



Atención médica del aborto: Consideraciones técnicas y normativas

El aborto, según los datos oficiales, es responsable de una de cada 14 muertes maternas (7.2%) a lo largo de las últimas dos décadas. El aborto inseguro sigue representando un porcentaje importante de todas las muertes maternas en México.¹

De acuerdo con el Sistema Nacional de Información en Salud, entre 2001 y 2014 en las instituciones públicas del sector salud se hospitalizaron por aborto más de 2,850,000 mujeres de 10 a 54 años, con un promedio anual de 190,000 hospitalizaciones por año.

Según los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 (ENVIM, 2006) de 5.8% de las mujeres de 15 años y más refirieron haber sufrido una violación alguna vez en la vida. Conforme a datos de denuncia, y considerando que sólo una de cada 10 de las mujeres violadas llega a presentar una denuncia, se ha estimado que suceden al año 120,000 violaciones en el país. Por otro lado, se calcula que la probabilidad de embarazo en actos sexuales no protegidos es de 8 a 10%. De esta manera podrían ocurrir entre 9,600 y 12,000 embarazos asociados a una violación, aún si todas ellas recibieran anticoncepción hormonal postcoito (anticoncepción de

emergencia) oportunamente, cada año se presentarían entre 1,440 y 1,800 embarazos a consecuencia de una violación.²

Debido a que el personal médico de nivel operativo tiene una alta probabilidad de prestar atención médica por

aborto (espontáneo o inducido) se elaboró este material con la finalidad de proporcionarles información científicamente validada que les permita otorgar atención de calidad a las mujeres en situación de aborto, así como brindarles orientación y consejería.

¿Qué es un aborto?

Desde el punto de vista médico es cualquier proceso espontáneo o inducido que termine un embarazo de menos de 20 semanas de gestación o con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gramos.

Desde el punto de vista legal, de acuerdo con el artículo 329 del Código Penal Federal es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

¿Qué es un aborto médico o aborto en condiciones seguras?

De acuerdo con la CIE 10-revisada de la OMS el aborto médico en condiciones seguras es la terminación del embarazo realizada por profesionales de la salud capacitados, que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados y en condiciones higiénicas³, así como en los términos y plazos permitidos, de acuerdo con la legislación aplicable en cada país y previo cumplimiento de los requisitos establecidos en ella. En nuestro país, el

Código Penal Federal, (Artículo 333) establece que “No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación” y en los códigos penales de las 32 entidades federativas se considera la violación como causa de exención de responsabilidad o no punibilidad. Otras causas, además de la violación, son el riesgo para la vida o la salud de la mujer y malformaciones.⁴

Por su parte, en la Ley General de Víctimas (en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de mayo de 2013), el Artículo 35 establece que a toda víctima de violación sexual se le garantizará el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley.⁵

Asimismo, en la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la prevención y atención, en la Modificación al punto 6.4.2.7⁶ se establece que “en caso de embarazo por violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, conforme a lo previsto en las disposiciones jurídicas de protección a los derechos de las víctimas, previa solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación*”.

Riesgos del procedimiento

Los riesgos asociados al procedimiento de aborto dependen de la edad gestacional, del tipo de procedimiento y sobre todo de las condiciones en las que se realiza.

Cuando el aborto se realiza en condiciones inseguras y sin las tecnologías adecuadas, se pueden presentar complicaciones como lesiones, retención de restos, hemorragia e infección. Otras complicaciones menos comunes pero muy graves incluyen el choque séptico, la perforación de órganos internos y peritonitis.

Cuando el aborto se realiza en condiciones seguras se calcula que la mortalidad materna asociada al procedimiento de atención del aborto médico va de 0.1 casos por cada 100,000 eventos hasta la 8ª semana de gestación (SDG), a 0.4 hasta la 12a SDG. Después, aumenta en forma exponencial, de 1.7 entre la 13-15a SDG a 3.4 entre la 16-20a SDG, y 8.9 decesos por cada 100,000 procedimientos después de la semana 20 cuando ya se aproxima al riesgo asociado a un parto a término.

El aborto realizado en condiciones seguras es por ende el evento obstétrico de menor riesgo para la vida de

las mujeres, muy por debajo del embarazo ectópico, de la muerte fetal, del mismo aborto espontáneo, y de la continuación del embarazo y del parto.^{7y8}



Tipos de procedimiento

Métodos farmacológicos (aborto con medicamentos): Esta técnica emplea fármacos para vaciar el útero. Es un método muy recomendado antes de las 9 semanas, pero puede utilizarse en todas las etapas de gestación, tomando en cuenta que los regímenes y las dosis varían dependiendo de las semanas de embarazo.

El régimen combinado de mifepristona más misoprostol, se considera el estándar de oro, por su eficacia de hasta 98%, su seguridad y menores efectos secundarios (principalmente dolor). Si no se dispone de mifepristona, también se pueden recomendar con seguridad los regímenes de misoprostol solo. Sin embargo, se debe considerar que su eficacia es menor (entre 85 y 95% dependiendo de las semanas de gestación) por lo que la mujer requerirá un seguimiento más estricto para la confirmación del aborto completo, y en su caso de un procedimiento quirúrgico complementario para asegurar la evacuación. El misoprostol solo también está indicado en el tratamiento de aborto incompleto.

Métodos quirúrgicos (Instrumentado):

Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o Aspiración Endouterina Eléctrica (AEEU) al vacío: son las técnicas quirúrgicas de elección para gestaciones de hasta 12 semanas com-

pletas. La tasa de eficacia reportada con estas tecnologías es de entre 95 y 100%, similar entre ellas. Dicho procedimiento puede realizarse de manera ambulatoria ya que no requiere anestesia general, no demanda infraestructura hospitalaria, y el tiempo de recuperación de la paciente suele ser muy rápido. El Legrado Uterino Instrumental (LUI) se considera una técnica quirúrgica obsoleta, que ya no se recomienda, a menos que no esté disponible el procedimiento por aspiración o con fármacos.

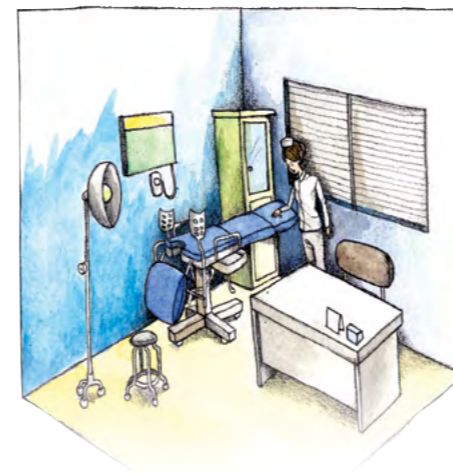
En embarazos de entre 12 y 14 semanas de gestación, se recomienda la preparación cervical, muy comúnmente con misoprostol, antes del AMEU/AEEU. Para edades gestacionales más avanzadas, se recomienda la técnica quirúrgica de Dilatación y Evacuación (D&E), que requiere de habilidades y capacitación específicas.

Los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados para la terminación del embarazo se han estandarizado de acuerdo con lineamientos académicos y de organismos internacionales.³

Contraindicaciones relativas para un aborto

En caso de aborto farmacológico:

- Sensibilidad a los medicamentos
- Anemia severa no corregida (menos de 10 mg/dl de hemoglobina)
- Antecedente de trastornos de la coagulación
- Enfermedad hepática o renal activa (previa valoración individual)
- Cardiopatía (previa valoración individual)
- Ingesta crónica de esteroides
- Inestabilidad hemodinámica.



En caso de aborto farmacológico:

Las contraindicaciones se relacionan esencialmente con la anestesia, sin embargo estos riesgos se eliminan o se reducen considerablemente al emplearse anestesia local (paracervical) o, en casos necesarios, anestesia mediante bloqueo epidural.

Complicaciones

Dependen de la edad gestacional, del tipo del procedimiento anestésico, quirúrgico o farmacológico utilizado, así como de la calidad de la atención brindada.

Complicaciones inmediatas

- Atonía uterina
- Hemorragia
- Infección pélvica y sepsis
- Lesión por instrumental: cervix/útero
- Perforación uterina
- Aborto incompleto con retención de restos
- Aborto fallido (que continúa)
- Embarazo ectópico no diagnosticado

Las complicaciones traumáticas (lesiones instrumentales y perforaciones) son relacionadas con los procedimientos quirúrgicos, pero son más frecuentes con el LUI. Por este motivo, la OMS recomienda para la atención del aborto, métodos farmacológicos, o aspiración al vacío (AMEU/AEEU).

Es contrario a la ética médica exagerar sin fundamento científico las posibles complicaciones o consecuencias adversas del aborto inducido bajo causas legales, para disuadir a la usuaria de recurrir a ello. Adicionalmente, al ne-

Con frecuencia se utilizan con este fin una serie de mitos que se describen a continuación:

Mitos	Realidades
El aborto incrementa el riesgo de cáncer de mama.	No existe ninguna evidencia científica que sostenga esta afirmación. ⁹
El aborto causa infertilidad secundaria.	Para los procedimientos legales y seguros, la infertilidad asociada NO es mayor a la encontrada entre las mujeres de la población general. ⁷
El aborto inducido es un procedimiento peligroso que incrementa el riesgo de muerte materna	El aborto inseguro aumenta gravemente el riesgo de muerte materna. Para los procedimientos realizados en condiciones seguras, la mortalidad es <1 por cada 100,000.
La mortalidad por un aborto médico es mayor que concluir un embarazo a término	No. La razón de muerte materna en nuestro país por cada 100,00 nacidos vivos estimados es de 57, 95 veces mayor que la del aborto médico. ¹⁰
El aborto causa trastornos psicológicos.	No existe evidencia científica confiable que lo demuestre. ^{8,9y10}

garle el procedimiento, se orilla a la mujer a enfrentar un aborto inseguro, o a seguir con el embarazo y el parto, eventos todos que la exponen a riesgos significativamente mayores para su salud.

Recomendaciones previas al procedimiento

- Para el caso de la Interrupción Voluntaria del embarazo (IVE) recibir en formato libre la solicitud por escrito de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación.*
- Confirmar la presencia de un embarazo intrauterino así como de la edad gestacional para seleccionar el tipo de intervención.
- Recabar el consentimiento informado, previo a un buen proceso de orientación-consejería.
- Administrar antibióticos de manera profiláctica (sin embargo, el no contar con ellos, NO es motivo para negar la atención).
- Administrar antibióticos recomendados para tratar infecciones (en caso de vaginosis bacteriana, Enfermedad Inflamatoria Pélvica o aborto séptico) ANTES de iniciar el procedimiento.

- Recabar el grupo sanguíneo y Rh previo al procedimiento.
- Administrar analgésicos.

Recomendaciones del médico para la paciente después del procedimiento

- Acudir a consulta de seguimiento.
- Proporcionar información acerca de los síntomas y signos normales que se pueden presentar después del procedimiento, así como sobre los posibles signos de alarma.



Cuidados postoperatorios de rutina

- Prevención de infecciones de transmisión sexual y anticoncepción conforme a las necesidades de la usuaria (previo consentimiento informado) con apego a la NOM-005-SSA2-1993, d*e los Servicios de Planificación Familiar.

- Es recomendable que la actividad física intensa se difiera hasta por 2 semanas.
- Es recomendable evitar relaciones sexuales, independientemente de que se trate de un aborto inducido o espontáneo, hasta adoptar un método anticonceptivo.

- En caso de aborto espontáneo, especialmente de repetición, es aconsejable no embarazarse hasta que se determine la causa que originó la pérdida del producto.
- El método anticonceptivo se determinará de acuerdo a la NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar vigente.

Signos de alarma	Signos normales post-aborto
Dolor intenso o persistente en hipogastrio o región subescapular	Hipersensibilidad mamaria hasta por 24-48 horas después de la evacuación uterina y unos días después del aborto farmacológico
Escalofríos o fiebre de 38° C o más	Sangrado en cantidades iguales o menores al de una menstruación: puede persistir unos días después del procedimiento de aborto farmacológico
Sangrado intenso: empapar más de dos toallas sanitarias por hora por más de dos horas seguidas	Náusea: debe desaparecer en 24-48 horas
Salida de líquido transvaginal fétido	Fatiga y cansancio: deben desaparecer en unos días
Persistencia de síntomas de embarazo	

*en caso de ser menor de 12 años de edad, a solicitud de su padre y/o madre, o a falta de éstos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. El personal de salud que participe en el procedimiento o interrupción voluntaria del embarazo no estará obligado a verificar el dicho de la solicitante (Ley General de Víctimas y NOM-046)

Referencias y recursos en Internet:

1. Schiavon, Raffaella; Troncoso, Erika; Polo, Gerardo, Consecuencias del aborto inseguro en la morbilidad y mortalidad, Análisis de la mortalidad materna y por aborto en México en las dos últimas décadas, 1990 – 2008, Ipas México, Ciudad de México, México
2. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, ENVIM Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006, México, 2009
3. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. Organización Mundial de la Salud, Uruguay, 2012 Consultado en octubre 2016. Disponible en :www.who.int/reproductivehealth
4. Regulación del aborto en México. Derecho Comparado de los 31 estados y del Distrito Federal, así como de diversos países en el mundo y estadísticas del INEGI en el tema (Segunda Parte) México, marzo de 2014, Mtra. Claudia Gamboa Montejano Investigadora Parlamentaria Lic. Sandra Valdés Robledo Asistente de Investigación, Consultado octubre 2016, Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-33-14.pdf>
5. Ley General de Víctimas, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2013 <http://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/pdf/LGV.pdf>
6. NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la prevención y atención. DOF 24 de marzo de 2016
7. : <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/estadisticas-interrupcion-legal-embarazo-df/>
8. Raymond EG1, Grimes DA., Obstetric Gynecology. 2012 Feb; June 2012, Volume 119, Issue 6, p 1271, The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States.
9. Jasveer Virk, M.S., M.P.H., Jun Zhang, Ph.D., M.D., and Jørn Olsen, Medical Abortion does not increase complications in subsequent pregnancies Consultado octubre 2016, Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa070445#t=article>



10. Reeves GK1, Kan SW, Key T, Tjønneland A, Olsen A. Breast cancer risk in relation to abortion: Results from the EPIC study. US National Library of MedicineNational Institutes of Health, octubre 2006
11. Schiavon R. "Mortalidad materna: un problema de salud pública y de derechos humanos" en Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres. Avances y Retos a 20 años de las Conferencias Mundiales de El Cairo y Beijing. Martha Lucia Micher Camarena Compiladora, LXII, Legislatura Cámara de Diputados y Andar, Alianza Nacional por el Derecho a Decidir Editoras. México, Julio 2015