine*, **319**(4): 189-242.
- OMS (1989) *Global Blood Safety Initiative: Guidelines for the appropriate use of blood*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento inédito WHO/LAB/89.10; obtenible del servicio de Tecnología de Laboratorio de Salud y Seguridad Hematológica, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
- OMS (1990) *Core protocol of the operational research study on adequate supply of blood at the community or first referral level*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento inédito, obtenible del servicio de Salud Maternoinfantil y Planificación de la Familia, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).

MÉTODOS DE EVACUACION UTERINA

Se han mejorado las técnicas y métodos existentes y se han establecido otros nuevos para practicar evacuaciones del útero en condiciones de eficacia e inocuidad, y están en estudio fármacos abortivos potencialmente eficaces. Para atender las complicaciones del aborto y reducir su incidencia es esencial poner al alcance del personal clínico esas técnicas inocuas y rentables, e instruirlo en su aplicación (Ladipo, 1989).

La evacuación del útero, consistente en extraer de él todos los productos residuales de la concepción, es esencial tanto en la asistencia al aborto urgente como al voluntario. En el primer caso, la extracción debe realizarse sin demora para prevenir complicaciones, especialmente cuando hay hemorragia abundante o prolongada. La evacuación uterina es siempre practicable porque para ella no se necesitan instalaciones complicadas. Para los casos de aborto incompleto, la OMS incluye esa operación entre los elementos esenciales de los servicios de obstetricia que deben ofrecerse en el primer nivel de envío de casos (OMS, 1991). En muchos países, la evacuación uterina es practicable incluso a nivel de atención primaria cuando se ha adiestrado debidamente a los agentes de salud.

Existen muchas técnicas de evacuación del útero. En general, las utilizadas a determinado nivel del sistema de asistencia sanitaria se basan en las indicaciones clínicas, la aptitud y experiencia del personal del servicio y la disponibilidad de equipo y fármacos adecuados. Los límites de edad gestacional o volumen uterino para la intervención variarán según las normas y las preferencias locales. Sin embargo, una de las normas básicas para la evacuación quirúrgica del útero es la asepsis estricta y la extracción completa de los productos de la concepción con traumatismo mínimo, sea cual fuere el nivel del servicio que presta la asistencia o la técnica que utilice.

Métodos de urgencia en el primer trimestre

Los abortos del primer trimestre son los que tienen lugar dentro de las doce primeras semanas de embarazo. Las técnicas de evacuación uterina utilizadas para abortos de urgencia en el primer trimestre son:

- *Aspiración por vacío*¹. Esta técnica ginecológica menor con traumatismo mínimo es la que generalmente se prefiere para la evacuación uterina durante el primer trimestre (Hodgson, 1981). Las cánulas utilizadas para la aspiración por vacío son de plástico flexible, plástico rígido o metal. Una vez evacuado el útero puede procederse a una exploración suave con la cureta para confirmar la extracción total del contenido, pero generalmente no suele ser necesario ni está siempre recomendado. Para la aspiración se utilizan jeringas manuales, bombas eléctricas y bombas accionadas con pedal.
 - Para la *aspiración manual por vacío* hace falta una jeringa apropiada y cánulas de plástico flexible de varios diámetros (figura 3). Esta técnica suele utilizarse sólo cuando el tamaño del útero no excede del correspondiente a las doce primeras semanas de gestación.
 - Las *bombas eléctricas o accionadas con pedal* pueden emplearse con cánulas de plástico o de metal. Este procedimiento se usa a veces también durante la primera parte del segundo trimestre.
- *Dilatación y raspado*. El raspado es frecuente todavía en muchas regiones; sin embargo, se está reemplazando por la aspiración, que es más segura y menos traumática si el equipo es apropiado y está bien mantenido.

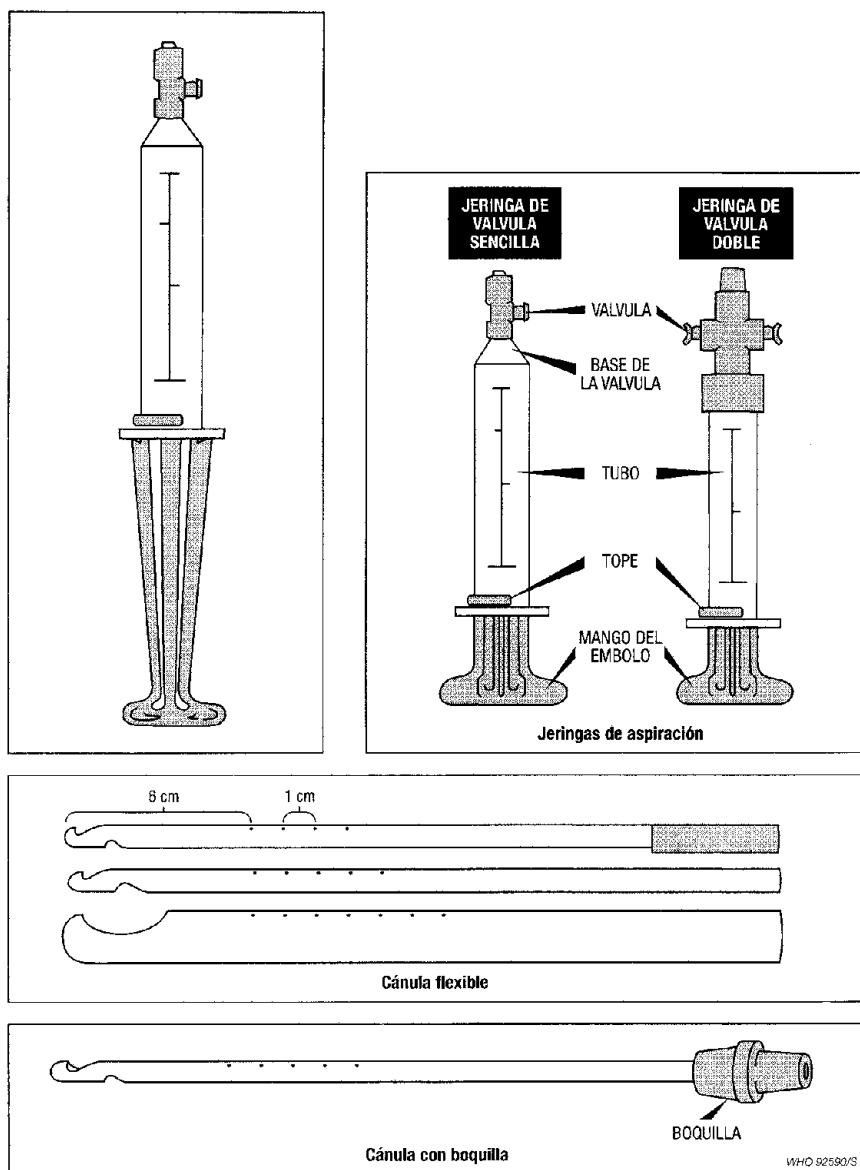
La investigación clínica de los últimos 25 años ha confirmado la aspiración por vacío como la técnica más segura de evacuación uterina para abortos incompletos o provocados durante el primer trimestre. La inocuidad y la eficacia del método han quedado comprobadas en más de 70 estudios que abarcaron como mínimo 500 000 mujeres (Greenslade et al., 1993).

La investigación más amplia y más completa sobre el método de aspiración fue la realizada con arreglo al Programa Común para el Estudio del Aborto, ya que comprendió el análisis de datos de casi 250 000 casos de aborto provocado en los Estados Unidos de América (Tietze & Lewit, 1972; Cates et al., 1977; Cates et al., 1979b; Buehler et al., 1975; Binkin, 1986; Tietze & Henshaw, 1986). La tasa de complicaciones importantes era mínima cuando la aspiración se practicaba dentro de las 12 semanas transcurridas desde el último período menstrual. Los abortos realizados dentro de las 7-8 semanas presentaron las tasas de complicación más bajas; el riesgo de complicaciones importantes aumentaba en un 15-30% con cada

¹ También denominada raspado por succión, regulación menstrual, aspiración endométrica, intercepción de embarazo y minisucción.

Complicaciones del aborto

Figura 3. Material de aspiración por vacío



semana de retraso. En el cuadro 9 se resumen datos del programa precitado, indicativos de que para la evacuación uterina, el método de aspiración presenta menores complicaciones que el raspado simple.

Cuadro 9. Comparación de la tasa de complicaciones con el método de aspiración y con el raspado simple

Método	Nº total de complicaciones (por 100 abortos)	Nº de complicaciones importantes (por 100 abortos)
Aspiración por vacío	5,0	0,4
Raspado simple	10,6	0,9

Adaptado de Grimes et al., 1977a.

Métodos de urgencia a principios del segundo trimestre

Dentro de las 12-14 primeras semanas de embarazo la evacuación uterina puede realizarse sin riesgo en instalaciones ambulatorias si éstas disponen de personal capacitado y material idóneo, y si pertenecen a una red de niveles escalonados de envío de casos. La evacuación puede realizarse por aspiración con bomba eléctrica o de pedal usando una cánula grande o por raspado (véase la página 51).

Métodos de urgencia entrado el segundo trimestre

Cuando a una mujer se le diagnostica aborto incompleto ya entrado el segundo trimestre de embarazo (más de 14 semanas completas de gestación) conviene enviarla para tratamiento al primer nivel de asistencia. En la mayoría de esos casos, el cuello del útero está ya dilatado y las medidas esenciales son detener la hemorragia y evacuar la cavidad uterina. Eso puede hacerse administrando oxitocina por vía intravenosa y extrayendo los residuos de la concepción a mano o con instrumentos. Puede ocurrir que el estado de la mujer y en especial la presencia de complicaciones exija su envío a un nivel superior de asistencia.

Métodos optativos en el primer trimestre

Durante el primer trimestre pueden usarse para el aborto provocado los métodos de evacuación uterina de urgencia (aspiración o dilatación y raspado); además, existen las siguientes técnicas:

- *Regulación menstrual.* Este término se refiere a la aspiración manual con jeringa a comienzos del embarazo y a veces también a la evacuación uterina cuando éste no ha sido confirmado.
- *Antiprogestinas.* Ciertos fármacos como la mifepristona podrían representar un procedimiento innovador de provocación precoz del aborto. Se trata de compuestos sintéticos por vía oral que podrían sustituir a la evacuación por métodos quirúrgicos, particularmente si van seguidos, en las 48 horas siguientes, de la

administración de una prostaglandina. Sin embargo, se precisa supervisión facultativa debido a la posibilidad de hemorragia prolongada o excesiva y al riesgo, escaso pero importante, de aborto incompleto o continuación del embarazo. En algunos casos habrá que terminar la evacuación por métodos quirúrgicos.

Métodos optativos en el segundo trimestre

Para el aborto voluntario a partir de las 14 semanas de gestación se requiere un equipo quirúrgico completo y un nivel superior de capacitación porque son mayores las posibilidades de traumatismo quirúrgico y pérdida excesiva de sangre. El hecho, bien demostrado, de que las complicaciones del aborto son más frecuentes a medida que es más avanzada la gestación, corrobora la importancia de facilitar los medios necesarios para poner término al embarazo en los lugares donde eso está legalmente autorizado (Cates & Grimes, 1981). Los métodos de evacuación uterina en el segundo trimestre sólo se deberían aplicar cuando haya el personal capacitado y los servicios de apoyo necesarios.

Los métodos utilizables son diversos pero pueden citarse los siguientes:

- *Dilatación y evacuación.* La evacuación quirúrgica por succión combinada con el uso de fórceps especiales ha resultado más segura que todos los demás métodos de aborto en el segundo trimestre, cuando la practica un operador experimentado y se combina con la aplicación de varias capas de laminaria o dilatadores sintéticos (Cates et al., 1982; Grimes et al., 1977b; Peterson et al., 1983). Es imprescindible disponer de personal competente y equipo adecuado (Cates et al., 1980).
- *Prostaglandinas o sus derivados.* Estos fármacos pueden ser eficaces para administración intraamniótica, extraamniótica o vaginal. El uso de prostaglandinas puede tener efectos secundarios, a veces de importancia, que exijan la hospitalización de la paciente para supervisión médica u observación (Cates et al., 1979a; Grimes et al., 1977c; Hern 1990; Rogo & Nyamu, 1989). Hay otros métodos que se consideran más seguros.
- *Amniotomía de otros productos.* Ciertas sustancias como la urea hipertónica o la solución salina se utilizan a veces para provocar contracciones del útero en el segundo trimestre. Esos compuestos pueden tener efectos secundarios, a veces graves. La amniotomía debe utilizarse combinada con relajadores del cuello del útero, por

ejemplo laminaria en capas múltiples o prostaglandina en supositorios.

- *Extracción por cirugía abdominal.* Antes era frecuente utilizar la histerotomía y la hysterectomía para el aborto cuando estaba avanzado el embarazo; sin embargo, esos métodos están desacreditados y raramente se emplean ahora.

Dilatación del cuello uterino

Para la evacuación del útero es preciso que el cuello esté lo bastante dilatado para permitir el paso de los instrumentos. En algunos casos de aborto incompleto ese grado de dilatación ya se ha conseguido cuando el tratamiento empieza y no hace falta dilatación suplementaria. Otras veces ésta es indispensable, sobre todo cuando se utilizan instrumentos de gran tamaño. Para el aborto provocado se necesita a menudo una cierta dilatación del cuello uterino. Entre los medios disponibles están los dilatadores mecánicos (por ejemplo, los de Pratt, Denniston y Hegar) y los osmóticos (por ejemplo laminaria y sucedáneos sintéticos). Para relajar el cuello uterino cuando está avanzado el embarazo se utilizan a veces preparaciones de prostaglandina.

En cualquier procedimiento de dilatación es importante reducir al mínimo el traumatismo del cuello del útero. Con los dilatadores mecánicos debe procederse lentamente y con suavidad. El bloqueo paracervical es a veces indispensable para mitigar el dolor debido a la dilatación mecánica.

Referencias

- BINKIN NJ (1986) Trends in induced legal abortion morbidity and mortality. *Clinics in obstetrics and gynaecology*, **13**(1): 83-93.
- BUEHLER JW ET AL. (1985) The risk of serious complications from induced abortion: do personal characteristics make a difference? *American journal of obstetrics and gynecology*, **153**(1): 14-20.
- CATES W Jr, GRIMES DA (1981) Morbidity and mortality in the United States. En: Hodgson JE, ed. *Abortion and sterilization: medical and social aspects*. Londres, Academic Press.
- CATES W Jr ET AL. (1977) The effect of delay and method choice on the risk of abortion morbidity. *Family planning perspectives*, **9**(6): 266-273.
- CATES W Jr ET AL. (1979a) Sudden collapse and death of women obtaining abortions induced with prostaglandin F2 α . *American journal of obstetrics and gynecology*, **133**(4): 398-400.
- CATES W Jr ET AL. (1979b) Short-term complications of uterine evacuation techniques for abortion at 12 weeks' gestation or earlier. En: Zatuchni GI, Sciarra JJ, Spiedel JJ, eds., *Pregnancy termination: procedures, safety and new developments*. Hagerstown, MD, Harper & Row.

Complicaciones del aborto

- CATES W JR ET AL. (1980) Dilatation and evacuation for induced abortion in developing countries: advantages and disadvantages. *Studies in family planning*, **11**(4): 128-133.
- CATES W JR ET AL. (1982) Dilatation and evacuation procedures and second-trimester abortions: the role of physician skill and hospital setting. *Journal of the American Medical Association*, **248**(5): 559-563.
- GREENSLADE FG ET AL. (1993) *Manual vacuum aspiration: a summary of clinical and programmatic experience worldwide*, Carrboro, NC, IPAS, 1993.
- GRIMES DA ET AL. (1977a) The Joint Program for the Study of Abortion/ CDC: a preliminary report. En: Hern W, Andrikopoulos B, eds. *Abortion in the seventies*. Nueva York, National Abortion Federation.
- GRIMES DA ET AL. (1977b) Mid-trimester abortion by dilatation and evacuation: a safe and practical alternative. *New England journal of medicine*, **296**(20): 1141-1145.
- GRIMES DA ET AL. (1977c) Mid-trimester abortion by intraamniotic prostaglandin F_{2α}: safer than saline? *Obstetrics and gynecology*, **49**(5): 612-616.
- HERN WM (1990) *Abortion practice*. Filadelfia, Lippincott.
- HODGSON JE, ed. (1981) *Abortion and sterilization: medical and social aspects*. Londres, Academic Press.
- LADIPO OA (1989) Preventing and managing complications of induced abortion in Third World countries. En: Rosenfield A et al., eds. *Women's health in the Third World: the impact of unwanted pregnancy*. *International journal of gynecology and obstetrics*, Supl. 3: 21-28.
- PETERSON WF ET AL. (1983) Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstetrics and gynecology*, **62**(2): 185-190.
- ROGO KO, NYAMU JM (1989) Legal termination of pregnancy at the Kenyatta National Hospital using prostaglandin F_{2α} in mid-trimester. *East African medical journal*, **66**(5): 333-339.
- TIETZE C, HENSHAW SK (1986) *Induced abortion: a world review, 1986*. Nueva York, Alan Guttmacher Institute.
- TIETZE C, LEWIS S (1972) Joint Program for the Study of Abortion (JPSA): early medical complications of legal abortion. *Studies in family planning*, **3**(6): 97-119.
- OMS (1991) *Essential elements of obstetric care at first referral level*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

ELEMENTOS CLINICOS ADICIONALES DE ASISTENCIA AL ABORTO

Una estrategia apropiada de atención sanitaria tendría que satisfacer las necesidades de todos en materia de salud reproductiva, impartiendo educación en pro de una vida sexual responsable y segura, anticoncepción para los sexualmente activos cuando la precisen y servicios de atención al embarazo, el parto y abortos de todo tipo (Sai & Nassim, 1989).

En este capítulo se destacan los elementos de la prestación de servicios que son esenciales para la inocuidad y la eficacia de la atención, sea cual fuere el método de evacuación uterina que se utilice. Incumbe a los administradores sanitarios velar por que esos elementos se incluyan en los protocolos correspondientes y sean aplicados en la práctica por todo el personal.

Anestesia, sedación y analgesia

Aunque en la asistencia al aborto se ha utilizado anestesia general, parcial y local, esta última debería bastar para la mayoría de los procedimientos de evacuación uterina. En efecto, ofrece varias ventajas por comparación con la anestesia general. En ella, la paciente permanece alerta y consciente, de manera que puede indicarle al operador si experimenta síntomas indicativos de alguna complicación. El estado de alerta de la paciente permite además al operador mantener con ella en todo momento una comunicación que puede reducir al mínimo la necesidad de nueva anestesia o sedación. Por otra parte, la recuperación es más rápida cuando se utiliza anestesia local (Nasser, 1989).

Anestesia, sedación y analgesia en la asistencia urgente a casos de aborto

Conviene sopesar los riesgos y las ventajas del uso de la anestesia en vez de la analgesia para evitar el dolor y otros sufrimientos en caso de aborto de urgencia. La reanimación de la paciente debe considerarse más importante que la preparación para la anestesia y la aplicación de ésta. Además, las pacientes con complicaciones peligrosas del aborto pueden encontrarse en un estado que las exponga a un riesgo

de complicaciones aún más graves de la anestesia, como son el choque por pérdida de sangre o la sepsis (King, 1986).

El uso de la anestesia general o parcial debería estar limitado a las instituciones que dispongan de personal capacitado para administrarla e incluso en ellas se debería emplear sólo cuando sea necesario y en casos específicos. Es importante comprobar si existen condiciones físicas que hagan contraindicada la anestesia o influyan en la elección del producto anestésico y, siempre que sea posible, eliminar esas condiciones antes de la operación. Ciertos gases anestésicos, como el halotano o el éter dietílico, pueden provocar relajación de útero y agravar hemorragias, por lo que conviene evitarlos en lo posible (Marx, 1987). La anestesia parcial no está indicada en casos de choque hemorrágico o problemas de coagulación (Dobson, 1988). Tanto cuando se usa la anestesia general como la parcial es preciso disponer de equipo de infusión intravenosa continua, intubación traqueal, administración de oxígeno y reanimación.

El bloqueo paracervical es útil para mitigar el dolor asociado a la dilatación del cuello del útero. Se inyecta un anestésico local debajo de la mucosa cervical y en diversos puntos en torno al cuello uterino (Darney, 1987).

La sedación y la analgesia sin narcosis pueden emplearse separadamente o en combinación para aliviar la ansiedad o mitigar el dolor producido por la evacuación uterina. En muchos casos, particularmente en el primer trimestre y cuando el cuello del útero ya está dilatado antes de la intervención, no será necesario administrar fármacos. Las decisiones respecto a la necesidad de aliviar el dolor y al método empleado para ello se adoptarán en cada caso según la historia clínica de la mujer, la fase de gestación, la paridad, el umbral de dolor percibido y el nivel de ansiedad, así como según los medios clínicos con que cuente la instalación.

El aliento a la paciente antes de la operación, el apoyo psicológico y la presencia de una persona de confianza que le hable y la anime (lo que se denomina a veces «anestesia verbal») reduce y a veces elimina la necesidad de analgésicos químicos. Cuando la paciente es aprensiva o cuando se prevé una intervención dolorosa es conveniente la sedación con un tranquilizante suave, como el diazepam. La dosis se mantendrá en el intervalo que calma la ansiedad pero no induce somnolencia, ya que cualquier complicación inesperada se reconoce más rápidamente cuando la mujer puede decir que siente dolor o cualquier otro síntoma extraño durante la operación.

Anestesia, sedación y analgesia en el aborto voluntario

Muchos de los factores precitados son también aplicables al aborto voluntario, en particular las frases de aliento a la paciente, que son esenciales para mitigar su ansiedad. Aunque para la mayoría de los procedimientos de aborto voluntario practicado a tiempo y sin complicaciones no se requiere analgesia, puede recurrirse a la administración de analgésicos por vía intramuscular o intravenosa, o al bloqueo paracervical, a fin de mitigar el dolor que produce la dilatación mecánica del cuello del útero o el raspado. Conviene evitar la sobredosis de analgésicos (OMS, 1994). Por otra parte, a menudo se recetan analgésicos por vía oral para aliviar las contracciones espasmódicas del útero en el período que sigue inmediatamente al aborto.

El uso de instrumentos especiales y la dilatación lenta del cuello uterino con diversos productos osmóticos hace posible la anestesia local, sola o combinada con sedación suave, incluso en los abortos de segundo trimestre. De esa forma, la paciente permanece despierta y puede comunicarse con el operador. Los dispensarios deben disponer de fármacos de urgencia y de personal capacitado para administrarlos en caso de reacción a algún producto anestésico.

Inspección y eliminación de tejidos residuales

Todos los tejidos extraídos en la evacuación uterina deben ser analizados visualmente como una fase más del procedimiento. En algunos hospitales importantes puede ser obligatorio el diagnóstico del estado de los tejidos por un laboratorio de patología pero eso no es necesario ni tampoco económicamente factible en los dispensarios con recursos limitados. El examen visual directo o con una lente de aumento debe ser efectuado en todos los casos. Esa inspección tiene los siguientes fines:

- comprobar la presencia de tejido del embarazo (véase medidas en caso de evacuación fallida en la página 48);
- comprobar si la evacuación es completa a fin de evitar que queden residuos o que continúe la gestación;
- detectar condiciones patológicas anómalas como sería la mola hidatidiforme.

Debe haber un protocolo de acción para los casos que se desvíen de la norma y para saber el camino a seguir y reducir al mínimo las complicaciones.

Por consideraciones éticas y legales deben preverse métodos

Complicaciones del aborto

adecuados de eliminación de los productos del embarazo. Los administradores sanitarios deben asegurarse de que la eliminación de los tejidos se realiza de una manera higiénica y culturalmente aceptable, y de acuerdo con los protocolos existentes de prevención de infecciones (véase la página 69) para evitar cualquier riesgo. La incineración o la inhumación en contenedores herméticos puede ser apropiada según las circunstancias y las normas vigentes.

Vigilancia postoperatoria

Inmediatamente después de la intervención hay que comprobar el pulso de la paciente, la presión sanguínea y la respiración (signos vitales). Se la puede trasladar a una sala de recuperación donde los auxiliares competentes controlarán su estado. En efecto, durante la recuperación habrá que verificar periódicamente los signos vitales y la presencia de síntomas. Se llamará al médico si durante el período postoperatorio se observan algunos de los síntomas siguientes:

- cambio significativo de los signos vitales;
- mareo, falta de aliento o síncope;
- efusión excesiva de sangre (más que una menstruación normal);
- dolor abdominal fuerte o contracciones espasmódicas.

La paciente recibirá el alta sólo cuando sus signos vitales sean estables y se haya recuperado plenamente de los efectos de la anestesia o la sedación.

Se ha comprobado que las mujeres sometidas a evacuación uterina sin anestesia general ni sedación fuerte y que no presentan complicaciones que requieran atención especial pueden recibir el alta y marcharse el mismo día, de preferencia acompañadas por algún amigo o allegado.

Instrucciones al dar el alta

Al recibir el alta, la mujer debe saber lo que puede ocurrir durante el período de recuperación que sigue al aborto y el servicio a que debe recurrir en caso de que necesite asistencia. Esa información se le dará oralmente y también es útil proporcionarle instrucciones gráficas o por escrito. La figura 4 es un ejemplo que puede ser utilizado o adaptado si fuera preciso. La mujer debe saber lo siguiente:

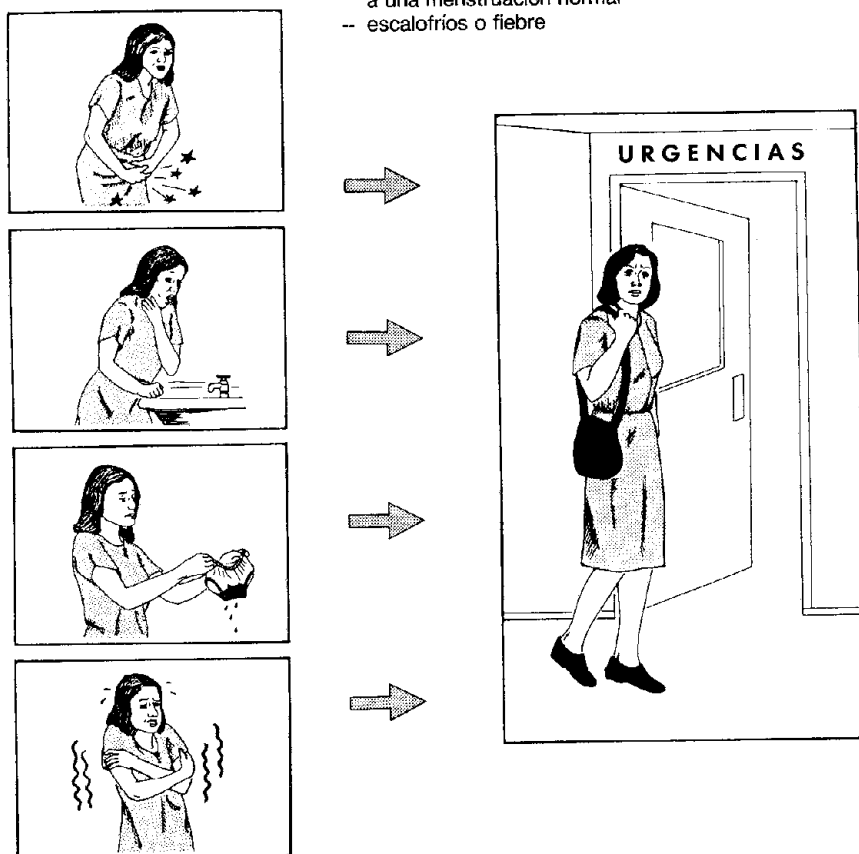
- signos y síntomas que requieren atención urgente (véase el cuadro 10);

Elementos clínicos adicionales de asistencia al aborto

Figura 4. Ejemplo de información impresa adjunta a las instrucciones al dar el alta

Dirijase al hospital o al dispensario si tiene:

- dolor agudo
- náuseas
- más sangre de la correspondiente a una menstruación normal
- escalofríos o fiebre



- qué hacer cuando se presentan complicaciones y servicios de urgencia a que puede acudir;
- posibles efectos secundarios;
- modo de tomar los medicamentos que se le hayan recetado;
- medidas de higiene en cuanto a limpieza personal, reanudación de la actividad sexual, reanudación de la menstruación y planificación familiar;
- lugar donde se dispensan servicios de atención materna.

Como el seguimiento clínico normal suele ser impracticable e

Complicaciones del aborto

Cuadro 10. Signos de peligro tras el aborto

La paciente dada de alta en un servicio de abortos tras haber recibido asistencia urgente deberá regresar para evaluación y tratamiento si experimenta alguno de los siguientes síntomas:

- fiebre
- escalofríos
- dolor muscular
- debilidad
- dolor en el abdomen o la espalda, o contracciones
- sensibilidad a la palpación del abdomen
- efusión prolongada o excesiva de sangre
- descarga vaginal de olor fuerte
- retraso (6 semanas o más) en la reanudación de la menstruación
- náusea o vómito

Adaptado de Hatcher, 1989.

innecesario después de un aborto sin complicaciones, las instrucciones al alta debe ser explícitas y la mujer debe comprenderlas bien antes de marcharse. La visita ulterior al servicio quedará a discreción de la propia interesada y de la persona que la atendió. La paciente sin síntomas que requieran seguimiento deberá ser enviada a un agente de salud local para que le dispense regularmente servicios de planificación familiar y la atención ginecológica que necesite.

Planificación de la familia tras el aborto

Dispensar asesoramiento y servicios de planificación de la familia puede resultar una empresa difícil para el personal de las instalaciones de asistencia urgente al aborto. Sin embargo, para reducir la mortalidad y la morbilidad por abortos practicados en malas condiciones es importante que ese personal sepa si la mujer desea un nuevo embarazo y, de no ser así, que le facilite los anticonceptivos necesarios. La ovulación suele reanudarse en la tercera semana siguiente al aborto; está claro, por tanto, que la mujer que desee retrasar o evitar un embarazo deberá recurrir sin demora a medios anticonceptivos.

En algunos centros, la presencia de personal especializado y la posibilidad de ofrecer métodos anticonceptivos en el propio entorno asistencial de urgencia puede ser la mejor solución para cumplir el cometido de planificación de la familia tras el aborto. En otros, la existencia de un protocolo inteligible de medidas que han de seguir

las pacientes o de un sistema de envío de éstas a dispensarios de planificación de la familia puede ser una estrategia más ajustada a la realidad. Como mínimo, se deberán determinar las necesidades de la mujer en la materia y darle el oportuno apoyo psicológico, empezando por preguntarle si desea o no un nuevo embarazo. Para ello habrá que disponer también de material impreso con la información apropiada (figura 5). Siempre que se proporcione algún medio de planificación familiar será necesario asegurarse de su uso correcto e ininterrumpido mediante las oportunas actividades de seguimiento sistemático e información, educación y comunicación.

Salvo que haya complicaciones graves o contraindicaciones específicas, los anticonceptivos orales, los dispositivos intrauterinos y la esterilización son métodos inocuos y eficaces que pueden aplicarse inmediatamente después del aborto (Leonard & Ladipo, 1994); lo mismo puede decirse de los inyectables y los implantes. En el cuadro 11 se indican los principales factores que el personal ha de tener en cuenta respecto al uso de cada método después del aborto. Al final de este capítulo, además de las referencias habituales, figura una lista de las publicaciones de la OMS que contienen información más detallada sobre los métodos anticonceptivos y la planificación de la familia.

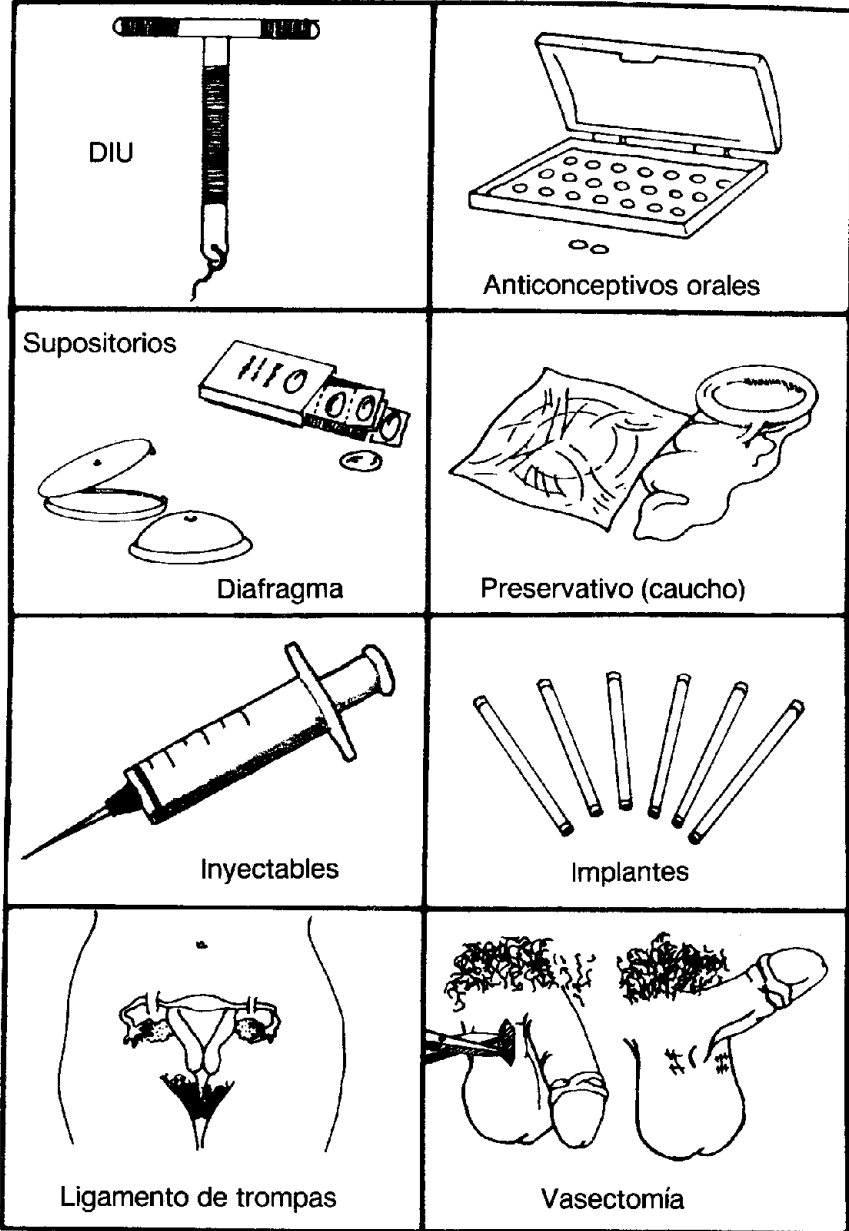
El asesoramiento basado en una información completa sobre los métodos existentes de manera que la mujer pueda elegir con libertad y conocimiento de causa es el requisito fundamental de calidad en un servicio de planificación de la familia. El asesoramiento es a menudo más difícil tras un aborto de urgencia que durante una entrevista normal, por muchas razones. Si hay alguna duda sobre la posibilidad de que el asesoramiento sea adecuado o que la mujer pueda hacer una opción libre e informada durante el tratamiento de las complicaciones de un aborto es preferible dejar para más adelante cualquier decisión sobre métodos permanentes o duraderos o sobre los que requieren la intervención de un tercero para su interrupción. En esas circunstancias conviene recurrir a un método provisional y concertar una cita para más tarde con el servicio de planificación familiar.

Al dar de alta a una mujer que ha tenido un aborto provocado hay que ofrecerle siempre asesoramiento y servicios de planificación de la familia. Los estudios efectuados en todo el mundo han demostrado siempre que las mujeres están mucho más dispuestas a utilizar medios anticonceptivos después de un aborto y que eligen los más eficaces cuando están a su alcance.

Complicaciones del aborto

Figura 5. Ejemplo de información gráfica sobre métodos anticonceptivos

Si quiere usted evitar o retrasar el embarazo estudie con el agente de salud los medios utilizables.



Cuadro 11. Aspectos gestoriales de los métodos anticonceptivos utilizables tras el aborto

Método	Aplicación	Ventajas	Observaciones
Anticonceptivos orales	Empezar a usarlo de preferencia el mismo día del aborto o en la semana siguiente.	<ul style="list-style-type: none"> ● Muy eficaz si se usa con regularidad ● Puede utilizarse de inmediato incluso si hay infección ● Puede ser facilitado incluso por personal paramédico 	<ul style="list-style-type: none"> ● Exige motivación constante y uso regular ● Debe asegurarse el suministro
Dispositivos intrauterinos (DIU)	<p>Si no hay infección uterina pueden ser insertados inmediatamente después de un aborto espontáneo o provocado de primer trimestre. Las tasas de expulsión no son más altas que con las inserciones a intervalos, y el riesgo de enfermedad inflamatoria de la pelvis no es mayor. Si no se pueden garantizar el asesoramiento conveniente y la adopción informada de decisiones será preferible aplazar la inserción y recurrir a un método provisional.</p> <p>Tras abortos de segundo trimestre se consiguen las tasas de expulsión más bajas insertando el dispositivo al cabo de seis semanas, aunque esa ventaja debe sopesarse contra la posibilidad de que en el intervalo se produzca un embarazo no deseado. Para evitarlo habrá que recurrir a un método provisional.</p> <p>Si el útero está infectado debe aplazarse la inserción hasta que la infección se haya resuelto. Debe recurrirse a un método provisional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pueden ser insertados por personal paramédico ● Cómodo; sin interferencia en el coito ● Confiere protección a largo plazo ● Recuperación de la fecundidad normal tras la extracción 	<ul style="list-style-type: none"> ● Riesgo de perforación del útero durante la inserción ● Puede agravar el riesgo de enfermedad inflamatoria de la pelvis y la ulterior infecundidad de las mujeres expuestas a enfermedades expuestas de transmisión sexual ● La extracción debe hacerla una persona capacitada ● Puede hacer más profusa la hemorragia menstrual

Cuadro 11. (continuación)

Método	Aplicación	Ventajas	Observaciones
Implantes	<p>La inserción puede efectuarse inmediatamente después del aborto.</p> <p>Si no puede asegurarse un asesoramiento conveniente y una decisión informada es preferible retrasar la inserción y utilizar un método provisional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso cómodo • Puede ser efectuado por personal paramédico • Confiere protección a largo plazo • Recuperación inmediata de la fecundidad normal tras la extracción 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede suprimir la efusión de sangre o hacerla irregular; la efusión excesiva es rara • Menos eficaz en mujeres gruesas • La extracción debe efectuarla una persona capacitada • La relación costo-eficacia depende de la duración del uso • Deben ser reemplazados al cabo de 5 años para evitar la merma de la eficacia y la posible agravación del riesgo de embarazo ectópico.
Inyectables (DMPA, NET-EN) ^a	<p>La primera inyección se puede administrar inmediatamente después del aborto del primero o el segundo trimestre.</p> <p>Si no se puede asegurar un asesoramiento conveniente y una decisión informada es preferible retrasar el comienzo de las inyecciones y recurrir a un método provisional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fácilmente administrables por personal paramédico • Cómodo para la mujer y sin interferencia en el coito 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede hacer irregular la efusión de sangre; el exceso de efusión es raro • La recuperación de la fecundidad puede retrasarse • Debe asegurarse el suministro • El dispensario debe estar cerca porque habrá que acudir a él regularmente

Esterilización femenina

Antes es obligatorio asesorar bien a la mujer y obtener su consentimiento informado, lo cual resultará difícil en condiciones de urgencia.

Técnicamente, la esterilización se puede realizar inmediatamente después de un aborto espontáneo o voluntario de primer trimestre y después del tratamiento de las complicaciones, a menos que haya infección o pérdida grave de sangre.

La esterilización después de un aborto de primer trimestre es análoga a un procedimiento de intervalo.

La esterilización después de un aborto de segundo trimestre es análoga a un procedimiento posparto.

- Efectos permanentes

- El carácter permanente de los efectos destaca la importancia de asesorar bien a la mujer y obtener su consentimiento informado. Eso puede resultar difícil en condiciones de urgencia

Esterilización masculina

La operación no guarda relación con el aborto.

- Efectos permanentes

- El carácter permanente de los efectos destaca la importancia de un buen asesoramiento y un consentimiento informado

Barreras no permanentes (preservativo, esponja); espermicidas (supositorios, tabletas de espuma, gel de espuma)

Utilizables a la reanudación de la actividad sexual.

- Útiles como medios provisionales cuando hay que aplazar la adopción de otro método escogido
- No requieren supervisión médica
- Confieren cierta protección contra las enfermedades de transmisión sexual
- Fáciles de suprimir cuando se desea un embarazo

- Menos eficaces que otros métodos
- Requieren motivación continua y uso regular
- Debe asegurarse el suministro

Cuadro 11. (continuación)

Método	Aplicación	Ventajas	Observaciones
Barreras usadas con espermicidas (diafragma o caperuza cervical con espuma o gel)	No deben utilizarse antes de que el cuello del útero y la vagina hayan recuperado su estado normal.	<ul style="list-style-type: none"> • Fáciles de interrumpir cuando se desea un embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Menos eficaces que otros métodos • Requieren motivación continua y uso regular • Debe asegurarse el suministro
Abstinencia periódica	No recomendada tras el aborto. La primera ovulación después del aborto será difícil de predecir para la mujer y el método no es seguro hasta después de la primera menstruación siguiente al aborto.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin costo 	<ul style="list-style-type: none"> • Poco seguro si se utiliza inmediatamente después del aborto • Se recomiendan otros métodos en tanto no se reanude el ciclo normal • La mujer y su compañero sexual habrán de estar motivados y comprender bien cómo funciona el método

^a DMPA = acetato de medroxiprogesterona de depósito o liberación gradual; NET-EN = enantato de noretisterona.

Prevención de infecciones

Los principios esenciales de la prevención de infecciones en la asistencia al aborto no difieren de los aplicables a cualquier trastorno que requiera intervención quirúrgica. La epidemia de SIDA ha puesto de relieve la importancia de las precauciones de todo tipo y la prevención estricta de la infección para proteger la salud del personal sanitario y de la comunidad, además de la de los pacientes. Como la asistencia al aborto supone el contacto con sangre y otros líquidos corporales es preciso que el personal clínico y auxiliar de todas las instalaciones donde se prestan esos servicios comprenda y aplique precauciones universales. Los administradores deben asumir la responsabilidad de vigilar el cumplimiento de las normas modernas de prevención de infecciones, a fin de proteger al personal, a los pacientes y a la comunidad. En el anexo 1 y en las referencias de la sección bibliográfica adicional de este capítulo figura más información sobre prácticas esenciales de asepsia. Como esa información se está actualizando continuamente, conviene procurarse las últimas publicaciones de fuentes autorizadas. Los elementos esenciales de la prevención de infecciones en todos los niveles de asistencia al aborto son:

- lavado minucioso de manos y uso de guantes protectores;
- limpieza y buena ventilación de las instalaciones;
- abastecimiento adecuado de agua salubre;
- aplicación de métodos eficaces de descontaminación de todo el instrumental después de cada uso;
- esterilización y desinfección meticolosas del equipo y el material;
- asepsia estricta durante la operación;
- uso de sistemas de barrera para proteger al personal clínico y auxiliar contra el contacto con sangre y otros líquidos corporales; son barreras adecuadas los guantes, las mascarillas, las batas impermeables y las gafas protectoras;
- precauciones para que el personal no sufra accidentalmente cortes o pinchazos;
- manipulación higiénica de todos los desechos, la ropa blanca y el equipo;
- eliminación apropiada de toda la sangre y los tejidos así como de los materiales contaminados;
- lavado inmediato de las manos cuando se manchen de sangre u otros líquidos corporales, quitándose previamente los guantes.

Complicaciones del aborto

Es importante que ningún instrumento o parte de él que haya que insertar en el canal uterino haya estado en contacto, antes de la inserción, con algún objeto o superficie sin esterilizar.

Cuando se usan cánulas de plástico o jeringas de aspiración es esencial mantenerlas limpias y protegidas. Antes de volver a utilizar las cánulas es preciso esterilizarlas o desinfectarlas minuciosamente. La mayoría de las cánulas de plástico no se pueden meter en el autoclave pero, en cambio, algunas se pueden hervir. Si esto no es posible se recurrirá a métodos químicos según los protocolos establecidos para la desinfección de alto nivel¹. Las jeringas de aspiración deben estar limpias y desinfectadas pero no es preciso esterilizarlas.

La prevención de infecciones merece atención especial en los sistemas de garantía de la calidad a todos los niveles clínicos (véase el anexo 1). Para garantizar una seguridad máxima se requieren las siguientes medidas: supervisión frecuente de las prácticas de prevención de infecciones, verificaciones directas de la esterilización y la desinfección del equipo, control minucioso de técnicas y soluciones para determinar la idoneidad de la esterilización y la desinfección, mantenimiento regular de autoclaves, esterilizadores y equipo de desinfección química, y verificación médica periódica de las tasas de infección. Además, dado que las recomendaciones en esta materia están sujetas a cambio según la nueva información que se recibe, es preciso que los administradores faciliten a todo el personal de salud medios apropiados de educación en el servicio respecto a las últimas prácticas preventivas y las precauciones de seguridad (Centros para el Control de Enfermedades, 1991).

Medidas en caso de aborto cuando la paciente es Rh-negativa

Durante la interrupción de un embarazo puede producirse sensibilización al factor rhesus (Rh), aunque el riesgo es bajo en las primeras semanas de gestación. En las poblaciones donde abundan las mujeres Rh-negativas, los servicios de aborto deben estar a cargo de dispensarios preparados para realizar las pruebas de Rh y para administrar inmunoglobulina. La inoculación se puede hacer en el momento de la operación o inmediatamente después del aborto provocado pero siempre en el lapso de 72 horas para prevenir la isoimmunización.

¹ Se entiende por desinfección de alto nivel la destrucción de todos los microbios, pero no necesariamente de las esporas abundantes (OMS, 1989).

Medios de laboratorio necesarios

La escasez de recursos en algunos niveles del servicio de salud impide a menudo realizar muchas pruebas de laboratorio que están indicadas en los abortos de urgencia. Por ejemplo, la determinación de la hemoglobina o el hematócrito (proporción de eritrocitos en el volumen de sangre) es aconsejable para detectar la anemia en todas las mujeres que se someten a evacuación uterina. Como esas pruebas no son posibles en algunos centros, se puede y se debe hacer una evaluación empírica de la pérdida de sangre, lo cual es preferible a un aplazamiento de la asistencia que pondría en peligro la vida del sujeto. Si una mujer es anémica y necesita sangre u otro líquido de sustitución y si los servicios correspondientes no existen en el primer punto de contacto con el sistema de salud, conviene enviarla lo antes posible a un nivel superior para tratamiento.

Todos los servicios del primer nivel de envío deben disponer de medios para efectuar cruzamientos de sangre y transfusiones. También deben contar con suministros de fracciones de sangre y sustitutos de ésta.

Seguidamente se indican las pruebas de laboratorio que son muy convenientes, aunque no esenciales, en los abortos de urgencia:

- pruebas de embarazo;
- frotis o cultivos de bacterias para detectar enfermedades de transmisión sexual u otras infecciones del tracto genital;
- frotis de Papanicolaou para detectar el cáncer del cuello uterino.

Generalmente, en los niveles secundario y terciario de asistencia podrán efectuarse las pruebas y existirán las instalaciones que seguidamente se indican:

- pruebas de hepatitis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis;
- valoración de hormonas para corrección y seguimiento de ciertos trastornos peligrosos como son la enfermedad trofoblástica y el embarazo ectópico;
- pruebas de diagnóstico de trastornos congénitos o genéticos;
- equipo de imagenaría, preferiblemente por ultrasonidos, para determinar con exactitud la fase de gestación, diagnosticar el embarazo extrauterino y conseguir orientación visual para reducir al mínimo los riesgos del aborto cuando la gestación está avanzada

Complicaciones del aborto

y cuando se presentan configuraciones o posiciones anómalas en el útero.

Referencias

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1991) Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. *Morbidity and mortality weekly report*, **40**(RR-8): 1-9.
- DARNEY PD, ed. (1987) *Handbook of office & ambulatory gynecologic surgery*. Oradell, New Jersey, Medical Economics Books.
- DOBSON MB (1989) *Anestesia en el hospital de distrito*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- HATCHER RA (1989) *Contraceptive technology: international edition*. Atlanta, Printed Matter, Inc.
- KING M, ed. (1986) *Primary anaesthesia*. Oxford, Oxford University Press.
- LEONARD AH, LADIPO OA (1994) Post-abortion family planning: factors in individual choice of contraceptive methods. *Advances in abortion care*, **4**(2): 1-4.
- LISKIN LS (1980) Complications of abortion in developing countries. *Population reports*, Serie F, N° 7.
- MARX GF ET AL. (1978) Postpartum uterine pressures under halothane or enflurane anaesthesia. *Obstetrics and gynecology*, **51**(6): 695-698.
- NASSER J (1989) Commentary on pain management during abortion from a Latin American physician's perspective. En: Rosenfield A et al., eds. Women's health in the Third World: the impact of unwanted pregnancy. *International journal of gynecology and obstetrics*, Supl. 3: 141-143.
- SAI FT, NASSIM J (1989) The need for a reproductive health approach. En: Rosenfield A et al., eds. Women's health in the Third World: the impact of unwanted pregnancy. *International journal of gynecology and obstetrics*, Supl. 3: 103-113.
- OMS (1989) *Guía de métodos eficaces de esterilización y desinfección contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)*, 2ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Serie OMS sobre el SIDA, N° 2).
- OMS (1994) *Clinical management of abortion complications*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento inédito WHO/FHE/MSM/94.1).

Bibliografía adicional

Publicaciones y documentos de la OMS sobre anticoncepción y planificación de la familia

- Anticonceptivos de barrera y espermicidas: su uso en la planificación de la familia*. 1988.
- Contraceptive method mix. Guidelines for policy and service delivery*. 1994.
- Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios*. 1993.
- Contraceptivos inyectables: su uso en la planificación de la familia*. 1990.
- Mecanismo de acción, seguridad y eficacia de los dispositivos uterinos*:

- Informe de un Grupo Científico de la OMS*. 1987 (Serie de Informes Técnicos, N° 753).
- Planificación natural de la familia: guía para la prestación de servicios*. 1989.
- Implantes anticonceptivos subdérmicos de Norplant: directrices administrativas y técnicas* (versión provisional). 1991 (documento inédito WHO/MCH/89.17).
- Anticonceptivos orales: aspectos técnicos y de inocuidad*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1982 (Publicación Científica, N° 428).
- Pautas técnicas y de gestión para servicios de vasectomía*. 1988.

Publicaciones y documentos sobre prevención de infecciones

- ANGLE M ET AL. *Sterilization, disinfection, decontamination and cleaning of FP/MCH clinic equipment*. Chapel Hill, Universidad de Carolina del Norte, Programa de Capacitación Internacional en Materia de Salud, 1989 (INTRAH training information packet).
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public-safety workers. *Morbidity and mortality weekly report* 38(S-6): 3-37 (1989).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *AIDS prevention: guidelines for MCH/FP programme managers*. I. *AIDS and family planning*. Ginebra, 1990 (documento inédito WHO/MCH/GPA/90.1).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *AIDS prevention: guidelines for MCH/FP programme managers*. II. *AIDS and maternal and child health*. Ginebra, 1990 (documento inédito WHO/MCH/GPA/90.2).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIII)*. Ginebra, 1988 (Serie OMS sobre el SIDA, N° 3).

INFORMACION Y APOYO PSICOLOGICO A LAS PACIENTES

El apoyo psicológico es algo más que la simple información y el dictamen autorizado de un experto; supone además *escuchar* la exposición de las necesidades y circunstancias especiales de cada persona. Permite a ésta tomar parte activa, en vez de asumir un papel pasivo, en el proceso de adopción de decisiones. En particular, va más allá de la mera indagación de «hechos» y abarca el examen y la exploración de sentimientos y relaciones (Kleinman, 1988).

Necesidad de información médica

Como en cualquier intervención médica, las mujeres que se someten a un aborto o a tratamiento por sus complicaciones deben ser informadas acerca de su estado personal. El momento de hacerlo y la información precisa dependerán del estado de la mujer y de sus necesidades físicas inmediatas. El responsable del servicio debe velar por que esa información se le comunique de manera comprensiva y confidencial, y sin emitir juicios.

Asistencia urgente al aborto

Los agentes de salud deben estar preparados para examinar con la mujer o, si ésta lo desea o es necesario, con la persona que la acompañe las siguientes cuestiones relacionadas con el aborto de urgencia.

Estado de salud de la mujer

- Estado físico general.
- Resultados del examen físico y pélvico.
- Resultados de los análisis en laboratorio.

Plan de tratamiento previsto

- Duración.
- Necesidad, llegado el caso, de envío y transporte a otro servicio o departamento.

- Métodos posibles y ventajas e inconvenientes de cada uno.
- Consentimiento de la mujer o, si ésta no puede darlo, de algún allegado u otra persona adulta responsable.

Atención postoperatoria (véase la página 60)

- Malestar postoperatorio previsto y modo de aliviarlo.
- Síntomas de complicaciones postoperatorias que requieran atención médica y modo de obtener dicha atención.
- Cuándo y dónde acudir para el seguimiento previsto y para planificación familiar.
- Modo en que el compañero o la familia pueden contribuir a una rápida recuperación.
- Embarazo ulterior o posibles anticonceptivos.

Aborto voluntario

Las mujeres que soliciten un aborto deberán recibir toda la información precitada además de la siguiente:

- requisitos y procedimientos para obtener el aborto;
- riesgos, ventajas y eficacia de los posibles métodos, si puede optarse entre varios.

Consentimiento de la paciente

Se entiende por consentimiento el proceso por el cual la paciente se pone al tanto de un procedimiento y, sobre la base de una información cabal y completa, decide someterse a él libremente y con conocimiento de causa. En algunas jurisdicciones se exige consentimiento por escrito para todas las intervenciones quirúrgicas, incluso para el tratamiento urgente de las complicaciones del aborto. Ahora bien, en ninguna circunstancia debe el requisito de consentimiento retrasar o dificultar la asistencia urgente para salvar la vida de la mujer. El consentimiento informado debe ser un requisito en todos los servicios de aborto voluntario.

El agente de salud que recaba el consentimiento de la mujer para determinada intervención debe seguir los siguientes pasos:

- Determinar si la mujer está en condiciones de escuchar y comprender una explicación de tipo médico. De no ser así, la intervención se examinará con el representante de la interesada.

Complicaciones del aborto

- Explicar detalladamente, de manera no intimidatoria y en un lenguaje que la mujer pueda comprender, el procedimiento o procedimientos previstos, así como los riesgos, las ventajas, las probabilidades de éxito y las alternativas.
- Estimular a la mujer, sin premura, para que haga preguntas y discuta las posibilidades.
- Pedir el consentimiento de la mujer. Si no lo puede dar debido a su estado, puede hacerlo en su nombre la persona que la represente.

Asesoramiento

Una parte de la asistencia al aborto debe ser el asesoramiento o comunicación directa entre la mujer y una persona que la ayuda a adoptar decisiones y a actuar en consecuencia. De ser posible, esa sesión debe preceder al tratamiento. Lo ideal sería que el asesor dispensara su ayuda antes, durante y después del tratamiento; sin embargo, eso suele ser difícil en servicios de salud dotados de poco personal y con mucha demanda. En cualquier caso, un personal comprensivo y atento puede hacer mucho por responder a las necesidades psicológicas y emocionales de las mujeres que solicitan asistencia urgente o aborto voluntario.

En los servicios de aborto el asesoramiento puede estar a cargo de diversos miembros del personal, como enfermeras, parteras, médicos, asistentes sociales o ayudantes de enfermería. En algunos casos también se ha utilizado con buen éxito personal voluntario. Aunque no es preciso que el asesor sea profesional, conviene que la persona que asume esa función reciba cierto adiestramiento en las técnicas correspondientes.

La persona encargada del asesoramiento debe ser comprensiva, sumamente sensible y respetuosa ante las emociones y los sentimientos de la mujer, si se quiere que las sesiones respondan a las necesidades de ésta. Debe ser además competente, estar bien capacitada y tener dotes de comunicación. Ese personal nunca debe olvidar la necesidad de respetar la intimidad, la confidencialidad y, en algunos casos, el anonimato (Edmunds, 1987). Es asimismo indispensable para un buen asesoramiento que la persona que desempeña esa función sepa inducir a la mujer a exponer sus necesidades, sus preocupaciones y sus dudas, y luego informarla, instruirla y tranquilizarla usando un lenguaje y unos términos que la mujer pueda comprender (Kleinman, 1988). Por último, también es útil reforzar las explicaciones verbales sirviéndose de material escrito

Figura 6. El asesoramiento debe ser siempre parte de la asistencia al aborto



y gráfico, con lo que la sesión de asesoramiento será más completa (figura 6).

Apoyo psicológico

El apoyo psicológico es una modalidad del asesoramiento. Es posible que la mujer sometida a un aborto necesite ayuda para hacer frente a las secuelas emocionales y psicológicas de esa experiencia. Puede que la mujer manifieste preocupación o ansiedad por la acogida que puedan dispensarle allegados y amigos tras la recuperación. En otros casos le preocupará el cuidado de sus hijos y de otros miembros de la familia mientras ella esté ausente y en tratamiento.

Es importante que las mujeres que reciben asistencia urgente o que se someten a aborto voluntario tengan la oportunidad de hablar sobre su salud, sus sentimientos y su situación personal con un asesor

Complicaciones del aborto

competente, sensible y comprensivo. Los asesores deben abstenerse de imponer su opinión y sus creencias a la mujer y deben considerar confidencial toda la información que de ella reciban. Deben ayudarla a aclarar sus sentimientos y a convivir con ellos cuando regrese al hogar.

Para ciertas mujeres, el apoyo psicológico en caso de aborto es especialmente importante y el asesoramiento ulterior puede ser beneficioso. Si el centro de asistencia no dispone de personal suficiente o con la formación adecuada para ese menester, cabe enviar a la paciente a un centro que cuente con los medios necesarios. Entre las mujeres que pueden necesitar especialmente apoyo psicológico están las siguientes:

- adolescentes y mujeres muy jóvenes, independientemente de su estado civil;
- mujeres con signos evidentes de angustia o con historia de problemas emocionales;
- mujeres que padecen complicaciones del aborto;
- mujeres que se someten a aborto voluntario por indicación médica;
- mujeres que solicitan el aborto en una fase avanzada de la gestación;
- mujeres que se someten al aborto por causa de violación o incesto;
- mujeres infectadas por el VIH (véase la página);
- mujeres con problemas maritales, familiares o socioeconómicos;
- mujeres que tienen un embarazo no deseado resultante del fallo de un medio anticonceptivo.

Asesoramiento sobre planificación de la familia

El aborto provocado, tanto si es clandestino como si se realiza conforme a los requisitos legales, indica casi siempre el deseo de evitar o aplazar la maternidad. Por ello, es importante que todos los centros de asistencia urgente o aborto voluntario ofrezcan servicios de asesoramiento sobre planificación de la familia. (En la página y en el cuadro 11 figura información suplementaria sobre planificación de la familia con ulterioridad al aborto. La lista de referencias sobre planificación de la familia se encuentra en la página 30.) Si es imposible dispensar servicios de planificación de la familia junto con los de asistencia al aborto habrá que aconsejar a las mujeres que acudan a algún centro cercano de la especialidad.

Para dispensar atención urgente al aborto o para el aborto voluntario no se debe poner como condición la aceptación por la paciente de la

planificación de la familia en general o de un determinado método anticonceptivo. La mujer necesita información sobre métodos muy diversos para que pueda elegir, en consulta con el personal clínico. Los administradores deben vigilar las tendencias en la distribución de anticonceptivos tras el aborto para asegurarse de que no se ejerce coacción a la hora de elegir un método.

Referencias

- EDMUNDS M ET AL. (1987) *Client-responsive family planning: a handbook for providers*. Watertown, MA, Pathfinder Fund.
- KLEINMAN RL, ed. (1988) *Family planning handbook for doctors*. 6ª ed. Londres, Federación Internacional de Planificación de la Familia.

INSTALACIONES Y EQUIPO

Excepto en caso de complicaciones graves, la mayoría de los abortos se pueden atender en las instalaciones existentes, con poco equipo especial.

En materia de aborto es responsabilidad de los administradores velar por que las instalaciones y el equipo sean adecuados para la prestación de la asistencia más segura posible al nivel más periférico del sistema de atención de salud. En la mayoría de los casos, con una pequeña adaptación del equipo existente y ciertos cambios en la admisión de pacientes o la adquisición de un mínimo de equipo nuevo se pueden mejorar la seguridad y la eficacia de la asistencia al aborto y ampliar la prestación de servicios. Esas pequeñas adaptaciones pueden hacer aumentar considerablemente el número de puntos de atención disponibles para abortos de urgencia.

Instalaciones para asistencia urgente al aborto

Durante el primer trimestre del embarazo los casos sin complicaciones pueden ser atendidos a nivel primario o en el primer nivel de envío de casos porque en general no hace falta equipo médico complejo, personal especializado ni quirófanos. La atención se puede dispensar simplemente en un servicio de ginecología o en la sala de urgencias de un dispensario. La evacuación uterina mediante aspiración puede ser efectuada por personal con el debido nivel de competencia en una simple sala de tratamiento y la mujer puede generalmente recibir el alta tras un breve período de recuperación y una vez que haya recibido y comprendido las oportunas instrucciones. La dilatación y el raspado también se pueden realizar en esas condiciones, aunque en general requieren una instalación más especializada.

La atención en caso de complicaciones graves y en fases más avanzadas de la gestación debe dispensarse en un entorno de mayor especialización en cuanto a instalaciones y personal. A menudo es precisa la hospitalización; ello no obstante, muchos centros dispensan atención urgente en régimen ambulatorio a abortos sin

complicaciones en fases avanzadas de la gestación. No hace falta un verdadero quirófano, a menos que se prevea la necesidad de laparotomía o anestesia general.

Debe hacerse todo lo posible por dispensar atención clínica y asesoramiento en privado. Algunos centros disponen de una sala especial para esos menesteres y para recuperación; de no ser así, la intimidad se puede conseguir en una sala de ginecología o de urgencias colocando un biombo para aislar la cama de la paciente.

En el cuadro 12 se indican el equipo y las instalaciones que se necesitan para la atención al aborto en cada nivel del sistema de salud, partiendo del supuesto de que se dispone de la plantilla habitual de personal y de los elementos de asistencia correspondientes a cada nivel.

Instalaciones para aborto voluntario

Los abortos voluntarios se pueden practicar en una sala integrada de ginecología, en una instalación independiente o en una unidad de aborto de un centro de salud. Los abortos dentro del primer trimestre se pueden atender con carácter ambulatorio. Los que sean más avanzados deberán tener lugar en un entorno con buen equipo y personal especializado.

De ser posible, los abortos voluntarios no deben ser atendidos en el mismo tiempo y lugar ni por el mismo personal que los casos de dispensario prenatal o pediátrico, ni cerca de unidades de obstetricia y salas de recién nacidos y otros entornos análogos que puedan crear problemas emocionales para las pacientes o el personal y colocar a éste frente a lo que se podría considerar como un conflicto de valores.

Asistencia ambulatoria

En general, los abortos de urgencia y los voluntarios se pueden y se deben atender en régimen ambulatorio y con un uso mínimo de anestesia. La asistencia se debe dispensar al nivel más bajo posible del sistema de salud que pueda encargarse de ella sin riesgo. A nivel primario o al primer nivel de envío de casos suele haber personal y equipo adecuados. Los servicios de urgencia deben estar disponibles las 24 horas del día. En el nivel primario y el primer nivel de envío de casos es beneficioso tanto para el hospital o clínica como para las pacientes prescindir del quirófano y usar salas de tratamiento o ambulatorios. Algunas de las ventajas de la asistencia al aborto en los niveles bajos del sistema de salud o en régimen ambulatorio son:

- mejor accesibilidad de los servicios, ya que la asistencia es

Cuadro 12. Equipo e instalaciones para asistencia al aborto

Personal	Actividades	Instalaciones	Equipo/medicamentos
A. Nivel de comunidad			
El grado de responsabilidad varía de un país a otro según el programa de atención primaria de salud. Es esencial la existencia de buenas condiciones entre los agentes de salud de la comunidad y el nivel primario.			
Agentes de salud de la comunidad con adiestramiento básico, entre ellos:	Reconocimiento del caso de aborto y sus complicaciones	A este nivel no suele haber instalaciones propiamente dichas de atención de salud	Estas actividades no requieren equipo o medicamentos especiales. A veces puede haber algunos fármacos, por ejemplo antipalúdicos.
<ul style="list-style-type: none"> ● parteras tradicionales ● curanderos tradicionales ● miembros de la comunidad 	Envío puntual al sistema estructurado de atención de salud		Es esencial disponer de buenos canales de comunicación con el nivel de atención primaria.
	Educación sanitaria sobre condiciones de higiene del aborto		Es de utilidad el material de educación sanitaria (hojas informativas, gráficos, etc.).
	Información e instrucción sobre planificación de la familia y servicios correspondientes		Es de utilidad el material de asesoramiento (folletos, carteles, etc.).
			Pueden distribuirse algunos anticonceptivos (preservativos, anticonceptivos orales, espermicidas, etc.).

B. Nivel primario

Las actividades dependerán de la capacitación del personal. En general bastan las instalaciones existentes. La reorganización de éstas y la actualización del equipo será quizá todo lo que se necesite para mejorar la asistencia al aborto. Algunos centros ya contarán con equipo para evacuaciones uterinas, pero otros quizá tengan que adquirirlo. Es necesario que existan protocolos y sistemas previstos de transporte de casos a niveles superiores de asistencia. Cuando se dispone de una ambulancia es preciso que esté en buenas condiciones de servicio. Cuando no hay ambulancia deberá concertarse un sistema de transporte con otros sectores. También es importante que exista un sistema fiable de comunicaciones con los demás niveles de asistencia.

Personal auxiliar, como:

- auxiliares de salud
- ayudantes
- distribuidores/vendedores

Enfermeras

En algunos centros primarios puede haber el siguiente personal:

- parteras capacitadas
- residentes de medicina
- médicos generales

Todas las indicadas para el nivel de comunidad más:

Reconocimiento físico simple y examen de la pelvis

Diagnóstico de las fases de aborto

Reanimación y preparación para tratamiento o transferencia (si es precisa), en particular:

- mantenimiento de la respiración
- control de hemorragias
- alivio del dolor
- determinaciones de hematócrito y hemoglobina

Envío a otros niveles

Asesoramiento y servicios de planificación familiar postaborto

Si se dispone de personal competente y equipo apropiado pueden realizarse además las siguientes actividades:

- inicio de tratamientos esenciales, como administración de antibióticos, de suero intravenoso y de oxitócicos
- evacuación uterina (primer trimestre)
- alivio del dolor incluso bloqueo paracervical, analgesia simple y sedación

Sala o área para tratamiento ambulatorio

Laboratorio auxiliar

Área o dispensario de planificación familiar

Sala independiente o parte reservada de la sala de tratamiento

Camillas de reconocimiento, guantes, prendas protectoras
Medios de iluminación
Espéculo vaginal
Jabón, desinfectantes
Botiquín normal para reanimación de urgencia (véase el anexo 3A)
Vehículo o sistema concertado de transporte
Medicamentos esenciales (véase el anexo 3C)
Equipo auxiliar de laboratorio (véase el anexo 3G)
Anticonceptivos diversos y estuche para inserción de DIU

Antibióticos de amplio espectro
Estuches de evacuación uterina (aspiración o D&R) (Véase el anexo 2B)
Equipo de esterilización o soluciones desinfectantes
Medios de anestesia local
Sedantes
Analgésicos
Agujas y jeringas

Cuadro 12. (continuación)

Personal	Actividades	Instalaciones	Equipo/medicamentos
C. Primer nivel de envío de casos			
La mayoría de las instalaciones y el equipo necesarios para el tratamiento de las complicaciones del aborto ya suelen existir en los hospitales de distrito para urgencias en general y para intervenciones básicas de obstetricia. Quizá se necesite alguna ampliación y equipo suplementario. En algunos casos habrá que mejorar la organización de los suministros y los métodos de mantenimiento. Conviene disponer de una ambulancia o haber concertado algún sistema de transporte. Es importante el contacto por radio o teléfono con los niveles terciario y primario, al igual que la coordinación y la colaboración en actividades de salud de la madre y el niño a nivel de la comunidad.			
Todo el indicado para el nivel primario, más:	Todas las indicadas para el nivel primario más:	Sala de tratamiento en un área ambulatoria o sala de ginecología y área de recuperación	Equipo de evacuación uterina suficiente para el número de casos previstos (véanse los anexos 2C, D y E)
Parteras capacitadas	Evacuación uterina en los trimestres primero y segundo	Laboratorio	Medicamentos esenciales para el primer nivel de envío de casos (véase el anexo 2C)
Residentes de medicina	Tratamiento de la mayoría de las complicaciones del aborto	Quirófano	Equipo de laboratorio y reactivos para microscopia, cultivos y hematología básica (véase el anexo 2G)
Médicos generales	Cruzamiento de sangre y transfusiones		Sangre o sustitutos
A veces habrá especialistas, en particular un médico con formación en ginecología y obstetricia	Anestesia local y general		Equipo para obtención, transfusión y almacenamiento de sangre (véase el anexo 2G)
	Laparotomía e intervenciones quirúrgicas, en especial para embarazos ectópicos si se dispone de personal		Equipo de anestesia
	Pruebas de embarazo		Instrumental normalizado de laparotomía (véase el anexo 2F)
	Diagnóstico de complicaciones graves, como septicemia, peritonitis o fallo renal, y envío de los casos al nivel correspondiente		Pruebas de embarazo
			Ambulancia
			Conjunto completo de anticonceptivos

D. Niveles secundario y terciario

En estos niveles existen la mayoría de las instalaciones y el equipo. Los servicios pueden mejorarse reorganizando la admisión de pacientes o ampliando las instalaciones. Entre el equipo suplementario figurará probablemente el de aspiración por vacío.

Todo el indicado para el primer nivel, más:	Todas las indicadas para el primer nivel, más:	Sala de tratamiento en áreas ambulatorias o internas de ginecología	Todos los indicados para el primer nivel, más:
Especialistas en ginecología y obstetricia y especialidades afines	Evacuación uterina para todo tipo de abortos Tratamiento de complicaciones graves (lesión intestinal, tétanos, fallo renal, gangrena gaseosa, sepsis aguda, choque séptico, coagulopatía, etc.), en particular: <ul style="list-style-type: none">● diagnóstico por rayos-X● ultrasonografía● laparoscopia● laparotomía, incluso histerectomía	Quirófano disponible las 24 horas (puede haber uno especial para urgencias de ginecología) Instalaciones de laboratorio más completas Instalaciones de cuidados intensivos Sala de rayos-X con protección Banco de sangre	Equipo más perfeccionado de anestesia y cuidados intensivos Equipo de rayos-X Equipo de sonografía Laparoscopia

Complicaciones del aborto

ambulatoria y el tratamiento de ciertos casos que de otro modo tendrían que ser trasladados, se efectúa a nivel inferior;

- menos hacinamiento y menos retraso de la asistencia al haber un uso más eficiente de las camas de hospital y los quirófanos;
- tratamiento más puntual al eliminarse el tiempo de transporte y de espera para enviar los casos a un nivel superior, así como los procedimientos de hospitalización;
- más disponibilidad de los quirófanos y del personal para otras atenciones;
- disminución del número de envíos a los niveles secundario y terciario, con lo que éstos pueden dedicarse a los tratamientos que exigen recursos que sólo existen en los niveles superiores del sistema de salud.

Importancia de la demanda

Al planificar servicios de aborto de urgencia o voluntario es importante conocer la demanda actual de esos servicios y la prevista. La actual se puede cuantificar examinando los archivos clínicos de los hospitales. Los problemas ocasionados por una fuerte demanda serán obvios para cualquier administrador. Por ejemplo, es posible que las colas de mujeres llenen los pasillos, que el tiempo de espera sea largo o que la tasa de ocupación de camas sea excesiva. Esa congestión indicaría una demanda particularmente alta o una lentitud excesiva en el despacho de pacientes (véase lo que sigue).

Los administradores deben verificar con frecuencia la importancia de la demanda y estar alerta a cualesquiera factores que puedan alterar las previsiones al respecto. Entre esos factores pueden citarse la mayor o menor facilidad de usar métodos anticonceptivos, los cambios en la distribución de la población, el estímulo que se dé a ciertos grupos, como los adolescentes, para que soliciten asistencia, las reformas estructurales del sistema de salud o de la red de envío de casos, la redistribución del personal, la ampliación de las instalaciones asistenciales en la comunidad, la introducción de servicios similares en la misma circunscripción o la reforma de la legislación sobre el aborto.

Despacho de pacientes

Con una organización eficaz para el despacho de las pacientes que acuden al servicio se conseguirá que, independientemente de las fluctuaciones de la demanda, las mujeres reciban asistencia en buen orden y sin retrasos indebidos. A menudo los administradores pueden mejorar sensiblemente la calidad de la asistencia con una

organización eficiente de los recursos a su alcance. Hay tres aspectos básicos que el administrador debe examinar para agilizar el despacho de las pacientes, a saber:

- Qué actividades deben realizarse en determinada área y en qué orden.
- Dónde y por qué se producen congestiones.
- Cómo puede modificarse el uso del espacio y del personal para conseguir una mayor eficiencia y un mejor servicio a las pacientes.

Como ejemplos de medidas que pueden adoptarse para un despacho más eficiente de los casos pueden citarse: práctica de las evacuaciones uterinas en la sala de accidentados, en lugar de enviar los casos a la sala de ginecología; tratamiento de la mayoría de los casos en régimen ambulatorio; y uso de las salas de tratamiento en lugar de los quirófanos.

El uso del espacio y del personal de manera que facilite el despacho de las pacientes y reduzca al mínimo la espera puede ser difícil en el entorno de una sala de accidentados. La afluencia de mujeres para aborto de urgencia no se puede pronosticar, por lo que los administradores deben prever las fluctuaciones de la demanda y mantener el servicio las 24 horas del día. El aborto voluntario se puede atender en horas fijas y es más predecible.

Equipo y fármacos para atención al aborto de urgencia y al voluntario

Para una buena asistencia a casos de aborto no hace falta equipo especial ni demasiados medicamentos. Los administradores deben establecer planes adecuados que garanticen la disponibilidad del equipo y los suministros necesarios cuando y donde se presten los servicios, así como supervisar el mantenimiento de ese material. Deben tener en cuenta la inversión inicial en equipo, los gastos fijos en suministros desechables y la reducción de costos mediante la prevención de complicaciones graves. Seguidamente se hacen algunas consideraciones importantes respecto a la adquisición, la disponibilidad y el mantenimiento del equipo y los suministros.

- Estado en que se encuentran los servicios de asistencia al aborto y recursos materiales existentes.
- Clase de equipo y suministros que se necesitan.
- Cantidad necesaria de equipo y suministros.
- Problemas de control de existencias.

Complicaciones del aborto

- Normas y procedimientos necesarios para planificar la obtención y el mantenimiento del equipo.

Seguidamente se examinan esas cuestiones y algunas respuestas gestoriales a cada una de ellas.

Estado de los servicios de asistencia al aborto y recursos existentes

El equipo necesario para el tratamiento de casos sencillos de aborto incompleto no es complejo y lo normal es que ya exista en los servicios primarios y de primer nivel de envío de casos. De modo análogo, el equipo indispensable para tratar complicaciones graves existirá en las instituciones que ofrecen cirugía general o ginecológica.

A veces, los administradores querrán adaptar las instalaciones o métodos existentes para dispensar una asistencia más eficiente o más amplia en relación con el aborto, por ejemplo estableciendo una sala de tratamientos ambulatorios. En esas circunstancias es posible que hagan falta equipo y suministros adicionales para el nuevo sistema. En otros casos bastará con adquirir sólo algunas unidades sencillas de equipo, como dispositivos de iluminación o mesa de reconocimiento.

Sea como sea, habrá que velar muy especialmente por que en el área de tratamiento haya un buen repuesto de suministros, a fin de evitar interrupciones de la asistencia.

Clase de equipo y suministros que se necesitan

El equipo médico y los suministros necesarios dependerán en gran parte del tipo de tratamientos que se ofrezcan. En el cuadro 12 se indican las necesidades de equipo y fármacos para la asistencia al aborto en cada nivel del sistema de atención sanitaria. El anexo 2 contiene listas detalladas del equipo y los suministros necesarios. En todas las instalaciones debe haber material para reanimación, así como fármacos para contención de hemorragias (véase el anexo 2A). Los suministros deben ser suficientes para atender las necesidades inmediatas y se deben reponer con prontitud.

Cuando exista la opción se debe estudiar minuciosamente la relación costo/beneficio de los suministros desechables o para un solo uso y los no desechables, es decir, que se pueden reutilizar. Los primeros suelen ser más caros y como hay que hacer pedidos regulares existe el riesgo de problemas de transporte y escasez de existencias. Además, la eliminación de ese material debe efectuarse según las normas de prevención de infecciones (véase el anexo 1). Cuando se utilizan

suministros y equipo no desechables hay que adiestrar al personal en su limpieza y mantenimiento y supervisar regularmente el desempeño de esa labor. Habrá que contar con un factor de costo por la adquisición de los productos necesarios para esterilizar y desinfectar ese material. El uso de suministros no desechables exige un cumplimiento estricto de los protocolos normales de prevención de infecciones (véase el anexo 1) e inicialmente puede resultar más oneroso.

En la atención al aborto algunas tareas, como la esterilización y la desinfección de instrumentos o la realización de pruebas de laboratorio, pueden efectuarse con carácter central en instalaciones más importantes pertenecientes al primer nivel de envío de casos o a niveles superiores. De ser así, los administradores no tienen que ocuparse de la adquisición del equipo y los suministros indispensables para esas actividades.

La clase de equipo utilizada puede también depender de factores tales como la disponibilidad y la fiabilidad del suministro de energía eléctrica. Si dicho suministro no es fiable y hay que emplear equipo eléctrico conviene adquirir y mantener en buen estado de funcionamiento un grupo electrógeno u otra instalación auxiliar. En muchos casos será preferible el equipo no eléctrico por otras razones; en efecto, la complejidad del aparato y la disponibilidad de repuestos y servicios de reparación son también consideraciones que hay que tener en cuenta a la hora de elegir el equipo que haya de utilizarse.

Cantidad necesaria de equipo y suministros

Para determinar la cantidad necesaria de equipo y suministros habrá que hacer estimaciones de la demanda y controlar regularmente la capacidad de los servicios (véanse la página 86 y los capítulos 4 y 12). Cuando el servicio esté en funcionamiento habrá que tener constantemente a mano existencias adecuadas del equipo que se utilice. Cuando la esterilización se haga en un centro común y no en el propio servicio será muy importante disponer de cantidades suficientes de equipo e instrumentos para que nunca falten en el área de tratamiento y estén ya esterilizados.

Control de existencias y mantenimiento

El control de existencias y el mantenimiento son indispensables para que los servicios no se interrumpan debido a falta o rotura del equipo o a agotamiento de los suministros. Al organizar un sistema de control de existencias y mantenimiento, los administradores deben tener en cuenta, entre otros, los siguientes extremos:

Complicaciones del aborto

- cantidad y clase de equipo y suministros que deberá haber en reserva;
- instalaciones adecuadas de almacenamiento (por ejemplo, refrigeradas, protegidas contra insectos y roedores, ventiladas, sin humedad etc., según el artículo de que se trate);
- control del nivel de existencias;
- reposición de existencias;
- seguridad;
- rotación según la norma de que los primeros artículos en llegar serán los primeros en salir o, en otras palabras, los que se compraron antes habrán de ser distribuidos antes;
- procedimiento para abastecer dentro de la institución a todas las áreas donde se prestan servicios (por ejemplo puede haber puntos de distribución en la sala de accidentados y en la de ginecología);
- procedimiento para abastecer a las distintas instituciones cuando el sistema de suministro está centralizado;
- mantenimiento regular del equipo;
- vigilancia del mantenimiento del equipo y de la logística de suministros.

El emplazamiento (urbano o rural) de los servicios de aborto influirá en la facilidad de obtención de los suministros y el equipo, así como en los plazos necesarios para solicitar y recibir los artículos desechables. Por ejemplo, si un hospital está a dos días de viaje del proveedor más cercano de suministros esenciales y el sistema de comunicaciones y transporte no es fiable, el administrador habrá de hacer el pedido varias semanas antes de que los suministros se agoten, a fin de que la entrega se efectúe en el momento oportuno. Deben establecerse sistemas de control de las existencias a fin de evitar penurias.

Los administradores no deben tampoco olvidar los elementos del sistema de entrega que habrán de ser tenidos en cuenta para futuros suministros. Debe haber un miembro del personal encargado de llevar registro de los artículos pedidos y recibidos de un organismo externo o un particular. Cuando los suministros hayan de ser obtenidos en persona se encargará de ese cometido a un miembro del personal y se le dotará de medios de transporte y pago.

Hay que velar por la seguridad de los suministros y la idoneidad de los locales de almacenamiento. Por ejemplo, hay que comprobar las fechas de caducidad y mantener la temperatura y la humedad adecuadas para los fármacos y otros suministros que sean sensibles a esos factores. El equipo debe estar protegido contra robos.

Los administradores de programas deben hacer que se designe personal para el desempeño de las funciones precitadas. Quizá sea necesario un adiestramiento especial en mantenimiento y reparación de aparatos quirúrgicos y otro equipo mecánico. En tal caso se observará la actuación profesional de las personas adiestradas para asegurarse de que se ajusta a las normas (véase la página 107).

Normas y procedimientos

Los administradores de servicios de asistencia al aborto deberán asegurarse de que el personal conoce y aplica las normas y procedimientos de almacenamiento y manipulación de todos los suministros y el equipo médicos. Cada institución deberá redactar protocolos para el mantenimiento regular del equipo, así como criterios para la vigilancia y la evaluación, en particular:

- una lista aprobada de los suministros médicos que hay que encargar;
- control de existencias, con registro del material recibido, el distribuido y el desechado;
- rotación de los suministros de manera que el primero en llegar sea el primero en salir, lo cual es especialmente importante para el material que tiene fecha de caducidad;
- procedimientos de almacenamiento y manipulación, seguridad y eliminación sin riesgo de todos los artículos desechables (para un solo uso), como agujas y jeringas;
- mantenimiento preventivo;
- modo de evitar interrupciones en caso de avería o mal funcionamiento del equipo;
- limpieza, esterilización y fechado del equipo y los suministros;
- instrucciones sobre embalaje y almacenamiento del equipo y los instrumentos esterilizados;
- medidas en caso de contaminación del equipo o los suministros.