

Resumen ejecutivo

Aspiración endouterina para el aborto y posaborto en el primer nivel de atención

Gabriela Luchetti
Santiago Hasdeu


Promoviendo derechos
para la igualdad de género

 **REDAAS**
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
ARGENTINA

50  **CEDES**
AÑOS

Con el apoyo de Ipas

Gabriela Luchetti, médica tocoginecóloga, Universidad Nacional del Comahue y Consejo Consultivo de la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS).

Santiago Hasdeu, médico clínico, Centro Universitario de Estudios en Economía, Salud y Bienestar (CUESEB) de la Universidad Nacional del Comahue

Agradecemos la revisión externa de:

María Paula Botta, médica generalista, Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias Rosario (CEMAR), provincia de Santa Fe.

María Pía Elissetche, médica generalista, coordinadora operativa, REDAAS.

Damián Levy, médico tocoginecólogo, Fundación CIGESAR (Centro Integral de Género y Salud Reproductiva Argentina), Caseros, provincia de Buenos Aires.

Mariana Romero, médica epidemióloga, codirectora de REDAAS.

Edición: Marina Caporale

Diseño: Marcela Romero | Estudio Cosgaya

Cita sugerida:

Luchetti, G. y Hasdeu, S. (2025). Resumen Ejecutivo: *Aspiración endouterina para el aborto y posaborto en el primer nivel de atención*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2025

Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4812>

Este documento tiene como propósito apoyar la toma de decisiones y la gestión de las políticas públicas en la provisión de abortos y la atención de posabortos con el uso de aspiración endouterina en instalaciones ambulatorias del primer nivel de atención, con el fin de mejorar el acceso y la calidad de las prestaciones.

Introducción

Los métodos recomendados para realizar un aborto o tratar situaciones de posaborto son dos: con medicamentos y procedimentales. Dentro de los procedimentales, la técnica sugerida es la aspiración endouterina.

A nivel global las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2022 se basan en la evidencia para recomendar que el procedimiento de aspiración endouterina y el aborto con medicamentos hasta las 12 semanas de gestación se realicen en el primer nivel de atención en forma ambulatoria por parte de integrantes del equipo de salud de variadas disciplinas con la capacitación adecuada.

Aborto con medicamentos

El método para realizar el aborto inducido con medicamentos ha demostrado ser seguro y efectivo. El régimen recomendado por la OMS es la combinación de mifepristona y misoprostol. Dado que la mifepristona no siempre está disponible, hay protocolos de uso de misoprostol solo que han demostrado ser igualmente efectivos.

Aborto procedimental

El método procedimental -también llamado instrumental o quirúrgico- se utiliza en abortos inducidos y espontáneos independientemente del contexto legal y en cualquier otra situación clínica que produzca retención de restos placentarios o que requiera evacuación uterina.

Las técnicas utilizadas en este método son dos:

- ✱ aspiración endouterina (AEU), también llamada aspiración al vacío
- ✱ legrado uterino con cureta metálica

Hasta el advenimiento y la generalización del uso de medicamentos para abortar y la difusión de la aspiración endouterina, la única forma segura de acceder a un aborto era contar con atención médica especializada y un entorno quirúrgico adecuado para realizar un legrado uterino con cureta metálica. Actualmente la OMS no recomienda el uso rutinario del legrado para el aborto inducido antes de las 12 semanas, pese a lo cual sigue siendo una práctica frecuente en algunos ámbitos.

Este documento se centra en la aspiración endouterina, especialmente en la aspiración manual (AMEU).

Aspiración endouterina

Cómo se hace	Se crea vacío dentro del útero y se aspira el contenido de la cavidad.
Dónde se hace	Se realiza en centros del primer nivel de atención, en consultorios externos e instalaciones ambulatorias.
Opciones	La aspiración puede ser manual o eléctrica.
Frecuencia de uso	Es la técnica instrumental más usada en aborto inducido.
Ventajas	<ul style="list-style-type: none">Es más segura que el legrado con curetaje.Es menos dolorosa que el legrado con curetaje.Puede realizarse en instalaciones ambulatorias.Puede realizarse con analgésicos y anestesia local.Su eficacia en lograr un aborto completo es cercana al 95%.La evacuación del contenido uterino suele durar menos de 10 minutos.La aspiración manual se realiza con un equipo portátil que no requiere energía eléctrica.El tiempo de observación luego del procedimiento y el alta es de 30 minutos.Puede ser realizada por cualquier profesional de la salud con la capacitación adecuada.El instrumental es fácil de conseguir y de mantener.

Al ser un procedimiento, la aspiración endouterina requiere un ambiente limpio para su realización, pero no necesariamente un quirófano.

Definición de procedimiento

Se entiende por procedimiento a una técnica de intervención de corta duración que se enmarca dentro de las siguientes categorías:

- * Es una intervención diagnóstica o terapéutica no incisional realizada a través de un orificio o cavidad corporal existente.
- * Incluye una incisión o escisión superficial que no requiere reparación o no altera significativamente la morfología.
- * Es la inserción de un dispositivo en una cavidad natural.
- * Es un implante subcutáneo.
- * Es una inyección.

Toda otra intervención invasiva, incisión o escisión que requiera reparación es considerada una cirugía.

Contexto de Argentina

Desde 2021, a partir de la sanción de la Ley 27.610, la mayoría de las interrupciones voluntarias y legales del embarazo en Argentina se resuelven en el primer nivel de atención, donde el método predominante -casi único- es el aborto con medicamentos.

En cuanto a los métodos procedimentales, la aspiración endouterina está poco difundida. El legrado con cureta es la técnica más usada, a pesar de existir evidencia respaldatoria sobre la aspiración endouterina como tratamiento electivo del aborto y posaborto y de la recomendación de la OMS y del Ministerio de Salud sobre su uso en todos los casos antes de las 14 semanas de gestación.

Propósito de este trabajo

Este trabajo se propone apoyar la toma de decisiones y la gestión de las políticas públicas en Argentina en relación con la provisión de abortos inducidos con aspiración endouterina, particularmente con la opción manual, hasta las 14 semanas de gestación en instalaciones de consulta ambulatoria del primer nivel de atención.

Objetivos

- ✦ Explorar el estado del conocimiento en relación con la eficacia y la seguridad de la provisión de aspiración endouterina en instalaciones ambulatorias del primer nivel de atención.
- ✦ Caracterizar y describir las instalaciones, la estructura, el equipamiento y los insumos con los que un centro de atención primaria debería contar para la provisión de servicios de aborto y de atención posaborto con aspiración al vacío, a los fines de apoyar políticas de ampliación del acceso al aborto seguras, efectivas y aceptables para las personas usuarias.

Metodología

Se realizó una exploración bibliográfica para establecer el estado de la cuestión a través de la incorporación sistemática y transparente de un amplio rango de estudios con diferentes diseños¹, buscando sintetizar lo publicado y sus alcances en forma amplia, con el fin de:

- ✦ informar la práctica, los programas y las políticas;
- ✦ establecer los requerimientos básicos de instalaciones, equipamientos e insumos para el primer nivel de atención; y
- ✦ apoyar la toma de decisiones en la provisión de abortos inducidos por aspiración endouterina en instalaciones de consulta ambulatoria en Argentina.

Tópicos emergentes

Del análisis temático de la bibliografía, los tópicos emergentes fueron:

1 La seguridad de los procedimientos de aborto (aspiraciones endouterinas) realizados en el ámbito de consulta ambulatoria.

2 Las políticas y regulaciones en relación con estos ámbitos.

¹ Para profundizar sobre la metodología, los términos buscados, las bases de datos y los resultados, acudir al documento completo *Aspiración endouterina para el aborto y posaborto en el primer nivel de atención*. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4810>



PRIMER TÓPICO: Seguridad de los procedimientos de aspiración endouterina en ámbitos de consulta ambulatoria

El resultado de la exploración bibliográfica en relación con la seguridad de los procedimientos de aspiración endouterina en ámbitos de consulta ambulatoria indica lo siguiente:

-  El aborto con aspiración endouterina y con medicamentos hasta la semana 14 de gestación es altamente seguro y efectivo.
-  Las complicaciones severas son raras y se incrementan con el aumento de la edad gestacional, por lo que es crucial priorizar la facilidad y rapidez de acceso garantizando su realización en el primer nivel de atención.
-  La atención ambulatoria genera muchas menos barreras para el aborto en el primer trimestre que la atención en instituciones hospitalarias.
-  Los procedimientos de aspiración endouterina realizados en el primer trimestre tienen una frecuencia de complicaciones muy baja independientemente de las instalaciones donde se realicen y de la etapa gestacional.
-  En caso de requerirse intervenciones adicionales por algún evento adverso, por lo general pueden realizarse en las mismas instalaciones sin necesidad de traslados.
-  La prevalencia de complicaciones es comparable con las de las vasectomías y colonoscopias.
-  Desde hace 45 años, más del 95% de los abortos inducidos en Estados Unidos se realizan en instalaciones ambulatorias.
-  La diferencia en las complicaciones o eventos adversos de aspiraciones endouterinas en el primer trimestre realizadas en quirófanos ambulatorios y en espacios de consulta externa no es significativa de acuerdo con el lugar de realización.



SEGUNDO TÓPICO: Políticas y regulaciones

Con respecto a las políticas y las regulaciones que existen en diferentes países sobre la atención ambulatoria de los procedimientos de aspiración endouterina, el resultado de la exploración bibliográfica indica lo siguiente:

-  Estados Unidos hizo cambios regulatorios argumentando problemas de seguridad en los espacios ambulatorios de consulta externa destinados a abortos, dificultando así el acceso a este procedimiento.

Las organizaciones que trabajan con el tema sostienen que deberían establecerse los mismos estándares y procesos de monitoreo y revisión para las instalaciones de todos los procedimientos ambulatorios, sin diferenciar a los de aborto de los de otras prácticas médicas con similar complejidad y riesgo.

- ✦ Se recomienda que los abortos y los cuidados posteriores sean provistos en el primer nivel de atención, lo cual implica considerar al aborto como un procedimiento y no como una cirugía, para garantizar su realización en ámbitos de consulta ambulatoria con las mismas normativas que procedimientos similares.

Instalaciones, equipamiento e insumos recomendados

La exploración bibliográfica permitió identificar recomendaciones sobre las instalaciones, el equipamiento y los insumos requeridos para el aborto procedimental con aspiración endouterina hasta las 14 semanas de gestación en el primer nivel de atención.

Recomendaciones de la OMS

- ✦ La realización del aborto en servicios ambulatorios, tanto de primer nivel como de mayor complejidad, es segura.
- ✦ La realización en el primer nivel minimiza los costos y maximiza la conveniencia y la oportunidad de la atención para la persona que lo solicita.
- ✦ La mayoría de los equipos, medicamentos y suministros necesarios para proporcionar aspiración al vacío (manual y eléctrica) son los mismos que los necesarios para otros servicios ginecológicos.
- ✦ Los criterios para determinar qué instrumentos usar son: calidad, durabilidad, costos y capacidad del sistema para asegurar una disponibilidad y mantenimiento regulares a lo largo del tiempo.
- ✦ Los instrumentos para la aspiración manual se fabrican para uso único o para uso múltiple. Los equipos reutilizables disminuyen los costos, pero se debe garantizar la limpieza y desinfección adecuadas. Los elementos de uso único, por su parte, deben ser cuidadosamente desechados, a fin de evitar riesgos para la salud del equipo sanitario y de la comunidad.
- ✦ Si los instrumentos van a ser reutilizados, es esencial adquirir los que resistan el uso múltiple, la limpieza y la desinfección o esterilización de alto nivel, así como asegurar el suministro de dicha desinfección o esterilización.

Resultados generales del análisis de la bibliografía

- ✦ El aborto inducido en las primeras 14 semanas del embarazo se lleva a cabo ampliamente en forma segura en el ámbito de la atención primaria con distintos tipos de proveedores en la mayoría de los países estudiados que tienen aborto legal.
- ✦ En la mayoría de los países que tienen aborto legal desde hace más de 10 años -como Australia, Canadá, Colombia, España, Francia, México y Reino Unido-, la aspiración endouterina en los abortos hasta las 14 semanas se realiza en el contexto del primer nivel de atención.
- ✦ Los requerimientos en relación con las instalaciones, los equipamientos y los suministros son de baja complejidad.
- ✦ Aunque la posibilidad de complicaciones en estos procedimientos es baja, es necesario contemplar las complicaciones y particularmente las posibles emergencias tanto en las instalaciones como en el equipamiento y los suministros para su resolución y para la determinación de vías de derivación a la mayor complejidad.

Conclusiones

La seguridad del aborto procedimental hasta las 14 semanas en los contextos ambulatorios es similar a la de otros procedimientos ambulatorios. Su seguridad no difiere de la de los abortos procedimentales realizados en el ámbito quirúrgico ambulatorio u hospitalario.

Existe un amplio respaldo bibliográfico para que el aborto procedimental, particularmente mediante aspiración endouterina, sea realizado en espacios de atención ambulatoria en el primer nivel de atención. No hay diferencias en la morbimortalidad entre hacerlo en un quirófano ambulatorio o en un espacio de consulta externa en el primer nivel de atención. Esto es válido para abortos hasta las 14 semanas únicamente con anestesia local o con sedación leve y analgesia.

El aborto es más seguro cuanto antes se practique y los servicios del primer nivel de atención deben poder satisfacer la demanda local, de manera que las personas puedan acceder tan pronto como sea posible. Por ello, la amplia disponibilidad horaria y la cercanía con el centro de atención son fundamentales.

Como el equipamiento y el espacio que se necesitan para prestar servicios de aborto seguro son similares a los que se necesitan para los cuidados habituales de ginecología y de otros procedimientos ambulatorios de baja complejidad, se deben hacer esfuerzos para brindar servicios de aborto seguro en una amplia variedad de centros y de manera integrada, siempre cumpliendo con los requisitos que contemplen la resolución de complicaciones y las derivaciones a un nivel superior de complejidad en casos de emergencias.

Todo el personal sanitario debe estar preparado para brindar atención de abortos segura en consonancia con sus habilidades e incumbencias. Esto puede ayudar a organizar el trabajo y a mejorar las habilidades del equipo de profesionales que proveen cuidados a las mujeres y demás personas con capacidad de gestar y así, por ende, mejorar el acceso a la atención de abortos y aumentar la seguridad.

Proveer los servicios en el primer nivel de atención reduce las barreras de acceso y disminuye los costos no solo del sistema de salud, al no requerir internación, sino también de los gastos de bolsillo de las personas producidos por traslado, reemplazo de las tareas de cuidado y otras cuestiones logísticas. Por ello, es de esperar que con esta organización mejore la calidad de la prestación y se haga más integral, que disminuyan los tiempos de espera y las barreras logísticas y familiares, y que mejoren la privacidad y la confidencialidad.

Por otro lado, proveer los servicios en el primer nivel de atención permite ofrecer cuidados personalizados centrados en la necesidad de las personas, propicia el ejercicio de las tareas compartidas y la formación de equipos interprofesionales, y fomenta la coordinación de las tareas en espacios menos jerárquicos que los hospitalarios.

Recomendaciones

Los estudios publicados y las recomendaciones de las agencias internacionales muestran que el aborto instrumental con aspiración endouterina puede realizarse con buenos márgenes de seguridad y elevados niveles de efectividad en contextos ambulatorios del primer nivel de atención hasta las 14 semanas de gestación.

Es menester arbitrar los cambios necesarios en el sistema de salud argentino para que el primer nivel de atención cuente con las tecnologías y el equipamiento necesarios para realizar este procedimiento en instalaciones ambulatorias para la provisión de abortos hasta las 14 semanas y la atención posaborto, con el fin de favorecer la equidad en el acceso.

Mensajes finales

Este documento fue revisado por María Paula Botta, María Pía Elissetche, Damián Levy y Mariana Romero y discutido en un webinar con integrantes de REDAAS.

Los mensajes clave que se proponen son:

1 La AMEU es una práctica segura y de calidad

- * Este trabajo permite afirmar que no se debe considerar a la AMEU como una “segunda opción”.
- * Es usual que no se ofrezca porque requiere más tiempo y más compromiso con la persona usuaria, y que en su lugar se privilegie la consulta rápida y el uso de medicamentos.

2 Requisitos básicos para la prestación de servicios de AMEU ambulatoria en lo relativo a las instalaciones

- * Espacio físico que resguarde la privacidad y la confidencialidad de la persona usuaria para las instancias previas de información y firma de consentimiento informado y la posterior recuperación, con un sillón cómodo y la posibilidad de beber y comer algo, tanto ella como la persona que haya elegido como acompañante, si es el caso.
- * Espacio físico para el equipo de salud, sala de preparación y recuperación, sala de procedimientos, zona de recepción.
- * Disponibilidad de las instalaciones sin interrupciones y con la flexibilidad de tiempo necesaria (sin restricciones horarias o en conflicto con otras prácticas).
- * Baño privado no compartido con otros espacios o con “el público general”.
- * Garantía de acceso a servicios de emergencias (espacio que permita el desplazamiento de una camilla y el acercamiento de una ambulancia).

3 Sacar la AMEU de los quirófanos

- * No se requiere que el espacio para los procedimientos esté localizado en un servicio de gineco-obstetricia o de maternidad.
- * No se requiere espacio hospitalario pero tampoco una posta sanitaria. Se requiere una sala de procedimientos ambulatorios.
- * Si se usa sedación se requieren las condiciones de un quirófano ambulatorio.

4 Revalorizar la capacitación

- * Implica capacitación previa y una continuidad regular en la provisión de servicios que garantice el sostenimiento de la habilidad aprendida para seguir prestándola con calidad.
- * Requiere curva de aprendizaje supervisada.
- * Implica tener destreza en AMEU pero no en el tratamiento de las complicaciones. Sí requiere poseer la capacitación necesaria para detectar la complicación y solicitar asistencia o derivación oportuna.
- * Tiene como fin jerarquizar la seguridad y la calidad del aborto con AMEU.

5 Equipo fortalecido y con experiencia donde la totalidad de sus integrantes contribuyen y “ponen el ojo”

- * Personas capacitadas con disponibilidad de tiempo y foco en la calidad, la seguridad y el acompañamiento empático.
- * Equipo de tres personas como mínimo de las ramas de la medicina, la enfermería y/o la obstetricia. Además, persona capacitada en sala de recepción (que puede ser profesional de las disciplinas ya mencionadas o de psicología o trabajo social, o bien activistas de colectivas con experiencia en el tema) con la función de recibir, comunicar, despejar dudas, garantizar el cumplimiento de la firma del consentimiento informado, y hacer de nexo con el equipo de atención médica ante posibles informaciones sensibles que sea necesario conocer de antemano.
- * Equipo cuidado por sí mismo y por la institución.

