



Región del Hemisferio Occidental

Poder decidir abre un mundo de posibilidades

Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre

Procedimientos quirúrgicos y médicos



Poder decidir abre un mundo de posibilidades

IPPF es un proveedor de servicios a nivel mundial y un referente en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Somos un movimiento global de organizaciones nacionales que trabaja para y con las comunidades e individuos.

Somos una red de 40 organizaciones de salud sexual y reproductiva (SSR) en Norteamérica, América Latina y el Caribe. Nuestras Asociaciones Miembro proporcionan cerca de 29 millones de servicios cada año. Estos servicios varían desde la educación en sexualidad, servicios anticonceptivos, hasta las pruebas de VIH, servicios de aborto seguro y la detección de violencia basada en género. También hacemos trabajo de advocacy a nivel local e internacional para garantizar los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas.

Agradecimientos

Escrito por Marcel Vekemans, Asesor Médico Superior, Oficina Central de International Planned Parenthood Federation.

El equipo de aborto de IPPF agradece las contribuciones de quienes revisaron estas guías clínicas y protocolos: Kiran Asif, Cherie Etherington-Smith, Jennifer Friedman, Pak-Cheung Ho, Rebecca Koladycz, Celal Samad, Nono Simelela y Tran Nguyen Toan. La impresión de esta publicación fue posible gracias a la generosa contribución financiera de un donante anónimo. Las contribuciones de Upeka de Silva fueron esenciales para dar fruto a esta publicación.

La IPPF/RHO agradece las contribuciones de quienes revisaron la versión en español de estas guías clínicas y protocolos: Dr. Moises Russo, Dra. Laura Miranda, Giselle Carino, Marcela Rueda, Jennifer Friedman, and Jimena Valades. También, la IPPF/RHO reconoce las contribuciones esenciales de los miembros del Panel Técnico Asesor: Dr. Vicente Diaz, Dr. Guillermo Galan, Dr. Agustin Gonzalez, Dr. Jose Enrique Pons, Dr. Patricio Sanhueza y Dr. Luis Távora.

En estas guías clínicas...

Introducción: La provisión de servicios de alta calidad orientados a la mujer	3
Capítulo 1 Atención integral para un aborto: requisitos previos	4
Respetar el derecho de confidencialidad de las mujeres	4
Promover el derecho a la dignidad de las mujeres	4
Respetar el derecho de las mujeres a tomar una decisión informada y libre	4
Principios para guiar la organización del trabajo	4
Capítulo 2 Aborto de primer trimestre	6
Visita pre-aborto	6
¿Aborto quirúrgico o con medicamentos ¹ ?	8
Aborto quirúrgico	8
Aborto con medicamentos	15
Aborto inducido: manejo de complicaciones inmediatas, tempranas y tardías	20
Capítulo 3 Consecuencias a largo plazo luego de un aborto seguro de primer trimestre	25
Capítulo 4 Seguimiento post-aborto	26
Capítulo 5 Anticoncepción post-aborto	27
Capítulo 6 Casos de abortos repetidos	28
Capítulo 7 Equipamiento, instrumentos, suministros y medicamentos	29
Prevención de infecciones	29
Aspiración usando una jeringa para aspiración manual o bomba eléctrica	29
Dilatación y curetaje	29
Aborto con medicamentos	29
Medicamentos, provisiones y posters de salas de emergencia	30
Bibliografía	31
Anexo 1 Ecografía pre-aborto y análisis de laboratorio	34
Anexo 2 Manejo clínico de complicaciones por aborto	35
Cuadro 1: Evaluación inicial	35
Cuadro 2: Shock	36
Cuadro 3: Sangrado vaginal severo	37
Cuadro 4: Lesión intra-abdominal	38
Cuadro 5: Infección y sepsis	39

¹ En este documento los términos aborto médico y aborto con medicamentos son utilizados como sinónimos. Se refieren a la inducción de la expulsión de los productos de la concepción mediante el uso de fármacos únicamente.



IPPF trabaja para asegurar el acceso a abortos seguros y legales a nivel mundial. Inspirados en esta visión, estas guías clínicas y protocolos intentan orientar a los profesionales de la salud de modo que puedan ofrecer servicios de aborto, y relacionados al aborto, de alta calidad y centrados en la mujer.

Introducción: La provisión de servicios de alta calidad orientados a la mujer

IPPF trabaja para asegurar el acceso a abortos seguros y legales a nivel mundial. Inspirados en esta visión, estas guías clínicas y protocolos intentan orientar a los profesionales de la salud de modo que puedan ofrecer servicios de aborto, y relacionados al aborto, de alta calidad y centrados en la mujer. Este documento está basado en los valores y principios establecidos en la Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos de IPPF; los procedimientos clínicos están basados en el Marco de Calidad de Atención desarrollado e implementado a lo largo de todos los aspectos de servicios de IPPF.

Objetivo de estas guías clínicas y protocolos

Este documento integra protocolos, guías clínicas y estándares en un marco amplio a fin de garantizar que no se omita ningún aspecto del cuidado de la mujer en la provisión de servicios de aborto de primer trimestre de embarazo. Está dirigido al personal involucrado en servicios de aborto –ya sea como profesionales de la salud directos o como consejeros o educadores – que pueda estar interesado en alguno de los aspectos médicos que contempla el presente documento.

Nuestro objetivo es establecer los principios subyacentes y los resultados deseados de la forma más práctica posible. Este propósito se ve reflejado en la declaración de la Organización Mundial de la Salud: “Las guías clínicas son declaraciones desarrolladas sistemáticamente y basadas en evidencia, destinadas a asistir a los proveedores [...] en la toma de decisiones informadas sobre intervenciones sanitarias apropiadas. Las guías clínicas son indicaciones de apoyo por lo que deben ser lo suficientemente sólidas como para dar respuesta a las circunstancias y restricciones en las situaciones específicas donde están siendo aplicadas. La naturaleza y propósito fundamentales de las guías clínicas también han sido expresados bajo otros formatos llamados protocolos, mejores prácticas, algoritmos, declaraciones de consenso, recomendaciones de

comités de expertos, rutas de cuidado integrado [...]” (World Health Organization: *Guidelines for WHO Guidelines*: ver bibliografía en la página 31).

Existen herramientas integrales para la capacitación en aborto temprano disponibles en el sitio TEACH: www.teachtraining.org (en inglés). Desarrolladas para su uso en los Estados Unidos, estas guías son muy detalladas, y ofrecen información adicional muy útil.

Además de los protocolos clínicos, una clínica que ofrece servicios relacionados con el aborto debería contar con protocolos de consejería (incluyendo consejería sobre opciones frente a un embarazo no deseado, cuidado pre- y post- aborto y anticoncepción), guías clínicas precisas sobre el manejo del flujo de pacientes, guías clínicas sobre servicios amigable para los jóvenes², un protocolo escrito que contemple la necesidad de eximir o reducir el costo de los procedimientos a mujeres que así lo requieran, y una herramienta de evaluación de satisfacción por parte de las mujeres.

Por último, se deben tomar todas las medidas necesarias para asegurar o mejorar la calidad del servicio.

Nota aclaratoria: exención de responsabilidad

Este material educativo constituye una herramienta suplementaria y no prescribe procedimientos exclusivos. Contiene métodos y técnicas reconocidas que constituyen actualmente las prácticas clínicas apropiadas. Puede haber enfoques diferentes a los contenidos en esta guía, justificados por variaciones en las necesidades individuales de las mujeres y en los recursos disponibles. IPPF y su personal no son responsables por resultados adversos que pudieran resultar por servicios de aborto en aquellos casos en que los que IPPF no esté expresa y directamente involucrada como la principal proveedora de servicio.

2 El concepto de servicios amigables para jóvenes incluye tanto los aspectos de calidad como acceso. Para más información, favor de ver: *Los protocolos de atención en salud sexual y reproductivo para jóvenes*, www.ippfwhr.org

Capítulo 1

Atención integral para un aborto: requisitos previos

IPPF está comprometida con la defensa de los derechos de las mujeres y las necesidades de los profesionales de la salud a los fines de asegurar los más altos niveles de calidad de atención posibles.

Respetar el derecho de confidencialidad de las mujeres

Se debe garantizar el respeto absoluto por los derechos de las mujeres a la privacidad, discreción y confidencialidad. Una mujer que se presenta para un servicio de aborto puede estar preocupada de que sus padres, marido, pareja, parientes, miembros de la comunidad o agentes de la ley tomen conocimiento del hecho y desaprobren su decisión. Los profesionales de la salud deben tener un conocimiento cabal del contexto legal en el que operan para poder orientar a las mujeres. En los casos en que la ley permite (o exige) un incumplimiento de dicha confidencialidad (por ejemplo, en casos de violencia), tanto mujeres como profesionales de la salud necesitan conocer y respetar tales disposiciones. Sin embargo, el derecho a la seguridad de la mujer debe preservarse en todo momento.

En algunos países los profesionales de la salud no pueden entregar información médica, aun ante la solicitud de las mujeres. Todas estas políticas deben ser conocidas claramente tanto por profesionales de la salud como por mujeres.

Promover el derecho a la dignidad de las mujeres

Todos los profesionales de la salud, médicos y no-médicos, tienen el deber de respetar la dignidad de las mujeres. Dada la naturaleza tan delicada de la cuestión del aborto, las mujeres que buscan atención médica para solicitar un aborto pueden sentirse particularmente vulnerables, y pueden tener miedo de la desaprobación o de un tratamiento médico deficiente o doloroso. Los profesionales de la salud y todo el personal deben garantizar que las mujeres sean tratadas con dignidad y respeto. Es el deber del profesional de la salud apoyar a la mujer para que mantenga su autoestima. Tanto los profesionales de la salud como el personal de apoyo deben ser conscientes de sus propias actitudes y deben aspirar en todo momento a:

- adoptar una actitud positiva, delicada y empática hacia la mujer;
- mantener una relación respetuosa, a través de la comunicación verbal y no-verbal;
- ser conscientes de las maneras en que las actitudes propias pueden impactar en su interacción con la mujer;
- ser cálidos, evitando emitir juicios y brindando apoyo sin estigmatizar. (Esto es especialmente importante con mujeres jóvenes y con mujeres que buscan un segundo o tercer aborto, o un aborto repetido).

Respetar el derecho de las mujeres a tomar una decisión informada y libre

La mujer tiene el derecho de tomar decisiones libremente, expresar sus opiniones, obtener información completa, exacta y entendible, y dar consentimiento al tratamiento luego de recibir información sobre:

- los procedimientos, y de ser relevantes, las diferentes opciones disponibles;
- los riesgos, efectos secundarios y posibles complicaciones (aun aquellas que pudieran ser fatales);
- la posibilidad de que el procedimiento fracase, y las consecuencias de ello;
- los aspectos no-médicos (tales como la toma de decisiones, relaciones con su familia/padres/pareja/marido, posibles consecuencias sociales y aspectos psicológicos).

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta que las mujeres no siempre entenderán toda la información que reciban y que pueden sentirse particularmente vulnerables al momento de la consulta. Es importante darles a las mujeres el tiempo y espacio necesarios para formular preguntas y para que las aclaraciones puedan hacerse de forma no condescendiente. Esto es especialmente importante con mujeres jóvenes.

Es importante recordar que el propósito de la información no es intimidar, juzgar o forzar a una mujer hacia un curso de acción predeterminado, sino ayudar a la mujer a comprender el procedimiento y ayudarla a tomar una decisión informada.

Principios para guiar la organización del trabajo

Principios para guiar la organización del trabajo

- Implementar una sólida estrategia de información, educación y comunicación para informar a la comunidad sobre los servicios que se ofrecen.
- Fomentar un rápido acceso a los servicios por parte de las mujeres que contemplan la posibilidad de un aborto.
- Ofrecer los servicios sin retraso (Idealmente no se les debe pedir a las mujeres que regresen otro día).
- Comprender claramente las leyes y reglamentos nacionales

relacionados con servicios de aborto. Esto es crucial para establecer y mantener servicios de aborto de calidad. Tales conocimientos deben incluir las leyes y reglamentaciones locales sobre las indicaciones del aborto legal; límites de edad gestacional; períodos de espera obligatorios; requisitos de notificación; normativas con respecto a menores de edad y, si es relevante, a mujeres casadas; autorizaciones; certificación y aprobación de las instalaciones y requisitos de capacitación del personal.

- Organizar el trabajo siguiendo guías clínicas médicas y quirúrgicas aprobadas.
- Sólo utilizar técnicas para las cuales se haya recibido capacitación adecuada (idealmente certificada).
- Asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales y de equipamiento.
- Evaluar la validez de medidas locales de prevención de infecciones y adherirse estrictamente a los protocolos.
- Establecer la elegibilidad de la mujer para determinado procedimiento a través de tamizaje y evaluación (ver *Visita pre-aborto* en la página 6 y *¿Aborto quirúrgico o con medicamentos?* en la página 8).
- Establecer sistemas de derivación eficientes y de alta calidad, monitoreados regularmente, y donde las mujeres puedan recibir seguimiento adecuado.

Capítulo 2

Aborto de primer trimestre

La duración del embarazo (período gestacional) convencionalmente está dividido en tres trimestres: el primer trimestre, desde el primer día de la última menstruación hasta 14 semanas de gestación; el segundo trimestre, entre las semanas 14 y 28; y el tercer trimestre, desde las 28 semanas hasta el parto (en promedio, a las 40 semanas). Los abortos quirúrgicos (hasta las 12-14 semanas) o los abortos con medicamentos (hasta las 9 semanas) del primer trimestre deben realizarse como procedimientos ambulatorios.

Visita pre-aborto

Consejería

Tal como está descrito en la *Introducción*, la consejería debería servir de contención y asistencia y ser de carácter empático. Si la mujer está acompañada, asegúrese de tener un tiempo de consejería con la mujer a solas. Involucre al acompañante más tarde y brinde información relativa al cuidado de la mujer.

Si la mujer está de acuerdo, explore las siguientes cuestiones:

- ¿Está buscando continuar el embarazo, dar al recién nacido en adopción o tener un aborto?
- ¿Con qué apoyo cuenta si decide continuar con el embarazo o entregar al bebé en adopción?
- ¿La están forzando a tener un aborto?
- Los aspectos legales del aborto y la necesidad de firmar un consentimiento informado.
- Sus motivaciones para querer un aborto, incluyendo sus circunstancias socio-culturales, religiosas y económicas. Sin embargo, esto no es obligatorio, así que sólo explore este tema si la discusión va en esta dirección. Muchas mujeres no quieren hablar de este tema, así que se deben respetar sus deseos. Si hay signos de violencia, esté preparado para efectuar derivaciones para obtener asistencia adicional.
- Niveles de ansiedad y culpa.
- Apoyo (o falta de apoyo) de la pareja/amigos/familia.
- La posibilidad de abuso sexual o violencia basada en género.
- Las varias opciones (si es relevante) de técnicas de aborto y manejo del dolor.

Aspectos clínicos

Historia clínica

Tome nota de lo siguiente:

- La edad de la mujer.
- Estado civil (si es necesario; no es obligatorio).
- Embarazos previos (hijos y su salud, pérdidas, embarazos ectópicos, abortos inducidos), así como todo tipo de complicaciones en embarazos previos.

- Duración del embarazo actual (desde el primer día de la última menstruación). Confirme por medio de un examen clínico. Vea *Examen físico general* en la página 6 y *Examen ginecológico* en la página 6.
- Cualquier intento de abortar del actual embarazo (y detalles, si es relevante).
- Condiciones médicas y quirúrgicas (especialmente abdominales) actuales y pasadas que puedan afectar el procedimiento de aborto, por ejemplo una coagulopatía, infecciones del tracto reproductivo, alergias (a anestésicos, antibióticos u otros), medicamentos que esté tomando y método anticonceptivo empleado, de manera correcta o no.
- Mutilación genital previa: esto podría complicar la operación.
- Experiencia pasada con anticonceptivos y consideraciones para anticoncepción futura.
- Si el embarazo no ha sido comprobado, pregunte si hay síntomas de un embarazo temprano: hinchazón y sensibilidad de los pechos, náuseas, fatiga, necesidad de orinar frecuentemente y/o cambios en el apetito.

Evaluación clínica

a) Examen físico general

Revise o evalúe:

- Salud general (pulso, presión arterial, corazón, pulmones y temperatura). Evalúe si hay anemia, malnutrición u otros signos de mala salud. En caso necesario derive a la paciente a un profesional de la salud de mayor jerarquía para una evaluación médica pre-aborto.
- Abdomen (pida a la mujer que vacíe la vejiga de antemano). ¿Está distendido? ¿Hay masas? ¿Se puede sentir el útero? Si es así, evalúe el tamaño.

b) Examen ginecológico

Examen pélvico y con espéculo

- Pida a la mujer que vacíe la vejiga de antemano.
- Asegúrese de que haya privacidad y, si se acostumbra, la presencia de una acompañante femenina en el caso en que el profesional de la salud sea hombre.

- Asegúrese de que haya iluminación adecuada.
- Háblele amablemente a la mujer; explíquela el procedimiento y ayúdela a relajarse.
- Lávese las manos antes y después del examen y use guantes de examen (no es necesario que sean estériles); proceda con cuidado.
- Inspeccione el área perineal y vea si hay signos de infecciones de transmisión sexual: úlceras, condilomas, flujo. Evalúe si hay vulvitis o cicatrices genitales. Tome una muestra si es necesario. Provea tratamiento si es necesario.
- Inserte un espéculo cerrado con cuidado, del tamaño efectivo más pequeño posible, humedecido con agua tibia (los geles y lubricantes interfieren con el diagnóstico preciso de infecciones de transmisión sexual). Evite presionar la uretra. Evalúe, diagnostique e indique tratamiento para infecciones vaginales y cervicales, de acuerdo con protocolos locales.
- Realice una citología cervicouterina (Papanicolau) o inspección visual con ácido acético, si resulta indicado y está disponible (no es una condición previa para poder realizar un aborto).

Examen pélvico bi-manual

- Lávese las manos y use guantes de examen (no es necesario que sean estériles); proceda con cuidado.
- Confirme el embarazo (cérvix blando; útero blando y distendido).
- Examine que el tamaño del útero corresponda con el estadio gestacional. Una discrepancia podría deberse a un error de cálculo o indicar un problema con el embarazo.
- Un útero más grande que lo esperado sugiere un embarazo múltiple (policias: más de un feto), embarazo molar, fibromas o una gestación más avanzada de lo esperado.
- Un útero más pequeño que lo esperado sugiere una pérdida, la ausencia de embarazo o un embarazo ectópico. Si se sospecha un embarazo y el útero aún es pequeño luego de seis semanas desde la última menstruación realice una ecografía o BHCG para asegurarse, trate médica o quirúrgicamente de forma inmediata aplicando guías clínicas locales, o derive inmediatamente.
- Determine la posición del útero (en ante- o retroflexión; o ante- o retrovertido o en posición media).
- Verifique si hay infecciones del tracto reproductivo (uterino, tubo-ováricas), infecciones de transmisión sexual o cistitis. **Si se indican antibióticos, adminístrelos inmediatamente, ANTES del aborto, pero no retrase el aborto una vez que hayan comenzado los antibióticos.**
- Registre todos los resultados en la historia clínica de la mujer.

c) Investigaciones especiales

Las ecografías y análisis de laboratorio son procedimientos especiales, pero su disponibilidad no debería ser un requisito previo para la provisión de servicios de aborto. Vea el *Apéndice 1* para más detalles.

Antibióticos profilácticos (preventivos)

La mayoría, pero no todos, los protocolos para el cuidado integral del aborto recomiendan el suministro de rutina de antibióticos profilácticos. Siga las guías clínicas locales. La guía de la Organización Mundial de la Salud³ y de IPPF⁴ establece que esto reduce el riesgo de infección postoperatoria, pero que no se debe negar un aborto por falta de antibióticos profilácticos.

Consejería: anticoncepción, seguimiento, preguntas y respuestas

a) Anticoncepción

Se debe dar acceso a una gran variedad de métodos anticonceptivos, incluyendo la esterilización (si es relevante, aunque no se deben tomar decisiones apresuradas). Asegúrese de que la información sobre métodos anticonceptivos disponibles esté a mano antes de la operación, antes de irse de la clínica el día del procedimiento, y durante visitas subsiguientes post-aborto, pero no durante el procedimiento mismo cuando la mujer está bajo estrés emocional o físico.

La aceptación de anticoncepción o de un método en particular no puede ser un requisito previo para la provisión de servicios relacionados al aborto. Vea el *Capítulo 5* para más información sobre anticoncepción post-aborto.

b) Explicar el procedimiento y el seguimiento

Mencione los siguientes temas: cuánto tiempo durará la operación; los posibles efectos secundarios (por ejemplo, dolor, sangrado, náuseas, diarrea, vómitos); el tiempo de recuperación; posibles complicaciones y dónde acudir para recibir tratamiento; aspectos de seguridad y riesgos (toda intervención médica conlleva riesgos); la elección de anestesia y opciones para el manejo del dolor; y cuándo retomar sus actividades normales (incluidas las relaciones sexuales). Enfatice la necesidad de usar anticonceptivos y preservativos, la necesidad de tener visitas de seguimiento, y explique el contenido de esa visita..

c) Preguntas y respuestas

Deje suficiente tiempo para que la mujer pueda hacer preguntas y expresar sus miedos.

3 Organización Mundial de la Salud (2003). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241590343/es/index.html.

4 International Planned Parenthood Federation (2004). Las pautas medicas y de prestación de servicios. www.ippf.org

¿Aborto quirúrgico o con medicamentos?

Los abortos de primer trimestre pueden hacerse mediante abortos con medicamentos⁵, o mediante abortos quirúrgicos. Ambos podrían ser realizados por personal capacitado de nivel medio (enfermero/as, partero/as y asistentes médicos, según los parámetros establecidos a nivel nacional, siempre y cuando las legislaciones lo autoricen). La *Tabla 1* resume las ventajas y desventajas de ambos métodos. Si ambas opciones son apropiadas, se debe respetar la decisión de la mujer. En general, no hay particularidades clínicas en los procedimientos para jóvenes, pero es importante explicarles en una manera clara y sencilla las ventajas y desventajas de los dos métodos.

Los abortos quirúrgicos pueden realizarse mediante aspiración (usando una bomba eléctrica o una jeringa manual) o mediante dilatación y curetaje (también conocido como dilatación y raspado o D&C).

La dilatación y curetaje es una técnica quirúrgica anticuada que debería reemplazarse, siempre que sea posible, por aspiración o aborto con medicamentos, que constituyen mejores opciones, tal como lo recomiendan la Organización Mundial de la Salud e IPPF.

Un método quirúrgico (preferiblemente aspiración) debería usarse si:

- Es la opción de la mujer.
- Se anticipa realizar una esterilización a la misma vez.
- Hay contraindicaciones para utilizar un método de aborto con medicamentos.

Aborto quirúrgico

Preparación

- Cerciérese de que el consentimiento informado haya sido comprendido y firmado.
- Asegúrese de que los equipos estén en funcionamiento.
- Revise que el equipo de resucitación esté en funcionamiento.

Manejo del dolor (y sus posibles complicaciones)

La dilatación del cérvix, la estimulación del orificio cervical interno (OCI), la movilización del útero, el raspado de las paredes uterinas y las contracciones reactivas del músculo uterino pueden resultar dolorosos. La dilatación del cérvix demasiado forzada o la intervención demasiado pronta luego del bloqueo paracervical pueden causar dolor intenso. Los umbrales de dolor varían; y el miedo y la ansiedad pueden incrementar el dolor. Los profesionales de la salud deben mantener la calma, ser eficientes, amigables, no juzgar, y deben explicar lo que está sucediendo (o lo que la mujer debería esperar sentir) a lo largo del procedimiento. Deben mantenerse comunicados con la mujer en todo momento.

También se requiere apoyo verbal durante todo el procedimiento. Cuando sea posible, y preferiblemente, la mujer debería estar acompañada por una persona que la pueda apoyar durante el procedimiento. La consejería, empatía, 'anestesia verbal' y minimización del miedo pueden ayudar, pero los profesionales deben tener siempre disponibles métodos para manejar el dolor. Los siguientes métodos

Tabla 1: Ventajas y desventajas del aborto con medicamentos y quirúrgico

	Aborto con medicamentos	Aborto quirúrgico
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • No requiere cirugía ni anestesia • Más 'natural', como una menstruación • Emocionalmente más fácil para algunas mujeres • Controlado por la mujer; más privacidad y autonomía; puede realizarse en el hogar • Mejor que el quirúrgico en gestaciones muy tempranas, o en casos de obesidad severa (índice de masa corporal >30) donde no haya otros factores de riesgo cardiovascular, o en caso de tener fibromas, malformaciones uterinas o cirugías cervicales previas • No hay riesgo de lesiones de cérvix o útero 	<ul style="list-style-type: none"> • Más rápido • Más probable que el aborto sea completo • Emocionalmente más fácil para algunas mujeres • Se realiza en un centro de salud, clínica u hospital • Puede realizarse hasta la semana 14 (entre las semanas 12-14 sólo por expertos) • Se puede realizar una esterilización concurrente
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado, cólicos, náuseas, diarrea y otros efectos secundarios • Tiempo de espera, incertidumbre • Más visitas a la clínica • Los medicamentos son caros • Sólo puede realizarse hasta las nueve semanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Invasivo • Riesgo mínimo de lesiones de cérvix o uterinas. En caso de perforación puede haber daño de órganos intra-abdominales • Riesgo de infección • Menos privacidad y autonomía • Puede ser costoso

5 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion: evidence-based clinical guideline number 7 (2011). http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion_Guideline_Summary.pdf, p.13 (aborto con medicamentos entre las 9 y 13 semanas).

pueden usarse de forma única o en combinación. Debe tenerse en cuenta que, a pesar de usar métodos para manejar el dolor, incluyendo la anestesia verbal, es imposible suprimir el dolor completamente.

Analgesia: los analgésicos tales como el paracetamol y el ibuprofeno disminuyen el dolor. Los opiáceos deben usarse cautelosamente dado que se han registrado incidentes, tales como caídas de escaleras y accidentes de tránsito. Para evitar esto, la mujer debería estar acompañada por alguien que pueda ayudar a evitar problemas o manejar cualquier incidente que pudiera ocurrir.

Tranquilizantes (ansiolíticos): estos reducen la ansiedad y la memoria, pero no el dolor, y relajan los músculos. Al usar benzodiacepinas, tales como diazepam, se deben seguir las mismas recomendaciones como para los opiáceos (vea el párrafo anterior).

Bloqueo paracervical: Este procedimiento siempre debe usarse para abortos quirúrgicos, salvo que la mujer expresamente se rehúse. Use un anestésico local tal como la lidocaína. Asegúrese de que no haya alergias conocidas a la lidocaína. Inyecte cuatro dosis de 5ml (un total de 20ml) de 0,5 por ciento de lidocaína (sin epinefrina) bajo la mucosa cervical en las posiciones 2, 4, 8 y 10 en punto alrededor del cérvix (tenga cuidado de no inyectar un vaso sanguíneo). La Organización Mundial de la Salud tiene una descripción completa del procedimiento.

Las señales de una reacción tóxica y su tratamiento se describen en la *Tabla 2*.

Sedación liviana o consciente: Este procedimiento puede reemplazar el bloqueo paracervical o se pueden utilizar los dos procedimientos en conjunto. Altera el estado de conciencia de la mujer, sin los riesgos asociados a la anestesia general, ayudándola a sentirse más relajada y menos ansiosa durante el aborto. La mujer puede respirar normalmente y puede levantarse fácilmente. Puede responder a estímulos físicos e instrucciones verbales.

El manejo de efectos adversos relacionados con la anestesia y sus posibles complicaciones se presentan en la *Tabla 2*.

No se recomienda la anestesia general dado que la narcosis es un riesgo agregado. Sin embargo, se puede usar si se solicita, o en abortos difíciles tanto médica como emocionalmente. Es esencial contar con personal entrenado y capacitado para manejar complicaciones.

Dilatación cervical (o 'preparación del cérvix')

- La preparación del cérvix es una intervención previa de dilatación del cérvix, que facilita la aspiración (o dilatación y curetaje), y reduce el riesgo de laceración cervical, hemorragia uterina y, en menor medida, perforación uterina.
- La preparación cervical rutinaria sigue siendo controversial dado que las ventajas no han sido suficientemente comprobadas. Algunos profesionales de la salud la preparan solamente en circunstancias

específicas, como abortos tardíos del primer trimestre (a las 12-14 semanas de embarazo), en adolescentes y mujeres jóvenes, nulíparas, cérvices con cicatrices o con enfermedad, cuando se percibe un riesgo de lesiones cervicales o perforación uterina, o con profesionales de la salud inexpertos.

- La aspiración a veces puede realizarse sin dilatación del cérvix, en caso en que resulte muy sencillo insertar la cánula a través del OCI.
- La preparación del cérvix se realiza utilizando **laminarias** (Dilapan-S™ y Lamichel®, dilatadores hidrofílicos del orificio cervical) que se introducen en el canal cervical, o una prostaglandina (por ejemplo misoprostol) o mifepristona. En comparación con la laminaria, el misoprostol vaginal actúa más rápidamente, produce menor malestar y es preferido por las mujeres. El misoprostol sublingual (400µg), suministrado al menos dos horas antes de la operación, resulta efectivo. La administración oral también es efectiva, pero se requieren dosis más elevadas y períodos de tratamiento más prolongados (8-12 horas). La administración vaginal produce la misma dilatación que la administración oral (promedio: 8,5mm) con menos efectos secundarios (las náuseas, vómitos, diarrea y escalofríos son 10, 8, 18 y 4 veces menores, respectivamente, que su administración oral). La **mifepristona** oral (600mg) también es efectiva para preparar el cérvix cuando se administra 48 horas antes de un aborto del primer trimestre. Sin embargo, su costo es elevado, y su disponibilidad baja, en comparación con el misoprostol.
- El misoprostol y la mifepristona pueden ser auto-administrados.

Aspiración

La aspiración es un procedimiento muy seguro y efectivo que debería reemplazar, en tanto sea posible, a la dilatación y curetaje. Se puede utilizar hasta 12 semanas después de la última menstruación. Algunos profesionales de la salud expertos pueden utilizarla hasta la semana 14. La aspiración es efectiva en más de un 99,5%. La incidencia de hemorragias, infección pélvica, adherencias intrauterinas, lesión cervical y perforación uterina es menor que con la dilatación y curetaje, y se requiere menor dilatación cervical. Los costos de la operación, el tiempo del personal y los recursos necesarios son menores. No se necesita una sala de operaciones ni anestesia general.

Aspiración manual

La aspiración manual requiere de una jeringa de válvula simple o doble: el vacío se produce (al menos 55mmHg) por una jeringa manual de 60ml que utiliza cánulas plásticas y flexibles de 4mm a por lo menos 12mm de diámetro. Se puede descargar un cuadro que explica el uso de la jeringa del sitio web de Ipas⁶.

Información sobre los procedimientos de prevención de infección y el uso repetido de los instrumentos de la aspiración manual pueden

6 Ipas (2005). Pasos para realizar el procedimiento de aspiración manual endouterina utilizando el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®, http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file569_3285.pdf

Tabla 2: Manejo del dolor en abortos inducidos del primer trimestre: efectos adversos posibles y sus tratamientos

Tipo de intervención	Medidas	Efectos adversos posibles, complicaciones y manejo
Anestesia verbal	<ul style="list-style-type: none"> • A lo largo de todo el procedimiento, explique cada paso a seguir antes de realizarlo, en lenguaje simple y con refuerzo positivo (como asegurar a la mujer que los cólicos son un signo positivo de contracción uterina) • El asistente médico le deberá hablar a la mujer suavemente y de modo tranquilizador • Evite decir "esto no va a doler" o "ya casi terminamos" (cuando no es así) • No restrinja el uso de medicación para el dolor • Pídale a la mujer que respire lentamente inspirando por la nariz y espirando por la boca para ayudarla a enfocarse en la respiración y no en el dolor • Coloque una imagen relajante en el techo para que la mujer pueda enfocar la mirada; la música suave también ayuda (si la mujer lo quisiera) 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas mujeres prefieren el silencio
Analgesia oral	<ul style="list-style-type: none"> • 500-1000mg de paracetamol o 400-800mg de ibuprofeno • Espere 30-60 minutos para que surta efecto • Se debe evitar usar 50mg de tramadol, un opiáceo, o debe ser utilizado con cautela 	<ul style="list-style-type: none"> • No use aspirina, ya que aumenta el sangrado
Ansiolíticos	<ul style="list-style-type: none"> • 5-10mg de diazepam por vía oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Mareos: luego de la operación, la mujer debe estar acompañada en todo momento hasta que pase el síntoma. Debe evitar usar escaleras, conducir, manejar maquinaria y caminar distancias largas
Anestesia local: bloqueo paracervical con lidocaína	<ul style="list-style-type: none"> • El profesional de la salud debe estar capacitado para administrar el bloqueo paracervical • Asegúrese de que no manifieste alergias a anestésicos locales • La lidocaína de 1 por ciento sin epinefrina está limitada a 3,5mg/kg de peso, y en todo caso, a un máximo de 20ml (200 mg dosis total) • Aspire antes de inyectar lidocaína • Espere 4-5 minutos para que surta efecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción tóxica (raro): evítelo usando la dosis mínima efectiva; aspire antes de cada inyección • Reacción leve (entumecimiento de la lengua y labios; gusto metálico en la boca; mareo; zumbido en los oídos; dificultad para enfocar la vista): espere y tranquilícela verbalmente. • Reacción severa (adormecimiento, habla arrastrada, desorientación, movimiento muscular involuntario, convulsiones, pérdida de la consciencia, depresión respiratoria): oxígeno, 5mg lentamente de diazepam por vía intravenosa; alergias (urticaria y sarpullido): 25-50mg de difenhidramina por vía intravenosa. Por lo general, la convulsión producida por lidocaína no amerita el uso de anticonvulsivantes. • Insuficiencia respiratoria: resucitador manual; oxígeno; 0,4mg de epinefrina (solución 1:1000) SC
Analgesia por vía intravenosa (sólo por un especialista)	<ul style="list-style-type: none"> • 0,05-0,06mg de fentanilo más 0,5-1mg de midazolam 	<ul style="list-style-type: none"> • Los narcóticos (y el diazepam intravenoso) pueden deprimir y hasta detener la respiración; asista en la respiración con el resucitador manual y oxígeno. Invierta los analgésicos opiáceos con 0,4mg de naloxone por vía intravenosa (puede ser necesaria una segunda dosis). Invierta el diazepam con 0,2mg de flumazenil por vía intravenosa.

Tabla 3: Tamaño uterino y tamaño de cánula correspondiente a ser utilizado en la aspiración manual

Tamaño uterino aproximado (expresado de acuerdo al tiempo de gestación)	Tamaño aproximado de cánula
5-6 semanas desde el primer día de la última menstruación	5-6mm
7-8 semanas desde el primer día de la última menstruación	7mm
9-10 semanas desde el primer día de la última menstruación	7–10mm
10-12 semanas desde el primer día de la última menstruación	9–12mm

descargarse del sitio web de Pathfinder International⁷.

Las técnicas para la primera visita (vea *Visita pre-aborto* en la página 6), para manejo del dolor (vea *Manejo del dolor* en la página 8) y las de preparación del cérvix (vea *Dilatación cervical* en la página 9) son las mismas que para la dilatación y curetaje descritas anteriormente.

Aspiración eléctrica

Este procedimiento utiliza una bomba eléctrica. La técnica es fundamentalmente igual que la de la aspiración manual.

Procedimiento de aspiración manual

- Reevalúe el tamaño, la posición ('versión') y flexión del útero por medio de un examen bi-manual.
- Prepare dos jeringas (en caso de que una sea defectuosa; desechar si no crea vacío).
- Prepare varias cánulas de acuerdo al tamaño uterino (inspeccione y deseche si están rajadas o tienen defectos o alguna señal de debilidad o desgaste).
- Pídale a la mujer, si está consciente, que se relaje. Inserte un espéculo tibio y estéril o pasado por desinfección de alto nivel (DAN) del menor tamaño posible y adecuado dentro de la vagina.
- Separe los labios cuidadosamente con una mano enguantada; lentamente inserte el espéculo en tal forma que las valvas se deslicen oblicuamente entre los labios y el canal vaginal. Sea cuidadoso en no pinzar vello o piel con las valvas o el tornillo del espéculo. Cuando las valvas estén en la mitad del canal vaginal, voltéelas al plano horizontal. Abra las valvas lentamente haciendo un poco de presión hacia abajo para encontrar el cuello uterino y dirija el espéculo suavemente en dirección a él. En ocasiones, el cuello uterino se encuentra en la parte de arriba del canal vaginal, cuando el cuerpo uterino se encuentra hacia atrás (retroversión o retroflexión). Realice estas maniobras con delicadeza y cuidado.
- Usando un pinza con torunda, limpie el cérvix tres veces, con un movimiento circular hacia afuera, utilizando una compresa con antiséptico (Yodóforos, clorheximida o clorheximida +cetrimida)
- Sujete el cérvix con el tenáculo que se ha colocado para inyectar el bloqueo paracervical, o ubique una pinza en posición de las 6 o 12 en punto. Enderece el útero ejerciendo tracción suave del tenáculo o del fórceps ubicado en el cérvix. Otra opción es la inyección de 1 a 2 cc de la mezcla anestésica (Lidocaina + bicarbonato) en el lugar de aplicación del tenáculo.
- **Histerometría:** inserte una sonda uterina (histerómetro) delicadamente, doblado acorde al ángulo de flexión uterina estimado, hasta que sienta resistencia. Estime la profundidad de la cavidad uterina notando el nivel de mucosidad o sangre en la sonda. Haga una nota mental de la profundidad de la cavidad uterina. **Nótese que, de acuerdo a la mayoría de los profesionales de la salud médicos y resultados de investigaciones, este paso no sólo es innecesario sino que puede ser peligroso dado el riesgo de perforación que conlleva. La IPPF Región del Hemisferio Occidental recomienda realizar la medición con la primera cánula que se utilice en el procedimiento.**
- Trate de insertar la cánula delicadamente (sin dilatación cervical si el pasaje es muy fácil, que es usualmente el caso hasta seis semanas desde la última menstruación). Cuidadosamente tome nota de la posición y flexión del útero. No fuerce la dilatación del cérvix.
- Si hay resistencia en el pasaje, use dilatadores para abrir el cérvix gradualmente, o utilice 400 mcg. de misoprostol sublingual 2 a 3 horas antes del procedimiento.
- Una vez insertada la cánula, utilice movimientos lentos y suaves de un lado a otro, y no emplee demasiada fuerza (para evitar la perforación). aspire todos los tejidos.
- Cuando el útero está vacío, se siente una fuerte contracción uterina en el momento en que el útero se agarra de la cánula, dificultando la aspiración. Aparecerán burbujas y espuma roja en la cánula. El profesional de la salud podrá detectar una sensación rugosa en el útero. Los contenidos de la última aspiración podrán ser solamente unas gotas de sangre. Una vez que el útero esté vacío, primero deje de aspirar y solamente después retire la cánula. No es necesario curetaje adicional o 'verificación con cureta'.

- Los productos de la concepción deben ser revisados por el personal que presta el servicio:
 - Para asegurar una evacuación completa; si es incompleta, repita la aspiración.
 - Para chequear si es un embarazo molar (envíe una muestra a histología, si es necesario).
- Ante la ausencia de productos de la concepción, revise si hubo una falla en el procedimiento, un útero duplicado, perforación o **embarazo ectópico**. No es esencial realizar un análisis rutinario de laboratorio de los productos.

Complicaciones tempranas y su manejo

El manejo de complicaciones tempranas requiere de personal entrenado, equipos adecuados y un sistema de derivación funcional. El personal debe estar capacitado para re-evacuar el útero.

Existe una publicación útil sobre complicaciones luego de un aborto quirúrgico elaborado por la Organización Mundial de la Salud.

Monitoreo durante el período de recuperación

- Verifique los signos vitales mientras la mujer está en la camilla.
- Si no hubo sedación o anestesia general, ubique a la mujer en una posición cómoda en la sala de recuperación. Obsérvela durante 30 minutos.
- Si hubo sedación o anestesia general, observe a la mujer hasta que esté completamente recuperada. Déle el alta una vez que el anestesista lo autorice.
- Tome nota del dolor. Un dolor excesivo puede indicar una perforación del útero o hematómetra agudo (sangre que llena el útero). Vea la *Tabla 4*.
- Asegúrese de que la mujer pueda orinar antes de darle el alta.

Instrucciones para la mujer (verbales y escritas) y consejería

- Cómo tomar los medicamentos, si es relevante.
- Puede haber sangrado leve o spotting (manchado vaginal) por varias semanas más.
- Dentro de las siguientes 4-8 semanas deberá tener una menstruación normal.
- Las náuseas, y a veces vómitos, pueden durar hasta 24 horas.
- Durante los próximos días podrá sentir algunos cólicos. La mujer podría tomar analgésicos (paracetamol).
- La mujer debe saber dónde ir si hay sangrado excesivo, dolor excesivo, fiebre, desmayos u otras situaciones preocupantes. Debe haber un sistema de derivación efectivo. El lugar adonde se derive debe ser accesible a toda hora.
- No deberá realizar duchas vaginales ni usar tampones.
- Relaciones sexuales: no deberán tener lugar hasta que la mujer lo

desee. No deberá tener relaciones sexuales hasta que haya dejado de sangrar por unos días.

- Enfatice la necesidad de usar anticonceptivos una vez que comience a tener relaciones sexuales nuevamente, o inmediatamente después del procedimiento. La mayoría de los anticonceptivos modernos se pueden administrar sin problemas después del procedimiento.
- Déle una **cita formal de seguimiento** entre una y dos semanas desde la fecha del procedimiento, o antes si lo quisiera.
- La mujer deberá tener la oportunidad de hacer preguntas y obtener más apoyo si lo necesitara.

Anticoncepción

Provea consejería sobre anticoncepción: recete o provea el método elegido y planifique un seguimiento. Provea o recete el anticonceptivo oral de emergencia. Si no inicia ningún método, haga una cita para comenzar con anticoncepción (si así lo deseara). Todos los métodos anticonceptivos son aceptables, inclusive una inserción inmediata del dispositivo intrauterino (si no hay infección), siempre que la mujer cumpla con todos los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud⁸. Los llamados métodos naturales, aquellos que dependen de que la mujer tenga conocimiento sobre su fertilidad y su ciclo ovulatorio, pueden comenzarse tres meses después del aborto; mientras tanto deberá usar otro método o abstinencia. Esterilización: para evitar futuro arrepentimiento, sólo se recomienda la esterilización si es una decisión racional que no está influida por el estrés emocional que a veces acompaña a los abortos.

Seguimiento durante las siguientes semanas

La mayoría de los profesionales de la salud dan una cita de seguimiento al terminar la operación. Usualmente se fija para cinco semanas después de la operación, luego de la siguiente menstruación. Algunos profesionales de la salud prefieren hacerlo a las dos semanas. La fecha para la cita también dependerá del seguimiento del anticonceptivo que elija, tal como esté recetado o anticipado, o si han ocurrido complicaciones.

Asegúrese de que la mujer esté alerta a las siguientes señales que requieren atención urgente:

- Sangrado durante más de dos semanas, o si la pérdida de sangre es mayor que la de una menstruación normal para la mujer.
- Dolor severo de intensidad creciente.
- Desmayos; vómitos.
- Fiebre alta durante más de 24 horas; escalofríos.
- Flujo de mal olor o purulento.
- Intolerancia al antibiótico.

Vea la *Tabla 4* para información sobre complicaciones tempranas del aborto quirúrgico y su manejo.

Tabla 4: Complicaciones tempranas del aborto quirúrgico inducido (aspiración manual o dilatación y curetaje) y su manejo

Complicación	Signos	Verifique	Tratamiento
El útero está vacío	<ul style="list-style-type: none"> Mínima, o ninguna, colección de material 	<ul style="list-style-type: none"> ¿No hay embarazo? Realice una prueba ¿Embarazo ectópico? Realice una ecografía si es posible Posible reciente aborto espontáneo completo Posible útero duplicado: raro 	<ul style="list-style-type: none"> Si se confirma un embarazo intrauterino, repita la aspiración Los embarazos ectópicos son complicaciones que pueden ser fatales. Provea tratamiento local de emergencia o derive.
Alergia a los medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Urticaria (erupción de la piel con picazón, ronchas rojas o manchas), sarpullido Ocasionalmente: dificultades para respirar 	<ul style="list-style-type: none"> Verifique la lista de alergias a medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> Administre 25-50mg de difenhidramina por vía intravenosa Reacción severa: 0,3cc de epinefrina 1:1000 SC (puede repetirse una vez, y luego cada 15-20 minutos) Oxígeno, comience la línea intravenosa, proteja las vías respiratorias
Reacción tóxica a la lidocaína	Vea la <i>Tabla 2</i>		
Evacuación incompleta	<ul style="list-style-type: none"> El tejido obtenido no corresponde con la duración del embarazo. Algunos signos pueden ser sangrado vaginal y dolor abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> Si hay alguna duda esto puede ser una indicación para repetir el procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Repita el procedimiento
Cánula con la punta rota (raro)	<ul style="list-style-type: none"> La cánula está rota 		<ul style="list-style-type: none"> No siga explorando la cavidad. Use una nueva cánula para repetir el procedimiento. La punta rota puede ser aspirada o dejada (se expulsará espontáneamente)
Perforación durante una histerometría (un procedimiento que NO se recomienda)	<ul style="list-style-type: none"> El instrumento va más allá del tamaño esperado para el útero 	<ul style="list-style-type: none"> Dependiendo del momento en que ocurrió la perforación se tomarán las medidas necesarias 	<ul style="list-style-type: none"> Usualmente se resuelve sin necesidad de una intervención quirúrgica. Observe durante 24 horas o derive. Administre 0,2mg de ergometrina (agregue una o como máximo dos dosis si sigue habiendo sangrado) Antibióticos y evaluación por especialista
Perforación sospechada del útero o cérvix luego de una evacuación completa	<ul style="list-style-type: none"> Las perforaciones durante una aspiración manual con cánulas flexibles son raras. Sospeche que hay perforación: si la cánula pasa por la cavidad uterina sin encontrar resistencia o se introduce más adentro de lo esperado en relación con el tamaño del útero; si es difícil retirar la cánula; si hay trazos de grasa omental o de intestino en el aspirado; o si hay signos de shock 		<ul style="list-style-type: none"> Detenga el procedimiento de inmediato y retire la cánula Maneje el shock si es necesario (vea la Tabla 7); no administre metergina ni oxitocina si se sospecha una hernia omental o de asa intestinal Derive a la mujer al departamento de obstetricia/ginecología de un hospital, según la ruta de emergencia establecida previamente

Tabla 4 (continúa): Complicaciones tempranas del aborto quirúrgico inducido (aspiración manual o dilatación y curetaje) y su manejo

Complicación	Signos	Verifique	Tratamiento
Perforación sospechada del útero o cérvix luego de una evacuación completa	<ul style="list-style-type: none"> • La cánula ha penetrado más allá del tamaño esperado del útero • El vacío ha disminuido con la cánula dentro de la cavidad uterina • A veces: sangrado excesivo, dolor atípico • A veces: observación de grasa, intestinos u omento (derivar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique que el útero se haya vaciado, usando una cánula o, en su defecto, una cureta cuidadosamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Comience una línea intravenosa para líquidos y antibióticos: administre 0,2mg de ergometrina por vía intramuscular (más una o como máximo dos dosis si continúa el sangrado), salvo que se sospeche una hernia de omento o intestino • Observe durante 24 horas o derive • Controle los signos vitales y abdominales frecuentemente durante las primeras dos horas • Si la condición empeora o el sangrado continúa con ergometrina o oxitocina, derive para cirugía
Dolor abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Cólicos severos/contracciones 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hematómetra agudo? Vea la página 20 	<ul style="list-style-type: none"> • aspire la sangre líquida y coagulada rápidamente • Administre ergometrina, IM y comience con un antibiótico
Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida excesiva de sangre vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Retención de productos de la concepción? ¿Trauma cervical? Muy raro: angioma endometrial (puede requerir una histerectomía) • Atonía Uterina (lo más frecuente) • Acretismo Placentario (raro) • Embarazo ectópico cervical • Coagulopatía por aborto retenido • Enfermedad trofoblástica 	<ul style="list-style-type: none"> • Retención: vacíe el útero • Trauma cervical: compresión continua durante cinco minutos. Suture o aplique Solución de Monsel o la pasta de Monsel si el sangrado no se detiene, o derive. • Masaje uterino bimanual. Pida asistencia a otro profesional, administre misoprostol 600 mcg sublingual, inicie venoclisis con oxitocina, methergin IM. Si el sangrado no se detiene, puede utilizar una sonda Foley intrauterina con 60 ml. en el balón.
Complicaciones relacionadas con la anestesia	Vea la <i>Tabla 2</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Debe haber personal capacitado presente; asegúrese de que haya agentes anti-narcóticos siempre presentes 	Vea la <i>Tabla 2</i>
Reacción vasovagal o síncope	<ul style="list-style-type: none"> • Desmayo, sudor, pulso lento, respiración lenta, náuseas, hipotensión, letargo 	<ul style="list-style-type: none"> • Controle la presión arterial, pulso, respiración 	<ul style="list-style-type: none"> • Detenga la operación • Mantenga abierta la vía aérea • Gire a la mujer de costado (para evitar la aspiración de vómitos o saliva) • Eleve las piernas de la mujer • Atropina IV • Si la situación empeora, proceda como para caso de shock – vea Shock en la página 20
Embolismo de aire venoso (muy raro)	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad, palidez, disnea • Aproximadamente un 10 y 30 por ciento respectivamente presentan hipotensión e hipoxemia, y un 23 por ciento presentan dolor de pecho 		<ul style="list-style-type: none"> • En general, el embolismo de aire venoso es transitorio y benigno • Administre oxígeno y líquidos por vía intravenosa (goteo rápido) sin demora
Shock	Vea la <i>Tabla 2</i>		

Dilatación y curetaje

Uso

La dilatación y curetaje es menos seguro y más doloroso que la aspiración, de modo que sólo utilice este método si no están disponibles ni la aspiración ni el aborto con medicamentos. Tanto los administradores como los profesionales de la salud deberían reemplazar la dilatación y curetaje por la aspiración, si es posible. La dilatación y curetaje se puede usar hasta 12 semanas desde la última menstruación. Los profesionales de la salud expertos pueden usarla hasta las 14 semanas. Este procedimiento tiene una efectividad superior al 99%.

El procedimiento de la dilatación y curetaje

Este procedimiento consiste en dilatar el cérvix y raspar el endometrio y todos los productos de la concepción. La dilatación y curetaje no debería realizarse jamás con fuerza, dado que puede resultar en perforación uterina que requerirá la intervención de un especialista.

Precauciones

En casos de cervicitis, endometritis o enfermedad pélvica inflamatoria⁹, trate con antibióticos **antes** de realizar la dilatación y curetaje (que puede, y debería, ocurrir tan pronto como se comience con la terapia antibiótica).

Manejo del dolor

Vea *Manejo del dolor (y sus posibles complicaciones)* en la página 8.

La dilatación y curetaje deberá realizarse bajo efecto de un bloqueo paracervical o, de ser necesario, anestesia general, sedación liviana o anestesia espinal (a la altura de L3-L4; inyectar 10-15cc de bupivacaina al 0,25 por ciento).

Técnica

- Pídale a la mujer, si está consciente, que se relaje. Inserte un espéculo tibio y estéril del menor tamaño posible dentro de la vagina.
- Separe los labios cuidadosamente con una mano enguantada; lentamente inserte el espéculo hacia abajo y adentro. Lentamente abra las valvas, exponiendo al cérvix entre ellas.
- Usando una pinza con torunda, limpie el cérvix tres veces, con un movimiento circular hacia afuera, utilizando una compresa con antiséptico.
- Sujete el cérvix con el tenáculo que se ha colocado para inyectar el bloqueo paracervical, o ubique una pinza en posición de las 6 o 12 en punto. Enderece el útero ejerciendo tracción suave en el tenáculo o el fórceps ubicado en el cérvix.
- **Histerometría:** inserte una sonda uterina (histerómetro) delicadamente, doblado según el ángulo de flexión uterina estimado,

hasta que sienta resistencia. Estime la profundidad de la cavidad uterina notando el nivel de mucosidad o sangre en la sonda. Haga una nota mental de la profundidad de la cavidad uterina. **Nótese que, de acuerdo a la mayoría de los profesionales de la salud y resultados de investigaciones, este paso no sólo es innecesario sino que puede ser peligroso dado el riesgo de perforación que conlleva.** La IPPF Región del Hemisferio Occidental recomienda realizar la medición con la primera cánula que se utilice en el procedimiento.

- Dilatación: comience con el tallo de Hegar más pequeño e inserte cuidadosamente dentro del cérvix. Proceda con el siguiente tamaño y continúe aumentando el tamaño hasta que el cérvix esté al menos tan abierto como el diámetro de la curva de la cureta que se usará (como regla general, el tamaño del dilatador será equivalente al número de semanas de gestación).
- Raspe la cavidad uterina completa con un movimiento de adentro hacia afuera; raspe hacia afuera con movimientos parejos a lo largo de las paredes uterinas una vez que se haya adentrado profundamente en el útero. Asegúrese de remover todos los productos de la concepción (se sentirá/oirá como si estuviera rallando). No raspe en demasía dado que puede conducir a adhesiones intrauterinas.
- Retire la cureta y verifique si hay sangrado. Si sangra de donde se agarró el tenáculo en el cérvix, aplique presión continua con un tapón de gasa por cinco minutos. Si persiste, puede utilizarse solución de Monsel, y en última instancia, suture si es necesario.
- Una vez que se detenga el sangrado, retire el espéculo.

Complicaciones

Las complicaciones tempranas y su manejo están descritas en la Tabla 4. Vea la sección *Aborto inducido: manejo de complicaciones inmediatas, tempranas, y tardías* en la página 20.

Cuidado post-operatorio

- Si es necesario, mantenga a la mujer recostada hasta que recupere la conciencia completamente. Monitoree las señales vitales cada 30 minutos, o con mayor frecuencia si hiciera falta. No deje a la mujer sola. Su observación durante 45-90 minutos suele ser suficiente.
- Atienda a las necesidades emocionales y preocupaciones de la mujer durante el período de recuperación. Consejería: hable sobre/comience anticoncepción; recomiende abstinencia sexual durante una semana (y hasta que lo desee la mujer); hable sobre posible dolor y pérdidas de sangre; posibles complicaciones; y señales de alerta (vea la sección *Aborto inducido: manejo de complicaciones inmediatas, tempranas, y tardías* en la página 20). Provea información sobre cómo y dónde obtener cuidado a cualquier hora. Enfaticé la necesidad de usar anticonceptivos una vez que vuelva a tener relaciones sexuales.

⁹ La frecuencia de tener una EPI en el embarazo es muy rara, pero si se sospecha, la mujer debe ser hospitalizada, manejarla agresivamente y luego proceder al procedimiento (<http://www.cdc.gov/std/pid/stdfact-pid.htm>)

Aborto con medicamentos

Medicamentos y tiempos

El aborto con medicamentos utiliza un antiprogéstano, mifepristona (RU486), seguido por una prostaglandina (misoprostol o gemeprost). También se puede usar únicamente el misoprostol pero el nivel de efectividad es menor. El aborto con medicamentos se usa desde la cuarta hasta la séptima o novena semana, y dependiendo de protocolos locales, incluso después de la semana 14. Es preferible el aborto quirúrgico entre las semanas 9-14, pero la efectividad del aborto con medicamentos entre las semanas 9-14 está siendo estudiada. También se usa el metotrexato, un medicamento anti-mitótico, seguido de una prostaglandina (vea página 17).

Tanto la mifepristona como el misoprostol no requieren almacenamiento especial y deben mantenerse a temperatura ambiente (15-25°C; 59-77°F). Las botellas que permanezcan abiertas más de 30 días deben desecharse. El metotrexato y gemeprost deben almacenarse en un lugar fresco.

Precauciones

Las mujeres que se realicen un aborto con medicamentos deben tener acceso a instalaciones médicas provistas del equipamiento necesario para proveer tratamiento de emergencia por aborto incompleto, incluyendo aspiración (o dilatación y curetaje), transfusión de sangre, tratamiento de shock y resucitación de emergencia. Sin embargo, el aborto con medicamentos es más seguro que los abortos inducidos por personal sin la pericia necesaria, o realizados en un ambiente desprovisto de los estándares médicos mínimos.

Es **esencial** tener una visita de seguimiento, usualmente a las dos semanas, para confirmar que el embarazo haya terminado: el sangrado no es prueba suficiente de una evacuación completa.

Aborto usando mifepristona (RU486) seguido por misoprostol o gemeprost

Indicaciones

Vea también la *Tabla 1* donde se compara el aborto quirúrgico y el aborto con medicamentos.

- Preferencia de la mujer.
- Gestación muy temprana
- Obesidad severa (índice de masa corporal >30) sin otros riesgos cardiovasculares.
- Fibromas.
- Malformaciones uterinas.
- Cirugía cervical previa.

Contraindicaciones

- Alergia conocida a la mifepristona, misoprostol, gemeprost u otras prostaglandinas.
- Terapia a largo plazo con corticosteroides.
- Falla crónica de las glándulas suprarrenales.
- Enfermedad hemorrágica, terapia anticoagulante simultánea, anemia severa.
- Embarazo ectópico confirmado o sospechado¹⁰.
- Masa anexial sin diagnosticar.
- Dispositivo intrauterino (quitar antes de administrar la mifepristona).
- Porfiria.
- Infección pélvica severa (signos: sensibilidad cervical al movimiento, sensibilidad pélvica anormal, masa anexial, fiebre alta, flujo cervical/vaginal purulento)

Condiciones que erróneamente se citan como contraindicaciones

- Cesárea(s) previa(s), parto(s) múltiple(s) previo(s), obesidad, fibromas, anomalías uterinas.
- Sigue habiendo controversia si el asma, las enfermedades cardíacas, los riesgos cardiovasculares, la insuficiencia renal o hepática, la epilepsia son o no contraindicaciones. Se recomienda una derivación a un especialista.
- En caso de mujeres lactantes, aunque existen pocos datos que lo confirmen, algunos médicos pueden recomendar que interrumpan la lactancia (que usen una bomba y luego desechen la leche) hasta 72 horas después de administrar el misoprostol o gemeprost. También hay evidencia que indica que la mujer puede dar de lactar, tomar el misoprostol y volver a lactar a las 4 horas¹¹.

Consejería

- Discuta los diferentes **métodos** de aborto disponibles y los riesgos y beneficios de cada uno. Explique cuáles son los efectos secundarios (vea la *Tabla 5*). Explique de manera sensata el riesgo casi inexistente (pero que, no obstante, existe) de complicaciones mayores/muerte para todas las opciones (toda intervención médica supone cierto grado de riesgo). Las complicaciones más comunes – vea *Aborto inducido: manejo de complicaciones inmediatas, tempranas, y tardías* en la página 20 – son aborto incompleto, continuación del embarazo, hemorragia, infecciones y secuelas psicológicas adversas (esta última se verifica en un número muy reducido de mujeres, por lo general, favorecida por condiciones pre-existentes). El sangrado y los cólicos indican que los medicamentos están funcionando.
- Discuta los **síntomas** que requieren que contacte a un profesional de la salud de guardia, entre los cuales se pueden mencionar:

10 Hay evidencia científica que demuestra la efectividad de la combinación de mifepristona y metotrexato en el tratamiento de embarazos ectópicos. *Mifepristone in combination with methotrexate for the medical treatment of tubal pregnancy: a randomized, controlled trial.* Hum Reprod. 1998 Jul;13(7):1987-90.

11 Vogel, et al. *Misoprostol versus methylergometrine: Pharmacokinetics in human milk.* American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004) 191, 2168-73

Tabla 5: Mecanismo de acción de los medicamentos que se usan para el aborto con medicamentos y sus efectos secundarios

Medicamento	Mecanismo de acción	Efectos secundarios
Mifepristona	<ul style="list-style-type: none"> • Un antiprogéstágeno que bloquea los receptores de progesterona del endometrio • Detiene el crecimiento del embarazo, ablanda el cérvix, aumenta las contracciones uterinas, causa sangrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, mareos, fatiga, taquicardia
Misoprostol	<ul style="list-style-type: none"> • Una prostaglandina que genera contracciones en el útero 	<ul style="list-style-type: none"> • Cólicos (mayores que los usuales durante la menstruación para un 25% de las mujeres), náuseas, vómitos, diarrea, fiebre transitoria, mareos, dolor de cabeza, escalofríos, sarpullido
Metotrexato	<ul style="list-style-type: none"> • Un antagonista del ácido fólico que detiene la división celular • Detiene el desarrollo del trofoblasto 	<ul style="list-style-type: none"> • Llagas bucales leves, náuseas, vómitos, molestias gastro-intestinales, golpes de calor, fiebre, escalofríos
Gemeprost	<ul style="list-style-type: none"> • Una prostaglandina que genera contracciones en el útero 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, vómitos, diarrea, fiebre transitoria, dolor abdominal

Tabla 6: Regímenes para abortos con medicamentos y su efectividad

Regímenes	Efectividad	Usar hasta
Mifepristona + misoprostol o mifepristona + gemeprost	>96%	9 semanas desde la última menstruación
Misoprostol solo	>83%	12 semanas desde la última menstruación
Metotrexato + misoprostol	>90%	7 semanas desde la última menstruación

- *Sangrado fuerte* (según el criterio que se entienda localmente, tal como empapar dos o más toallas sanitarias cada hora por dos horas consecutivas). Explique que con los abortos inducidos por medicamentos, el sangrado puede ser mayor que durante una menstruación fuerte y puede estar acompañada de coágulos. Asegúrese de abastecer a la mujer con toallas sanitarias para un manejo higiénico del sangrado. En muy pocos casos el sangrado se debe detener mediante un procedimiento quirúrgico. Podrá tener pérdidas leves (manchado) durante 30 días. Algunas mujeres pueden tener un episodio de sangrado fuerte unas 3-5 semanas posteriores al aborto.
- *Ausencia de sangrado* dentro de las 24 horas: luego del misoprostol, y si no se ha confirmado un embarazo intrauterino previo al tratamiento, se debe considerar la posibilidad de un embarazo ectópico y se debe proceder apropiadamente.
- *Fiebre sostenida* (>38°C), o comienzo de fiebre después de 24 horas después de haberse aplicado el misoprostol.
- *Flujo vaginal de mal olor*.
- *Dolor abdominal severo*, continuo o en aumento.
- *“Sentirse muy mal”*, incluidas debilidad, náuseas, vómitos o diarrea, más de 24 horas después de tomar el misoprostol.
- Discuta cuál es el tiempo total necesario para completar el aborto y la necesidad de hacer varias visitas médicas.
- La mifepristona no es teratogénica, pero se han reportado deformaciones fetales en casos en que se ha usado misoprostol (aunque la evidencia no es definitiva) y con metotrexato, el cual sí es teratogénico, durante el primer trimestre. **Se debe recomendar y motivar a que las mujeres completen el aborto, médicamente o usando aspiración (o dilatación y curetaje), una vez que ya han sido administrados los medicamentos iniciales.** Informe a la mujer que es esencial realizar una visita de seguimiento para confirmar la compleción del aborto. Realice una cita formal para el día 14 (se podrán necesitar visitas anteriores si hay ansiedad o complicaciones).
- La posibilidad de realizar una aspiración debe existir en todo momento para las mujeres con un retraso en la compleción de la expulsión y que prefieren una aspiración a esperar a que se complete el aborto con medicamentos.
- Discuta sobre anticoncepción (vea el *Capítulo 5*), que debería comenzarse lo antes posible después del aborto. La cita formal del día 14 debería utilizarse para asegurarse de que el procedimiento haya sido completo, así como para discutir y proveer anticonceptivos.
- Provea explicaciones adicionales:
 - Administración **oral** significa que se debe tragar la pastilla; administración **bucal** indica que la pastilla debe mantenerse entre la mejilla y la encía durante 30 minutos antes de ser tragada; administración **sublingual** significa que la pastilla

deberá mantenerse debajo de la lengua hasta que se disuelva completamente.

- La inserción vaginal del misoprostol puede realizarse en el hogar: la mujer deberá lavarse las manos antes de la inserción. Debe insertarlo bien profundo, y recostarse durante 30 minutos.
- **Manejo del dolor:** la mujer deberá contar con medicación oral para el manejo del dolor e instrucciones para su uso. Usualmente los cólicos son más intensos durante la expulsión y duran 2-4 horas; luego decrecen. Se puede prescribir Ibuprofeno y dar indicaciones de tomar 800 mg al mismo tiempo del inicio del misoprostol seguido de 400 mg cada 3 horas por horario, por 5 dosis más. Es importante advertir que la dosis máxima es 3200 mg en 24 horas.
- En el 50 por ciento de las mujeres, el **sangrado** comienza antes de tomar el misoprostol (cuando se ha usado mifepristona, rara vez si se ha usado metotrexato), pero usualmente se necesita este medicamento para completar el proceso de expulsión.
- Los **embriones** son pequeños y usualmente no se ven antes de las 6-7 semanas desde la última menstruación.

Historia médica, examen físico, análisis de laboratorio, ecografías

Vea *Visita pre-aborto* en la página 6.

Regímenes y seguimiento¹²

Denegación de responsabilidad:

Vea la *Introducción* en la página 3. Algunas de las descripciones del aborto con medicamentos que emplean mifepristona y misoprostol están basadas en parte en el protocolo de la Federación Nacional de Aborto, NAF, (marzo de 2006) que fue aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA) para el uso de la mifepristona y que también incluye alternativas a este régimen aprobado por la FDA basadas en evidencia clínica. La NAF y la FDA no son responsables por consecuencias clínicas adversas que pudieran resultar de la provisión de servicios de aborto. Los estándares y protocolos de la NAF se pueden encontrar en www.prochoice.org/pubs_research/publications/downloads/professional_education/cpgs_2007.pdf.

Método recomendado por IPPF y por la Organización Mundial de la Salud

- 200mg de mifepristona seguida, a las 36-48 horas, por 800µg de misoprostol (sublingual, bucal o vaginal) en una dosis, o en dos dosis de 400µg separadas por dos horas, hasta nueve semanas completas desde la última menstruación.

Método de la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA)

- **Día 1:** 600mg de mifepristona (tres pastillas de 200mg) como dosis única oral.
- **Día 2:** a las mujeres Rh-negativo se les administrarán 50µg de inmunoglobulina de Rh (dosis para embarazos hasta 12 semanas), antes de 48 horas posteriores al aborto.
- **Día 3:** salvo que el aborto haya ocurrido y fuera confirmado a través de un examen clínico (o ecografía), administre 400µg de misoprostol (dos pastillas de 200µg) como dosis única oral.
- **Día 14:** evaluación clínica de compleción del aborto (o mediante una ecografía o beta-GCH). Se recomienda una aspiración si se detecta un embarazo viable en este momento debido a que el embarazo podría continuar con un riesgo de malformaciones fetales. Un incremento en el GCH podría indicar un embarazo en desarrollo. Si los niveles de GCH han disminuido en un 50 por ciento en 24 horas, el embarazo probablemente haya terminado. Los niveles de GCH en suero sanguíneo deberían estar por debajo de 1.000 UI/l dos semanas después de la administración de mifepristona.

Otros regímenes comunes basados en evidencia clínica

Los profesionales de la salud deben guiarse por estándares médicos aceptados así como reglamentaciones locales.

- 200 mg de mifepristona seguido por 400µg de misoprostol por vía oral a las 36-48 horas, hasta siete semanas completas desde la última menstruación (es menos eficaz luego de las siete semanas). Luego de tomar la prostaglandina, mantenga a la mujer en observación por 4-6 horas. Examine toallas sanitarias y orinales para verificar que el aborto haya ocurrido. El misoprostol también puede ser tomado en el hogar.
- Estos regímenes pueden completarse con una dosis adicional de 800µg de misoprostol administrados por vía oral o vaginal en mujeres con un aborto incompleto al día siete. Esto resulta necesario en un 10 por ciento de los casos. Comparado con los 400µg por vía oral, el uso de 800µg de misoprostol por vía vaginal tiene menos efectos secundarios gastrointestinales y aumenta la proporción de mujeres que comienzan con sangrado y la posible expulsión del embarazo dentro de las 4 horas de administración del misoprostol. A pesar de que el misoprostol está formulado para uso oral, es más efectivo si se administra por vía vaginal o sublingual.
- También se usan 200mg de mifepristona, seguido por 1mg de gemeprost por vía vaginal a las 36-48 horas. El gemeprost es más costoso, debe mantenerse congelado, y tiene mayores efectos secundarios.
- En China, se usan cinco o seis dosis de 25mg de mifepristona a lo largo de tres días, seguidas por prostaglandina, hasta los 49 días de gestación.

¹² Los regímenes incluidos en esta sección aplican igual para mujeres jóvenes.

- Se han evaluado otras variantes. Ya no se utilizan el sulprostone ni 15-metil-PGF_{2α}.
- Se ha comprobado que la **administración del misoprostol en el hogar** es seguro y efectivo y tiene gran aceptación entre las mujeres. Si una mujer Rh-negativo va a tomar misoprostol en su hogar, algunos protocolos sugieren que se administre inmunoglobulina de Rh en el día 1. Con una gestación de 6-12 semanas, administre 50µg por vía intramuscular; o luego de las 13 semanas de gestación, administre 300µg por vía intramuscular.

Asegure siempre la disponibilidad de personal clínico de apoyo para evaluar posibles complicaciones. Esto es crítico para abortos con medicamentos, dado que el sangrado es menos predecible y el sangrado fuerte o persistente puede ocurrir estando en el hogar. Para su tratamiento pueden ser necesarios una aspiración, agentes uterotónicos, administración de líquidos por vía intravenosa y transfusiones de sangre, tratamientos éstos que únicamente pueden ser provistos como emergencia en clínicas de atención primaria y hospitales.

Efectos secundarios de los medicamentos

Vea la *Tabla 5*.

Manejo de complicaciones

Vea *Aborto inducido: manejo de complicaciones inmediatas, tempranas o tardías* en la página 20.

Es esencial capacitar al personal médico en re-evacuación del útero, contar con equipamiento adecuado y un sistema de derivación que funcione.

Aborto usando sólo misoprostol

Este régimen es menos efectivo y tiene mayores complicaciones que los regímenes combinados con un pre-tratamiento con mifepristona o metotrexato, pero cuando no se dispone de estos últimos se puede inducir un aborto con medicamentos con misoprostol si es el único medicamento disponible. Su efectividad es menor que la del aborto quirúrgico (84 por ciento comparado con el 95 por ciento). Sin embargo, es mucho más seguro que recurrir a abortos inseguros, clandestinos e ilegales.

La IPPF en su Región Hemisferio Occidental, dadas las circunstancias tanto sociales como legales imperantes en la región, y luego de analizar tanto la evidencia clínica publicada como las experiencias regionales con misoprostol como fármaco único para interrumpir un embarazo, recomienda el siguiente esquema

- Misoprostol 800µg por vía sublingual, con la misma dosis repetida a las 3 horas. La evidencia científica actual apunta a que la vía bucal (entre el carrillo dental y la mejilla inferior) es prometedora, utilizándose 800µg, con la misma dosis repetida a las 4 horas. El esquema puede ser recordado como 4 x 4, en referencia al uso de 4 comprimidos de 200µg de misoprostol cada 4 horas¹³.
- Seguimiento de la mujer a las 2 semanas para confirmar el éxito de la interrupción, momento en que se podrá dar una tercera dosis si se considera que el proceso de aborto no ha terminado (aborto retenido o incompleto sin hemorragia).
- La falla del método o un aborto incompleto se pueden determinar ya sea por uso de ultrasonido o por evaluación clínica. La evaluación clínica considerará que el método ha fallado o que hay un aborto incompleto ante una historia clínica que manifiesta ausencia de dolor y sangrado en las dos semanas posteriores, la persistencia de un útero aumentado de tamaño, o cuando la mujer refiera síntomas de embarazo.
- Luego de una tercera dosis la mujer deberá asistir a control dentro de una semana. Si la historia clínica, examen físico o ecografía presentan alguno de los signos descritos anteriormente consistentes con una continuación del embarazo o con un aborto incompleto o con un aborto retenido, será necesario que la mujer se realice una AMEU.

Si se administra inmunoglobulina de Rh a las mujeres Rh-negativo, suministre 50µg hasta 72 horas después del aborto. La OMS refiere que el riesgo de isoimmunización es relativamente bajo en embarazos con menos de 63 días de gestación¹⁴, sin embargo es importante consultar los protocolos nacionales. Se han reportado malformaciones fetales asociados con el uso de misoprostol en el primer trimestre. Por lo tanto, **se le debe recomendar a la mujer la total compleción del aborto, ya sea con medicamentos o quirúrgicamente, una vez que se administró la medicación.**

Aborto usando metotrexato + misoprostol

Este régimen se puede usar cuando no se dispone de mifepristona. Esta combinación tiene una efectividad superior al 90 por ciento en embarazos de hasta 7 semanas desde la última menstruación.

Una vez que se administra el metotrexato, el aborto debe completarse, ya que el metotrexato es teratogénico y el misoprostol ha sido asociado con malformaciones. Por lo tanto, **se le debe recomendar a la mujer la total compleción del aborto, ya sea con medicamentos o quirúrgicamente, una vez que se administró la medicación.**

13 La vía vaginal tiene excelente efectividad. En un examen físico inmediatamente posterior al uso del medicamento, podrían encontrarse restos del medicamento en la vagina. Esta situación puede ser problemática para mujeres viviendo en contextos legalmente restringidos para el acceso al aborto.

14 Organización Mundial de la Salud, Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico (2008). http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241594845/es/index.html

Contraindicaciones

- Anemia severa.
- Coagulopatía conocida.
- Enfermedad hepática o renal aguda.
- Desorden convulsivo no controlado.
- Enfermedad inflamatoria intestinal aguda (contraindicación relativa).
- Trombocitopenia o cualquier supresión medular autoinmune

Administración

- **Día 1:** administre 75mg de metotrexato por vía intramuscular o 50mg por vía oral o calculada a razón de 50 mg por metro cuadrado de superficie corporal (75 mg en caso de edad gestacional menor a 6 semanas según fecha de última menstruación o que no se vea en la ecografía el saco gestacional). Al igual que con la combinación de mifepristona + misoprostol, provea instrucciones sobre efectos secundarios, posibles complicaciones, seguimiento y anticoncepción futura. Luego de administrar una prostaglandina (misoprostol, gemeprost u otro), mantenga a la mujer en observación por 4-6 horas. Examine toallas sanitarias y orinales para verificar que el aborto haya ocurrido. Los siguientes pasos pueden ocurrir en un centro de salud o en el hogar, dependiendo de las distancias y de la preferencia de la mujer.
- **Días 5 a 7:** si no ha habido sangrado, administre 800µg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal.
- **Día 9:** si no ha habido sangrado, repita la dosis de 800µg de misoprostol.
- **Día 11:** si no ha habido sangrado, repita con una tercera dosis de 800µg de misoprostol. Se pueden administrar hasta un máximo de tres dosis de misoprostol. Si la mujer no aborta luego de la tercera dosis, se recomienda un procedimiento quirúrgico (preferentemente aspiración; o dilatación y curetaje si no hay aspiración disponible).

Si de rutina se administra inmunoglobulina de Rh a mujeres con Rh-negativo, adminístrelo al mismo tiempo que el misoprostol, o hasta 48 horas después del aborto. La OMS refiere que el riesgo de isoimmunización es relativamente bajo en embarazos con menos de 63 días de gestación¹⁵, sin embargo es importante consultar los protocolos nacionales.

Aborto inducido: manejo de complicaciones inmediatas, tempranas o tardías

El personal médico debe estar capacitado y tener experiencia, contar con equipamiento adecuado y un sistema de derivación confiable. El personal debe poder (re-)evacuar el útero en casos de abortos incompletos, abortos retenidos o abortos no exitosos con medicamentos. La *Tabla*

4 describe las complicaciones tempranas para abortos quirúrgicos y su manejo.

Vea también la publicación de la Organización Mundial de la Salud sobre el manejo de complicaciones, en especial los gráficos (que pueden imprimirse y exhibirse en las paredes) de las páginas 9, 16, 34, 39 y 46. Hay versiones que han sido levemente modificadas en el Anexo 2 en las páginas 35 de esta publicación.

A continuación se considerarán las complicaciones que pueden ocurrir luego de abortos del primer trimestre, sin importar cuál fuera la técnica. Dichas complicaciones incluyen continuación del embarazo, aborto incompleto, hematómetra agudo, shock, sangrado severo, infección y lesiones intra-abdominales.

Continuación del embarazo (procedimiento no exitoso)

El embarazo puede continuar luego de intentos quirúrgicos o con medicamentos; requiere una aspiración repetida (preferible), o dilatación y curetaje.

Aborto incompleto

El aborto incompleto es la expulsión parcial del producto de la concepción, esto quiere decir, cuando después de un aborto quedan en el útero restos de membranas o placenta. Cualquier mujer que se presenta con un aborto incompleto puede estar experimentando una o más complicaciones: shock, sangrado vaginal severo, infección y sepsis (vea páginas 36-39). Requiere evacuar los restos por aspiración (preferible), o manejo con medicamentos (600 mcg de misoprostol vía oral, dosis única¹⁶).

Hematómetra agudo

El hematómetra agudo puede ocurrir desde pocas horas hasta los tres días posteriores al aborto. El útero está sensible y distendido por la sangre, causando presión rectal. Hay cólicos, junto con síntomas vagales (tendencia al desmayo, palidez, bradicardia, baja presión arterial, respiración lenta, sudoración). Hay poco o ausencia de sangrado vaginal. El tratamiento consiste en una rápida aspiración de sangre líquida y coagulada, lo cual permite una rápida resolución. Se administra un oxitócico (misoprostol o ergometrina) luego de la evacuación repetida. Se agrega antibioterapia.

Shock

Signos

El shock ocurre por pérdida de sangre y/o sepsis, con el agravante del dolor. Se interrumpe el suministro de oxígeno a los tejidos. Es una

15 Organización Mundial de la Salud, Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico (2008). http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241594845/es/index.html

16 Gynuity Health Projects, Uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: guía introductoria (2009). http://gynuity.org/downloads/pac_guidebook_sp.pdf

condición muy inestable con un alto riesgo de mortalidad. Algunos signos posibles son pulso rápido (>110/minuto) y débil; baja presión arterial; palidez alrededor de la boca o en las palmas de las manos; conjuntiva pálida; respiración rápida (>30/minuto); ansiedad; confusión; mareos; pérdida de la conciencia. **Trate inmediatamente, y comience una línea intravenosa de inmediato. Primero trate el shock; luego su causa.**

Tratamiento inicial

Derive, si es necesario, de acuerdo a las capacidades locales y protocolos, pero comience su tratamiento inmediatamente.

- Asegúrese de que la vía aérea esté permeable.
- Verifique los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración).
- Asegure una línea intravenosa.
- Mantenga abrigada a la mujer.
- Gire el cuerpo y cabeza hacia un lado (si la mujer vomita, es menos probable que lo aspire).
- Eleve las piernas de la mujer (o el pie de la cama). Sin embargo, si esto causa dificultades en la respiración, puede haber un edema pulmonar o insuficiencia cardíaca. En este caso, baje las piernas y eleve la cabeza para aliviar la presión en los pulmones.
- Administre 1l (jeringa de 16-18) de solución de Ringer lactato o isotónica por vía intravenosa durante 15-20 minutos. Para estabilizar a una mujer en shock podrá necesitar 1-3l. **No administre líquidos por boca.**
- Si está disponible, de 6-8l/minuto de oxígeno (máscara o cánula nasal).
- Deseche cualquier producto de la concepción visible en el OCE.

- Si la hemoglobina es <5g/dl o hematocrito <15%, será necesario realizar una transfusión sanguínea.
- Monitoree de cerca la cantidad de líquidos/sangre que se dan (utilice una tabla).
- Monitoree la eliminación de orina. Derive si la orina es muy oscura, si disminuye la cantidad o si cesa. El shock, depresión en el volumen sanguíneo (por ejemplo a causa de hemorragia o diarrea severa), sepsis y daño uterino pueden causar oliguria o anuria. Es necesaria la corrección rápida del volumen circulante, así como la eliminación del causante. Suministre una infusión rápida con líquidos: 50-200ml de solución fisiológica o de Ringer lactato a lo largo de un período de 10 minutos.
- Si hay infección (fiebre, escalofríos, pus) administre un antibiótico de amplio espectro, por vía intravenosa preferiblemente, o por vía intramuscular. **No administre medicación por vía oral.**
- Es útil realizar análisis de laboratorio, pero éstos no deberán causar retrasos en el tratamiento. Solicite hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y Rhesus pre-transfusión (tipo y compatibilidad), número de plaquetas, y si es posible, electrolitos plasmáticos, pH, urea y/o creatinina.

Signos de estabilización

- Presión arterial en aumento; presión sistólica ≥ 100 mmHg.
- Frecuencia cardíaca <90/minuto.
- Estar consciente, ansiedad/confusión reducida.
- Mejora en el color de la piel.
- Disminuye el ritmo de respiración o se mantiene a <30/minuto.
- Aumenta la eliminación de orina y se mantiene a >100ml/4h

Tabla 7: Signos de shock temprano o tardío

	Signos de shock temprano (usualmente se puede tratar en el centro de salud primario)	Signos de shock tardío (usualmente se debe derivar para su tratamiento)
Pulso	>110/minuto	Rápido y débil
Presión arterial	Sistólica <90mmHg	Muy baja
Palidez	Interior de los párpados, palmas de las manos, alrededor de la boca	Muy pálida
Respiración	>30/minuto	Muy rápida y superficial
Conciencia	Despierta, ansiosa	Confusión o inconsciencia
Pulmones	Limpios	Densos
Hemoglobina	≥ 8 g/dl	<8g/dl
Hematocritos	$\geq 26\%$	<26%
Eliminación de orina	≥ 30 ml/h	<30ml/h
Piel	Pálida	Fría, húmeda, sudorosa

Tratamiento continuado para shock

- Durante los próximos pasos prepárese rápidamente para efectuar una derivación; si la situación empeora, derive sin retraso.
- Si la mujer **no se estabiliza luego de 20-30 minutos**:
 - Continúe monitoreando, con oxígeno y líquidos por vía intravenosa.
 - Reevalúe la necesidad de antibióticos.
 - Comience rápidamente con el tratamiento contra el/los causantes del shock.
- Si la mujer **no se ha estabilizado a las dos horas**, derive inmediatamente.
- Si la mujer está estabilizándose:
 - Gradualmente retire el oxígeno. Si esto genera empeoramiento de alguno o todos los signos que aparecen en la *Tabla 7*, reinicie el oxígeno a 6-8l/minuto.
 - Disminuya la administración de líquidos por vía intravenosa a 1l/6-8h.
 - Continúe con los antibióticos si ya fueron administrados.
 - Trate el causante del shock.

Sangrado genital severo

Signos

- El sangrado vaginal moderado a leve se caracteriza por una toalla sanitaria que no se empapa luego de cinco minutos, sangre fresca mezclada con moco, sin coágulos.
- El sangrado severo puede ser causado por trauma (en la vagina, cérvix, útero), retención de productos de la concepción, fibromas o atonía.
- Signos: abundante sangre roja rutilante con o sin coágulos; toallas sanitarias, toallas o ropa empapadas de sangre; palidez (interior de los párpados, palmas de las manos, alrededor de la boca); mareos, síncope, hipotensión.
- Existe riesgo de shock si continúa el sangrado: trate el shock, si se desarrolla.

Tratamiento inicial para sangrado genital severo

- Asegúrese de que la vía aérea esté permeable.
- Controle los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración).
- Asegure una línea intravenosa.
- Mantenga abrigada a la mujer.
- Eleve las piernas de la mujer (o el pie de la cama).
- Controle el sangrado, si es posible y apropiado, mediante el uso de oxitócicos, misoprostol, taponamiento uterino con compresas o gasas, masaje uterino, vaciamiento del útero de forma quirúrgica (preferiblemente usando aspiración), suturando o con compresión bimanual interna/externa. Si es necesario, se puede hacer aplicación intrauterina de sonda de Foley #18 con capacidad del balón de 30 ml o más, e insuflar 60 cc de solución salina de una vez dentro del útero.

- Si está disponible, administre 6-8l/minuto de oxígeno (máscara o cánula nasal)
- Administre 1l (jeringa de 16-18) de solución de Ringer lactato o isotónica por vía intravenosa durante 15-20 minutos. Para estabilizar a una mujer que ha perdido mucha sangre podrá necesitar 1-3l. **No dé líquidos por boca.**
- Si la hemoglobina es <5g/dl o hematocrito <15%, será necesario realizar una transfusión sanguínea.
- Monitoree de cerca la cantidad de líquidos/sangre que se dan (utilice una tabla).
- Monitoree la eliminación de orina, para ver si hay una disminución o ausencia. Una orina muy oscura indica una disminución en su eliminación. Un aumento es una buena señal.
- Administre analgésicos por vía intravenosa o intramuscular para calmar el dolor.
- Si hay una infección (fiebre, escalofríos, pus) administre un antibiótico de amplio espectro, por vía intravenosa preferiblemente, o por vía intramuscular. **No administre medicación por vía oral.**
- Si es necesario, administre un toxoide y una antitoxina de tétano.
- Es útil realizar análisis de laboratorio, pero éstos no deberán causar retrasos en el tratamiento. Solicite hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y Rhesus pre-transfusión (tipo y compatibilidad), número de plaquetas, y si es posible, electrolitos plasmáticos pH, urea y/o creatinina. Una caída en la hemoglobina y hematocrito puede estar retrasada unas 6-8 horas con respecto a la pérdida de sangre (el tiempo requerido para entrar en equilibrio).

Signos de estabilización

- Presión arterial en aumento; presión sistólica ≥ 100 mmHg.
- Frecuencia cardíaca <90/minuto.
- Mejora en el color de la piel.
- La eliminación de orina aumenta y excede 100ml/4h.

Tratamiento continuado para sangrado vaginal severo

- Continúe monitoreo, oxígeno y líquidos por vía intravenosa en tanto la mujer se mantenga inestable.
- Si la mujer está estabilizándose:
 - Gradualmente retire el oxígeno. Si esto genera empeoramiento de alguno o todos los signos que aparecen en la *Tabla 7*, reinicie el oxígeno a 6-8l/minuto.
 - Disminuya la administración de líquidos por vía intravenosa a 1l/6-8h. Continúe la transfusión sanguínea tal como se programó e inició.
 - Reevalúe/continúe con los antibióticos, manejo del dolor, medidas preventivas del tétano, si se iniciaron o necesitan iniciarse.

Infección y sepsis

Puede estar relacionado o no con la retención de productos de la concepción. La infección puede estar limitada al cérvix o al útero, o puede haber una sepsis generalizada. **En todo caso se requiere tratamiento inmediato. Monitoree cuidadosamente para detectar signos de shock séptico. Administre antibióticos de amplio espectro inmediatamente. Extraiga sangre para un cultivo si es posible.** Cualquier mujer que presente una infección luego de un aborto también puede estar presentando **una o más complicaciones fatales:** shock, sangrado vaginal severo o septicemia. Si el aborto se realiza apropiadamente bajo condiciones asépticas las infecciones son raras, pero algunas, como la septicemia, pueden ser muy peligrosas e incluso fatales.

Signos y síntomas

- Realice un examen físico general.
- Escalofríos, fiebre alta, sudor, síntomas parecidos a la gripe (pueden estar ausentes, en especial en casos muy peligrosos de infección por *Clostridium Sordellii*).
- Presión arterial levemente baja.
- Flujo vaginal de mal olor o muco-purulento.
- Dolor abdominal/pélvico, abdomen distendido, sensibilidad de rebote o anormal ante un examen pélvico bimanual.
- Sub-involución del útero.
- Sensibilidad uterina o cervical al movimiento.
- Puede haber una masa anexial (puede ser un absceso).
- El dolor de hombros puede ser una señal de un embarazo ectópico (esto es a causa de irritación de la parte superior del peritoneo) o una lesión intra-abdominal.
- Sangrado vaginal prolongado (verifique si hay coágulos o signos de anemia) o manchado.
- Análisis de laboratorio: recuento elevado de células blancas.

Infección: evaluación de la situación

Determine si hay un riesgo elevado o bajo de que la mujer desarrolle shock séptico (vea la *Tabla 7*).

- **Bajo riesgo de desarrollar shock séptico:** fiebre leve/moderada (<38,5°C y >36,5°C bucal), signos vitales estables (pulso, presión arterial, respiración), ninguna evidencia de lesiones intra-abdominales.
- **Alto riesgo de desarrollar shock séptico:** temperatura $\geq 38,5^\circ\text{C}$ o $\leq 36,5^\circ\text{C}$ bucal, o bien embarazo de segundo trimestre, o bien signos de lesiones intra-abdominales (abdomen distendido, ruidos hidroaéreos intestinales disminuidos, abdomen rígido, sensibilidad de rebote, náuseas, vómitos), o bien cualquier evidencia de shock (baja presión arterial, ansiedad, confusión, inconsciencia, palidez, respiración rápida, pulso débil).

Tratamiento inicial para la sepsis

- Asegúrese de que las vías respiratorias no estén obstruidas.
- Controle los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración).
- Suministre líquidos: 1l (jeringa de 16-18) de solución de Ringer lactato o isotónica por vía intravenosa durante 15-20 minutos. Para estabilizar a una mujer en shock podrá necesitar 1-3l. **No dé líquidos por boca.**
- Monitoree de cerca la cantidad de líquidos/sangre que se dan (utilice una tabla).
- Si la mujer se encuentra en alto riesgo de entrar en shock, **comience la administración de antibióticos por vía intravenosa inmediatamente y trate el shock.** Use antibióticos de amplio espectro, efectivos contra Gram negativos y positivos, organismos anaeróbicos, y *Chlamydia*.
- De acuerdo con las vacunaciones de la mujer, administre un toxoide y/o una antitoxina de tétano por vía intramuscular.
- Administre analgésicos por vía intravenosa o intramuscular.
- No es necesario dar oxígeno si la mujer está estable y el riesgo de shock es bajo. Si la mujer se pone inestable, y si está disponible, administre 6-8l/minuto de oxígeno (máscara o cánula nasal).
- Es útil realizar análisis de laboratorio, pero no deberá causar retrasos en el tratamiento. Si la mujer ha perdido mucha sangre, solicite hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y Rhesus pre-transfusión (tipo y compatibilidad), hemoGrama para evaluar si hay anemia o infección o la posibilidad de coagulación vascular diseminada y número de plaquetas (si hay coagulación vascular diseminada el número de plaquetas será bajo). Si es posible, solicite electrolitos plasmáticos, pH, urea y/o creatinina.
- Monitoree la eliminación de orina, para ver si hay una disminución o ausencia. Una orina muy oscura indica una disminución en su eliminación. Un aumento es una buena señal.
- Si es posible saque una radiografía abdominal en decúbito para evaluar los niveles hidroaéreos en la cavidad peritoneal, y una abdominal vertical para ver si hay aire bajo el diafragma. Esto puede indicar perforación uterina o intestinal.
- **Trate el causante de la infección:** re-evacúe el útero.
- Verifique si hay señales de gangrena gaseosa, tétano, lesiones intra-abdominales, peritonitis, y absceso pélvico.
- Si hay un dispositivo intrauterino, retírelo.

Signos de estabilización

- Presión arterial en aumento; presión sistólica $\geq 100\text{mmHg}$.
- Frecuencia cardíaca <90/minuto.
- Mejora en el color de la piel.
- La eliminación de orina aumenta y excede 100ml/4h.

Tratamiento continuado para la sepsis

- Continúe monitoreando los signos vitales, eliminación de orina, administración del volumen de líquidos/sangre.
- Si se ha dado oxígeno, retírelo gradualmente. Si esto genera deterioro, reinicie el oxígeno a 6-8l/minuto.
- Si se comenzó la administración de líquidos por vía intravenosa para dar antibióticos, continúe con el tratamiento intravenoso.
- Una vez que se haya corregido el volumen de líquidos, disminuya la administración por vía intravenosa a 1l/6-8h.
- Si la hemoglobina es <5g/dl o hematocrito <15%, será necesario realizar una transfusión sanguínea.

Lesión intra-abdominal

La perforación durante la histerometría (un procedimiento NO recomendado) o perforación uterina o cervical sospechada con evacuación completa o incompleta son tratadas anteriormente (vea la *Tabla 4*).

La perforación y lesión de órganos circundantes es posible, lo cual conlleva un riesgo de infección y sepsis. Diagnóstico diferencial: ruptura de embarazo ectópico, ruptura de absceso, ruptura de un quiste de ovario, apendicitis aguda.

Algunos síntomas que pueden presentarse incluyen: dolor abdominal, cólicos; abdomen tenso, duro, distendido, sensibilidad de rebote; sonidos intestinales bajos; náuseas; vómitos; dolor de hombros; fiebre; shock; sepsis.

Tratamiento inicial para lesiones intra-abdominales

- Controle los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración).
- Verifique los niveles de hemoglobina y hematocrito.

Si hay señales de shock (vea la página 20 y la *Tabla 7*):

- Eleve las piernas de la mujer.
- Asegúrese de que la vía aérea no esté obstruida.
- **No le administre nada por boca.**
- Si está disponible, administre 6-8l/minuto de oxígeno.
- Suministre líquidos: 1l (jeringa de 16-18) de solución de Ringer lactato o isotónica por vía intravenosa durante 15-20 minutos. Para estabilizar a una mujer que ha perdido mucha sangre o que esté en shock podrá necesitar 1-3l.
- Si la hemoglobina es <5g/dl o hematocrito <15%, será necesario realizar una transfusión sanguínea.
- **Comience con antibióticos de amplio espectro por vía intramuscular, o preferiblemente, por vía intravenosa inmediatamente.** Use antibióticos efectivos contra Gram negativos y positivos, organismos anaeróbicos, y *Chlamydia*.
- Si es necesario, administre un toxoide y una antitoxina de tétano.

- Administre analgésicos.
- Es útil realizar análisis de laboratorio, pero éstos no deberán causar retrasos en el tratamiento. Evalúe el nivel de hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y Rhesus pre-transfusión (tipo y compatibilidad), hemoGramma para evaluar si hay anemia o infección o la posibilidad de coagulación vascular diseminada y número de plaquetas (si hay coagulación vascular diseminada el número de plaquetas será bajo). Si es posible, solicite electrolitos plasmáticos, pH, urea y/o creatinina.
- Monitoree la eliminación de orina, para ver si hay una disminución o ausencia. Una orina muy oscura indica una disminución en su eliminación. Un aumento es una buena señal.
- Si es posible saque una radiografía en decúbito para evaluar niveles hidroaéreos en la cavidad peritoneal, y una placa vertical (o si es imposible, lateral) del abdomen (la presencia de gas puede indicar perforación uterina o intestinal).
- Si es necesario, extraiga los productos de la concepción retenidos, evaluando la evacuación completa del útero bajo control visual directo (laparoscopia, mini-laparotomía o ecografía si están disponibles) y examinando posibles lesiones a los órganos pélvicos. Repare vasos, intestinos y otros órganos abdominales quirúrgicamente. Si no se pueden realizar laparotomías o laparoscopias, estabilice y derive a la mujer. Luego de la cirugía, administre oxióticos y observe los signos vitales cada 15 minutos durante dos horas; luego administre 0,2-0,5mg de ergometrina por vía intramuscular y observe durante la noche. Si la mujer empeora, derive.

Signos de estabilización y mejora

- Presión arterial en aumento; presión sistólica ≥ 100 mmHg.
- Frecuencia cardiaca <90/minuto.
- Mejora en el color de la piel.
- La eliminación de orina aumenta y excede 100ml/4h.

Tratamiento continuado para lesiones intra-abdominales

- Continúe monitoreando los signos vitales, eliminación de orina y líquidos.
- Para reparación quirúrgica, derive.

Capítulo 3

Consecuencias a largo plazo luego de un aborto seguro de primer trimestre

Luego de un aborto sin complicaciones, no hay evidencia de consecuencias adversas (por ejemplo, sobre la fertilidad, embarazos subsiguientes, riesgo de cáncer de mama, enfermedades psicológicas o psiquiátricas). Algunas mujeres sienten arrepentimiento, lo cual puede ser considerado normal en la mayoría de los casos y no significa necesariamente que la decisión fue errada.

El arrepentimiento puede ser de dos categorías: primero, por las circunstancias que llevaron a la decisión de terminar el embarazo o, segundo, por haber tomado tal decisión. Ambos aspectos suelen confundirse, tanto por las mujeres como por los profesionales de la salud y consejeros. También cabe notar que la percepción sobre lo que ocurrió cambia o desaparece con el tiempo.

Los problemas psicológicos pre-existentes pueden aumentar las dificultades para lidiar con el aborto. El estigma o la culpa pueden ser inducidos o incrementados por influencias negativas de tipo religioso o de otros tipos. El apoyo de la pareja y/o familia ayuda a la recuperación y la comunicación con confidentes ayuda a disminuir las potenciales dificultades psicológicas. Si hay signos de depresión o problemas psiquiátricos, la derivación a un consejero, psicólogo o psiquiatra puede ser útil o necesaria. Tales casos no son frecuentes y pueden minimizarse con consejería pre- y post-aborto de alta calidad.

Capítulo 4

Seguimiento post-aborto

Luego de un aborto, la mujer debe recibir una descripción verbal y escrita de los posibles síntomas que puede experimentar y la lista de aquellos que requieren de una consulta médica de urgencia.

Deben discutirse la presencia de dolor, sangrado y alta temperatura en lenguaje fácil de entender. Sin embargo, debe tenerse cuidado con los instructivos escritos dado que pueden violar la confidencialidad si llegan a manos de alguien que no debería saber acerca del aborto. Por otro lado, si se puede asegurar que se mantendrá la confidencialidad, el analfabetismo de la mujer no presenta una barrera para dar instrucciones escritas ya que la mujer puede pedirle a otro/a persona que le lea los instructivos.

La mujer debe contar con los medios para acceder a cuidado de emergencia en todo momento, y debe saber exactamente a dónde ir. Deberá tener una carta (nuevamente, si se puede asegurar su confidencialidad) con suficiente información sobre el procedimiento como para que otro profesional de la salud en otro lugar sepa cómo manejar cualquier complicación.

Es importante ofrecerles a todas las mujeres una visita de seguimiento luego de un aborto, usualmente una o dos semanas después del procedimiento. Esto es obligatorio luego de un aborto con medicamentos, para verificar que efectivamente hubo expulsión. Luego de un aborto quirúrgico o con medicamentos, esta visita ofrece otra oportunidad para conversar sobre anticonceptivos, para verificar que el útero esté vacío, para asegurarse de que no haya habido complicaciones, para tranquilizar a la mujer, si fuera necesario, sobre posibles efectos secundarios y consecuencias, y para preguntarle sobre su experiencia y evaluar si necesita algún tipo de apoyo emocional adicional. .

También se debe discutir cuándo y dónde será la visita de seguimiento sobre anticoncepción, si es que resulta relevante.

Si se confirma un aborto completo el día de la operación, y no hay necesidad de ver a la mujer para un seguimiento sobre anticoncepción u otros servicios tales como tratamiento de infecciones de transmisión sexual, o intervenciones por cuestiones de género, la visita post-aborto es opcional. Sin embargo, siempre debe ofrecerse la visita, aunque sea sólo para tranquilizar a la mujer, mostrar empatía y ver si tiene algunas necesidades adicionales.

Capítulo 5

Anticoncepción post-aborto

La anticoncepción post-aborto debe ofrecerse de rutina como parte esencial del cuidado integral de aborto. Se debe discutir sobre anticoncepción durante todas las visitas (pre-aborto, recuperación post-aborto y todas las visitas de seguimiento), aun si las circunstancias sólo permiten intercambiar unas pocas palabras.

Los momentos de mucho estrés o ansiedad, ya sea durante intervenciones médicas o cuando hay dolor, no son momentos ideales para conversar sobre anticoncepción, pero de todos modos se deben incluir algunas palabras para promover el uso futuro de anticonceptivos. Sin embargo, el período que le sigue a un aborto ofrece una buena oportunidad para explorar las necesidades anticonceptivas. El tema de anticoncepción debe mencionarse siempre: es la responsabilidad del profesional de la salud informar, orientar, discutir, administrar, recetar o insertar el método elegido y coordinar un seguimiento.

Proporcione o recete anticoncepción oral de emergencia, y explique que no es un método abortivo sino que altera el proceso de ovulación entre otros mecanismos de acción, y que previene un alto porcentaje de embarazos no deseados. Si no inicia un anticonceptivo, haga una cita para iniciar el anticonceptivo (si es necesario), y proporcione preservativos. Enfatice la necesidad de usar anticonceptivos una vez que reanude la actividad sexual.

Derive, si es necesario, aunque es preferible ofrecer un servicio integrado.

Asegúrese de que la mujer comprenda lo siguiente:

- Puede quedar embarazada de nuevo antes de la próxima menstruación: la fertilidad puede reanudarse dentro de las dos semanas y el 75 por ciento de las mujeres ovulan dentro de las seis semanas.
- Cuán pronto debería de comenzar con los anticonceptivos (inmediatamente en cuanto reanude su actividad sexual en cualquier caso).
- Hay métodos seguros para prevenir o retrasar un embarazo.
- Dónde puede conseguir anticonceptivos.

Evalúe si hubo un uso incorrecto de anticonceptivos previos al embarazo. ¿Por qué falló el anticonceptivo? Ofrézcase a hablar con la pareja de la mujer.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud¹⁷, todos los métodos (inclusive el dispositivo intrauterino) pueden usarse inmediatamente post-aborto, excepto los métodos naturales, incluido el método lactancia amenorrea.

Sin embargo, hay ciertos factores importantes que deben tenerse en cuenta:

- Si hay infección, la inserción de un dispositivo intrauterino o la esterilización deberán postergarse hasta que la mujer esté completamente recuperada.

- Las lesiones del tracto genital pueden hacer que los dispositivos intrauterinos, la esterilización, los espermicidas, el diafragma y el capuchón cervical resulten inapropiados.
- El comienzo de un método de conciencia de fertilidad (también llamados períodos de abstinencia periódica) requiere la observación de al menos 2-3 ciclos regulares y no deberían usarse hasta que se regularice el ciclo menstrual.
- En casos de anemia severa, están contraindicados los métodos que pueden inducir pérdida de sangre.
- No se deberá realizar una esterilización si la decisión fue tomada apresuradamente.
- Se deberá concientizar a todas las mujeres sobre el uso de preservativos (masculino o femenino), y la necesidad de protegerse de las infecciones de transmisión sexual.
- Asegure las condiciones para el uso continuado del método elegido (, el acceso a las inyecciones adicionales, suministro adicional de pastillas, así como costos accesibles).
- Se debe discutir sobre anticoncepción de emergencia y asegurar su accesibilidad (u ofrecerla por adelantado si es posible).

La mujer debe requerir información sobre todos los métodos que le interesen. En particular, en relación con el método anticonceptivo escogido, deberá conocer: el mecanismo de acción, las ventajas y desventajas, uso correcto, efectos secundarios, la efectividad relativa, riesgos, signos de alarma y dónde ir si surgieran problemas. Los métodos de largo plazo tales como el dispositivo intrauterino o los implantes tienen las mejores tasas de continuación y pueden ser preferidos por dicha razón. Los inyectables también pueden ser una buena elección como método de largo plazo. No hay ninguna contraindicación para el uso de ningún método por mujeres jóvenes y es importante asegurar que los adolescentes tienen acceso a toda la gama de métodos modernos.

Se recomienda proveer folletos informativos sobre los métodos anticonceptivos.

Es considerada una mala práctica recetar un método que la mujer no podrá pagar.

Si la mujer quiere quedar embarazada al poco tiempo de tener un aborto sin complicaciones, no hay motivos para desalentarla.

17 OMS (2009), *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243563886_spa.pdf

Capítulo 6

Casos de abortos repetidos

La probabilidad de tener un aborto a lo largo de la vida reproductiva de una mujer es, en promedio, del 20-30 por ciento. Sobre la base del número más alto, 30 por ciento, la probabilidad puramente matemática de tener dos abortos es del 9 por ciento, y de tener tres abortos es del 2,7 por ciento.

Esto significa que en una clínica de abortos hay una proporción significativa de mujeres que requerirán más de un aborto. Una mujer que ha tenido un aborto no tiene menores probabilidades de enfrentarse con otro embarazo no deseado que una mujer que nunca ha tenido un aborto. Las probabilidades son aproximadamente las mismas, o quizás un poco más elevadas para la mujer que ya ha tenido un aborto y que ha demostrado tener dificultades con anticonceptivos, tanto si los utiliza como si no lo hace.

En los países donde el uso de métodos anticonceptivos modernos es bajo, el riesgo de tener más de un aborto es más alto.

Los profesionales de la salud a veces culpan o estigmatizan erróneamente a las mujeres que solicitan más de un aborto. **Es esencial que los profesionales de la salud no estigmaticen a ninguna mujer que esté solicitando un aborto.** Esto no es únicamente un aspecto fundamental para la provisión de un servicio de alta calidad para la mujer y para promover nuestros valores principales, sino que también garantiza la preservación de los derechos de elección, dignidad y respeto básicos de las mujeres.

Capítulo 7

Equipamiento, instrumentos, suministros y medicamentos

Son esenciales el agua potable, instalaciones con sanitarios limpios, técnicas adecuadas de prevención de infecciones y sistemas para la eliminación de los productos de la concepción (de acuerdo a guías clínicas locales y los deseos de la mujer).

Prevención de infecciones

Se requiere lo siguiente:

- Guantes estériles, de examen y de caucho (pequeños, medianos, grandes)
- Detergente (idealmente enzimático)
- Jabón
- Cloro o glutaraldehído
- Recipientes grandes para los anteriores
- Un agente esterilizador o desinfectante de alto nivel
- Solución antiséptica acuosa para lavar la vulva y la vagina
- Recipiente pequeño para la solución antiséptica
- Hisopos de algodón o esponjas de gasa

Aspiración usando una jeringa para aspiración manual o bomba eléctrica

Se requiere lo siguiente:

- Jeringas (5, 10, 20ml)
- Agujas:
 - Calibre 22 para bloqueo cervical
 - Calibre 21 para administración de medicamentos
- Espéculo
- Tenáculo
- Fórceps con torunda (aro)
- Dilatadores (Hegar: tamaños 4-14mm o Denniston de 5 a 14 mm de diámetro externo)
- Aspirador (jeringa de aspiración manual o bomba eléctrica + tubo adaptador (empate))
- Cánulas flexibles (tamaños 4-12) más los adaptadores, si son necesarios
- Silicona para lubricar las jeringas, si es necesario
- Medicamentos
 - Analgésicos (por ejemplo, acetaminofeno, ibuprofeno, petidina)
 - Lidocaína o similar: 0,5, 1 o 2 por ciento sin epinefrina
 - Oxitocina x 10 unidades internacionales (guardar entre 15 y 25 grados Celsius)

- Ergometrina 0,2mg
- Misoprostol 200mcg 8 tabletas
- Antibióticos: metronidazol, doxiciclina
- Colador (o gasa)
- Recipiente transparente para inspeccionar los productos de la concepción
- Todos los anticonceptivos que se usen localmente (incluyendo anticoncepción de emergencia)

Dilatación y curetaje

Se requiere lo siguiente:

- Guantes estériles (pequeños, medianos, grandes)
- Prevención de infecciones (vea arriba)
- Espéculos en varios tamaños (son preferibles los Collin en vez de los Sims, Cusco, Graves o válvulas)
- Fórceps con torunda (aro)
- Fórceps de tenáculos
- Tenáculo
- Un juego de dilatadores de Hegar o Denniston
- Un juego de tres curetas de diferentes diámetros
- Gasa, compresas
- Antibióticos

Aborto inducido por medicamentos

Se requiere lo siguiente:

- Mifepristona o metotrexato y misoprostol, o misoprostol únicamente
- Analgésicos: paracetamol, ibuprofeno, codeína
- Uterotónicos: ergometrina inyectable, oxitocina inyectable
- Tabletas de hierro

Medicamentos, provisiones y posters de salas de emergencia

Se requiere lo siguiente:

- Esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, linterna
- Guantes, jeringas, agujas
- Sonda Foley #18 con capacidad del balón de 30 ml
- Juego de infusión intravenosa, líquidos intravenosos (lactato de Ringer, glucosa, solución salina o solución fisiológica)
- Bolsa de emergencia con equipo de resucitación y oxígeno
- Espéculos vaginales
- Espátula para moco/pus vaginal/cervical
- Refrigerador
- Autoclave
- Antibióticos, analgésicos, diazepam, epinefrina (adrenalina) 1:1000 1mg/ml
- Póster con protocolos de emergencia para exhibir en las paredes (para que todo el personal sepa cómo proceder)

Bibliografía

Blumenthal P, Clark S, Coyaji KJ, Ellerston C, Fiala C, Mazibuko T, Nhan VQ, Ulmann A and Winikoff B (2004) *Providing Medical Abortion in Developing Countries: An Introductory Guidebook*. New York, NY: Gynuity, www.gynuity.org/documents/guidebook_eng.pdf

en español: http://gynuity.org/downloads/MA_guidebook_sp.pdf

Marie Stopes International (2007) *The Marie Stopes Medical Process. Preparatory Workbook, Module 1. Trainee's Pack*. London: Marie Stopes International.

Maureen P, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA and Stubblefield PG (1999) *NAF Textbook: A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. Washington DC: National Abortion Federation, www.prochoice.org/education/resources/textbook.html

National Abortion Federation (2006) *Protocol for Mifepristone/Misoprostol in Early Abortion*. Washington DC: National Abortion Federation, www.prochoice.org/pubs_research/publications/downloads/professional_education/medical_abortion/protocol_mife_miso.pdf

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2004) *The Care of Women Requesting Induced Abortion*. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. London: The RCOG Press, www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/induced_abortionfull.pdf

Solter C, Miller S and Gutierrez M (2000) *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum. Module 11: Manual Vacuum Aspiration (MVA) for Treatment of Incomplete Abortion*. Watertown, MA: Pathfinder International, www.pathfind.org/pf/pubs/module11.pdf

Terki F and Malhotra U (2004) *IPPF Medical and Service Delivery Guidelines for Sexual and Reproductive Health Services*. Third edition, chapter 12: Safe abortion. London: International Planned Parenthood Federation, www.ippf.org/NR/rdonlyres/DD4055C9-8125-474A-9EC9C16571DD72F5/0/medservdelivery04.pdf

En español: <http://www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/Las+Pautas+Médicas+y+de+Prestación+de+Servicios.htm>

von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdenetungalag R, Huong TM, Vy ND, Phuong NT, Tuyet HT and Peregoudov A (2007) "Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial". *The Lancet*; 369(9577): 1938–46.

World Health Organization (2003) *WHO Global Programme on Evidence for Health Policy. Guidelines for WHO Guidelines*. Geneva: World Health Organization, http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/EIP_GPE_EQC_2003_1.pdf

World Health Organization (2003) *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: World Health Organization, www.who.int/reproductivehealth/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf

En español: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf

World Health Organization. *Frequently Asked Clinical Questions about Medical Abortion*. Conclusions of an International Consensus Conference on Medical Abortion in Early First Trimester, Bellagio, Italy, 2006, www.who.ch/reproductive-health/publications/medical_abortion/faq.pdf

En español: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243594842_spa.pdf



Este documento integra protocolos, guías clínicas y estándares en un marco amplio para asegurar que no se omita ningún aspecto del cuidado de la mujer cuando se proveen servicios de aborto integrales en el primer trimestre de embarazo.

Anexo 1

Ecografía pre-aborto y análisis de laboratorio

Ecografía

No es necesaria como procedimiento de rutina. Use de acuerdo a los protocolos locales. **La ecografía no deberá ser condición previa para la realización de un aborto.** Las ecografías son útiles (pero no son 100 por ciento sensibles ni específicas) para determinar la duración de un embarazo, detectar un embarazo ectópico o mostrar un embarazo molar (aparición de una “tormenta de nieve”). Si se solicita una ecografía (*no de rutina*), es mejor usar un transductor transvaginal que uno abdominal. Busque el saco gestacional, saco vitelino, el polo embrionario y la presencia de actividad cardíaca. Si el polo embrionario es visible, use su tamaño para estimar la duración gestacional, dado que es más exacto que la medida del saco gestacional. La ausencia de un saco intrauterino puede indicar un embarazo intrauterino temprano, embarazo ectópico o un embarazo intrauterino anormal. Si no se ve un saco intrauterino (usando un transductor transvaginal) y β -GCH plasmática $> 2000\text{mUI/ml}$ se debe considerar un embarazo ectópico. Lo mismo para β -GCH > 3600 usando un transductor abdominal. En tales casos se requiere mayor evaluación y/o tratamiento.

Si la ecografía es utilizada para controlar si un procedimiento de aborto con medicamentos ha sido exitoso o no, no debe realizarse antes de las dos semanas. La ecografía puede mostrar ya sea la ausencia de un saco gestacional, la continuación del embarazo o la no evolución del saco gestacional. En este último caso se puede o bien esperar una semana más, proceder a un AMEU o dar una tercera dosis de medicamento. Si se ha tomado una conducta expectante o se ha dado una tercera dosis, en una semana será necesario realizar un nuevo control. De mantenerse la situación, se deberá indicar a la mujer la conveniencia de realizar un AMEU.

Análisis de laboratorio

Los análisis de laboratorio no deberían ser condición previa para un aborto. No hay análisis esenciales.

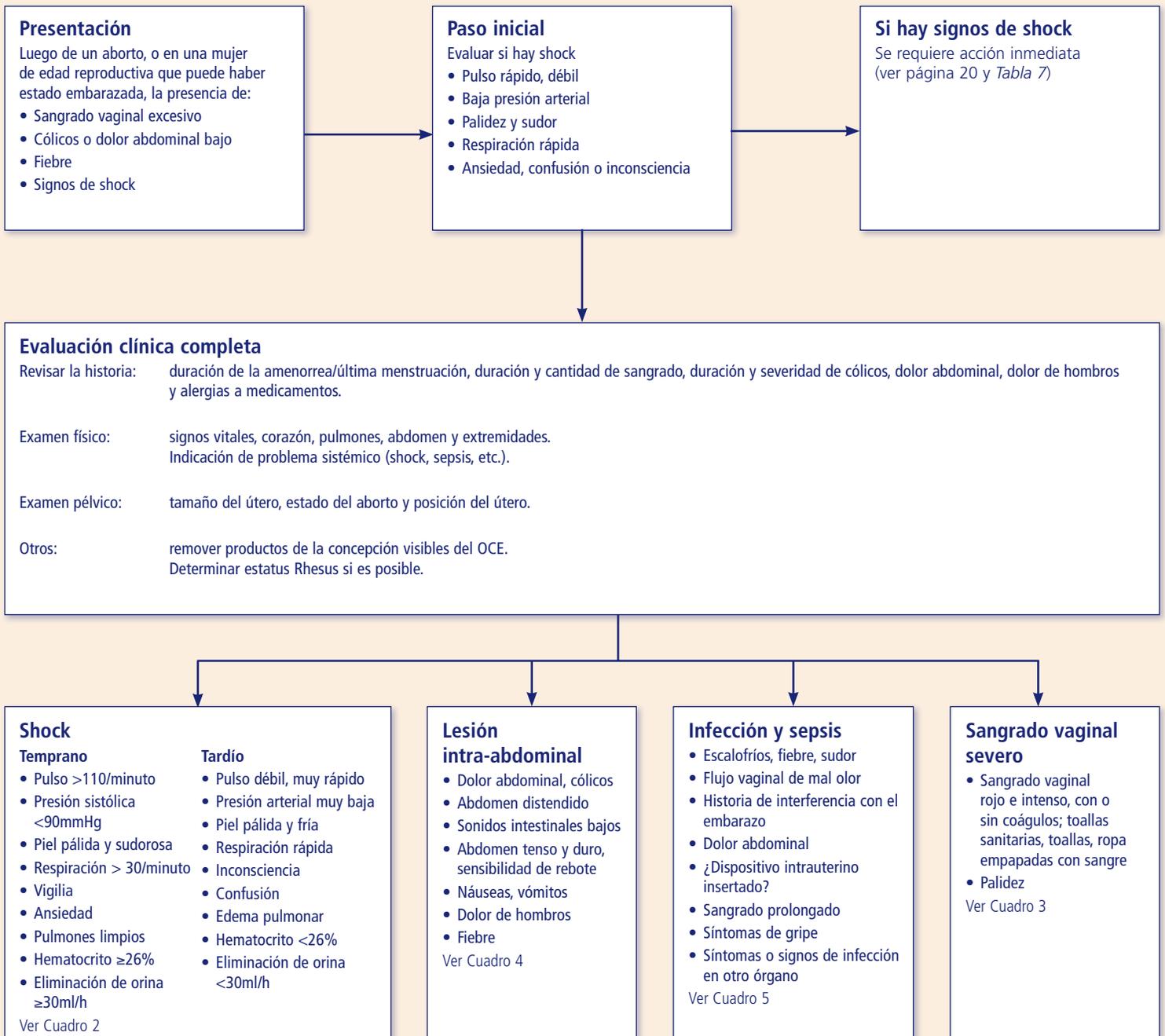
- No se requiere una prueba de embarazo de rutina; sólo si se duda si hay embarazo.
- Hemoglobina/hematocrito si se sospecha anemia.
- ABO-Rh es útil en lugares en que se puede acceder a una transfusión. Es necesario si hay inmunoglobulina de Rh disponible y se provee (práctica recomendable) a mujeres Rh-negativas (dentro de las 48-72 horas del aborto). La OMS refiere que el riesgo de isoimmunización es relativamente bajo en embarazos con menos de 63 días de gestación¹⁸, sin embargo es importante consultar los protocolos nacionales
- Se pueden proponer la prueba de VIH, otros análisis para infecciones de transmisión sexual o pruebas relacionadas a problemas de salud específicos; a veces resultarán necesarios.
- Se debe realizar un cultivo cervical o pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual según protocolos locales, o si hay signos de infección vaginal/cervical.
- Se puede efectuar un examen para detectar cáncer cervical si las instalaciones lo permiten.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud, Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico (2008).

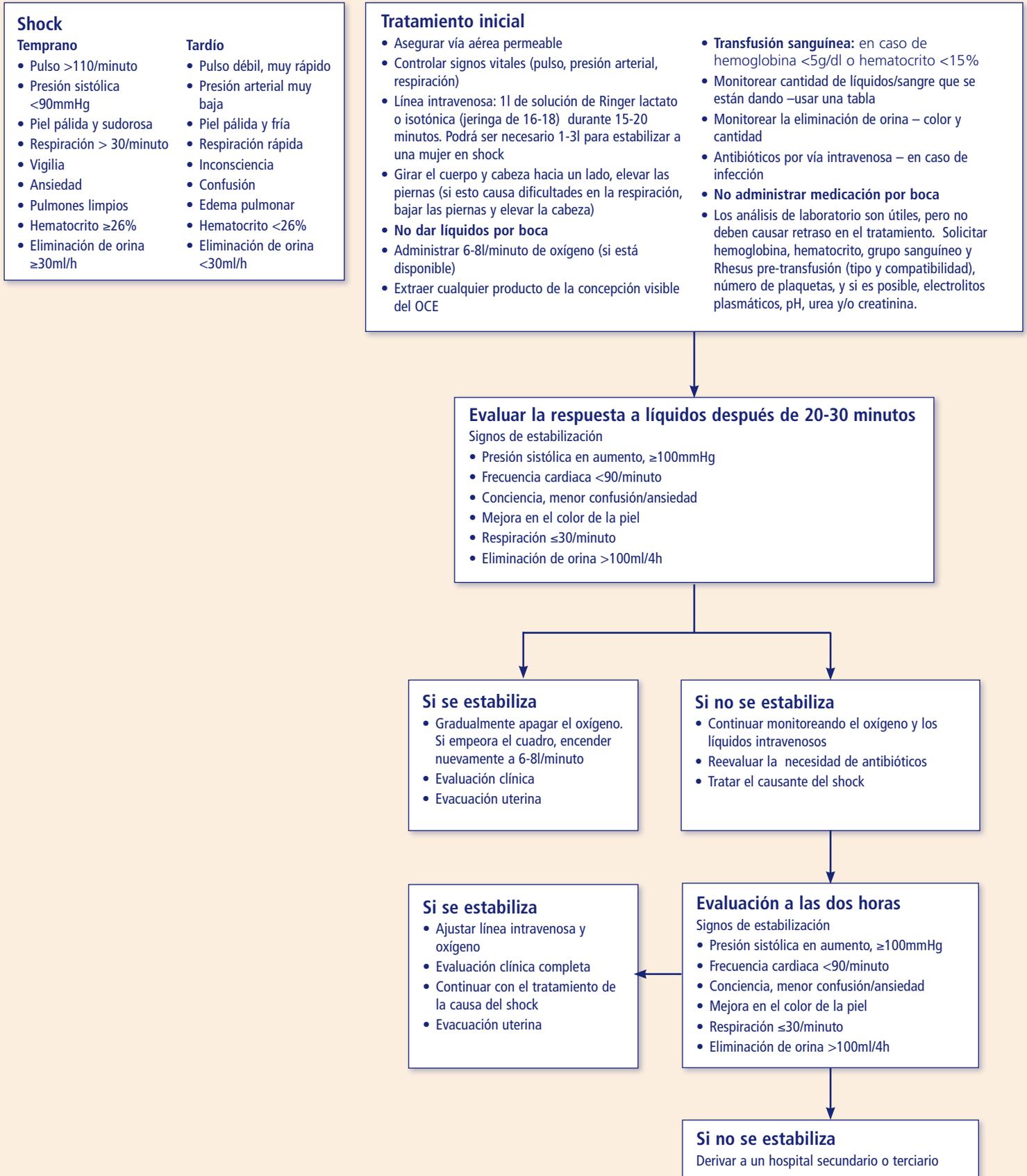
Anexo 2

Manejo clínico de complicaciones por aborto

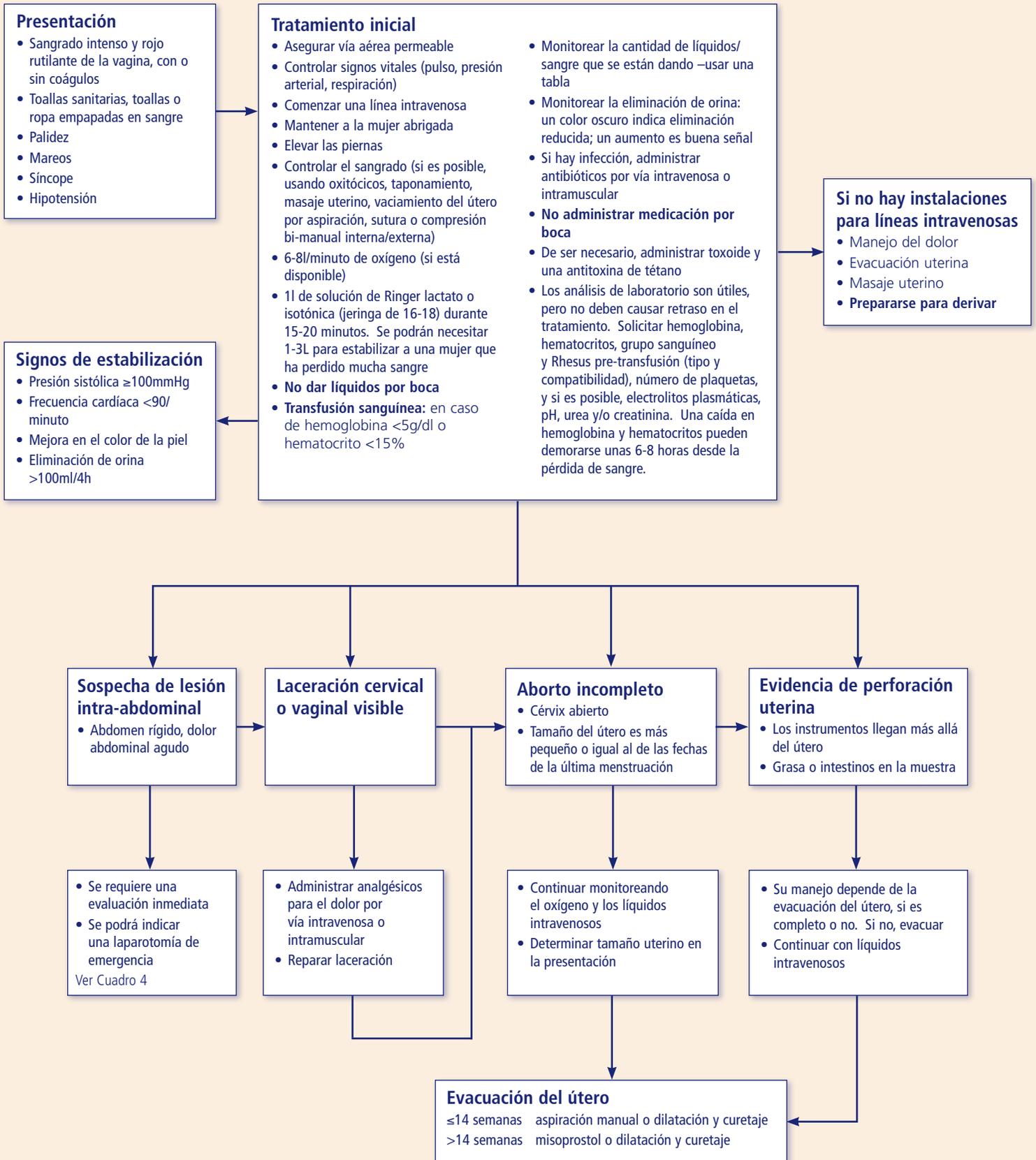
Cuadro 1: Evaluación inicial



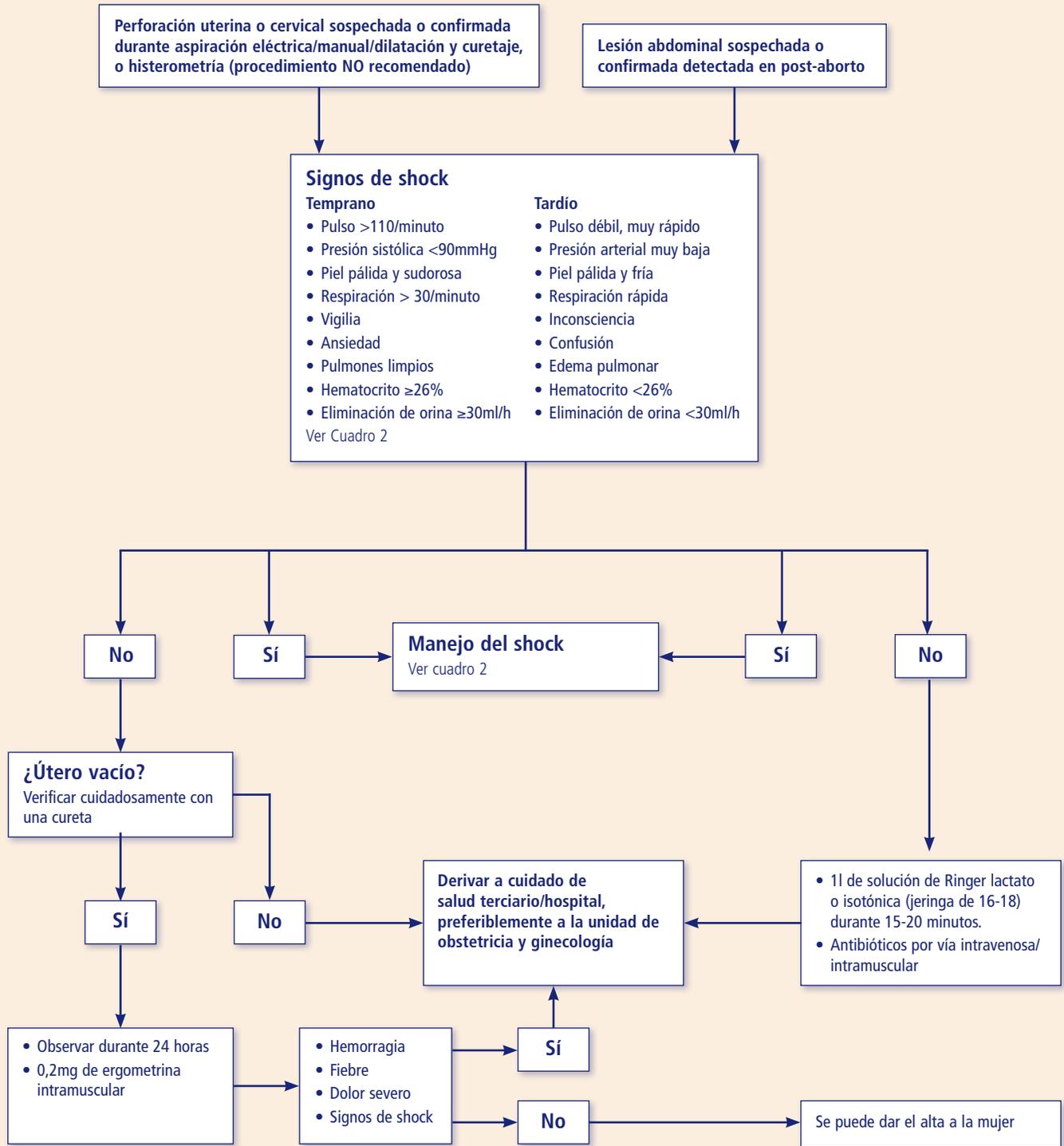
Cuadro 2: Shock



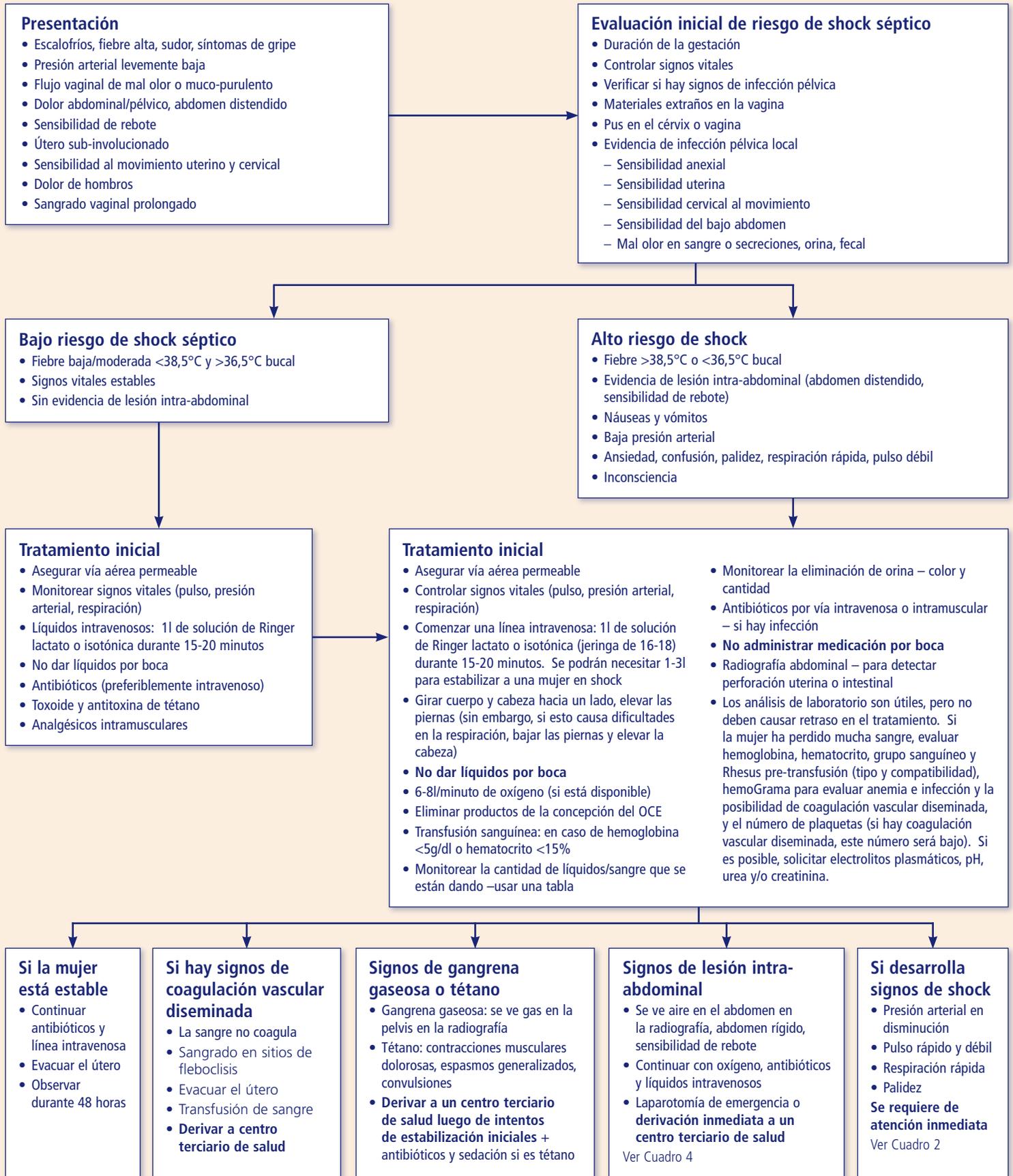
Cuadro 3: Sangrado vaginal severo



Cuadro 4: Lesión intra-abdominal



Cuadro 5: Infección y sepsis





Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre

Procedimientos quirúrgicos y médicos

IPPF es un proveedor de servicios global y defensor líder en derechos de salud sexual y reproductiva para todos. Somos un movimiento global de organizaciones nacionales trabajando para y con las comunidades e individuos.

IPPF trabaja para asegurar el acceso a abortos seguros y legales a nivel mundial. Inspirados en esta visión, estas guías clínicas y protocolos intentan orientar a los profesionales de la salud de modo que puedan ofrecer servicios de aborto, y relacionados al aborto, de alta calidad y centrados en la mujer. Este documento está basado en los valores y principios establecidos en la Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos de IPPF; los procedimientos clínicos están basados en el Marco de Calidad de Atención desarrollado e implementado a lo largo de todos los aspectos de servicios de IPPF.

IPPF/RHO

125 Maiden Lane, 9th Floor,
New York, NY 10038

T: 212 248 6400

F: 212 248 4221

E: info@ippfwhr.org

www.ippfwhr.org

Publicado en 2012 por IPPF/RHO

Publicado en inglés en 2008 por
International Planned Parenthood Federation.

Diseñado por Heidi Baker

Traductora: Vanessa Brizuela

Diagramado por Matilde Rosero

Objetivo de estas guías clínicas y protocolos

Este documento integra protocolos, guías clínicas y estándares en un marco amplio a fin de garantizar que no se omita ningún aspecto del cuidado de la mujer en la provisión de servicios de aborto de primer trimestre de embarazo. Está dirigido al personal involucrado en servicios de aborto –ya sea como profesionales de la salud directos o como consejeros o educadores – que pueda estar interesado en alguno de los aspectos médicos que contempla el presente documento.