



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

**PROTOCOLO PARA
EL MANEJO DE CASOS
DE INTERRUPCIÓN LEGAL
DEL EMBARAZO**

Arequipa, Diciembre 2007

**GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD**

**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE
CASOS DE INTERRUPCIÓN LEGAL
DEL EMBARAZO**

Arequipa, Diciembre 2007

**Comité de Derechos Sexuales y
Reproductivos, FLASOG**

**PROMSEX
Centro de Promoción y Defensa
de los Derechos Sexuales y
Reproductivos**

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

Dr. Gustavo Chávez Velásquez	Hospital Regional Honorio Delgado- MINSA
Dr. Nestor Linares Huaco	Hospital Regional Honorio Delgado- MINSA
Dr. Jhonny Burela Cuadros	Hospital Regional Honorio Delgado- MINSA
Dr. Luis Cáceres Portilla	Hospital Regional Honorio Delgado- MINSA
Dr. José Galindo Paredes	Hospital Goyeneche- MINSA
Dra. Ruth Rodríguez	Hospital Goyeneche- MINSA
Dra. Ana María Soto Torres	Hospital Goyeneche- MINSA
Dr. Enrique Taco Cornejo	Sociedad de Obstetricia y Ginecología- AQP
Dra. María Elena Esquivel Gonzales	Hospital Yanahuara- ESSALUD
Dr. Carlos Escobar Guzmán	Hospital Edmundo Escomel ESSALUD
Dr. Robinson Rodríguez Cornejo	Hospital Fuerza Aérea FAP
Dra. Sonia Montesinos V.	Hospital Fuerza Aérea FAP
Dr. Fredy Delgado Díaz	Laboratorio Referencia Regional Arequipa- MINSA
Dr. Guillermo Calderón Suclla	Microrred Mariano Melgar- Red Arequipa Caylloma
Dra. Pierina Cateriano Villanueva	Microrred Mariano Hunter- Red Arequipa Caylloma
Dra. Madeleine Tapia Valdivia	Microrred Zamácola- Red Arequipa Caylloma
Dra. Patricia Polanco Gutierrez	Red Arequipa Caylloma
Dr. Ruperto Dueñas Carpio	Red Arequipa Caylloma
Dr. Ricardo Rivera Fernández	Hospital Aplao- MINSA
Dra. Mercedes Neves Murillo	Comité por la Salud Sexual y Reproductiva- Consejo Regional de Salud
Dra. Ydalid Rojas Salinas	Foro Regional por los Derechos Sexuales y Reproductivos
Dra. María del Carmen Puelles	Seguro Integral de Salud SIS- GERESA
Obst. María Coppa Valerio	Colegio de Obstétricas Arequipa
Obst. Shirley Ayala Pineda	Instituto Sexualidad y Reproducción
Soc. Mercedes Cruz Díaz	Asociación Humanidad Libre
Adm. Marcela Rojas	Asociación Humanidad Libre
Obst. Gladys Fernández Pérez	Hospital Honorio Delgado Espinoza- MINSA
Obst. Miriam Giraldo	ESSYR-Gerencia Regional de Salud Arequipa
Obst. Diana Gámez Vera	Red Arequipa –Caylloma- MINSA
Obs. Rosario Medina	Red Arequipa –Caylloma- MINSA
Obs Ana María del Carpio Casani	Red Aplao- MINSA

Asesoría Técnica:

Mg. Susana Chávez Alvarado
Obst. Norma Díaz
Ps. Rossina Guerrero
Dr. Francisco Celis Mendoza
Dr. Luis Távara Orozco

PRESENTACION

En los servicios de emergencia de los establecimientos de salud se atiende con mucha frecuencia los casos de aborto y esto se debe principalmente a las condiciones de inseguridad con que se suele producir esta práctica fuera de los mismos y que frecuentemente da origen a complicaciones. La inseguridad, entonces, está muy relacionada al carácter clandestino que tiene y que se acompaña de una falta de capacitación, equipos, protocolos y técnicas adecuadas.

De acuerdo a los registros de Naciones Unidas, el 98% de los países del mundo permiten la práctica del aborto para salvar la vida de las mujeres, 63% para preservar su salud física, 62% para preservar su salud mental, 43% en casos de violación e incesto, 39% en casos de malformaciones fetales, 33% en casos de problemas sociales o económicos y 27% a solicitud de la gestante. En el caso de América Latina y el Caribe se puede encontrar tres grupos de países: un primer grupo conformado por Cuba, Guyana y Puerto Rico en donde el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo es libre; otro grupo constituido por Chile, El Salvador y Nicaragua en donde está completamente prohibida aunque sea para salvar la vida de una mujer y un tercer grupo constituido por los demás países, en donde se permite en algunas circunstancias, que incluyen la necesidad de proteger la vida o la salud de la mujer, en casos de malformaciones congénitas incompatibles con la vida y cuando el embarazo es producto de una violación.

Según el Art. 119° del Código Penal Peruano el aborto no es punible cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar un mal grave y permanente en su salud, en tanto el mismo Código, en su Art.120, penaliza los casos de aborto como consecuencia de malformaciones y violación. Sin embargo, a pesar de lo dispuesto en el mencionado Art. 119°, en nuestro país los establecimientos de salud públicos no suelen brindar atención a las mujeres para salvar su vida o evitar un daño grave y permanente en su salud, lo que conduce a que muchas de ellas enfrenten penosas consecuencias para su salud al someterse a prácticas de aborto clandestino.

De las conclusiones de uno de los Talleres de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, se desprende que la interrupción del embarazo en condiciones legales, es un servicio escasamente brindado, debido a las barreras de carácter moral, a la falta de estandarización de criterios establecidos para determinar quienes pueden estar catalogadas para recibir este tratamiento, a la falta de información y de entrenamiento del personal médico y auxiliar y a la escasa información que tienen las mujeres de que en ciertas condiciones podrían disponer de esta alternativa.

Todas las mujeres tienen el derecho elemental de conocer las opciones y riesgos relativos a su bienestar. En este sentido los profesionales de la salud debemos reconocer y respetar los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres peruanas. Por ello es que, en el marco de sus Derechos Humanos, la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, con la asistencia técnica del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos ha elaborado el presente protocolo estandarizado de Interrupción Legal del Embarazo en condiciones legales, para contribuir a una práctica segura en aquellas mujeres cuyo embarazo debe finalizar por razones médicas, a fin de cautelar su vida y su salud.

El Gerente Regional de Salud de Arequipa agradece el esfuerzo de todos/as los/as profesionales que intervinieron en las discusiones del tema y en la redacción del presente documento, el mismo que servirá para proveer de estándares claros a nuestro personal, y con ello una mejor atención a las usuarias de nuestros servicios.

Arequipa, Diciembre 2007

Gerente Regional de Salud Arequipa

INTRODUCCION

La mayoría de los embarazos tienen un curso normal en las mujeres; sin embargo la gestación puede algunas veces representar amenaza para su vida ó amenaza de daño para su salud física y mental. En reconocimiento a estas circunstancias es que la mayoría de países en el mundo han aprobado leyes que permiten la terminación del embarazo ante tales condiciones, aunque en ningún país se considera a la interrupción del embarazo como un método de planificación familiar.

De acuerdo al artículo 119° del Código Penal, en el Perú el aborto es legal cuando se realiza con el fin de salvar la vida ó la salud de la mujer gestante. A pesar de existir esta normatividad, los proveedores de salud no prestan el servicio de interrupción del embarazo en tales circunstancias. Tampoco las mujeres la solicitan en los establecimientos de salud por diferentes barreras (desconocimiento de sus derechos, temores, prejuicios, etc) y por el contrario acuden a lugares clandestinos, poniendo en grave riesgo su integridad física y emocional.

Existen barreras administrativas que afectan el acceso de las personas a estos servicios, las mismas que se relacionan con el desconocimiento de las principales indicaciones que permiten el aborto legal y los trámites engorrosos para aprobar y realizar el aborto permitido legalmente. Las barreras en el sector salud pasan por el desconocimiento de las obligaciones éticas por parte del médico frente a la mujer que cumple con las condiciones legales para interrumpir su embarazo (el médico no asume su responsabilidad o no quiere integrar una Junta Médica), así como la inexistencia de un protocolo establecido para el manejo de estos casos. También existen barreras de información, por cuanto las mujeres y el personal de salud no tienen conocimiento sobre las circunstancias bajo las cuales los servicios de aborto son legales, y barreras de costos, por cuanto estos no se encuentran estratificados y se aplica indiscriminadamente las tarifas por atención de un caso de aborto.

Habiendo identificado que una de las principales barreras es la falta de normatización, es que el personal profesional de la Región de Salud de Arequipa ha procedido a elaborar el presente protocolo cuyos objetivos son:

Objetivo General:

Normar la atención de la interrupción legal del embarazo, lo que contribuirá a la reducción de la morbilidad materna

Objetivos específicos:

- a) Contribuir a mejorar la accesibilidad para la atención de la interrupción terapéutica del embarazo, dentro del marco que señala la ley peruana, a las mujeres que así lo demandan y que cumplen con los requisitos establecidos
- b) Brindar a estas mujeres una atención segura, de calidad, en el marco del respeto y ejercicio de sus derechos humanos.

Esta guía nos proporciona lineamientos generales sobre un importante tema, adaptados a los marcos legales y éticos en la prestación de servicios a la mujer, los mismos que deben contar con personal calificado, infraestructura, equipamiento y suministros adecuados.

INDICACIONES PARA LA INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO

De conformidad con el artículo 119° del Código Penal sólo existen dos circunstancias para interrumpir legalmente un embarazo:

- Cuando el embarazo amenaza la vida de la mujer gestante
- Cuando el embarazo presenta una complicación capaz de provocar un mal grave y permanente en la salud de la mujer gestante

Por tanto, y de acuerdo a las conclusiones del Taller de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología con otras Sociedades Científicas, llevado a cabo en Agosto 2005, las siguientes entidades clínicas justifican el aborto terapéutico:

- Cardiopatía congénita o adquirida con insuficiencia cardiaca congestiva.
- Mujeres en diálisis
- Tuberculosis pulmonar avanzada multidrogoresistente.
- Insuficiencia respiratoria severa.
- Lupus eritematoso sistémico con daño renal severo
- Insuficiencia hepática crónica causada por hepatitis B, hepatitis C, trombosis del sistema portoesplénico con várices esofágicas.
- Trastornos hemorrágicos.
- Insuficiencia renal crónica y severa.
- Hipertensión arterial crónica con daño en órganos blanco.
- Neoplasias malignas que requieren intervención quirúrgica en el aparato genital.
- Radio o quimioterapia.
- Epilepsia rebelde al tratamiento.
- Hiperemesis gravídica grave resistente a todo tratamiento.
- Mola hidatiforme parcial con presencia de hemorragia grave.
- Existen otras entidades clínicas que justifican la interrupción legal del embarazo, como son:
 - Cuadros hipertensivos severos de origen renovascular o de otras causales.
 - Dermatomiositis que se agrava durante el embarazo.
 - Coagulación intravascular diseminada de presentación temprana, asociada a deficiencia de proteína S.
 - Cáncer de mama en el primer trimestre que requiere tratamiento quirúrgico, radio y quimioterapia.
 - Aplicación de radiación ionizante para el tratamiento del cáncer durante la gestación.
 - Leucemia.

- Porfiria hepática aguda acompañada de manifestaciones psiquiátricas precoces.
- Manifestaciones neurológicas con convulsiones que semejan un estatus epiléptico y presencia de signos hemorrágicos.
- Encefalopatía de Wernicke que complica la hiperemesis gravídica.
- Trastornos mentales severos y otros procesos clínicos que serán dictaminados por una Junta Médica por que ponen en riesgo la vida y la salud de la gestante.

INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO E INSUMOS

Para poder atender la interrupción legal del embarazo, los establecimientos de salud de la Región Arequipa que brinden este servicio deben contar con:

- Consultorios externos de ginecoobstetricia
- Consultorio externo de Psicología
- Ambiente de consejería
- Salas de internamiento
- Sala de operaciones
- Sala de recuperación
- Laboratorio clínico
- Banco de sangre
- Ambiente de emergencia
- Farmacia
- Máquina de anestesia
- Instrumental quirúrgico para proceder a laparotomía e hysterectomía en caso necesario
- Equipos de AMEU
- Disponibilidad de oxígeno
- Ocitócicos
- Anestésicos locales y generales
- Analgésicos
- Antibióticos
- Soluciones isotónicas
- Expansores plasmáticos
- Un sistema de referencia y contrarreferencia funcionando adecuadamente

RECURSOS HUMANOS

- Médicos Gineco-Obstetras capacitados en procedimientos quirúrgicos y médicos para la interrupción legal del embarazo
- Médicos anesthesiólogos
- Médicos intensivistas
- Personal calificado en banco de sangre
- Personal de obstetricas, capacitado en consejería
- Personal de enfermería
- Trabajadoras sociales
- Psicólogos/as

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

1. El médico, que identifica la necesidad de proceder a la interrupción legal del embarazo, informará a la paciente y elaborará el informe de su situación clínica.
2. La gestante o su representante legal en caso que se encuentre impedida de hacerlo, presenta la **Solicitud** para atención de aborto terapéutico a la Jefatura del Servicio o Departamento de Ginecoobstetricia, la misma que debe expresar las razones por las cuales solicita interrupción del embarazo. Esta solicitud es presentada al departamento/servicio de Ginecoobstetricia del establecimiento de salud (Anexo 1)
3. La Jefatura del Departamento/servicio de Ginecoobstetricia dará trámite de inmediato la solicitud y constituirá una Junta Médica, cuidando de que forme parte de la misma el médico que evaluó inicialmente el caso en dicho servicio, quien lo presentará ante la Junta Médica.
4. La Junta Médica, constituida por tres profesionales médicos, podrá pedir asesoría de otro(s) profesional(es) de la especialidad correspondiente, delibera el caso; de ser necesario amplía la anamnesis o vuelve a examinar y dictamina por la procedencia o no de lo solicitado, debiendo dejar constancia escrita de sus conclusiones y recomendaciones en la historia clínica.
5. La Jefatura del Departamento/Servicio designa al médico que llevará a cabo el procedimiento.
6. Desde que se efectúa la solicitud hasta que se inicia el procedimiento de interrupción legal del embarazo no debe pasar más de siete días, debiendo actuar con más celeridad si el caso lo amerita.
7. Cumplido el trámite del procedimiento administrativo, la Jefatura del Departamento/Servicio de Ginecoobstetricia informará a la Dirección del hospital.
8. Si la Jefatura del Departamento o Servicio no cumple con dar trámite a la solicitud, o excede el tiempo establecido, o la Junta Médica ha denegado su solicitud la gestante podrá recurrir ante la autoridad superior correspondiente, la cual deberá resolver en un plazo no mayor de 48 horas

JUNTA MÉDICA

- La Junta Médica estará constituida por tres médicos Gineco-Obstetras, uno de los cuales será el médico que evaluó el caso en el servicio, y estará presidida por el Jefe del Departamento o de Servicio.
- La Junta Médica podrá asesorarse en lo posible con profesional(es) vinculado(s) al caso en consulta.
- La Junta Médica tomará conocimiento del informe del médico que recibió el caso en el servicio, lo analizará, ampliará la anamnesis o volverá a examinar si así lo estima conveniente y dictaminará por la procedencia o no de la interrupción del embarazo.

- Si el caso es dictaminado afirmativamente para proceder a la interrupción, deberá asegurarse que exista Consentimiento Informado por parte de la paciente o de su representante legal de ser el caso.(Anexo 2)

EVALUACION Y PREPARACION DEL CASO ANTES DE LA INTERRUPCION

Lo primero que el profesional debe hacer es comprobar que la mujer presenta realmente un embarazo localizado dentro del útero, así como el tiempo de gestación, por que es un elemento crítico en la selección del método para la evacuación uterina.

ANAMNESIS

- Se debe elaborar una historia clínica completa e integral, con énfasis en la historia clínica obstétrica.

EXAMEN CLINICO

- Confirmar el embarazo y estimar su cronología mediante el examen pélvico bimanual.
- Identificar signos de infecciones de transmisión sexual (ITS) ú otras enfermedades del tracto genital.
- Identificar signos que puedan hacer sospechar mola hidatiforme o embarazo ectópico.

EXAMENES AUXILIARES

- Medición de hemoglobina o hematocrito.
- Grupo sanguíneo y Rh.
- Tiempo de coagulación y sangría.
- Pruebas serológicas: RPR, VIH.
- Ecografía obstétrica y cuantificación de gonadotropinas coriónicas (HCG).
- Papanicolaou.
- Otros exámenes que contribuyan al diagnóstico de enfermedades concomitantes.
- Evaluación del riesgo quirúrgico.

USO DE INMUNOGLOBULINA ANTI-RH

- En los casos de mujeres Rh negativo tener a la mano inmunoglobulina anti Rh para aplicarla al momento del procedimiento quirúrgico.
- Si se utiliza prostaglandina para el procedimiento, tener cuidado de aplicar la inmunoglobulina al momento de iniciar la medicación.

INFORMACION Y CONSEJERIA

- La información y consejería es una parte esencial de la calidad del servicio y debe hacerse antes, durante y después de la intervención.
- La información debe ser completa, exacta, fácil de comprender y debe constar por escrito adicionalmente. La consejería deberá absolver todo tipo de dudas que la mujer tenga en cualquiera de los tres momentos mencionados (antes, durante y después). Sin embargo es importante priorizar información acerca de:
 - El embarazo y su situación de salud.
 - Los procedimientos para la interrupción: lo que se hará durante y después del procedimiento, lo que puede ocurrir (calambres, dolor y sangrado como el que ocurre en la menstruación), el tiempo que dura el procedimiento, cómo se va a manejar el dolor, riesgos y complicaciones asociados al procedimiento a usar.
 - Momento de iniciar sus actividades habituales y necesidad de seguimiento, es decir la asistencia a los controles necesarios.
 - Información sobre su actividad sexual y los métodos de planificación familiar que oferta el establecimiento, incidiendo en la importancia de la prevención de embarazos, sin que ello interfiera con el derecho a la libre elección de la mujer. Además, debe incluir información sobre ITS y VIH.
- La información y consejería debe ser dada por el personal médico capacitado para tal fin, respetando la confidencialidad y privacidad, así como las decisiones que la mujer tome durante todo el proceso.
- En caso de ser necesario se dará apoyo psicológico, social y legal por parte de los profesionales respectivos, quienes deberán ofrecer información y orientación pertinentes.
- La información y consejería debe terminar con la decisión informada por parte de la gestante, la misma que se debe documentar en **un consentimiento informado** antes de efectuar el procedimiento.

PROCEDIMIENTOS PARA LA EVACUACION DEL UTERO

Los procedimientos estarán en función a la cronología del embarazo.

METODOS HASTA LAS 12 SEMANAS DE GESTACION

En esta cronología los métodos sugeridos a elegir son la aspiración eléctrica o la aspiración manual endouterina (AMEU) y el uso de Misoprostol. En casos excepcionales. dado que los servicios carezcan del equipo y los insumos necesarios, se podrá practicar un legrado uterino instrumental (LUI)

Aspiración manual endouterina

Consiste en la aplicación de una cánula de plástico que se inserta a través del cuello uterino abierto y se conecta a una jeringa de Karman de plástico de 60 ml de capacidad, la que produce vacío hasta 600 mm de mercurio. El vacío es transferido a la cavidad uterina a través de la cánula.

Instrumental

Una jeringa de plástico de 60 ml de capacidad, la que puede ser de una o dos válvulas. Las cánulas de plástico son flexibles y de diferente calibre (de 4 a 10 y 12 mm de diámetro externo). Se facilita la aplicación de las cánulas a la jeringa con adaptadores de plástico de diferente color, aunque ahora las cánulas disponen directamente de este aditamento.

Descontaminación y desinfección del material

Para asegurar el uso correcto del equipo es necesario que una vez usado, sea puesto en una solución de hipoclorito de sodio al 0.5% durante 10 minutos. Luego se retira, se enjuaga con agua corriente, se desarma toda la jeringa y el material completo es puesto en desinfección de alto nivel (DAN) utilizando solución de glutaraldehído al 2%, en inmersión durante 20 minutos. Luego, se lava los instrumentos con agua estéril y se los coloca en una cubeta estéril, listos para su uso. Tener cuidado de lubricar el émbolo de la jeringa con silicona.

Técnica operatoria

- Luego de colocada la paciente en posición ginecológica se practica la asepsia y antisepsia de la vulva y del periné, se confirma la evacuación vesical y se realiza el examen pélvico. Se puede aplicar analgesia o anestesia local paracervical.
- Con el espéculo aplicado en la vagina, se tracciona el cuello del útero con pinza tirabalas. Se selecciona la cánula de plástico cuyo calibre se adapte exactamente al diámetro del cuello uterino abierto. Con la misma cánula se confirma la histerometría y se la deja colocada en el interior de la cavidad uterina, observando la “técnica de no tocar”.
- Si el cuello lo requiere, se dilata utilizando dilatadores o de lo contrario se lo prepara antes de la intervención aplicando Misoprostol 400 ug vía oral ó vaginal 3 a 4 horas antes del procedimiento.
- Se toma luego la jeringa, se cierra la válvula y se produce manualmente el vacío tirando del émbolo. La jeringa es aplicada cuidadosamente en la cánula, se abre la válvula y el vacío se transmite hacia la cánula y la cavidad uterina. Con movimientos giratorios suaves de la jeringa se facilita la evacuación del útero en pocos minutos.
- Terminada la aspiración, que puede ser verificada por la presencia en la cánula de secreción espumosa rosada o al escuchar el “grito uterino”, se retira la jeringa con la cánula y se vacía el contenido. El aspirado es revisado cuidadosamente para confirmar la presencia de restos. La jeringa y todo el material son colocados en una solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Finalizado el procedimiento, se traslada la paciente al ambiente de recuperación postoperatoria, se refuerza la consejería iniciada en la admisión y se oferta metodología anticonceptiva. La observación se realiza durante 2 horas.

Control del dolor

- La anestesia general no se recomienda para realizar el aborto por cuanto los riesgos son mayores. Se le asocia con mayor frecuencia de hemorragia que la anestesia local. Por otro lado la anestesia general incrementa los costos tanto para el establecimiento de salud cuanto para la paciente. Sin embargo algunas mujeres

prefieren anestesia general y el proveedor puede necesitarla en caso de dificultades técnicas en el procedimiento.

- Cada vez que se realiza una AMEU debe utilizarse medicación para controlar el dolor. Se puede utilizar tres tipos de medicación, sola o combinada: analgésicos que alivian el dolor, tranquilizantes (como el diazepam) que reducen el temor y relajan a la paciente y anestésicos.
- En la mayoría de casos, los analgésicos, la anestesia local y la sedación suave complementados con el apoyo verbal son suficientes. Estas drogas son baratas.
- Cuando se usa anestesia local, aplicar lidocaína al 1% a nivel paracervical (a las 5 y a las 7 de la esfera) o debajo de la mucosa a nivel de los 4 cuadrantes del cuello uterino.

Prevención y control de infecciones

- Nada reemplaza el uso de las mejores prácticas de bioseguridad, tomadas permanentemente en el servicio.
- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después del procedimiento.
- Usar barreras protectoras: guantes estériles, mandilón, delantal, máscara y gafas de protección.
- Eliminar adecuadamente los desechos.
- Lavado y limpieza de pisos, camas, baños, paredes con detergente y agua caliente y uso de hipoclorito de sodio.
- Eliminación adecuada de los desechos punzocortantes en depósitos para tal fin.
- Descontaminar, lavar y esterilizar ó desinfectar a alto nivel los instrumentos reutilizables.

Examen del tejido después de la evacuación

- Después de la AMEU conviene hacer el examen de los productos de la concepción para excluir la posibilidad de un embarazo ectópico, a pesar de los exámenes preoperatorios.
- Si el aspirado no contiene el producto esperado, se debe sospechar embarazo ectópico.
- Igualmente, estar alerta ante la posibilidad de encontrar tejido molar.
- Si el tejido extraído no está de acuerdo a la cronología del embarazo se puede pensar también en una evacuación incompleta.

Evacuación del contenido uterino con el uso de Misoprostol

- El tratamiento es esencialmente ambulatorio.
- Los efectos que se buscan con este tipo de aborto médico son similares a aquellos asociados con el aborto espontáneo: presencia de dolor tipo calambre y sangrado prolongado parecido a la menstruación. El aborto inducido generalmente es completo o sea que no requerirá limpieza de la cavidad uterina.
- Usar este método hasta las 12 semanas de edad gestacional, contadas a partir del primer día de la última menstruación.

- Si la gestante tiene un DIU colocado, se debe retirar antes de aplicar el medicamento.
- Precisar si existe alergia al medicamento.
- No aplicar el medicamento en caso de alergia, presencia de DIU o embarazo ectópico.
- Aplicar una primera dosis de 800ug vía intravaginal c/12 horas, hasta un máximo de tres dosis. Después de la aplicación vaginal la mujer debe reposar 30 minutos.
- En embarazos de 9 semanas o menos se puede aplicar Misoprostol 800 ug sublingual cada 3 a 4 horas hasta un máximo de 3 dosis.
- El aborto ocurrirá en las horas, días y hasta dos semanas siguientes a la aplicación del medicamento.
- La paciente debe regresar a control a más tardar a las dos semanas para verificar la expulsión. Debe hacerse anamnesis, examen clínico y de ser necesario se pedirá HCG y ecografía.
- Las pacientes que expulsan el contenido intrauterino deben concurrir al hospital llevando el tejido expulsado.
- De confirmarse la expulsión total, se refiere la paciente para anticoncepción u otros servicios de salud.
- En los casos en que falla la evacuación, esta deberá completarse con aspiración manual o legrado uterino.
- Se debe intervenir quirúrgicamente en caso de: hemorragia persistente, embarazo ectópico, falla del medicamento (aborto incompleto, aborto frustrado, persistencia del embarazo, dado que el misoprostol tiene un riesgo potencial de teratogenicidad) ó si la paciente lo solicita.
- Cuidar los efectos secundarios: escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos, diarrea, mareos, cefalea, sangrado vaginal y dolor pélvico tipo cólico.

MÉTODOS PARA EVACUAR EL ÚTERO ENTRE LAS 13 Y 20 SEMANAS

- Internar a la gestante.
- En estos casos es preferible iniciar el procedimiento con la aplicación farmacológica.
- Administrar 400 ug de misoprostol vía vaginal si la gestación es de 13 a 15 semanas y 200 ug si es de 16 a 20 semanas.
- Repetir igual dosis si no ha habido respuesta a las 12 horas.
- Si no hay respuesta a las 24 horas, doblar la dosis inicial (800 ug hasta las 15 semanas y 400 ug entre las 16 y 20 semanas) y repetirla 12 horas después si no hay evidencia de iniciada la expulsión. No aplicar más de 4 dosis en total.
- Producida la expulsión del contenido, generalmente hay que completar con una limpieza de la cavidad uterina.

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DE LA EVACUACION UTERINA

Si cualquiera de los procedimientos ha sido efectuado por personal entrenado, las complicaciones son mínimas. No obstante tener en consideración la probable ocurrencia de las siguientes complicaciones:

Aborto incompleto. En el caso de AMEU es infrecuente. De ocurrir, es necesario re-evacuar la cavidad uterina.

Aborto fallido. Puede ocurrir con la AMEU o cuando se ha usado misoprostol. En estos casos requiere evacuación quirúrgica.

Hemorragia. Puede resultar de productos de la concepción retenidos, traumatismo o desgarro del cervix, o perforación uterina. Según sea la causa, pueda que se necesite: re-evacuación del útero, reemplazo de líquidos o sangre, laparoscopia o laparotomía exploradora.

Infección. Es rara después de una apropiada evacuación. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, flujo cervical o vaginal maloliente, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, útero sensible y glóbulos blancos elevados. Hay que administrar antibióticos y si existe retención de restos será necesario re-evacuar el útero.

Perforación uterina. Generalmente no se detecta y en todo caso se resuelve sin necesidad de intervención. Cuando la detectamos, con frecuencia es necesario solo observar y aplicar antibióticos. Si hay laparoscopia se puede hacer laparoscopia y si hay lesión de órganos se hará laparotomía.

Complicaciones relacionadas a la anestesia. La anestesia local es más segura que la general. En el caso de aplicar esta última, estar preparado para la eventualidad de convulsiones y complicaciones cardiorrespiratorias.

SEGUIMIENTO

EN CASO DE EVACUACIÓN QUIRÚRGICA:

- Ofrecer apoyo y monitoreo en la recuperación.
- Estar atento a la presencia de dolor, que puede deberse a perforación o hematometra. Es necesario y a veces suficiente administrar ocitócicos.
- En este caso confirmar tamaño uterino, particularmente en el aborto tardío.
- En ausencia de complicaciones, dar alta.
- Dar cita en 7 a 10 días.

EN CASO DE EVACUACIÓN CON MISOPROSTOL:

- En los casos de administración en la primeras **9 semanas**, observar clínicamente 4 a 6 horas después de tomado el medicamento, para verificar lo que aparece en las toallas sanitarias.
- Si no acontece el aborto, enviar a la mujer a casa y citarla en 10 a 15 días para confirmar que la evacuación haya ocurrido se procede de acuerdo a las indicaciones para el uso del misoprostol, hasta confirmar que la evacuación haya ocurrido.
- Si persiste el contenido uterino, realizar el procedimiento de aspiración o legrado uterino instrumental.

- En los casos de administrar misoprotol después de las 9 semanas, tener en observación permanente, dentro del hospital, a la gestante hasta que se haya expulsado el contenido uterino.

CONSEJERÍA Y ANTICONCEPCIÓN

- El seguimiento requiere reforzar la información y consejería iniciada en la preparación antes del procedimiento.
- Ofrecer Metodología Anticonceptiva.
- Informar sobre la prevención de ITS/VIH.
- Informar sobre signos de alarma: sangrado excesivo, dolor intenso que no cede a los analgésicos, fiebre, flujo vaginal maloliente. De estar presente alguno de estos signos, la paciente debe retornar al hospital.
- De ser necesario, referir a la paciente para consejo genético y tratamiento preventivo.
- Mantener el apoyo psicológico.
- Informar de la importancia de regresar a control.

CUIDADOS POST-INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

- Las mujeres deben recibir instrucciones muy claras sobre los cuidados después del procedimiento.
- Contactar al médico en cuanto sea necesario, por alguna complicación o signo de alarma.
- La mujer debe estar informada que después del procedimiento va a presentar sangrado y eventualmente dolor que cede con analgésicos.
- En el aborto del primer trimestre las mujeres pueden retornar a su labores muy pronto.
- Debe aconsejarse abstinencia sexual mientras dure el sangrado o existan molestias.
- En caso necesario administrar supresores de la lactancia.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1.-Bongarts J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning* 2000; 31: 193-202.
- 2.-Bugalho A, Mocumbi S, Faundes A, David E. Termination of pregnancy <6 weeks gestation with single dosis of 800 ug of vaginal misoprostol. *Contraception* 2000; 61: 47-50.
- 3.-Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Fernandez C, Sanchez C. The use of misoprostol for abortion at < or = 9 weeks' gestation. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2: 181-185.
- 4.-CMP Flora Tristán. Atención humanizada del aborto inseguro. Lima-Perú: CMP Flora Tristán 2003; pp 30.
- 5.- Colegio Médico del Perú. I Taller Nacional sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima-Perú: CMP, Marzo 2007; pp 27.
- 6.- Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital de Belén, Trujillo. Protocolo de Manejo de casos para la interrupción legal del embarazo. Lima: SPOG/PROMSEX, Febrero 2006; pp 32.
- 7.-Dickinson JE, Godfrey M, Evans SF. Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *J Mater Fetal Med* 1998; 7: 115-119.
- 8.-Decreto Legislativo 635. Código Penal Peruano. Lima Abril 1991.
- 9.- Faundes A, Cecatti, Conde-Agudelo A, Escobedo J, Rizzi R, Távara L, Velazco A. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. *FLASOG Marzo 2007*; pp96.
- 10.- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. III Taller Latinoamericano de Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima-Perú: INPPARES/IPPF 2006, pp 20.
- 11.- Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Lima: CMP Flora Tristán/Pathfinder International 2002.
- 12.-FLASOG. Taller de Derechos Sexuales y Reproductivos. Santa Cruz de la Sierra-Bolivia: Relato Final 2002.
- 13.-Henshaw SK, Morrow E. Induced abortion: a world review 1990 suplement. New York: The Alan Guttmacher Institute 1990.
- 14.- Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Protocolo de manejo de casos de interrupción legal del embarazo. Lima-Perú: Gráfica Ñañez, pp 29.
- 15.-Kahn JG, Becker BJ, MacIsaa L, Among JK, Neuhaus J, Olkin I, Creinin MD. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception* 2000; 61: 29-40.
- 16.- Kulier R, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Chen LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Data base Syst Rev* 2004; (1): CD 002855.
- 17.-Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima-Perú: Dirección General de Salud de las Personas 2004.
- 18.-Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Hum Reprod* 1999; 8: 2139-2142.
- 19.-OMS. Resolución WHA 20.41. Ginebra: Asamblea Mundial de la Salud 1967.
- 20.-OMS.-Complicaciones del aborto. Ginebra: OMS 1995; pp 152.

- 21.-Population Council. Medicamentos para la interrupción legal del embarazo temprano. Mexico: Population Council 2003; pp 96.
- 22.-Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline N° 7. London RCOG Press 2000.
- 23.-Singh K, Fong YF, Prasad RNV, Dong F. Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for preabortion cervical priming. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 795-798.
- 24.-Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Seminario-Taller Responsabilidad médica frente a la interrupción legal del embarazo. Relato Final. Lima-Perú: SPOG/CMP Flora Tristán, Agosto 2004; pp 38.
- 25.- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Taller de sociedades médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico. Lima-Perú: SPOG/PROMSEX, Agosto 2005; pp 18.
- 26.- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Taller Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima-Perú: SPOG, Marzo 2007; pp27.
- 27.-Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, Lee HW, Ho PC. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. *Hum Reprod* 2002; 17: 332-336.
- 28.-Távora L. Evacuación uterina. En: Pacheco J. *Ginecología y Obstetricia*. Lima-Perú: MAD 1999.
- 29.-Távora L, Orderique L. Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en salud pública. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2004; 50(3): 176-180.
- 30.- Távora L, Jacay S, Dador J, Chávez. Apuntes para la acción. El derecho de las mujeres a un aborto legal. Lima: PROMSEX/IPAS/Internacional Women's Health Coalition, Planned Parenthood Federation of America 2007; pp 110
- 31.-The Alan Guttmacher Institute. *Sharing responsibility women, society and abortion worldwide*. New York: The AGI 1999.
- 32.-UNFPA. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Lima-Perú: UNFPA 2004; pp 196.
- 33.-United Nations Population Division. *World abortion policies*. New York: UN 1999 (ST/ESA/SER.A1178).
- 34.- Velasco A. Aborto Terapéutico. En: Faundes A y col Eds. *Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología*. Santa Cruz-Bolivia: FLASOG 2005, pag 61-78.
- 35.-WHO. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available county data*. Geneva: WHO 1998 (WHO/RHT/MSM/97.16).
- 36.-WHO. *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Geneva: WHO 2003; pp 106.
- 37.-Wong KS, Ngai CSW, Khan KS, Tang LC, Ho PC. Termination of second trimester pregnancy with gemeprost and misoprostol: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Contraception* 1996; 54: 23-25.

ANEXOS

ANEXO 1

SOLICITUD PARA PROCEDIMIENTO DE ABORTO TERAPEÚTICO

Señor(a) Doctor(a)

.....

Yo,, identificada con DNI....., con conocimiento de tener.....meses de gestación que pone en riesgo mi vida y salud, solicito a Ud se me practique un procedimiento para interrumpir mi embarazo por razones terapéuticas.

Declaro que esta decisión ha sido tomada sin presión y de manera informada

Fecha___/___/___

Firma de la Gestante
o su representante legal si fuera el caso

Huella Digital

ANEXO 2
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
Nº de Historia Clínica: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERRUPCIÓN TERAPÉUTICA
DEL EMBARAZO**

Yo, _____, identificada con DNI _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido la información y comprendido lo siguiente:

- Mi embarazo pone en riesgo mi vida, o causará daños graves y permanentes en mi salud física y mental.
- La necesidad de una interrupción terapéutica de mi embarazo por indicación médica
- La decisión de hacerme este procedimiento es absolutamente mía. Puedo decidir no hacerme el procedimiento
- Acerca de los métodos que están disponibles, y sobre lo más aconsejable por el tiempo de gestación, habiendo decidido por _____
- Los inconvenientes, riesgos y beneficios asociados con esta operación han sido explicados.
- Todas mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria
- Se me ha informado que este establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para este procedimiento

Me comprometo a seguir las indicaciones pre y posoperatorias, asistiendo a los controles posteriores al procedimiento en las fechas que se me indique

Yo, _____ por el presente consiento por mi propia voluntad a que me practiquen un procedimiento para interrumpir mi embarazo por razones terapéuticas

He recibido una copia de este formulario

Fecha ___/___/___

Firma de la Usuaría

Huella Digital

Firma y sello del Personal que
brinda la orientación y consejería