



Manual de práctica clínica para un

Aborto seguro

Manual de práctica clínica para un

Aborto seguro

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Manual de práctica clínica para un aborto seguro.

1. Aborto Inducido - métodos. 2. Aborto Inducido – normas. 3. Guía de Práctica Clínica.
I. Organización Mundial de la Salud

ISBN 978 92 4 354871 5

(Clasificación NLM: WQ 440)

© Organización Mundial de la Salud, 2014

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Montevideo, Uruguay

Abreviaturas

AINEs	antiinflamatorios no esteroideos
AV	aspiración por vacío
AVE	aspiración por vacío eléctrica
AVM	aspiración por vacío manual
D y E	dilatación y evacuación
DIU	dispositivo intrauterino
FUM	fecha de la última menstruación
Hb	hemoglobina
hCG	gonadotropina coriónica humana
CIE	<i>Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades</i>
IM	intramuscular
ITS	infección de transmisión sexual
IV	intravenoso
OMS	Organización Mundial de Salud
PdeC	productos de la concepción
Rh	Rhesus (grupo sanguíneo)
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Duración del embarazo o edad gestacional

El número de días o semanas desde el primer día de la fecha de la última menstruación (FUM) de la mujer en mujeres con ciclos regulares (para mujeres con ciclos irregulares tal vez la edad gestacional deba ser determinada mediante el examen físico o ecográfico). En general se considera que el primer trimestre consiste en las primeras 12 semanas, o para algunos expertos, las primeras 14 semanas del embarazo. En todo este documento se define la edad gestacional tanto en semanas como en días, reflejando la definición de la Clasificación *Estadística Internacional de Enfermedades*. (CIE) 1*.

Métodos abortivos médicos (aborto médico)

Uso de fármacos para poner fin al embarazo. Algunas veces se usan los términos “aborto no quirúrgico” o “aborto medicamentoso”.

Dilatadores osmóticos

Varas cortas y delgadas hechas de algas (laminarias) o material sintético. Al colocarlos en el orificio cervical, los dilatadores absorben la humedad y se expanden, dilatando gradualmente el cérvix.

Métodos abortivos quirúrgicos (aborto quirúrgico)

Uso de procedimientos transcervicales para poner fin al embarazo, incluyendo la aspiración al vacío, y la dilatación y evacuación (D&E).

* International statistical classification of diseases and health related problems, 10th revision – ICD-10, Vol. 2, 2008 edition. Geneva: World Health Organization; 2009

Propósito del manual

El *Manual de práctica clínica para el cuidado del aborto seguro* busca facilitar la aplicación práctica de las recomendaciones clínicas de la segunda edición de *Aborto seguro: guía técnica y de políticas para los sistemas de salud* (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2012). Si bien los contextos legales, normativos, de políticas y de servicios pueden variar de un país a otro, las recomendaciones y las mejores prácticas descritas en estos documentos buscan permitir una toma de decisiones basada en la evidencia con respecto a los cuidados que se han de administrar para un aborto seguro.

Este manual está dirigido a los proveedores que ya tienen las destrezas y el entrenamiento necesarios como para atender un aborto seguro y/o tratar las complicaciones de un aborto inseguro. No es ni un sustituto para capacitación formal, ni un manual de entrenamiento.

Esperamos que este manual le sea útil a muchos de prestadores en diferentes instancias y en diferentes contextos jurídicos y de servicios de salud.

Principios guía

Los prestadores deben ser conscientes de la legislación local y las exigencias en cuanto a la notificación. Dentro del marco de la legislación nacional, todas las normativas, normas y la práctica clínica relacionadas con el aborto deberían promover y proteger:

- La salud de las mujeres y las adolescentes y sus derechos humanos;
- La toma de decisiones informada y voluntaria;
- La autonomía en la toma de decisiones;
- La no discriminación;
- La confidencialidad y privacidad.

Algunos ejemplos prácticos de la forma en que los prestadores pueden aplicar estos principios:

- Tratar a todas las mujeres por igual independientemente de su edad, etnia, estado socioeconómico o civil, etc., con presteza y de forma oportuna;
- Asegurar que se atienda el aborto de forma tal que se respete a todas las mujeres como tomadoras de decisiones;
- Brindar información completa, exacta y fácil de comprender;
- Respetar la dignidad de la mujer, garantizando su privacidad y confidencialidad;
- Ser sensible a las necesidades y perspectivas de la mujer;
- Proteger la información médica contra las revelaciones no autorizadas;
- Ser conscientes de las situaciones en las que las mujeres puedan sentir coerción para hacerse un aborto contra su voluntad (por ejemplo: según su estado sanitario, como si viven con VIH);
- Cuando se trabaje con adolescentes, alentar el involucramiento de los padres a través de apoyo, información y educación. No insistir sobre la autorización de los padres, a no ser que así lo exija la ley.

1 PREABORTO

- 1.1 Información, consejería y toma de decisiones 10
- 1.2 Antecedentes médicos 14
- 1.3 Examen físico 16
- 1.4 Laboratorio y otros estudios (de ser necesarios y de estar disponibles) 18
- 1.5 Análisis de las opciones anticonceptivas 19

2 ABORTO

- 2.1 Resumen de los métodos: aborto médico y quirúrgico 22
- 2.2 Prevención y control de infecciones 24
- 2.3 Manejo del dolor 25
- 2.4 Aborto médico 28
- 2.5 Aborto médico: ≤ 12 semanas (o ≤ 84 días) de embarazo 29
- 2.6 Aborto médico: > 12 semanas (o > 84 días) de embarazo 34
- 2.7 Aborto quirúrgico: preparación del cérvix 37
- 2.8 Medicamentos, insumos y equipos para el aborto quirúrgico 40
- 2.9 Aborto quirúrgico: ≤ 12 –14 semanas de embarazo 42
- 2.10 Aborto quirúrgico: > 12 –14 semanas de embarazo 49

3 POST-ABORTO

- 3.1 Antes de dar de alta de la dependencia sanitaria 56
- 3.2 Seguimiento adicional con un prestador de salud 57
- 3.3 Anticoncepción post aborto 58
- 3.4 Evaluación y manejo de las complicaciones de un aborto 61

PRE ABORTO

- Información, consejería y toma de decisiones
- Antecedentes médicos
- Examen físico
- Laboratorio y otros estudios (de ser necesarios y de estar disponibles)
- Análisis de las opciones de anticoncepción

OBJETIVOS

- Brindar información y ofrecer consejería de forma tal que la mujer pueda comprender, para permitirle tomar sus propias decisiones sobre si hacerse un aborto, y en ese caso, qué métodos elegir.
- Confirmar el estado gestacional y determinar la ubicación intrauterina y la duración de la gestación.
- Evaluar la existencia de alguna patología médica que haya que considerar o que pueda influir sobre la elección del procedimiento de aborto.
- Dar una oportunidad para analizar el uso futuro de la anticoncepción.

Brindar información

La información es un componente necesario de cualquier cuidado médico y siempre se le debe brindar a la mujer que considera hacerse un aborto. Como mínimo debe incluir,

- Los métodos abortivos y las opciones de manejo del dolor de entre los cuales la mujer puede elegir;
- Qué se hará antes, durante y después del procedimiento, incluyendo cualquier examen que se pueda realizar;
- Qué es probable que pueda sentir o experimentar, por ejemplo: dolor y su grado) y cuánto tiempo es probable que lleve el proceso;
- Cómo reconocer posibles complicaciones, y cómo y dónde consultar, de ser necesario;
- Cuándo podrá reintegrarse a sus actividades normales incluyendo las relaciones sexuales;
- Cuidados de seguimiento, incluyendo la prevención de embarazos no deseados en el futuro;
- Los requisitos jurídicos o de notificación que sean necesarios.

La mayoría de las mujeres que se hace un aborto seguro no padece ningún efecto a largo plazo (por ejemplo: resultados adversos en embarazos ulteriores, consecuencias psicológicas negativas, cáncer de mama) sobre su salud general o reproductiva como consecuencia del aborto.

Ofrecer consejería

La consejería es un proceso dirigido e interactivo a través del cual la mujer recibe voluntariamente apoyo, información adicional y orientación de una persona capacitada en un entorno propicio para compartir maneras de pensar, sensaciones y percepciones. Al brindar asesoramiento, recuerde:

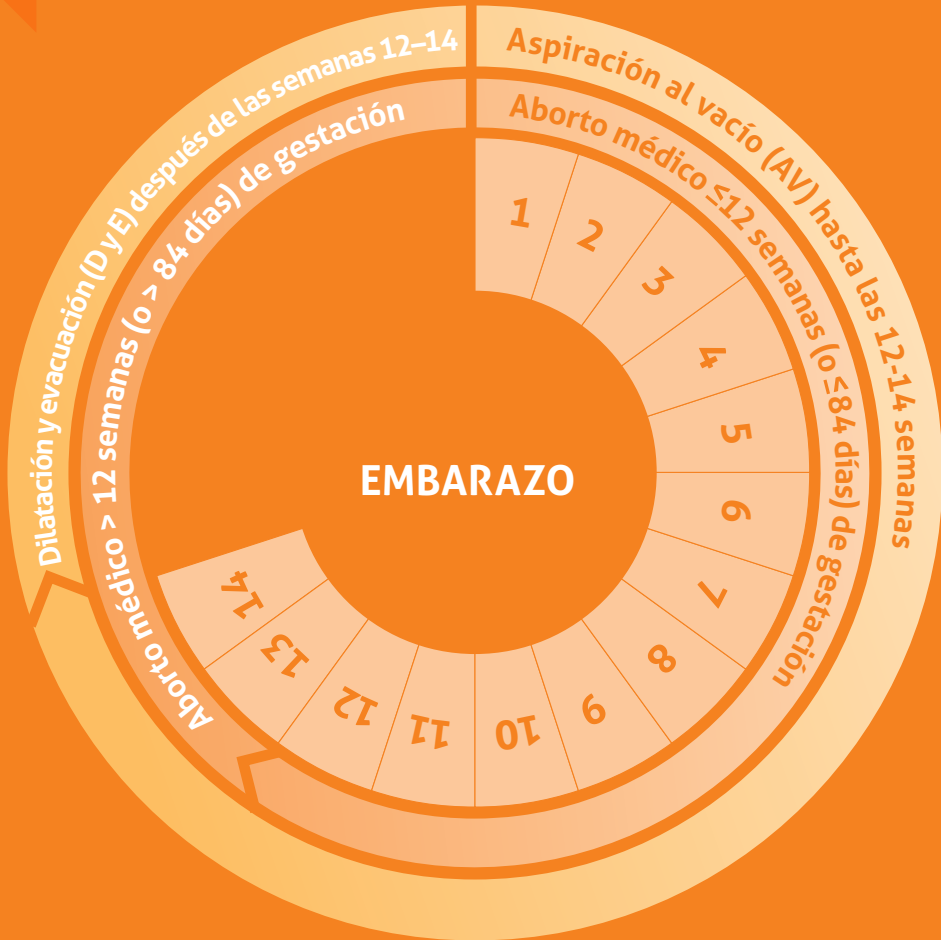
- Comunicar la información en lenguaje sencillo;
- Mantener la privacidad;
- Apoyar y asegurar una respuesta adecuada a las preguntas y necesidades de la mujer;
- Evitar imponerle a los valores y creencias personales a la mujer.

Toma de decisiones

Si la mujer decide realizarse un aborto y se dispone de toda una serie de métodos abortivos, debe poder elegir entre los métodos disponibles que sean apropiados, dependiendo de cuánto lleva de embarazo y de su estado de salud. Para ayudarla a elegir es fundamental que cuente con información adecuada y científicamente exacta sobre los posibles factores de riesgo y las ventajas y desventajas de cada uno de los métodos disponibles.

Métodos de aborto recomendados

Según la duración del embarazo



Características de los procedimientos abortivos

≤12–14 SEMANAS

Aborto médico

- Evita la cirugía
- Simula el proceso de pérdida de embarazo
- Controlado por la mujer y puede realizarse en domicilio (< 9 semanas)
- Lleva tiempo (horas a días) consumir el aborto, y tal vez no se puedan predecir los tiempos
- Las mujeres presentan sangrado y calambres, y posiblemente otros efectos colaterales (náuseas, vómitos)
- Tal vez requiera más visitas a la clínica que la AV

Puede ser preferible en las siguientes situaciones:

- Para las mujeres con obesidad severa
- Presencia de malformaciones uterinas o bromas, o, cirugía cervical previa
- Si la mujer quiere evitar una intervención quirúrgica
- Si no se puede o no se quiere hacer un examen de pelvis

Aspiración por vacío

- Procedimiento rápido
- El aborto completo se verifica fácilmente evaluando el PdeC aspirado
- Tiene lugar en dependencias sanitarias
- La esterilización o colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) puede realizarse al mismo tiempo que el procedimiento
- Muy bajo riesgo de lesión uterina o cervical
- Requiere instrumentación del útero
- Los tiempos del aborto son controlados por la clínica y el prestador

Puede ser preferible en las siguientes situaciones:

- Si hay contraindicaciones al aborto médico
- Si hay limitantes de tiempo para coordinar el aborto

Contraindicaciones

- Reacción alérgica previa a uno de los medicamentos involucrados
- Porfiria hereditaria
- Insuficiencia suprarrenal crónica
- Confirmación o sospecha de embarazo ectópico (para el tratamiento de los embarazos ectópicos no se utilizan ni misoprostol ni mifepristona)

Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico en casos de:

- Corticoterapia prolongada (inclusive con presencia de asma severa no controlada)
- Trastornos hemorrágicos
- Anemia severa
- Cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular
- Tiene colocado un DIU (retirar antes de comenzar el esquema de tratamiento)

- No se conocen contraindicaciones absolutas

Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico cuando la mujer:

- Tiene colocado un DIU (retirar antes de comenzar el procedimiento)

>12-14 SEMANAS

Aborto médico

- Evita la cirugía
- Algunas mujeres lo pueden sentir como más natural
- Tiene lugar en dependencias sanitarias
- Lleva tiempo (horas a días) consumir el aborto, y es posible que no se puedan predecir los tiempos
- Las mujeres presentan sangrado y calambres, y es posible que no se puedan predecir los tiempos
- Las mujeres permanecen en las instalaciones hasta analizar la expulsión completa del producto de la gestación
- Las mujeres que presenten una cicatriz uterina tienen un riesgo muy bajo (0,28%) de ruptura uterina durante el aborto médico entre las 12 y 24 semanas

Puede ser preferible en las siguientes situaciones:

- Para las mujeres con obesidad severa
- Presencia de malformaciones uterinas o fibromas, o cirugía cervical previa
- Si la mujer quiere evitar una intervención quirúrgica
- Si no se dispone de personal capacitado para realizar D y E

Dilatación y evacuación (D y E)

- Procedimiento rápido
- El aborto completo se verifica fácilmente evaluando el contenido uterino
- Tiene lugar en dependencias sanitarias
- La esterilización o colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) puede realizarse al mismo tiempo que el procedimiento
- Requiere preparación cervical antes de realizar el procedimiento
- Requiere instrumentación del útero
- Poco riesgo de lesión uterina o cervical
- Los tiempos del aborto son controlados por la clínica y el prestador

Puede ser preferible en las siguientes situaciones:

- Si el aborto médico está contraindicado
- Si hay limitantes de tiempo para realizar el aborto

Contraindicaciones

- Reacción alérgica previa a uno de los medicamentos involucrados
- Porfiria hereditaria
- Insuficiencia suprarrenal crónica
- Confirmación o sospecha de embarazo ectópico (para el tratamiento de los embarazos ectópicos no se utilizan ni misoprostol ni mifepristona)

Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico en casos de:

- Corticoterapia prolongada (inclusive la presencia de asma severa no controlada)
- Trastornos hemorrágicos
- Anemia severa
- Cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular
- Tiene colocado un DIU (retirar antes de comenzar el esquema de tratamiento)

- No se conocen contraindicaciones absolutas para el uso de D y E

Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico si la mujer:

- Tiene colocado un DIU (retirar antes de comenzar el esquema de tratamiento)

Además de estimar la duración del embarazo, la anamnesis debe servir para identificar la existencia de contraindicaciones por las que no indicar algún método de aborto quirúrgico o médico y para identificar factores de riesgo de complicaciones.

ELEMENTOS VINCULADOS CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos personales	<ul style="list-style-type: none"> Nombre, edad e información de contacto, de ser posible.
Razón por la que buscar ayuda médica	<ul style="list-style-type: none"> Circunstancias del embarazo, incluyendo los síntomas de embarazo o posibles complicaciones, como sangrado vaginal.
Antecedentes obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> Detalles de embarazos anteriores y sus resultados, incluyendo: embarazo ectópico, pérdidas de embarazo y abortos pasados, muertes fetales, nacidos vivos y modo de parto.
Antecedentes ginecológicos	<ul style="list-style-type: none"> Primera fecha de FUM y si la última menstruación fue normal. Patrón de los ciclos menstruales. Problemas ginecológicos, incluyendo cirugía ginecológica pasada, antecedentes de mutilación genital femenina, u otras anomalías físicas o patologías conocidas. Antecedentes anticonceptivos: <ul style="list-style-type: none"> uso actual de anticonceptivos; métodos anticonceptivos usados en el pasado y experiencia (positiva o negativa) con estos métodos.
Antecedentes sexuales	<ul style="list-style-type: none"> Pareja o parejas actuales y si esas parejas pueden a su vez tener otras parejas. Antecedentes de síntomas de alguna infección de transmisión sexual (ITS) inclusive virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).

ELEMENTOS VINCULADOS CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Antecedentes médicos y quirúrgicos

- Enfermedades crónicas, tales como hipertensión, convulsiones, trastornos de la coagulación, enfermedad hepática, cardiopatías, diabetes, anemia falciforme, asma, patología psiquiátrica importante.
- Detalles de internaciones previas.
- Detalles de intervenciones quirúrgicas en el pasado.

Medicamentos y alergias

- Medicaciones cotidianas.
- Uso de medicaciones recientes o remedios de herboristería, incluyendo toda la medicación y los detalles de su uso (dosis, vía, oportunidad) si se intentó un aborto por cuenta propia.
- Alergia a medicamentos.

Antecedentes sociales

- Estado civil o situación de pareja.
- Entorno familiar.
- Violencia o coerción por la pareja o miembros de la familia.
- Otros aspectos sociales que podrían incidir en su atención.
- Antecedentes y uso actual de alcohol y drogas ilegales.

Nota: En el ejercicio de su profesión, los profesionales de la salud pueden hallar mujeres con situaciones sociales complicadas. El facilitar la derivación a servicios que respondan a las necesidades de la mujer es un aspecto importante de la atención de aborto de buena calidad; no obstante ello, no se debe utilizar los antecedentes sociales (por ejemplo: estado civil) para crear más barreras a la atención.

ELEMENTOS VINCULADOS AL EXAMEN FÍSICO

Valoración del estado general	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aspecto general. ■ Signos vitales. ■ Signos de debilidad, letargia, anemia o desnutrición. ■ Signos o marcas de violencia física. ■ Signos o marcas de violencia física.
Examen abdominal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Palpar el útero, tomando nota del tamaño y de la presencia de dolor exquisito. ■ Tomar nota de la presencia de otras tumoraciones abdominales. ■ Tomar nota de la presencia de cicatrices abdominales de cirugías previas.
Examen de pelvis (examen bimanual y con espéculo)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explicar a la mujer lo que cabe esperar del examen de pelvis. ■ Examinar los genitales externos buscando anomalías o signos de enfermedad o infección . <p>Examen con espéculo</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Inspeccionar el cuello y el canal del parto: <ul style="list-style-type: none"> □ buscar anomalías o cuerpos extraños; □ buscar signos de infección, como pus o flujo del orificio cervical; en caso de haber pus o flujo, tomar muestras para cultivo, de ser posible, y administrar antibióticos antes de aspirar; □ en este punto se puede realizar la citología cervical, de estar indicada y disponible. <p>Examen bimanual</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Estimar el tamaño, la posición y la movilidad del útero. ■ Valorar tumoraciones de anexos. ■ Valorar si hay dolor exquisito del útero a la palpación o al mover el cérvix, y/o dolor exquisito del espacio rectovaginal (fondo de saco) que pueda indicar infección. ■ Confirmar existencia de embarazo y duración de la gestación.

Determinación de fechas

según el examen físico²



Limitaciones a la determinación de fechas

según el tamaño uterino al examen físico

- Malformaciones uterinas/ fibromas.
- Gestación múltiple.
- Retroversión uterina marcada.
- Obesidad.
- Embarazo molar.

Consideraciones clave

Un útero de menor tamaño que lo esperado puede indicar:

- Que la mujer no está embarazada.
- Fecha inexacta de la menstruación.
- Embarazo ectópico o intrauterino anormal; por ejemplo: aborto espontáneo o aborto retenido.

Un útero de mayor tamaño que lo esperado puede indicar:

- Fecha inexacta de la menstruación.
- Gestación múltiple.
- Anomalías uterinas como fibromas.
- Embarazo molar.

² Goodman S, Wolfe M and the TEACH Trainers Collaborative Working Group. Early abortion training workbook, 3rd ed. San Francisco: UCSF Bixby Center for Reproductive Health Research & Policy; 2007.

De estar disponibles, se pueden realizar los siguientes exámenes sobre la base de los factores de riesgo individuales, lo que se encuentre en el examen físico y los recursos con los que se cuente:

- Prueba de embarazo si el embarazo no está confirmado.
- Hemoglobina (Hb) o hematocrito si se sospecha anemia.
- Pruebas de Rhesus (Rh), donde se disponga de inmunoglobulina Rh para las mujeres Rh negativas.
- Pruebas de VIH /asesoramiento.
- Despistaje de ITS (habitualmente se realiza durante el examen de pelvis).
- Tamizaje de cáncer cervical (realizado durante el examen de pelvis).
- Otras pruebas de laboratorio según el examen médico (pruebas de funcionalidad renal o hepática, etc.).
- Diagnóstico ecográfico, de estar indicado, para confirmar las fechas de embarazo o la ubicación del embarazo.

IMPORTANT E

Los exámenes de laboratorio no son un prerrequisito para el aborto.

Está demostrado que si se inicia la anticoncepción luego de un aborto se mejora la adherencia y se reduce el riesgo de embarazo no buscado.

Suministro de información y asesoramiento

- Informe a todas las mujeres que la ovulación puede restablecerse dentro de las 2 semanas siguientes a un aborto, por lo que existe el riesgo de que quede embarazada a menos que use un método anticonceptivo eficaz.
- Si la mujer está interesada en la anticoncepción, necesita información precisa que la ayude a elegir el método anticonceptivo más apropiado para satisfacer sus necesidades.
- Hay que entender que algunas mujeres prefieren hablar de las opciones de anticoncepción una vez finalizado el aborto.
- Si una mujer está buscando un aborto después de lo que ella considera una falla del método anticonceptivo, analizar con ella si puede ser que haya utilizado el método de forma incorrecta y cómo utilizarlo correctamente, o si puede servirle cambiar a otro método.
- En última instancia, la decisión final sobre si se debe utilizar un método anticonceptivo, y en ese caso, cuál sería el método a utilizar, corresponde únicamente a la mujer.

IMPORTANTE

La aceptación por parte de una mujer de un método anticonceptivo nunca debe ser una condición previa para hacerle un aborto.

ABORTO

- Resumen de los métodos:
aborto médico y quirúrgico
- Prevención y control de infecciones
- Manejo del dolor
- Aborto médico:
 - ≤ 12 semanas (o ≤ 84 días) de embarazo
 - > 12 semanas (o > 84 días) de embarazo
- Aborto quirúrgico:
 - Preparación del cérvix
 - Medicamentos, insumos y equipos
 - $\leq 12-14$ semanas de embarazo
 - $> 12-14$ semanas de embarazo

Aborto médico

HASTA 9 SEMANAS (63 DÍAS)

9–12 SEMANAS (63–84 DÍAS)

MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL

- Mifepristona 200 mg
- Oral
- Única dosis
- Misoprostol 800 µg
- Vestibular, vaginal o sublingual
- Única dosis
- O
- Si no más de 7 semanas (49 días)*
- Misoprostol 400 µg
- Oral
- Única dosis
- Usar **24–48 horas** después de recibir mifepristona

- Misoprostol 800 µg, seguido de 400 µg
- Vaginal, luego vaginal o sublingual
- Cada 3 horas hasta la expulsión o hasta 5 dosis
- Iniciar **36–48 horas** después de recibir mifepristona

MISOPROSTOL SOLO

- Misoprostol 400 µg
- Vaginal o sublingual
- Cada **3 horas** hasta 5 dosis

Aborto quirúrgico

≤12–14 SEMANAS

Aspiración por vacío

Los métodos de aspiración por vacío incluyen:

- Aspiración por vacío manual (AVM)
- Aspiración por vacío eléctrica (AVE)

>12 SEMANAS (84 DÍAS)

- Misoprostol 800 µg, seguido de 400 µg
 - Vaginal, luego vaginal o sublingual
 -
 - Misoprostol 400 µg, seguido de 400 µg
 - Oral, luego vaginal o sublingual
 - Cada 3 horas hasta 5 dosis
 - Comenzar a usar **36–48 horas** después de tomar mifepristona
-
- Misoprostol 400 µg
 - Vaginal o sublingual
 - Cada **3 horas** hasta 5 dosis

Para embarazos de más de 24 semanas, debería reducirse la dosis de misoprostol, dada la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero no se puede dar recomendaciones de dosificaciones específicas debido a la falta de estudios clínicos.

>12–14 SEMANAS

Dilatación y evacuación (D y E)

D y E es el método quirúrgico para el aborto >12–14 semanas de embarazo.

Dado que los procedimientos abortivos y su atención implican contacto con sangre y otros líquidos corporales, todo el personal clínico y de apoyo que presta estos servicios debe comprender y aplicar precauciones normalizadas para la prevención y control de infecciones, para su propia protección y la de sus pacientes.

Precauciones estándar, también llamadas precauciones universales:

- Se debería aplicar en todas las situaciones en las que los trabajadores de la salud prevén que habrá contacto con: sangre; cualquier líquido corporal aparte de la transpiración; piel no intacta; y membranas mucosas;
- siempre se las debe seguir, independientemente del estado infeccioso supuesto de una persona o su diagnóstico;
- reducir a un mínimo o eliminar la transmisión de la enfermedad de una paciente a un trabajador de la salud, del trabajador de la salud a la paciente, o de una paciente a otra.

Precauciones estándar

- Lavado de manos;
 - el lavado de manos con jabón y agua corriente debería realizarse de rutina antes y después de cada contacto, incluyendo el contacto con artículos posiblemente contaminados, aun cuando se estén usando guantes;
 - debe usarse guantes y se los debe cambiar entre los contactos con los diferentes clientes y entre los exámenes de vagina (o rectales) de una misma mujer. Luego de terminar los cuidados de una mujer y quitarse los guantes, el profesional de la salud siempre se debe lavar las manos, ya que los guantes pueden tener agujeros no detectados.
- Uso de barreras como túnicas, guantes, delantales, máscaras, gafas protectoras y calzado protector:
 - es de destacar que el uso de otros insumos auxiliares, como zapatones estériles, no hace demasiada diferencia en cuanto a las tasas de infección, aunque aumenta los costos.
- Técnica aséptica:
 - antes de cualquier procedimiento de aborto quirúrgico, se debe limpiar el cérvix de la mujer con un antiséptico (por ejemplo: betadina).
- Correcta manipulación y eliminación de instrumentos alados (“losos”) – hojas de bisturí y agujas.
- Correcta manipulación y procesamiento de los instrumentos y materiales.

Precaución: *No es seguro manipular los aspiradores, cánulas y adaptadores con las manos descubiertas hasta que se los haya limpiado.*

Casi todas las mujeres que se hacen un aborto presentan algo de dolor y calambres. El descuidar este elemento tan importante aumenta innecesariamente la ansiedad y el malestar de una mujer, lo que podría alargar el procedimiento y comprometer la atención.

- La intensidad del dolor que puede sufrir una mujer cuando se le hace la evacuación uterina o la expulsión del embarazo, y su respuesta al dolor, varía mucho.
- Es preciso valorar individualmente las necesidades de manejo del dolor de cada mujer.
- Para reducir el dolor asociado con el aborto pueden servir tanto los métodos farmacológicos como no farmacológicos.
- Para optimizar el uso seguro de todas las medicaciones analgésicas, se le debe prestar una atención cuidadosa a los antecedentes médicos de la mujer, sus alergias y el uso concomitante de medicaciones que podrían interactuar con cualquier agente analgésico o anestésico disponible.

Comprender el dolor vinculado al aborto

- Una mujer que se hace un aborto puede sentir ansiedad, miedo o aprensión.
 - La ansiedad puede aumentar la sensibilidad al dolor.
 - Es posible que una mujer que está muy ansiosa no pueda quedarse quieta en la camilla de procedimientos para un aborto quirúrgico, lo que en caso de no tratarse puede comprometer su seguridad.
- El dolor relacionado con la dilatación cervical fisiológica y mecánica y las contracciones uterinas es común entre las mujeres sometidas a aborto.

IMPORTANTE

Ofrecer a todas las mujeres manejo del dolor apropiado antes de un aborto médico o quirúrgico.

Opciones de manejo del dolor

	ABORTO QUIRÚRGICO	ABORTO MÉDICO
MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comunicación respetuosa, sin juicios de valor ■ Apoyar y calmar verbalmente ■ Técnica operatoria suave, delicada ■ Informar cada paso del procedimiento antes de realizarlo (si la mujer así lo desea) ■ Presencia de una persona de apoyo que se queda con ella durante el proceso (si la mujer así lo desea) ■ Alentar a respirar profunda y controladamente ■ Escuchar música ■ Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comunicación respetuosa, sin juicios de valor ■ Apoyar y calmar verbalmente ■ Explicación minuciosa sobre qué esperar ■ Presencia de una persona de apoyo que se queda con ella durante el proceso (si la mujer así lo desea) ■ Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica
MÉTODOS FARMACOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ansiolíticos/sedantes (por ejemplo: diazepam 5–10 mg) ■ Analgesia (agentes antiinflamatorios no esteroideos [AINEs], por ejemplo: ibuprofeno: 400–800 mg) ■ Anestésico local (bloqueo paracervical con lidocaína (habitualmente 10–20 mL de 0,5 a 1,0%)) ■ Sedación consciente o anestesia general. En algunos casos, no de rutina. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ansiolíticos / sedantes (por ejemplo: diazepam 5–10 mg) ■ Analgesia (AINEs, por ejemplo: ibuprofeno: 400–800 mg) ■ También se pueden dar medicaciones adyuvantes, de estar indicadas, por los efectos colaterales del misoprostol (por ejemplo: loperamida para diarrea). ■ >12 semanas de gestación Además de AINEs, ofrecer por lo menos uno o más de los siguientes <ul style="list-style-type: none"> □ opiáceos orales; opiáceos; □ intramusculares (IM) o intravenosos (IV); anestesia epidural.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ No se recomienda el uso del Paracetamol para reducir el dolor durante el aborto. ■ Para asegurar que las medicaciones orales tengan su mayor efectividad en el momento del procedimiento, administrarlas 30 – 45 minutos antes del procedimiento. 	

Ejemplo de cómo realizar un bloque paracervical*

- Inyectar 1–2 ml de anestésico en el lugar del cuello en el que se coloca el tenáculo (a la hora 12 o a las 6, dependiendo de la preferencia del prestador o de la presentación del cérvix).
- Luego, estabilizar el cérvix con el tenáculo en el lugar anestesiado.
- Usar una leve tracción para mover el cérvix y exponer o identificar la transición del epitelio liso cervical al tejido vaginal, lo que determina la zona de administración.
- Inyectar lentamente 2–5 ml de lidocaína a una profundidad de 1.5–3 cm en 2–4 puntos en la unión cervical/vaginal (a la hora 2 y a las 10 y/o a la hora 4 y 8).
- Mover la aguja mientras que se inyecta o se aspira antes de inyectar, para evitar inyectar dentro de un vaso.
- La dosis máxima de lidocaína en un bloque paracervical es 4,5 mg/kg/dosis o generalmente 200–300 mg (aproximadamente 20 ml al 1% o 40 ml al 0,5%).

IMPORTANTE

No se recomienda el uso de anestesia general de rutina para la aspiración de vacío o D y E.

Las medicaciones usadas para anestesia general son uno de los pocos aspectos de los cuidados del aborto que pueden amenazar la vida. Cualquier dependencia sanitaria que ofrezca anestesia general debe tener equipos y personal especializados en el manejo del procedimiento y sus complicaciones.

Cuando maneja el dolor por vía intravenosa, sedación consciente o anestesia general, debe estar presente un clínico capacitado (y certificado si así lo exige la ley) para vigilar los parámetros respiratorios, cardiovasculares y neurológicos, incluyendo el nivel de conciencia. El profesional que hace el manejo del dolor por vía IV debe estar preparado para dar soporte respiratorio en caso de producirse un paro respiratorio.

Si se siguen los límites recomendados del rango de dosis se reducen en gran medida los riesgos asociados con estas medicaciones. Siempre que se usen medicamentos que producen sedación y, potencialmente, depresión respiratoria, tiene que contarse con sus antagonistas, preferiblemente en un carrito de emergencia, junto con las instrucciones sobre el tratamiento de las reacciones adversas.

*Maltzer DS, Maltzer MC, Wiebe ER, Halvorson-Boyd G, Boyd C. Pain management. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, editors. A clinician's guide to medical and surgical abortion. New York: Churchill Livingstone; 1999:73–90.

Consideraciones clínicas

- El aborto médico es un proceso de múltiples pasos que involucra dos medicamentos (mifepristona y misoprostol) y/o dosis múltiples de una medicación (misoprostol solo).
- Las mujeres deben poder acceder, de ser necesario, a asesoramiento y atención de emergencia en caso de complicaciones.
- Informar a la mujer que el misoprostol podría tener efectos teratogénicos si el aborto fracasa y la mujer decide seguir adelante con el embarazo.
 - No es necesario insistir sobre la terminación de un embarazo expuesto a la medicación, los datos sobre teratogenicidad son limitados y no concluyentes. Sin embargo, dado el potencial riesgo, en esta situación es importante hacer el seguimiento del embarazo.
- Mifepristona y misoprostol no interrumpen un embarazo ectópico.
 - La ausencia de sangrado es una posible indicación de que el embarazo pueda ser ectópico, pero también puede significar que un embarazo intrauterino no se abortó.
 - Aun si el embarazo es ectópico, una mujer puede presentar algo de sangrado después de recibir mifepristona y misoprostol porque la decidua puede responder a las medicaciones.
 - Evaluar a la mujer para detectar embarazo ectópico si relata síntomas o signos de embarazo que sigue adelante después de un aborto médico.

Esquemas de tratamiento para el aborto médico ≤12 semanas (o ≤84 días) de embarazo

	HASTA 9 SEMANAS (63 DÍAS)	9-12 SEMANAS (63-84 DÍAS)
MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL	<ul style="list-style-type: none"> Mifepristona 200 mg Oral Única dosis 	<ul style="list-style-type: none"> Misoprostol 800 µg, seguido de 400 µg Vaginal, luego vaginal o sublingual Cada 3 horas hasta la expulsión o hasta 5 dosis Iniciar 36-48 horas después de recibir mifepristona
	<p>O</p> <p><i>Si no van más de 7 semanas (49 días)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Misoprostol 400 µg Oral Única dosis Usar 24-48 horas después de recibir mifepristona 	
MISOPROSTOL SOLO	<ul style="list-style-type: none"> Misoprostol 800 µg Vaginal o sublingual Cada 3-12 horas hasta 3 dosis 	

Realización del procedimiento

✓ Administración de la medicación para iniciar el aborto médico

- La mifepristona siempre se administra por vía oral.
- El misoprostol puede administrarse por diferentes vías, incluyendo la vía oral, vaginal, vestibular y sublingual. Los efectos colaterales y las instrucciones de uso difieren (ver Características de las diferentes vías de administración del misoprostol, p.31).
- Para el aborto médico no es necesario hacer profilaxis antibiótica.

✓ Ofrecer cuidados de soporte antes y durante la expulsión del embarazo

Garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la información y servicios para ayudar a completar el procedimiento de manera exitosa, referirse a los efectos colaterales comunes y manejar las complicaciones que puedan surgir.

- Analizar la magnitud de dolor y sangrado que acompaña el proceso del aborto. Explicar la posibilidad de sangrado profuso con coágulos, el pasaje de los productos de concepción, y que para algunas mujeres el dolor puede ser significativamente más intenso que los calambres menstruales normales.
- Es esencial que la mujer sepa consultar si presenta:
 - Sangrado prolongado o profuso (que empape más de dos paños higiénicos por hora durante dos horas consecutivas);
 - Fiebre que dure más de 24 horas;
 - O si presenta malestar general más de 24 horas después de la administración de misoprostol.

Uso de misoprostol en domicilio: algunas consideraciones

- Asegurarse que la mujer comprenda cuándo y cómo usar los comprimidos de misoprostol antes de irse a su domicilio.
- Asegurarse que la mujer comprenda cuándo y cómo administrarse la medicación para el dolor. Hay otras medidas para calmar el dolor que deben examinarse con cada mujer para que las pueda usar si así lo prefiere.
- Asegurarse que la mujer comprenda cómo ponerse en contacto con un prestador de salud en caso de tener preguntas, inquietudes o complicaciones.

Uso de misoprostol en dependencias sanitarias: algunas consideraciones

- Asegurarse que la mujer tenga acceso a servicios higiénicos privados mientras que espera la expulsión del embarazo.

Características de las diferentes vías de administración del misoprostol

VÍA	INSTRUCCIONES DE USO	NOTAS
Oral	Se tragan las pastillas	<ul style="list-style-type: none">■ Solo se recomienda hasta 7 semanas (49 días) y después de 12 semanas (84 días)■ Los efectos colaterales incluyen diarrea y náuseas, fiebre y escalofríos
Vestibular	Se colocan las pastillas entre la mejilla y las encías y se tragan después de 30 minutos	<ul style="list-style-type: none">■ Más fiebre y escalofríos que con la vía vaginal
Sublingual	Se colocan las pastillas bajo la lengua y se tragan después de 30 minutos	<ul style="list-style-type: none">■ Más fiebre, escalofríos, diarrea y vómitos comparado con la vía vaginal■ Inicio más rápido de acción y niveles plasmáticos más elevados
Vaginal	Se colocan las pastillas en los fórnicies vaginales (las porciones más profundas de la vagina) y se le indica a la mujer que se acueste 30 minutos	<ul style="list-style-type: none">■ Los fragmentos de las pastillas pueden ser visibles■ Menor tasa de efectos colaterales

Vías vestibular y sublingual de la administración de misoprostol



Vestibular



Sublingual

Efectos colaterales y complicaciones y su manejo

DESCRIPCIÓN	MANEJO
Dolor	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comunicación respetuosa, sin juicios de valor ■ Dar apoyo verbal y transmitir calma ■ Explicación minuciosa de qué esperar ■ La presencia de una persona de apoyo que se puede quedar acompañándola durante el proceso (solo si ella lo desea) ■ Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica AINEs, como el ibuprofeno
Sangrado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Crear expectativas razonables sobre la cantidad y la duración del sangrado ■ Si existen evidencias de compromiso hemodinámico, iniciar líquidos IV ■ Aspiración por vacío por sangrado profuso ■ Transfusión sanguínea, de ser necesario (raro)
Fiebre (las dosis repetidas de misoprostol pueden provocar elevación de la temperatura)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medicación antipirética, como paracetamol ■ Si la fiebre persiste durante más de 24 horas tras el misoprostol, se justifica evaluación adicional
Náuseas y vómitos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auto-limitados. Tranquilizar, dar antieméticos de desearse
Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auto-limitados. Tranquilizar, dar medicación antidiarreica, de desearse. ■ Alentar la hidratación por vía oral
Infección pélvica	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si se sospecha infección, realizar examen físico ■ Si se confirma infección, dar antibióticos y realizar evacuación uterina e internar en caso de ser necesario

Cuidados de seguimiento

Mifepristona y misoprostol

- Desde el punto de vista médico no es necesario hacer un control obligatorio de rutina. La mujer debería poder acudir a una visita de control si así lo desea. De agendarse una visita de control, debe realizarse entre los días 7 y 14.

Misoprostol solo

- Se recomienda hacer un seguimiento clínico para garantizar que se ha consumado el aborto. (Este esquema es menos efectivo que el esquema combinado).

Valoración para confirmar que se ha completado el aborto

El uso de signos y síntomas clínicos con el examen bimanual, los niveles de gonadotropina coriónica humana (hCG) o la ecografía (de estar disponible) puede confirmar que se ha consumado el aborto.

Se necesitará seguir evaluando para confirmar que se ha consumado el aborto si:

- una mujer relata que presenta síntomas de embarazo y/o tiene solo un sangrado mínimo luego de recibir medicación abortiva tal como se le indicó:
 - se debe sospechar un embarazo en curso y los estudios adicionales podrían incluir el examen de pelvis, que demuestre un útero que sigue creciendo, o una ecografía, demostrando un embarazo que prosigue;
 - ofrecer una aspiración por vacío o repetir la administración de misoprostol para completar su aborto;
- una mujer relata calambres y sangrados prolongados o excesivos, y no se sospecha un embarazo intrauterino en curso (ver arriba):
 - considerar un diagnóstico de embarazo ectópico y manejar correctamente;
 - ofrecer repetir el misoprostol o aspiración por vacío para consumir el aborto;
- una mujer relata que el sangrado es más ligero que lo esperado o inexistente, y no se sospecha un embarazo intrauterino en curso:
 - considerar un diagnóstico de embarazo ectópico y manejarlo correctamente.

Consideraciones clínicas

- La administración del misoprostol tiene lugar en instalaciones sanitarias.
- Las mujeres permanecen en la clínica hasta que se haya completado la expulsión del embarazo.
- Si la edad gestacional es mayor a las 20 semanas, algunos prestadores de salud consideran la muerte fetal antes de realizar el procedimiento.
- La sensibilidad uterina a las prostaglandinas aumenta con la edad gestacional. Por lo tanto, la dosis de misoprostol disminuye al ir aumentando la edad gestacional

Recomendaciones para el aborto médico

>12 SEMANAS (O >84 DÍAS)

MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mifepristona 200 mg ■ Oral ■ Única dosis 	<p>Para embarazos de más de 24 semanas, debería reducirse la dosis de misoprostol, dada la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero no se puede dar recomendaciones de dosificaciones específicas debido a la falta de estudios clínicos.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Misoprostol 800 µg, luego 400 µg ■ Vaginal, luego vaginal o sublingual ○ ■ Misoprostol 400 µg, luego 400 µg ■ Oral, luego vaginal o sublingual ■ Cada 3 horas hasta 5 dosis ■ Comenzar a usar 36–48 horas después de recibir mifepristona 	
MISOPROSTOL SOLO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Misoprostol 400 µg ■ Vaginal o sublingual ■ Cada 3 horas hasta 5 dosis 	

Realización del procedimiento de aborto

✓ Administrar la medicación para iniciar el aborto médico

- La Mifepristona siempre se administra por vía oral.
- El misoprostol se puede administrar por diferentes vías, incluyendo las vías orales, vaginal, vestibular y sublingual. Los efectos colaterales y las instrucciones de uso difieren.
- Para el aborto médico no es preciso hacer profilaxis antibiótica.

✓ Garantizar la rápida repetición de la administración de misoprostol de ser necesario y ofrecer cuidado de apoyo mientras que se espera la expulsión del embarazo

En general los calambres aparecen antes de la segunda dosis de misoprostol; sin embargo, el momento de aparición es variable. La mujer debe ser controlada cada 30 minutos desde el momento de la primera dosis de misoprostol, particularmente en relación con su necesidad de manejar el dolor.

El tiempo en que se espera que se debe dar la expulsión y la finalización del aborto aumenta con la edad gestacional y con la nuliparidad.

✓ Expulsión del feto y la placenta

- Si el feto /producto de la concepción (PdeC) no han sido eliminados a las 8 – 10 horas de recibir el misoprostol, realizar un examen vaginal, y retirar el PdeC si se encuentra presente en la vagina o el orificio cervical.
- No se justifica hacer un raspado de útero de rutina.
 - El uso de métodos modernos de aborto médico (misoprostol con o sin mifepristona) arroja tasas bajas (<10%) de placenta retenida. La evacuación uterina por aspiración por vacío (o curetaje, cuando no se cuenta con aspirado) para extraer la placenta solo se debe realizar en mujeres que tienen un sangrado profuso, fiebre o placenta retenida más allá de las 3 o 4 horas.



Recuperación y alta de la dependencia sanitaria

- Asegurar a la mujer que el procedimiento se ha terminado y que ya no está embarazada.
- Ofrecerse a abordar cualquier necesidad emocional que la mujer pudiera presentar inmediatamente luego del aborto.
- Controlar para detectar complicaciones y brindar el tratamiento, de necesitarse.
- La mujer puede abandonar las instalaciones cuando esté estable y cumpla con los criterios de alta.
- Garantizar que la mujer tiene toda la información necesaria y/o las medicaciones antes de abandonar las instalaciones.
- Documentar todos los resultados del tratamiento, incluyendo los eventos adversos.



NOTA

La fiebre puede ser un efecto colateral frecuente de las dosis repetidas de Misoprostol; la administración de paracetamol o ibuprofeno disminuye el malestar de la mujer. Toda fiebre que persista horas después de la última dosis de misoprostol debe ser evaluada.

El dolor severo que persiste debe ser evaluado para descartar una rotura uterina, una complicación rara.

Se recomienda preparar el cuello antes del aborto quirúrgico en todas las mujeres con embarazos de más de 12–14 semanas.

- Si bien no se recomienda de rutina para embarazos de menos de 12 semanas de duración, se puede considerar el uso de la preparación cervical para todas las mujeres sometidas a un aborto quirúrgico. Entre los factores que inciden en esta consideración se puede incluir si la mujer tiene un mayor riesgo de presentar complicaciones por el aborto, así como la experiencia del personal de salud.
- Una adecuada preparación del cérvix disminuye la morbilidad asociada con el aborto quirúrgico del segundo trimestre, incluyendo el riesgo de lesionar el cuello, una perforación uterina o un aborto incompleto.
- Para preparar el cérvix se puede usar dilatadores osmóticos y agentes farmacológicos.
- En el momento de preparar el cérvix se debe dar analgésicos como ibuprofeno y/o narcóticos, así como ansiolíticos orales a demanda, antes del procedimiento, para maximizar su efectividad.

IMPORTANTE

Si una mujer sometida a una preparación cervical comienza a sangrar profusamente por la vagina, se le debe hacer el procedimiento de evacuación sin demoras.

Preparación cervical antes del aborto quirúrgico

≤12–14 SEMANAS

- Introducción de la laminaria dentro del canal cervical 6–24 horas antes del procedimiento

- Administración de mifepristona

DOSIS	VÍA	OPORTUNIDAD
200 mg	Oral	24–48 horas antes del procedimiento

- Administración de misoprostol

DOSIS	VÍA	OPORTUNIDAD
400 µg	Vaginal	3–4 horas antes del procedimiento
400 µg	Sublingual	2–3 horas antes del procedimiento

NOTA: La administración vaginal produce una dilatación igualmente efectiva con menos efectos colaterales sistémicos que la administración sublingual.

>12–14 SEMANAS

- El uso del misoprostol produce menos dilatación que los dilatadores osmóticos pero tiene la ventaja de ser un procedimiento que se completa en un único día en la mayoría de las mujeres

- Gestación de 12–19 semanas: ya sea misoprostol o dilatadores osmóticos

- Después de las 20 semanas de gestación: se prefieren los dilatadores osmóticos

- Administración de misoprostol

DOSIS	VÍA	OPORTUNIDAD
400 µg	Vaginal	3–4 horas antes del procedimiento

Ejemplo de cómo introducir los dilatadores osmóticos

- Colocar un espéculo en la vagina y limpiar el cérvix con una solución antiséptica sin alcohol.
- Aplicar una anestesia local al labio cervical, o un bloqueo de todo el cuello (ver instrucciones para la administración de un bloqueo paracervical, p.27), luego tomar el labio del cuello con un tenáculo atraumático.
- Tome el extremo del dispositivo osmótico con pinza (pinza en anillo o para taponamiento) e introdúzcala en el canal endocervical de modo que la punta se extienda justo pasando el orificio cervical interno. La colocación puede verse facilitada si se recubre el dilatador osmótico con una jalea lubricante o con una solución antiséptica.
- Coloque en secuencia los dilatadores uno al lado del otro dentro del orificio cervical para que encaje en el canal cervical ceñidamente.

Otras consideraciones referentes al uso de dilatador osmótico y misoprostol para la dilatación cervical

Dilatadores osmóticos

- El máximo de dilatación tiene lugar entre 6 y 12 horas después de colocarlos. Cuando inicialmente se coloca una cantidad de dilatadores osmóticos menor que los deseados, se puede repetir el procedimiento, a las 4 horas o al día siguiente, para colocar otros dilatadores adicionales.
- Dado que existe un riesgo mínimo de que la laminaria se expulse después de colocarla, las mujeres a menudo se van de la clínica y vuelven posteriormente para terminar su procedimiento en algún momento programado

Misoprostol

- Las mujeres pueden presentar algo de sangrado y calambres a causa del misoprostol.
- Asegurar que haya un lugar donde las mujeres puedan esperar cómodamente mientras que hace efecto el misoprostol.
- Si el cuello no se dilata con facilidad después de una dosis de misoprostol, se la puede repetir

Medicamentos, insumos y equipos para el aborto quirúrgico

EVALUACIÓN CLÍNICA

PROCEDIMIENTO AV Y PROCEDIMIENTO D Y E

FÁRMACOS E INSUMOS

- Guantes de examen limpios
- Agua limpia
- Detergente o jabón
- Agente para preparar el cuello (ej. misoprostol, mifepristona, dilatadores osmóticos)
- Medicaciones para calmar el dolor, tales como analgésicos y ansiolíticos
- Guantes
- Túnica, protección facial
- Aguja (raquídea diámetro 22 para bloqueo paracervical y diámetro 21 para la administración del medicamento)
- Jeringas (5, 10 y 20 mL)
- Lidocaína para bloqueo paracervical
- Esponjas de gaza o bolas de algodón
- Solución antiséptica (sin alcohol) para preparar el cérvix
- Solución para sumergir el instrumento
- Esterilización o soluciones y materiales para desinfección de alto nivel
- Silicona para las jeringas de lubricante

EQUIPOS

- Equipo de presión arterial
- Estetoscopio
- **Espéculo (boca ancha para aumentar la exposición del cérvix y corta para evitar empujar el cuello o un espéculo de Sims si se cuenta con un asistente)***
- Tenáculo (cuando esté disponible)
- **Dilatadores cónicos de hasta 51 mm o circunferencia equivalente***
- Cánula con tamaños escalonados hasta 12 o 14 mm
- Aspirador eléctrico por vacío (con cánulas de hasta 12–14 mm) o aspirador manual por vacío (con cánulas de hasta 12 mm)
- **Fórceps de evacuación uterina de Bierer (grande y pequeño)***
- **Fórceps de evacuación uterina de Sopher (pequeño)***
- **Cureta postparto flexible grande***
- Fórceps con esponja
- Bowl de acero inoxidable para preparar soluciones
- Bandeja de instrumentos
- Bandeja de vidrio transparente para inspección de tejidos
- Colador (metal, vidrio o gaza)

*En negrita se destaca el equipamiento para dilatación y evacuación (D y E).

RECUPERACIÓN	EN CASO DE COMPLICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Guantes de examen limpios ■ Analgésicos ■ Antibióticos ■ Información sobre los autocuidados personales después del procedimiento ■ Métodos anticonceptivos post aborto e información y/o derivación 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antagonistas apropiados a las medicaciones usadas para calmar el dolor ■ Uterotónicos (ocitocina, misoprostol o ergometrina) ■ Vía IV y fluidos (suero fisiológico, lactato de sodio, glucosa) ■ Mecanismos claros para derivación a instalaciones de mayor nivel, de ser necesario
<ul style="list-style-type: none"> ■ Equipo de presión arterial ■ Estetoscopio 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Oxígeno y ambú ■ Acceso a ecógrafo en el centro (opcional) ■ Porta agujas largo y material de sutura ■ Tijeras ■ Material para taponamiento uterino

Consideraciones clínicas

Hay dos tipos de aspirado por vacío.

- El aspirado por vacío manual (AVM) emplea un aspirador portátil para generar un vacío. Se adosa el aspirador a la cánula con diámetros de 4 a 14 mm y se lo puede usar en una serie de situaciones diferentes, inclusive en lugares donde no hay electricidad.
- El aspirado por vacío eléctrico (AVE) emplea una bomba eléctrica para generar un vacío y puede alojar una cánula de entre 14 y 16 mm de diámetro, con una tubuladura de mayor diámetro (para cánulas >12 mm).

El procedimiento abortivo se realiza de forma similar, independientemente del tipo de vacío usado.

Antes de iniciar el procedimiento

- Derivar a la mujer a una dependencia apropiada, según necesite, si se detecta alguna condición que pueda provocar o exacerbar complicaciones.
- Realizar la preparación del cuello, de ser necesario. (Referirse al Aborto Quirúrgico: preparación cervical - Sección 2.7, p. 37)
- Instaurar profilaxis antibiótica para reducir las infecciones posteriores al procedimiento.
- Confirmar que la mujer haya recibido sus medicaciones para alivio del dolor.
- Garantizar que se han reunido todos los equipos y que están listos para usarse. Si usa AVM, asegúrese de verificar que:
 - el aspirador forma un vacío antes de comenzar el procedimiento;
 - se dispone de aspiradores de repuesto a mano, por si se presentara algún problema técnico con el primer aspirador.

IMPORTANTE

Se recomienda iniciar antibióticos profilácticos en el preoperatorio o durante el procedimiento, para reducir el riesgo de infección después del procedimiento: las dependencias donde se ofrecen abortos quirúrgicos deberían hacer los esfuerzos necesarios para asegurar la provisión de antibióticos adecuados. Sin embargo, si no se dispone de antibióticos, igual se pueden realizar los abortos.

Aborto quirúrgico

≤12–14 semanas de embarazo

1	Solicitar a la mujer que vacíe la vejiga
2	Lavarse las manos y ponerse barreras de protección
3	Realizar un examen bimanual
4	Colocar el espéculo
5	Realizar una preparación antiséptica del cuello
6	Realizar un bloqueo paracervical (o proceda al Paso 7)
7	Dilatar el cuello
8	Introducir la cánula
9	Aspirar el contenido uterino
10	Inspeccionar el tejido
11	Realizar cualquiera de los procedimientos concomitantes
12	Recuperación y alta de las instalaciones sanitarias

LA TÉCNICA "SIN-TOCAR"

La reducción de la infección después de aspirar al vacío se logra usando instrumentos correctamente desinfectados o esterilizados, administrando antibióticos profilácticos, y usando la técnica de "sin tocar".

La técnica de no tocar significa que las piezas de los instrumentos que ingresan al útero no deberían tocar objetos o superficies que no sean estériles, como las paredes de la vagina, antes de introducirse.

Por ende, durante el procedimiento de aspiración, el prestador:

- agarra y toca solo la porción media de los dilatadores, evitando las puntas;
- agarra y toca solo la porción media de los dilatadores, evitando las puntas;

La base de esta técnica es el reconocimiento que, aun con la aplicación de la solución antiséptica al cérvix, es imposible esterilizar la vagina.

Referencia: Meckstroth K, Paul M. First trimester aspiration abortion. In: Paul M. Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editors. Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2009:135–56.

1 > Solicitarle a la mujer que vacíe la vejiga

Solicitarle a la mujer que vacíe la vejiga, y luego ayudarla a acomodarse en la camilla de procedimientos y en posición dorsal de litotomía.

2 > Lavarse las manos y colocar barreras de protección

Lavarse las manos y colocar barreras de protección, incluyendo guantes limpios.

3 > Realizar un examen con las dos manos

Realizar un examen con las dos manos para confirmar o actualizar hallazgos si se había hecho una evaluación previa; el proveedor debería tener una valoración exacta de la altura y posición uterina antes de realizar la evacuación del útero.

4 > Colocar el espéculo

Asegurar una adecuada visualización del cérvix.

5 > Realizar una preparación antiséptica del cuello

Limpiar el cérvix con una solución antiséptica sin alcohol, comenzando en el orificio cervical con cada nueva esponja y moviendo en espiral hacia afuera, hasta cubrir el orificio completamente con antiséptico.

6 > Realizar un bloqueo paracervical (o proceder al Paso 7)

Ver Sección 2.3, p.27.

7 > Dilatar el cuello

No es necesario dilatar cuando el cérvix permite el pasaje cómodo de una cánula de tamaño justo adecuado a través del orificio. La dilatación cervical es un paso esencial si el cérvix está cerrado o insuficientemente dilatado. Las mujeres con aborto incompleto a menudo ya tienen un cérvix adecuadamente dilatado.

A continuación se describe la técnica de dilatación cervical:

- examinar cuidadosamente la posición del útero y el cérvix y colocar el tenáculo ya sea sobre el labio anterior o posterior del cuello. Con el tenáculo colocado, aplicar una tracción continua para enderezar el canal cervical;
- usar el dilatador más pequeño (o un localizador de oricios de plástico, de ser necesario y de estar disponible) para hallar inicialmente el canal cervical;
- dilatar suavemente, nunca recurriendo a la fuerza, aplicando la técnica de no tocar, con dilatadores mecánicos sucesivos, mientras que se estabiliza el cérvix con una suave tracción sobre el tenáculo cervical.



NOTA

La seguridad del procedimiento de la dilatación depende de que haya una adecuada visibilidad del cérvix, que se emplee una técnica suave y que se conozca la posición del útero. Si la dilatación se hace dificultosa, es mejor no forzar al dilatador, sino cambiar el ángulo o el camino para identificar el canal cervical, o repetir el examen bimanual para verificar la posición del útero. Algunas veces, cambiar de espéculo para usar uno de hoja más corta puede dejar más espacio y flexibilidad para enderezar el ángulo cervical. Finalmente, si la dilatación es particularmente difícil, considerar la administración de misoprostol y retrasar el procedimiento unas 3 horas, o pedir ayuda de un colega, de estar disponible.

8 Insertar la cánula

Una vez lograda la dilatación cervical apropiada, introducir la cánula pasando justo el orificio cervical interno, ingresando en la cavidad uterina al tanto que se aplica una ligera tracción del cérvix.

No introducir la cánula a la fuerza; evitar el traumatismo del cérvix o el útero.

- Detener el procedimiento si aparecen signos de perforación uterina.

IMPORTANT E

Es importante utilizar un tamaño de cánula apropiado para el tamaño del útero y la dilatación del cérvix. El uso de una cánula demasiado pequeña es ineficiente y puede hacer que no se consume el aborto, que se retenga tejido gestacional o que haya pérdida de succión.

Selección del tamaño de la cánula para aborto por aspiración

Tamaño uterino (semanas desde la FUM*)	Tamaño de la cánula sugerido (mm)
4–6	4–7
7–9	5–10
9–12	8–12
12–14	10–14

*FUM: Fecha de la última menstruación.

9 Aspirar el contenido uterino

Adosar el aspirador preparado o la conexión del vacío a la cánula, sosteniendo el tenáculo y el extremo de la cánula en una mano, y el aspirador o la conexión de vacío en la otra mano.

- Iniciar la succión cuando la punta de la cánula esté en el medio del útero; a medida que el útero se contrae sus paredes se sienten más firmes y el fondo desciende.
- Evacuar el contenido del útero rotando la cánula 180° en cada dirección, lenta y suavemente. La sangre y el tejido se ven a través de la cánula. No retirar la abertura de la cánula más allá del orificio cervical, o se perderá la succión.
- Si el aspirador MVA se llena, desprender el aspirador de la cánula, dejando la cánula en el útero, vaciar el aspirador en un recipiente apropiado y restablecer el vacío. Repetir este procedimiento hasta que se vacíe el útero.

IMPORTANT E

- Los siguientes signos indican que el útero está vacío:
 - aparece una espuma roja o rosada y no se ve pasar más tejido a través de la cánula;
 - se siente una sensación grumosa a medida que la cánula pasa por la superficie del útero evacuado;
 - el útero se contrae alrededor de la cánula;
 - la mujer siente que sus calambres o su dolor se intensifican, indicando que el útero se está contrayendo.

- Al finalizar el procedimiento, retirar la cánula y el tenáculo cervical, limpiar el cérvix con un hisopo limpio y evaluar la cantidad de sangrado uterino o cervical.

10 Inspeccionar el tejido

Es importante inspeccionar los PdeC, para asegurar un aborto consumado. Para inspeccionar el tejido, vaciar el aspirado uterino en un recipiente apropiado (no empujar el contenido del aspirado a través de la cánula, ya que se puede contaminar).

Buscar:

- la cantidad y presencia de PdeC: vellosidades, decidua y saco/membranas en cantidades apropiadas según la edad gestacional; después de 9 semanas de gestación, partes fetales visibles;
- la presencia de vellosidades hidrópicas con forma de uva, que sugieren un embarazo molar.

Si la inspección visual no es concluyente, se debe escurrir el tejido, colocarlo en un recipiente transparente, sumergirlo en agua o vinagre, y observarlo iluminándolo desde abajo. Si estuviera indicado por hallazgos anormales, también se puede enviar la pieza de tejido a un laboratorio de anatomía patológica.

- Si no hay PdeC visibles, se extrajo menos tejido del útero que lo esperado, o la muestra de tejido no es concluyente, puede indicar:
 - aborto incompleto: la cavidad uterina todavía contiene PdeC, aun si parecía estar vacía al final del procedimiento;
 - un aborto espontáneo que terminó antes de realizar el procedimiento;
 - aborto fallido: todos los PdeC quedan dentro de la cavidad uterina;
 - embarazo ectópico: cuando no se observan vellosidades, es posible que haya un embarazo ectópico y se lo debe investigar;
 - anomalías anatómicas: en un útero bicorne o tabicado, es posible que se haya colocado la cánula del lado del útero que no alojaba el embarazo.
- Si no queda absolutamente claro que hay sacos /membranas y vellosidades al hacer la evaluación del tejido, hay que suponer que ninguna se encuentra presente, y se debe intentar un reaspirado y/o evaluar un embarazo ectópico.

11 > Realizar cualquier procedimiento concomitante

Cuando se finaliza el procedimiento de aspiración, realizar cualquier procedimiento, concomitante como la colocación de un DIU, ligadura tubaria o reparación de una laceración cervical, de ser necesario.

12 > Recuperación y alta de las instalaciones

- Asegurara a la mujer que el procedimiento se ha terminado y que ya no está embarazada.
- Ofrecerse a abordar cualquier necesidad emocional que la mujer pudiera presentar inmediatamente luego del aborto.
- Controlar para detectar complicaciones y brindar el tratamiento, de necesitarse.
- La mujer puede abandonar las instalaciones cuando esté estable y cumpla con los criterios de alta.
- Garantizar que la mujer tenga toda la información necesaria y/o las medicaciones antes de abandonar las instalaciones sanitarias.
- Documentar todos los resultados del tratamiento, incluyendo los eventos adversos.

Consideraciones clínicas

- El procedimiento para el aborto quirúrgico se denomina Dilatación y Evacuación (D y E).
- Se recomienda hacer la preparación cervical con dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos antes de todos los procedimientos de D y E

Antes de iniciar el procedimiento

- Realizar la preparación del cuello (Referirse a Aborto quirúrgico: preparación cervical, Sección 2.7).
- Hacer profilaxis antibiótica (Referirse a Aborto quirúrgico: 12–14 semanas, Sección 2.9).
- Confirmar que la mujer haya recibido su medicación para calmar el dolor en el momento apropiado.
- Asegurarse que se cuenta con todo el equipamiento necesario y que está disponible para su uso.

Aborto quirúrgico

>12-14 semanas de embarazo

1	Solicitar a la mujer que vacíe la vejiga
2	Lavarse las manos y ponerse barreras de protección
3	Realice un examen bimanual
4	Colocar el espéculo
5	Realizar una preparación antiséptica del cuello
6	Realizar un bloqueo paracervical
7	Evaluar la dilatación del cuello
8	Realizar una amniotomía y aspirar líquido amniótico
9	Evacuar el útero
10	Inspeccionar el tejido
11	Realizar cualquiera de los procedimientos concomitantes
12	Recuperación y alta de las instalaciones sanitarias

TÉCNICA "SIN TOCAR"

Seguir la técnica "sin tocar" (ver el cuadro de la pág. 44) durante todo el procedimiento.

1 > Solicitarle a la mujer que vacíe la vejiga

Solicitarle a la mujer que vacíe la vejiga, y luego ayudarla a acomodarse en la camilla de procedimientos y en posición dorsal de litotomía.

2 > Lavarse las manos y colocar barreras de protección

Lavarse las manos y colocar barreras de protección, incluyendo guantes limpios.

3 > Realizar un examen con las dos manos

Realizar un examen con las dos manos para confirmar o actualizar hallazgos si se había hecho una evaluación previa; el proveedor debería tener una valoración exacta de la altura y posición uterina antes de realizar la evacuación del útero.

- Si se utilizaron dilatadores osmóticos, se los debe retirar del cérvix, ya sea manualmente durante el examen bimanual o con el fórceps en anillo después de la colocación del espéculo. La cantidad extraída debería ser igual a la cantidad introducida.

4 > Colocar el espéculo

Asegurar una adecuada visualización del cérvix.

5 > Realizar una preparación antiséptica del cuello

Limpiar el cérvix con una solución antiséptica sin alcohol, comenzando en el orificio cervical con cada nueva esponja y moviendo en espiral hacia afuera, hasta cubrir el orificio completamente con antiséptico.

6 Realizar un bloqueo paracervical (o proceder al Paso 7)

Ver Sección 2.3, p.27.

7 Evaluar la dilatación del cuello

Ejercer tracción sobre el tenáculo para bajar el cérvix hacia la vagina. Confirmar que la dilatación es adecuada intentando pasar un dilatador grande, una cánula de gran calibre (12–16 mm) o una pinza de Bierer a través del cérvix. Si no se puede hacer pasar un instrumento así, hay que dilatar más el cérvix, repitiendo la preparación del cérvix o la dilatación mecánica.

IMPORTANTE

Solo se puede proceder a un aborto quirúrgico si el cérvix está adecuadamente dilatado. Esto es particularmente importante en los abortos realizados en gestaciones que superan las 14 semanas.

8 Realizar amniotomía y aspirar líquido amniótico

Introducir una cánula de 14 mm conectada a un aspirador si se usa AVM, o una cánula de 14–16 mm si se usa AVE, a través del cérvix, ingresando a la cavidad uterina, y aspirar el líquido amniótico.

- La cánula de tamaño apropiado (en milímetros) generalmente es equivalente a 1–2 mm menor que la gestación en semanas. Para gestaciones mayores a 16 semanas se debe usar la cánula de mayor tamaño disponible (14–16 mm, dependiendo de la tubuladura y las cánulas disponibles).
- Realizar el aspirado como se lo haría para un aborto por aspiración en el primer trimestre, rotando la cánula durante la aspiración, para aspirar el líquido amniótico. Si la cánula se desliza muy fácilmente hacia atrás y hacia adelante a través del útero, es posible que se bloquee. En este caso, retirar la cánula del útero y limpiarla, de ser necesario, teniendo cuidado de mantener la técnica “sin tocar”. Cuando ya no se pueda aspirar nada, habitualmente después de 1 o 2 minutos, retirar la cánula del útero.

- Siempre que sea posible, completar la evacuación desde la sección más baja de la cavidad uterina.
- Evitar avanzar demasiado profundamente en el útero, particularmente con instrumentos en posición horizontal.
- Evitar llegar alto en el útero, donde el riesgo de perforación es mayor. En vez de ello, reintroduzca la cánula justo dentro del orificio y recurra a la aspiración para bajar el tejido del fondo al orificio uterino.
- Detener el procedimiento si aparecen signos de perforación uterina.
- La ecografía puede ser de utilidad para ubicar partes fetales si por alguna razón la identificación se hace dificultosa. Ante el caso improbable que las partes fetales no puedan extraerse fácilmente por la razón que sea, considerar la administración de un agente uterotónico, del tipo de los mencionados a continuación:
 - 400–600 µg misoprostol por vía sublingual, oral o vestibular;
 - 0.2 mg de metergina por vía oral o IM;
 - Ocitocina a altas dosis - 20 unidades en 500 mL de suero fisiológico o solución de lactato Ringer, a pasar a 30 gotas por minuto;
 - Luego, volver a valorar después de 3 a 4 horas y repetir el procedimiento de evacuación uterina.

Después del procedimiento de evacuación, se debe evaluar el tejido del embarazo para asegurar que se ha completado el aborto. Se debe identificar todos los componentes del embarazo que siguen:

- cuatro extremidades;
- tórax/columna;
- bóveda craneana;
- placenta.

Si al inspeccionar el tejido surge la posibilidad que el aborto no se haya hecho de forma completa, volver a evacuar el útero o realizar una ecografía para confirmar la evacuación completa.

11 Realizar cualquier procedimiento concomitante

Cuando se finaliza el procedimiento de aspiración, realizar cualquier procedimiento concomitante, como la colocación de un DIU, ligadura tubaria o reparación de una laceración cervical, de ser necesario.

12 Recuperación y alta de las instalaciones

- Asegurar a la mujer que el procedimiento se ha terminado y que ya no está embarazada.
- Ofrecerse a abordar cualquier necesidad emocional que la mujer pudiera presentar inmediatamente luego del aborto.
- Controlar para detectar complicaciones y brindar el tratamiento, de necesitarse.
- La mujer puede abandonar las instalaciones cuando esté estable y cumpla con los criterios de alta.
- Garantizar que la mujer tenga toda la información necesaria y/o las medicaciones antes de abandonar las instalaciones.
- Documentar todos los resultados del tratamiento, incluyendo los eventos adversos.

POST ABORTO

- Antes de dar de alta de la dependencia sanitaria
- Seguimiento adicional con un prestador de salud
- Anticoncepción post aborto
- Valoración y gestión de complicaciones

OBJETIVOS

- Brindar información sobre anticoncepción y ofrecer asesoramiento y métodos anticonceptivos.
- Valorar cualquier otra necesidad de salud sexual y reproductiva que pueda requerir otros cuidados adicionales.
- Hacer frente a cualquier complicación inmediata del aborto.

Antes de dar de alta de las dependencias sanitarias

- Dar instrucciones de alta orales y escritas claras, que incluyan:
 - Recién se debería retomar las relaciones sexuales, duchas vaginales o colocación de cualquier cosa en la vagina cuando ya se haya detenido el sangrado profuso;
 - Es normal que el sangrado vaginal dure 2 semanas luego de haber finalizado un aborto quirúrgico o un aborto médico. Luego de un aborto quirúrgico las mujeres suelen presentar un sangrado liviano o un goteo de sangre; mientras que con el aborto médico hay sangrados más profusos y generalmente duran 9 días como promedio, si bien pueden durar hasta 45 días en casos infrecuentes;
 - La mujer debería volver al hospital o a la clínica si presenta:
 - mayor intensidad de los calambres o del dolor abdominal;
 - sangrado vaginal profuso;
 - fiebre.
- Analizar el riesgo de quedar embarazada nuevamente antes de su próxima menstruación, y el posible retorno a la fertilidad dentro de las 2 semanas siguientes al aborto.
- Brindar información anticonceptiva y ofrecer asesoramiento a las mujeres que los desean:
 - ayudarlas a elegir el método anticonceptivos más apropiados para satisfacer sus necesidades en caso que ellas así lo deseen;
 - brindar el método anticonceptivo elegido (o derivarlas si el método que han elegido no se encuentra disponible). Asegurarse que ellas sepan cómo funciona el método seleccionado, cuándo iniciarlo y cómo pueden reabastecerse en el futuro.
- Dar comprimidos de hierro para la anemia, de ser necesario.
- Dar analgésicos, de ser necesario.
- Dar apoyo emocional, de ser necesario.
- Derivar a otros servicios luego de determinar sus necesidades, como por ejemplo: asesoramiento y exámenes por ITS/VIH, servicios de apoyo por abuso, servicios psicológicos o sociales, u otros especialistas médicos.

- Se recomienda una visita de control de rutina únicamente en el caso de aborto médico que utilice solo misoprostol, para comprobar que se haya consumado el aborto.
- Luego de un aborto médico con mifepristona y misoprostol o después de un aborto quirúrgico no complicado no es necesario hacer controles de rutina; sin embargo, se le puede ofrecer a la mujer una consulta de control opcional entre 7 y 14 días después de su procedimiento para continuar con el asesoramiento anticonceptivo y brindarle métodos o más apoyo emocional, o para conversar sobre sus inquietudes médicas.
- En la cita de control:
 - valorar la recuperación de la mujer y confirmar que se ha completado el aborto;
 - examinar la historia médica disponible y los documentos de derivación;
 - Interrogar por cualquier síntoma que ella haya presentado desde que se realizó el procedimiento;
 - realizar un examen físico dirigido en respuesta a sus motivos de consulta;
 - Analizar las metas de fertilidad de la mujer y su necesidad de servicios anticonceptivos:
 - si no se inició ningún método anticonceptivo antes de que se le diera de alta de la dependencia, brindar información y ofrecer asesoramiento y el método anticonceptivo apropiado, si así lo desea la mujer;
 - si ya se inició algún método anticonceptivo:
 - valorar el método usado, satisfacción o inquietudes; si está satisfecha, reabastecer lo que necesite;
 - Si no está satisfecha, ayudarla a elegir otro método que le resuelva sus necesidades.
 - si la mujer no está contenta, ayúdela a seleccionar otro método que le venga bien
- Derivar a otros servicios, según se determine al evaluar sus necesidades de otros servicios de salud sexual y reproductiva, y facilitar las derivaciones que resulten necesarias.

Generalmente, la mayoría de los métodos anticonceptivos se pueden iniciar inmediatamente después de un aborto médico o quirúrgico. El término “inicio inmediato de la anticoncepción” se refiere al día mismo del procedimiento, y el término “aborto médico” se refiere al día en que se toma la primera pastilla de un esquema de aborto médico. Al igual que con cualquier método de anticoncepción, es preciso verificar la elegibilidad médica de la mujer para cada método en particular.

Recomendaciones de elegibilidad médica para anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos y métodos de barrera

CONDICIÓN POST ABORTO	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	INMEDIATAMENTE POST ABORTO SÉPTICO
AOC	1	1	1
AIC	1	1	1
Parche y anillo vaginal	1	1	1
POP	1	1	1
DMPA, NET-EN	1	1	1
Implantes LNG/ETG	1	1	1
DIU de cobre	1	2	4
DIU que libera LNG	1	2	4
Condomes	1	1	1
Espermicida	1	1	1
Diafragma	1	1	1

CAIC, anticonceptivos inyectables combinados; AOC, anticonceptivos orales combinados; DMPA/NET-EN, Inyectables solo con progestágeno: forma de depósito de acetato de medroxiprogesterona / noretisterona enantato; DIU, dispositivo intrauterino; LNG/ETG, implantes solo con progestágeno: levonorgestrel/ etonorgestrel; POP, píldora solo con progesterona.

Definición de las categorías

- **1:** afección para la que no existe ninguna restricción para usar un método anticonceptivo.
- **2:** afección donde las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
- **3:** afección en la que los riesgos teóricos o probados habitualmente superan las ventajas de usar el método.
- **4:** afección que representa un riesgo inaceptable para la salud si se llegara a usar ese método anticonceptivo.

*Basado en los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos, 4ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

Recomendaciones de elegibilidad médica para esterilización quirúrgica después de un aborto

CONDICIÓN POST ABORTO	ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA DE LA MUJER
No complicado	A
Sepsis o fiebre post aborto	D
Hemorragia post aborto severa	D
Traumatismo severo del tracto genital; desgarro cervical o vaginal en el momento del aborto	D
Perforación uterina	E
Hematometra aguda	D

Definición de las categorías

- **A = (aceptar):** no hay ninguna razón médica para negarle la esterilización a una persona con esta afección.
- **C = (cuidado):** el procedimiento se realiza normalmente en condiciones de rutina, pero con una preparación y precauciones adicionales.
- **D = (demorar):** se demora el procedimiento hasta haber evaluado y/o corregido la condición; se debe brindar métodos anticonceptivos alternativos provisionales.
- **S = (especial):** el procedimiento debe realizarse en condiciones que aseguren la presencia de un cirujano y personal con experiencia, y se necesita equipos para administrar anestesia general y otro soporte médico de respaldo. Para estas condiciones, también se necesita la capacidad de decidir sobre el procedimiento y el régimen anestésico más apropiado. Si se requiere una derivación, o si hay alguna demora por alguna otra razón, se deben brindar métodos provisionales alternativos.

Métodos anticonceptivos y elegibilidad médica después de un aborto

- **Métodos hormonales (incluyen píldoras, inyecciones, implantes, parche y anillo vaginal)** pueden iniciarse inmediatamente después de cualquier aborto, inclusive el aborto séptico.
- **IUDs** se pueden colocar inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre; no obstante ello, el riesgo de expulsión es levemente más elevado luego de los abortos del segundo trimestre que luego de los del primero. Se puede colocar un DIU luego de un aborto médico que se considera consumado.

IMPORTANTE

Nunca colocar un DIU inmediatamente después de un aborto séptico.

- **Condón (preservativo)** su uso se puede iniciar con la primera relación sexual, después del aborto, inclusive si fue un aborto séptico.
- **Diafragma** su uso se puede iniciar con la primera relación sexual, después del aborto, inclusive si fue un aborto séptico. Su uso se debe posponer durante 6 semanas luego del aborto, pasadas las 14 semanas de gestación.
- **Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad** deben postergarse hasta que se hayan restituido los ciclos menstruales regulares.
- **La esterilización quirúrgica femenina** se puede realizar inmediatamente después de un aborto no complicado. Empero, se debe postergar el procedimiento si el aborto está complicado con infección, hemorragia severa, traumatismo o hematómetra aguda.
- **La vasectomía** se puede realizar en cualquier momento.
- **Anticoncepción de emergencia:** las mujeres pueden usar píldoras anticonceptivas de emergencia o un DIU dentro de los primeros 5 días (120 horas) de un acto sexual sin protección, para disminuir el riesgo de embarazo.
- **La práctica del retiro** puede iniciarse con la primera relación sexual, después del aborto, inclusive si fue un aborto séptico.

Las complicaciones que planteen riesgo de muerte son raras cuando se realiza un aborto seguro; aun así, es posible que aparezca alguna complicación, aunque se tomen todas las precauciones necesarias.

Cuando el aborto lo realiza algún prestador no seguro o se realiza en algún lugar no seguro, dichas complicaciones son mucho más frecuentes. Algunas mujeres que consultan posteriormente pueden acudir cuando ya están graves y necesitan atención inmediata de emergencia por patologías que pueden poner su vida en riesgo.

Algunos métodos de aborto no seguro pueden llevar a complicaciones vinculadas al método utilizado, como la ingestión de un veneno, sustancias o medicamentos tóxicos, introducción de algún cuerpo extraño en el ano, vagina o cérvix, o traumatismo abdominal. El tratamiento de las complicaciones en estas mujeres debe incluir el tratamiento de cualquiera de las lesiones sistémicas o físicas, además de cualquier complicación relacionada con el aborto.

Embarazo conservado

- A aquellas mujeres que continúen presentando signos de embarazo o signos clínicos de fracaso del aborto se les debe ofrecer una evacuación uterina de forma oportuna.

Aborto incompleto

Los síntomas comunes de aborto incompleto incluyen sangrado vaginal y dolor abdominal. También se debe sospechar si, a la inspección, el PdeC aspirado durante un aborto quirúrgico no es compatible con la duración del embarazo.

- Un aborto incompleto luego de un aborto espontáneo o un aborto inducido se pueden manejar de similar manera.
- Las pacientes que se encuentren clínicamente estables tienen las tres opciones:
 - manejo expectante;
 - aspirado por vacío: (para un tamaño uterino de hasta 14 semanas de gestación);
 - manejo con misoprostol (para un tamaño uterino de hasta 1e semanas de gestación).
- La decisión se debe basar en la condición clínica de la mujer y sus preferencias terapéuticas.

Esquema recomendado para el manejo de aborto incompleto con misoprostol

DOSIS (µg)	VÍA
600 µg	Oral
400 µg	Sublingual
400–800 µg	Vaginal; se puede usar si el sangrado vaginal es mínimo

Comparación de las opciones de manejo para los abortos fallidos o incompletos

MÉTODO	POSIBLES VENTAJAS	POSIBLES DESVENTAJAS	EFICACIA (%)	
			Fallido	Incompleto
Manejo expectante^a	<ul style="list-style-type: none"> ■ Puede reducir las visitas ■ Evita los efectos colaterales y las complicaciones de otros métodos ■ Evita la instrumentación intrauterina 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Marco de tiempo impredecible ■ Tal vez siga necesitando aspiración de seguimiento si es infructuoso 	16–75	82–100
Misoprostol solo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evita la instrumentación intrauterina 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Puede provocar más sangrado y necesidad de control que la aspiración ■ Efectos colaterales a corto plazo del misoprostol 	77–89	61–100
Aspiración	<ul style="list-style-type: none"> ■ Resolución rápida 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Procedimiento quirúrgico 	96–100	96–100

^a La eficacia del manejo expectante aumenta al aumentar el intervalo previo a la intervención.

Fuente: adaptado de Goodman S, Wolfe M y el Grupo de Trabajo Colaborativo TEACH Trainers. Early abortion training workbook, 3rd ed. San Francisco: UCSF Bixby Center for Reproductive Health Research and Policy; 2007, con permiso.

Hemorragia

La hemorragia puede provenir de PdeC retenidos, trauma o daño del cérvix, coagulopatía o, rara vez, perforación o rotura uterina.

- El tratamiento apropiado para la hemorragia depende de su causa y severidad, e incluye:
 - re- evacuación del útero;
 - administración de medicamentos que aumenten la tonicidad del útero;
 - transfusión de sangre;
 - reemplazo de factores de coagulación;
 - laparoscopia;
 - laparotomía exploradora.
- Cada centro de atención debe ser capaz de estabilizar y tratar o derivar a las mujeres con hemorragia inmediatamente.

Infección

- Entre los signos y síntomas comunes de la infección se incluyen:
 - fiebre o escalofríos;
 - flujo vaginal o cervical fétido;
 - dolor abdominal o pélvico;
 - sangrado vaginal prolongado o goteo;
 - dolor exquisito uterino;
 - hiperleucocitosis.
- Las mujeres con infección requieren antibióticos para su tratamiento.
- Si se sospecha que los PdeC sean una causa de infección, re-evacuar el útero.
- Las mujeres con infecciones severas pueden requerir hospitalización.

Perforación uterina

- La perforación uterina habitualmente pasa desapercibida y se resuelve sin necesidad de intervención.
- Siempre que se necesite y esté disponible, la laparoscopia es el método de estudio de elección.
- Si el estado de la mujer o los hallazgos de la laparoscopia sugieren daño del intestino, vasos sanguíneos u otras estructuras, tal vez se necesite realizar una laparotomía para reparar cualquier daño.

Complicaciones vinculadas a la anestesia

- Siempre que se use anestesia general, el personal debe ser diestro en el manejo de las convulsiones y resucitación cardiorrespiratoria.
- Siempre que se utilicen narcóticos se debe tener a mano agentes que reviertan su efecto.

Pueden aparecer complicaciones que no son específicas del procedimiento del aborto

Incluyen:

- analaxia;
- reacciones asmáticas.

Estas complicaciones se deberían tratar tal como se las trataría luego de cualquier otro procedimiento.

Notas:



Por más información, por favor ponerse en contacto con:

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
Organización Mundial de la Salud
Avenida Appia 20, CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Fax: +41 22 791 4171
E-mail: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 3548715

