Las enfermeras en México proveen abortos con medicamentos de forma segura y exitosa

Las enfermeras, así como los médicos, pueden proveer abortos con medicamentos en forma temprana según un ensayo controlado aleatorio de no inferioridad, conducido en tres instituciones de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México.[1] Virtualmente, todos los abortos con medicamentos provistos por enfermeras y médicos fueron exitosos (98% y 99%, respectivamente) y solo el 10% de las mujeres necesitaron cirugía o medicamentos adicionales para completar el procedimiento. Sin importar el tipo de proveedor que usaron, la vasta mayoría de las mujeres recibió una receta para anticonceptivos (99%) y 97% de ellas dejaron la institución con un método; 99% de las mujeres se sintieron cómodas con su enfermera o médico.

Aunque el aborto se legalizó en la Ciudad de México en 2007, la demanda del procedimiento ha excedido la capacidad de médicos para proveerlo. El permitir que proveedores de nivel medio puedan realizar los abortos podría ayudar a aumentar su disponibilidad. Para examinar si la atención del aborto con medicamentos provisto por las enfermeras era comparable con la de los médicos, los investigadores condujeron un ensayo aleatorio de noviembre de 2012 a enero de 2013 en dos clínicas y un hospital que, colectivamente, proveyeron la mitad de los abortos legales en la Ciudad de México. Las mujeres con una duración gestacional de hasta 70 días que buscaban un aborto fueron elegibles si tenían al menos 18 años de edad; nunca habían tenido un aborto legal con medicamentos y deseaban someterse a uno; no tenían historia clínica de contraindicaciones para el procedimiento y proveyeron información sobre sus características sociales y demográficas y de contacto para seguimiento. Unas 1,017 mujeres fueron aleatorizadas; las 884 que regresaron para seguimiento fueron incluidas en el análisis primario (intención para tratamiento) y recibieron atención para aborto ya sea de un médico (450) o de una enfermera (434).

Los dos grupos de proveedores estuvieron compuestos por siete enfermeras y ocho médicos que nunca habían provisto un aborto con medicamentos o lo habían hecho solamente bajo supervisión. Cada grupo recibió capacitación por cerca de dos semanas sobre la provisión de aborto con medicamentos y habilidades relacionadas, como ultrasonido abdominal y transvaginal.

Las mujeres atendidas tenían características similares en los dos grupos de proveedores. Dos tercios de ellas tenían entre 20 y 29 años de edad, cerca de la mitad eran solteras y cuatro de 10 habían asistido al menos en parte a la escuela secundaria o técnica. Aproximadamente en iguales proporciones eran estudiantes (25%), amas de casa (29%) o trabajadoras (33%). La duración promedio de la gestación fue de 50 días. En la primera visita de las mujeres, de conformidad con las directrices de la Secretaría de Salud, los proveedores realizaron un ultrasonido para determinar la edad gestacional, hicieron que las mujeres tomaran una dosis oral de 200 mg de mifepristona y les dieron 800 mg de misoprostol para tomar en casa después de 24 horas. Para ayudar a que las mujeres evitaran tener un embarazo no deseado en el futuro, los proveedores de servicios también les presentaron a consideración varias opciones de anticonceptivos postaborto.

Las visitas de seguimiento tuvieron lugar de una a dos semanas después. Además, para verificar que el aborto había sido completo (vía ultrasonido, una lista de verificación de síntomas y preguntas acerca de la historia de sangrado de la mujer), los proveedores ofrecieron a las mujeres el método anticonceptivo de su elección, si lo había, o les indicaron que estaba disponible. Las mujeres completaron entonces una encuesta para calificar su satisfacción con respecto a la atención recibida. En algunos casos, las mujeres necesitaron una aspiración manual endouterina o más medicamentos (800 mg de misoprostol) para completar el aborto; las enfermeras eligieron administrar misoprostol adicional con mayor frecuencia que los médicos (10% de los casos vs. 5% de los casos).

Las enfermeras y los médicos por igual lograron altas tasas de éxito: entre las mujeres tratadas por médicos el 99% tuvo un aborto con medicamentos sin cirugía de seguimiento, como sucedió con el 98% de las mujeres tratadas por enfermeras. La diferencia en tasas estuvo completamente dentro del margen preestablecido de no inferioridad de 5%. Cuando los análisis se limitaron a mujeres que completaron el tratamiento según los protocolos del estudio, los resultados confirmaron que las enfermeras eran tan competentes como los médicos en el manejo de la atención del aborto con medicamentos (tasas de éxito de 98% vs. 99%).

Proporciones similares de mujeres recibieron de médicos y enfermeras una receta para anticonceptivos (99% en cada grupo); la mayoría de las mujeres eligieron la píldora, el DIU o el inyectable. En la visita de seguimiento, casi todas las mujeres en ambos grupos recibieron uno o más métodos (97% de cada grupo), pero un porcentaje más alto de mujeres en el grupo de los médicos en comparación con sus contrapartes en el grupo de enfermeras obtuvieron un DIU (31% vs. 24%), mientras que las mujeres en el grupo de enfermeras tuvieron mayor probabilidad que aquellas atendidas por médicos de recibir condones (19% vs. 11%) o píldoras de anticoncepción de emergencia (2% vs. 0%). Tres cuartas partes de las mujeres en cada grupo estuvieron muy satisfechas con la atención recibida; casi la totalidad de ellas se sintieron cómodas con su enfermera o su médico (99%) y tuvieron confianza en sus habilidades técnicas (99%).

Mientras las enfermeras se desempeñaron tan bien como los médicos en todos los aspectos del manejo del aborto con medicamentos, la consejería anticonceptiva y la provisión de métodos, los investigadores explican que las enfermeras podrían haber preferido adoptar un enfoque conservador hacia el tratamiento de posibles abortos incompletos y, por lo tanto, prescribieron una dosis extra de misoprostol más frecuentemente que los médicos. Debido a que las enfermeras tuvieron la tendencia de dar a sus pacientes los métodos que rutinariamente ofrecían durante sus labores usuales (es decir, condones y anticoncepción de emergencia), los investigadores recomendaron que las enfermeras fueran capacitadas en inserción de DIU para aumentar su confianza al prescribir y proporcionar este método. Las limitaciones potenciales del estudio incluyen la posibilidad de que las enfermeras consultaran a los médicos en sus instituciones, "contaminando" así los resultados. Sin embargo, los autores señalan que las discusiones entre las enfermeras y los médicos participantes fueron improbables, puesto que los dos tipos de proveedores estuvieron trabajando en consultorios separados; y, añaden que cualquier impacto en el estudio habría sido mitigado por los beneficios de haber tenido a todos los proveedores sanitarios trabajando bajo las mismas condiciones. En general, concluyen, que los hallazgos son consistentes con los obtenidos en estudios previos que evaluaron el desempeño de los proveedores

de nivel medio en la ejecución de tareas tradicionalmente limitadas a los médicos, e indican que las enfermeras pueden aumentar exitosamente la provisión que hacen los médicos de atención del aborto por medicamentos en México y así "ayudar a responder a la alta demanda del aborto seguro" en el país.
–*S. Ramashwar*

REFERENCIA

1. Diaz Olavarrieta C et al., Nurse versus physician-provision of early medical abortion in Mexico: a randomized controlled non-inferiority trial, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud,* 2015, 93(4):249–258.