

Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto



PROGRAMA NACIONAL DE
SALUD SEXUAL
Y PROCREACIÓN RESPONSABLE



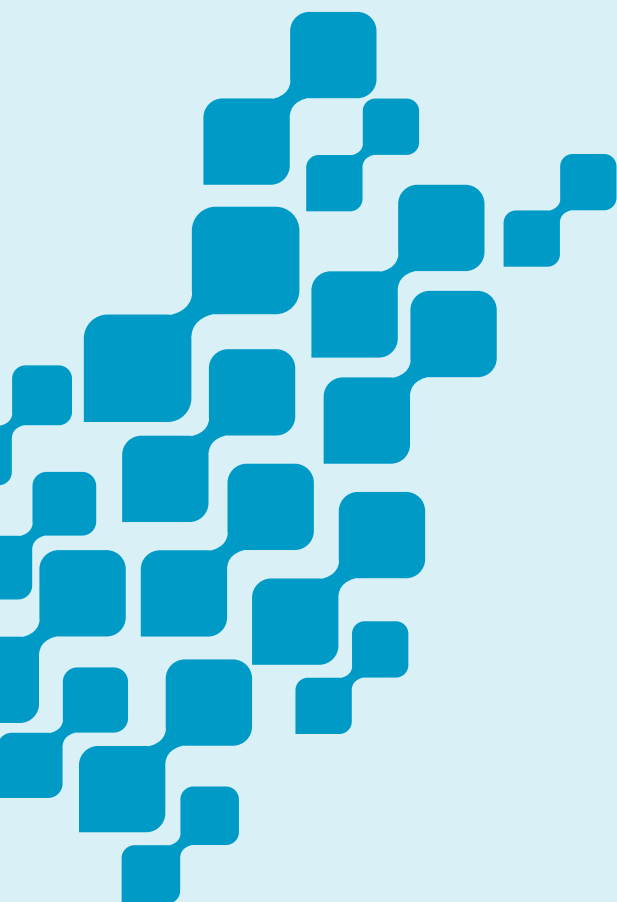
tenemos
patria

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación

Guía para la
atención integral
de **mujeres** que
cursan un aborto



AUTORIDADES

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Daniel Gustavo Gollan

Secretario de Salud Comunitaria

Dr. Nicolás Kreplak

Subsecretaria de Medicina Comunitaria, Maternidad e Infancia

Dra. Sabrina Balaña De Caro

Directora Nacional de Maternidad e Infancia

Dra. Ana María Speranza

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Dra. Adriana Álvarez

Abril 2015

Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto

La presente publicación está basada en la *Guía para el mejoramiento de la atención post aborto* publicada por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación (DINAMI) en agosto de 2005 (con segunda y tercera edición en septiembre de 2007 y diciembre de 2009). Esta guía fue aprobada por Resolución Ministerial N° 989, del 9 de agosto de 2005, en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, implementado por Resolución (MSyAS) N° 1459, del 1° de junio de 1993.

La publicación actual fue revisada, reformulada y actualizada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación (PNSSyPR) y la DINAMI.

Coordinación y elaboración de contenidos:

Dra. Belén Provenzano (PNSSyPR)

Dra. Florencia Salesi (Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich")

Área de Obstetricia y Ginecología (DINAMI)

Agradecimientos:

Dr. Luis Tavera Orozco (Director Ejecutivo de FLASOG. Miembro Grupo trabajo en America Latina - FIGO en la Prevención del Aborto Inseguro); Lic. Soledad Deza (Abogada especialista en Género y Políticas Públicas. FLACSO); Lic. Natalia Suárez (PNSSyPR); Lic. Silvana Bermúdez (DINAMI); Dra. María Julia Cuetos (DINAMI); Dra. Ingrid Di Marco (DINAMI); Dr. Daniel Lipchak (DINAMI); Lic. Carolina Nigri (DINAMI)

Revisión y correcciones:

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación (DINAMI)

Coordinación editorial: Equipo de Comunicación PNSSyPR. Noelia López, Constanza Leone, Agustina Ramos Mejía.

Edición técnica: Silvina García Guevara

Diseño: Alejandro Jobad

Producción fotográfica: Santiago Corsetti y Colectivo M.A.F.I.A.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
Ministerio de Salud de la Nación
Av. Rivadavia 875, Piso 7 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfonos: (54 11) 4342 3470 / 3484 / 3375
Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar - Web: www.msal.gov.ar/saludsexual
Línea 0800 Salud Sexual: 0800 222 3444

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia
Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfonos: (54-11) 4379 9000
Correo electrónico: info@dinami.gov.ar - Web: <http://www.msal.gov.ar/promin/>

ÍNDICE

Prólogo	7
Introducción	10
1. Objetivos	11
2. Situación en la Argentina	11
2.1. Mortalidad materna	12
2.2. Compromisos	12
3. Encuadre de la atención	13
4. Marco legal	14
Abordaje del equipo de salud	16
1. Vínculo y comunicación	17
2. Recepción	17
3. Evaluación clínica	19
3.1. Anamnesis	19
3.2. Examen físico	20
3.3. Diagnóstico diferencial	22
4. Estudios complementarios	22
4.1. Laboratorio	22
4.2. Ecografía	23
4.3. Otros estudios	23
5. Tipos y etapas del aborto	23
El equipo de salud en la consejería	25
Tratamiento	28
1. Manejo del dolor	29
2. Profilaxis antibiótica	29
3. Isoinmunización	29
4. Vacunación	29
5. Evacuación endouterina	30
5.1. Conducta expectante	31
5.2. Evacuación con tratamiento médico: misoprostol	32
5.2.1. Dosis de misoprostol	33
5.2.2. Vías de administración	33
5.2.3. Precauciones para el uso de misoprostol	34
5.2.4. Información y recomendaciones para la mujer	34
5.2.5. Seguimiento	35
5.3. Evacuación con tratamiento instrumental	35
5.3.1. Indicaciones	36
5.3.2. Contraindicaciones	36
5.3.3. Manejo del dolor durante el procedimiento	36
5.3.4. Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío	37
5.3.5. Cuidados post operatorios	40
5.3.6. Indicaciones para el momento del alta	40
Preparación y funcionamiento del aspirador endouterino manual	42

Manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto	50
1. Diagnóstico de las complicaciones debidas a un aborto	51
1.1. Evaluación y conducta inicial	51
1.1.1. Primeras medidas a realizar	51
1.2. Estudios complementarios	52
2. Entidades clínicas	53
2.1. Shock	53
2.1.1. Manifestaciones clínicas del shock	53
2.1.2. Conducta terapéutica	53
2.2. Hemorragia vaginal severa	54
2.3. Complicaciones infecciosas	55
2.3.1. Aborto infectado simple	55
2.3.2. Aborto séptico	55
2.3.3. Sepsis y shock séptico	57
2.4. Perforación uterina y lesión intraabdominal	58
2.4.1. Diagnóstico de perforación uterina durante el procedimiento de evacuación endouterina	59
 Consejería en anticoncepción post aborto	62
1. Atención integral post aborto	63
2. Métodos anticonceptivos adecuados para el uso post aborto	64
2.1. Criterios médicos de elegibilidad	64
2.2. Pautas para el comienzo de la anticoncepción post aborto	65
3. Factores individuales a tener en cuenta y recomendaciones para la consejería	67
3.1. Necesidades especiales de las adolescentes	68
4. Provisión de los métodos anticonceptivos	68
 Anexo. Historia Clínica Unificada	70
 Siglas	74
Bibliografía	76

PRÓLOGO

Una propuesta de atención integral centrada en las mujeres

En junio de 1999, una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas revisó y evaluó la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en El Cairo en 1994. Allí los gobiernos reconocieron que el aborto constituía una de las mayores preocupaciones en salud pública y se comprometieron a mejorar y expandir los servicios de planificación familiar.

También acordaron que, “en circunstancias donde el aborto no esté en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que sean sin riesgos y accesibles. Deberían tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres” (ONU, 2003).

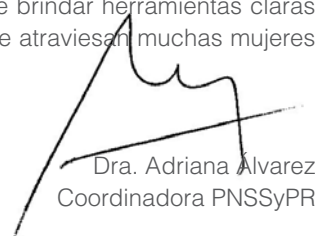
En la CIPD de El Cairo, numerosas organizaciones internacionales propugnaron por el compromiso de brindar a las mujeres un paquete integral de servicios de atención post aborto (APA) que incluyera: el tratamiento medicamentoso con misoprostol y la aspiración de vacío como opciones terapéuticas de evacuación endouterina, servicios complementarios de anticoncepción post aborto y la importancia de brindar información para acompañar la decisión de las mujeres.

El Ministerio de Salud de la Nación se hizo eco de estas iniciativas y en 2005 aprobó la *Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto* a partir de la Resolución 989, que incorporó la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. El modelo de atención que propuso esta publicación se sustenta en los principios de la integralidad y la perspectiva de derechos y se encuentra enmarcado en las leyes y normativas que rigen en la República Argentina.

Hacia 1995 se registraban un total de 54.530 egresos hospitalarios por aborto en el sector público, de los cuales el 38% correspondían a mujeres de hasta 24 años de edad. Según estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, durante 2011 se registraron 47.879 egresos hospitalarios por aborto, de los que el 43% corresponden a mujeres de hasta 24 años (DEIS, 2013).

La presente *Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto*, procura contribuir a la disminución de la morbilidad materna y busca acercar a los equipos de salud un instrumento claro que les permita ofrecer una mejor calidad de atención, desde una perspectiva integral y con respeto de los derechos sexuales y reproductivos como parte fundamental de los derechos humanos de cada mujer. A su vez, destaca el rol estratégico de los establecimientos de salud en la recepción y el seguimiento de las mujeres que cursan un aborto, y considera una responsabilidad de toda/o integrante de un equipo de salud ofrecerles una atención oportuna y humanizada.

Por ese motivo la formación y actualización profesional es un desafío permanente, que parte de reconocer el rol central de los establecimientos de salud y la importancia de brindar herramientas claras para la atención integral de quienes cursan un aborto, una situación que atraviesan muchas mujeres en nuestro país.

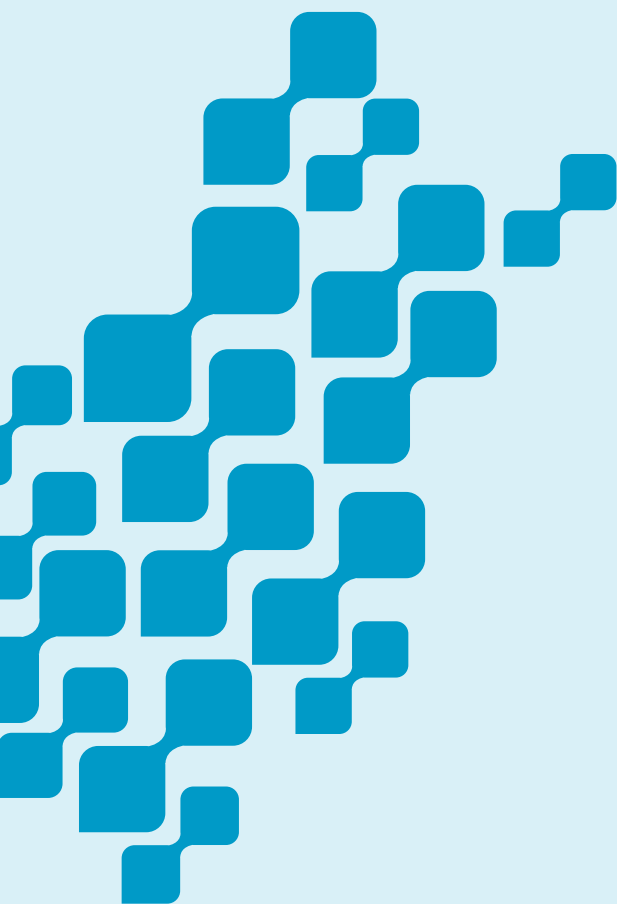


Dra. Adriana Alvarez
Coordinadora PNSSyPR

Introducción



- Consulta de mujeres que cursan un aborto a los servicios de salud
- Alcances y objetivos de la guía
- Índices de mortalidad materna por aborto en la Argentina
- Encuadre de la atención de mujeres que cursan un aborto
- Marco legal



La consulta al sistema de salud de mujeres que se encuentran cursando un aborto –es decir, una interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal, en cualquiera de sus variantes clínicas– es una situación frecuente y su atención forma parte de la práctica diaria de las/los integrantes de los equipos de salud. En general, las mujeres que consultan se encuentran en una condición clínica estable, no crítica, pero algunas de ellas llegan a los servicios de salud en estado grave y necesitan atención médica inmediata. El tratamiento oportuno puede salvarles la vida. Asimismo, si las mujeres que consultan en una condición clínica estable no reciben la atención oportuna y adecuada, pueden sufrir complicaciones que pongan en riesgo su salud y su vida.

En el proceso de atención es importante tener presente que cursar un aborto suele ser una experiencia difícil en la vida de una mujer. Recibir una atención completa, integral y oportuna es fundamental para transitar en mejores condiciones dicha situación e indispensable para superarla adecuadamente. Además, se debe tener en cuenta que el contacto de las mujeres con el sistema de salud representa una oportunidad para realizar otras intervenciones, tendientes al cuidado de su salud, y para promover conductas de autocuidado. Asimismo, brinda la posibilidad de facilitar la consejería en salud sexual y reproductiva y el acceso a métodos anticonceptivos.

Por estos motivos, resulta imprescindible que los equipos de salud se encuentren preparados para brindar una atención integral y de calidad, acorde con las necesidades que puedan presentar las mujeres que consulten cuando se encuentran cursando un aborto. Es importante destacar la necesidad de brindar el apoyo y la contención necesarios en un marco de respeto y confidencialidad.

Cuando las mujeres cursan un aborto complicado la atención médica oportuna y de calidad puede salvar sus vidas.

1. OBJETIVOS

La “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto” está orientada a mejorar la atención de las mujeres que consultan a las guardias médicas o centros de salud mientras están cursando cualquiera de las variantes clínicas de un post aborto. Debe ser aplicada por todos aquellos equipos de salud que puedan recibir este tipo de consultas, como servicios hospitalarios de ginecología, obstetricia, guardia general y guardia obstétrica, y centros de atención primaria de la salud. Está destinada a todos las/los integrantes del equipo de atención, como médicas/os generalistas y especialistas en Tocoginecología y Anestesiología, obstétricas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os y administrativas/os. Pretende acercar a los equipos de salud algunas herramientas que les permitan ofrecer una mejor calidad de atención, llevada a cabo desde una perspectiva integral y centrada en la mujer*.

En este texto se describen las diferentes situaciones que se presentan habitualmente en las guardias médicas o centros de salud, y se desarrollan las acciones a seguir desde el inicio de la consulta hasta después del alta, con la puesta en práctica de una consejería donde se promuevan prácticas de autocuidado.

2. SITUACIÓN EN LA ARGENTINA

Estimar la cantidad de abortos en sus distintas variantes, entre ellas espontáneos e inducidos, que se producen anualmente en el país es difícil por varios motivos.

Por un lado, entre el 10 y el 20% de los embarazos clínicamente reconocidos evolucionan en un aborto espontáneo, muchos de los cuales requieren atención post aborto.

Por otro lado, en relación a los abortos inducidos, de acuerdo con diferentes estimaciones,

en la Argentina se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones voluntarias de embarazos por año (Mario y Pantelides, 2009). Esto significa que se realiza al menos un aborto por cada dos nacimientos, en general en condiciones inseguras.

De acuerdo con la definición de la OMS, un aborto inseguro es un procedimiento efectuado para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria, o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos (OMS, 2012).

En muchas situaciones el aborto inseguro es el resultado de dificultades en la accesibilidad a métodos anticonceptivos, fallas de los mismos o discontinuidad en la provisión. Esta situación afecta particularmente a quienes dependen del sistema público de salud. En lugares donde se dispone de métodos anticonceptivos efectivos y éstos son ampliamente usados, la tasa total de abortos disminuye considerablemente.

Según datos de estadísticas hospitalarias del Ministerio de Salud de la Nación sobre el sistema público de salud, durante 2011 se registraron 47.879 egresos hospitalarios por aborto en el país, de los cuales el 19% correspondió a mujeres menores de 20 años (DEIS, 2013)**. Esta es la única información disponible al respecto. No obstante, este dato no distingue entre abortos espontáneos y provocados, y representa solo una fracción del total de los abortos que ocurren anualmente.

*Esta guía está destinada a mejorar la atención de todas las personas que pueden atravesar un aborto, es decir todas las personas con capacidad de gestar -mujeres, niñas, adolescentes y varones trans-. A los fines de facilitar la lectura, se utiliza en muchas oportunidades el término “mujer” para referirse a posibles usuarias/os, pero no debe entenderse de manera restrictiva.

**No incluye datos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2.1. MORTALIDAD MATERNA

Si se considera la evolución de la mortalidad materna en los últimos años, el aborto es la principal causa. Este índice es un indicador fundamental de la salud sexual de las mujeres y del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.

En 2013 murieron en nuestro país 50 mujeres a causa de embarazos terminados en aborto, que representan el 20 % de las muertes maternas (DEIS, 2014)**. Nueve de ellas eran adolescentes menores de 20 años y ocho jóvenes de entre 20 y 24 años.

Si bien en 2012 se registró un descenso de la mortalidad materna por aborto a 33 muertes, representando casi el 13 % del total de muertes maternas, prácticamente no se presentan cambios definitivos en la última década (ver Gráfico 1).

El aborto es considerado un problema de salud pública puesto que afecta a mujeres jóvenes, que puede producir secuelas en su salud física y mental así como en su fertilidad futura, y las puede llevar a una muerte evitable.

En general, estas muertes son consecuencia de la utilización de procedimientos inseguros y de la demora en la búsqueda de atención médica. Esto se relaciona, principalmente, con problemas asociados a la clandestinidad en la que suelen realizarse estas prácticas.

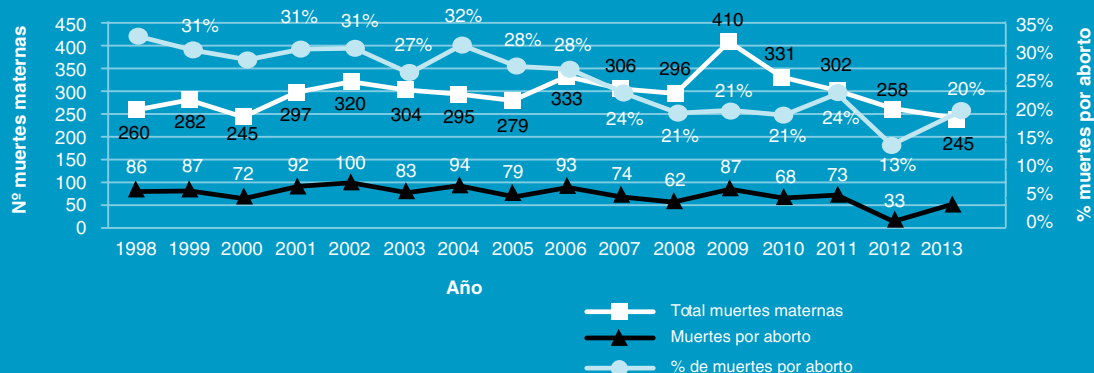
A estas razones deben agregarse las pocas posibilidades de acceso y, en muchas oportunidades, la falta de disposición que presentan los servicios de salud para dar una respuesta oportuna y efectiva a las personas que acuden al sistema de salud en esta circunstancia.

2.2. COMPROMISOS

En respuesta a esta grave problemática, en los últimos años la Argentina incorporó en la agenda institucional de salud pública derechos sexuales y derechos reproductivos desde un enfoque de equidad de género; para lograr un cambio en la orientación de sus políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva.

Gráfico 1

Total de muertes maternas y muertes por aborto y % de muertes por aborto sobre el total de muertes maternas, 1998-2012



Fuente: DEIS (2014).

En este marco se han asumido compromisos internacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la iniciativa de carácter global surgida en 2000 a raíz de la Declaración del Milenio, que establece un conjunto de metas cuantificables a alcanzarse en 2015 (ONU, 2000). Los indicadores numéricos internacionalmente convenidos permitirán evaluar el progreso general y de cada una de las regiones del mundo. Con respecto a la salud de las mujeres, para 2015 se propone mejorar la salud materna; reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes teniendo en cuenta los indicadores de 1990 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

3. ENCUADRE DE LA ATENCIÓN

La atención de las mujeres que cursan un aborto siempre debe enmarcarse en el respeto hacia las personas y sus derechos sexuales y reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos y como un deber de todo integrante de un equipo de salud.

Es importante que el equipo de salud tenga en cuenta las consecuencias que la situación de post aborto puede tener en la salud psíquica y física de las mujeres, y brindar el apoyo y la contención necesarios en un marco de respeto y confidencialidad.

La atención de las mujeres que están cursando un aborto está atravesada por un contexto particular, más complejo que el de otras consultas asistidas por el equipo de salud. Cursar un aborto representa una vivencia única y singular, que por lo general genera angustia y miedo por la salud, la fertilidad futura u otras consecuencias que pudiera traer el evento. Pueden presentarse sentimientos como tristeza o culpa. En los casos de interrupción voluntaria, se agrega la preocupación porque se niegue la atención, a sufrir maltrato o a recibir una denuncia.

A su vez, en las/los profesionales de la salud, muchas veces aparecen en la atención sentimientos negativos ligados a la posibilidad de que la interrupción haya sido voluntaria o que se no se les relate toda la situación, y el temor de que haya alguna complicación a raíz de prácticas inseguras previas y luego puedan ser considerados responsables. Se suma a esto que muchas/os profesionales tienen opiniones personales en contra de la interrupción voluntaria del embarazo y lo dejan entever durante la consulta.

Estas cuestiones pueden condicionar la interacción entre una persona que necesita atención y el/la profesional que debe brindársela, y hacer que se genere un vínculo poco propicio para favorecer la comunicación, la escucha activa, la confianza, y para garantizar el objetivo central de ese encuentro, que es realizar todas las acciones necesarias para preservar la salud y la vida de las mujeres.

En algunos casos se habilitan y generan situaciones de violencia obstétrica situaciones de violencia obstétrica. Por ejemplo, realizar un interrogatorio minucioso e intimidatorio en pos de que la mujer reconozca supuestas maniobras abortivas, alegar que eso es imprescindible para un tratamiento adecuado, no ofrecer o negar analgésicos frente al dolor o realizar legrados endouterinos sin anestesia. En estas circunstancias, se desdibuja la función del equipo de salud, que es brindar la mejor atención médica y psicológica a la mujer. Este trato es una barrera al derecho de las mujeres a recibir la atención médica adecuada. En estos casos los equipos de salud incumplen sus obligaciones profesionales y las instituciones, sus directivos y el personal médico y no médico son susceptibles de sanciones legales.

Es central garantizar la atención integral, con un trato amable y respetuoso.

4. MARCO LEGAL

El marco normativo que rige en la atención de las personas que cursan un aborto está formado por los tratados internacionales de derechos humanos que reconocen el derecho a la atención médica y la legislación nacional que establece los parámetros legales de la atención sanitaria.

Es importante destacar que **nuestra legislación, de acuerdo con estándares internacionales, amplía el concepto de relación médico-paciente para involucrar a lo que se conoce frecuentemente como “equipo de salud”**, es decir todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc., o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.

Hay varias normativas a tener en cuenta en la atención de mujeres que cursan un aborto.

La Ley N° 26.529/2009, de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”.

Establece el derecho a:

- Ser asistida por el equipo de salud sin menoscabo o distinción por sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.
- Recibir un trato digno y con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y de su intimidad.
- Recibir la información vinculada a su salud y las opciones terapéuticas disponibles, que se deben transmitir de forma clara y acorde a sus capacidades. Esta debe ser dada por escrito si es su deseo obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

- Aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa.

Ley N° 26.061/2005, de “Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”. Otorga a los niños, niñas y adolescentes similares derechos en lo referido a la toma de decisiones.

Ley N° 26.485/2009, de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. Define “violencia obstétrica” como la que se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia las mujeres, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, atención pre y post parto. El personal de la salud puede ser agente responsable de este tipo de violencia, así como del resto de las clases de violencia posibles: contra la libertad reproductiva, física, psicológica o institucional.

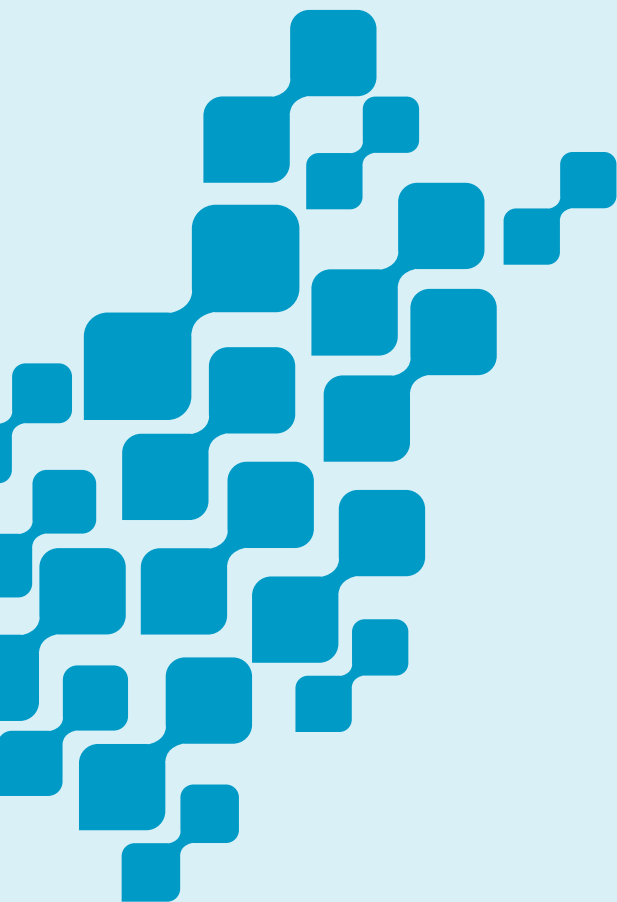
ART. 156 DEL CÓDIGO PENAL.

Tipifica como delito la violación del secreto profesional y la Jurisprudencia vigente establece la prevalencia de la obligación de guardar secreto médico respecto de la obligación de colaborar con la persecución punitiva del Estado. Los datos obtenidos durante la atención del paciente solo pueden ser revelados en casos excepcionales de justa causa, categoría en la cual no se encuadran los abortos provocados.

Abordaje del equipo de salud



- Vínculo y comunicación
- Recepción de la mujer
- Anamnesis y examen físico
- Estudios complementarios
- Tipos y etapas del aborto



Cualquier mujer en edad reproductiva que consulta en un servicio de salud por presentar un sangrado vaginal puede estar cursando un aborto, es decir, una interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal, en cualquiera de sus variantes clínicas. Es importante tener presente este posible diagnóstico, independientemente de que la mujer tenga o no la certeza de estar embarazada, y de sus antecedentes obstétricos, menstruales o anticonceptivos.

En general, las mujeres que cursan un aborto se presentan clínicamente estables, pero algunas llegan al establecimiento de salud en estado grave y necesitan tratamiento inmediato. El retraso en realizar la evaluación clínica podría llevar a que la situación se agrave, ya que en algunas ocasiones su vida depende de la atención médica oportuna.

La atención de las mujeres que presentan síntomas de un posible aborto, debe ser considerada una urgencia.

1. VÍNCULO Y COMUNICACIÓN

El trato que el personal del establecimiento de salud brinda a cada persona, desde el momento en que llega hasta que es dada de alta, influye en su percepción sobre la atención que recibe y por ende en su recuperación y en el autocuidado posterior. Por eso, las/los profesionales de la salud deben tener en cuenta que ciertas actitudes mejoran las condiciones de la atención. Por ejemplo:

El trato humanizado, de respeto y apoyo por la situación personal de cada mujer.

Una actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios.

El uso de un lenguaje claro y comprensible, adaptado a cada persona.

La construcción de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las usuarias y usuarios.

El respeto del derecho a la confidencialidad de la situación y el tratamiento.

Brindar información a las mujeres sobre su condición de salud, el retorno de su fertilidad y el autocuidado.

Respetar su derecho a tomar decisiones sobre su salud y fertilidad.

Mantener una escucha atenta sobre las necesidades, puntos de vista, dudas y preguntas de las mujeres.

2. RECEPCIÓN

La recepción de las personas que consultan por un posible aborto debe realizarse en un ambiente que garantice la privacidad y que busque crear un clima de contención y escucha activa, en el cual se brinde información comprensible sobre el grado de compromiso de su salud, los estudios que deben realizarle y las opciones terapéuticas.

Tanto en la recepción como durante la internación es importante cuidar especialmente que las mujeres no tengan que compartir el lugar con pacientes embarazadas o puérperas.

Desde el primer momento se debe aclarar a la persona que ningún paso será dado sin su consentimiento y siempre se ofrecerá la posibilidad de que un/a acompañante esté presente con ella durante la consulta si así lo desea.

Existen diferentes situaciones que pueden presentar las mujeres que consultan:

- Amenaza de aborto de un embarazo deseado o no.
- Aborto espontáneo, teniendo o no conocimiento de que estaba embarazada.
- Aborto inducido o provocado.
- Complicaciones debidas a una interrupción legal del embarazo (ya sea con tratamiento médico o quirúrgico, prestada anteriormente en el servicio al que consulta o en otro establecimiento de salud).
- Complicaciones producto de un aborto inseguro (autoinducido o inducido por una persona no calificada y/o en un ambiente inseguro).

Es importante destacar que el reconocimiento de estas situaciones no debe modificar la conducta de las/los profesionales de la salud, quienes deberán valorar los procedimientos terapéuticos teniendo en cuenta la condición clínica de la mujer, el examen físico y los estudios diagnósticos que se realicen.

En muchas oportunidades las/los profesionales de la salud insisten en saber la causa del aborto; es decir, si fue provocado, si hubo maniobras u otras circunstancias relacionadas. Se suele justificar su insistencia en la creencia errónea de que es necesario saber qué “se hizo” la mujer para establecer el adecuado tratamiento. Es posible que algunas/os profesionales de la salud se sientan molestos o frustrados al percibir que se les está “ocultando información”. Sin embar-



CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EL EQUIPO DE SALUD

La atención de mujeres que cursan un aborto implica para los equipos de salud la responsabilidad de ofrecer una atención de calidad, que garantice el respeto de los derechos humanos de estas mujeres.

Sin embargo, la atención de las mujeres en esta situación suele poner en juego tensiones y conflictos que involucran al conjunto del equipo de salud tanto a nivel personal como institucional. Esto influye negativamente en el acceso a la atención, la calidad de la misma y la salud actual y futura de las mujeres.

La reflexión y el debate en equipo pueden contribuir a ver y analizar estas tensiones y conflictos. Esto puede permitir, por un lado, generar un espacio para consensuar procedimientos y mecanismos que garanticen el pleno ejercicio de los derechos tanto de las usuarias como de los y las profesionales de salud. También, puede facilitar repensar percepciones, prácticas y actitudes de las/los integrantes del equipo de salud en la atención de mujeres que cursan un aborto.

Las situaciones particulares de la vida personal de cada mujer no deben convertirse en el fundamento de un trato diferencial. Esto genera desigualdad, discriminación y sufrimiento. Por este motivo, es tan importante reflexionar y debatir sobre valores y actitudes que en forma involuntaria pueden resultar en barreras u obstáculos para una atención de calidad.

El principal desafío reside en construir un vínculo con las usuarias, en un ámbito de contención física y emocional, de respeto y que garantice la confidencialidad.

Algunas herramientas para avanzar en ese camino:

- Más allá de que se puedan compartir o no las elecciones reproductivas de cada mujer, es importante tener en cuenta que las decisiones se toman en contextos complejos, que involucran muchos factores, que muy probablemente el equipo de salud desconozca al momento de la atención. Una escucha abierta, que respete los sentimientos y las decisiones que adopta cada mujer, mejora el vínculo y permite una mejor atención.
- La intervención del equipo de salud puede ser un momento clave en la vida de cada mujer. Esa intervención es más efectiva cuando se logra generar un vínculo en el cual lo que se conversa no sea vivido como un reto, una sanción o una amenaza. Una actitud desprejuiciada, paciente y respetuosa es determinante para que la mujer pueda tomar decisiones y adoptar prácticas de cuidado de su salud.

Las acciones de las/los integrantes del equipo siempre deben tender al cuidado de la salud física y emocional de las mujeres que cursan un aborto.

go, es importante tener presente que estas actitudes son las que, en muchas ocasiones, llevan a las mujeres a no querer contar, incluso a no consultar o a hacerlo tardíamente, poniendo así en riesgo su vida.

Es necesario que todos los integrantes del equipo médico aprendan a reconocer estos sentimientos y que traten de analizarlos desde un lugar empático con la situación de las mujeres que consultan.

Cualquiera sea el caso, la conducta indagatoria resulta una práctica expulsiva del sistema de salud y no tiene justificación médica, ya que el tratamiento estará determinado por la condición clínica de la mujer al momento de la consulta.

Es importante reforzar que la confidencialidad está garantizada y que lo que se hable será mantenido bajo secreto médico, de acuerdo a lo establecido en las leyes nacionales 26.529, 26.061 y 26.485, así como en el artículo 156 del Código Penal.

Las situaciones que presenten las mujeres no deben modificar el trato que brinda el equipo de salud. Su propósito es lograr su recuperación, sin hacer juicios de valor.

3. EVALUACIÓN CLÍNICA

Los síntomas más frecuentes que llevan a las mujeres a consultar en los servicios de salud son: atraso menstrual, cólicos o dolor en la parte inferior del abdomen, sangrado vaginal leve a moderado y fiebre. Con respecto a su situación clínica, pueden presentar:

- Sangrado vaginal leve a moderado.

- Sangrado vaginal abundante/hemorragia.
- Sepsis/infección.
- Lesión intraabdominal.

Las tres últimas manifestaciones clínicas indican la presencia de complicaciones debidas al aborto.

La evaluación de las mujeres que presentan signos de un posible aborto o sus complicaciones comienza por valorar si tiene signos clínicos de condiciones previas al shock (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica [SRIS], sepsis grave) o de shock. Dicha evaluación es urgente y radica en examinar rápidamente su pulso, presión arterial, palidez, extremidades, respiración, estado mental.

Una vez que el riesgo de shock haya sido descartado se puede proceder a realizar una evaluación clínica completa, que incluye la anamnesis y el examen físico.

Si se detectan signos clínicos de condiciones previas al shock o la presencia del estado de shock, hay que intervenir inmediatamente, ya que la vida de la mujer podría estar en riesgo (ver “Manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto”).

3.1. ANAMNESIS

Esta instancia constituye una parte esencial para llegar a un diagnóstico y formular un plan de tratamiento. Debe incluir:

Motivo de consulta y antecedentes. Fecha de la última menstruación (FUM), si tiene conocimiento de si está embarazada, si eliminó o expulsó restos ovulares, duración y cantidad del sangrado, duración y gravedad de los cólicos, si tuvo fiebre, escalofríos, náuseas o vómitos, dolor abdominal, dolor en el hombro. Por otra parte, puede ser de utilidad preguntar si se autoadministró o le colocaron objetos en la vagina o en el cuello uterino, o misoprostol. Es importante tener en cuenta que la mujer tiene el derecho a elegir si responder o no estas preguntas, y

que la atención médica y el trato respetuoso no pueden estar condicionados a las respuestas.

Antecedentes médicos y quirúrgicos pertinentes. Por ejemplo, vacunación (incluida la antitetánica y la isoimmunización antiRho), trastornos de sangrado o coagulación, antecedentes de otras enfermedades, alergias a medicamentos, medicaciones que toma en el momento de la consulta.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos pertinentes. Embarazos anteriores y sus resultados, uso de anticonceptivos, si tiene conocimiento de estar cursando actualmente alguna ITS o si vive con VIH y está realizando algún tratamiento.

Evaluación psicosocial. Detectar y evaluar situaciones de riesgo, como por ejemplo si presenta consumo problemático de sustancias, patologías psicológicas o psiquiátricas o si ha sido víctima de violencia doméstica o abuso sexual. Estas situaciones pueden contribuir a la pérdida de un embarazo, tanto en forma directa (por ejemplo, por medio de abuso físico y sexual), como indirecta (por ejemplo, por medio de posibles infecciones de transmisión sexual).

La violencia durante el embarazo tiene consecuencias sobre la salud mental y física de la mujer, como ansiedad, depresión, transmisión de VIH y otras ITS, embarazos no deseados y/o aborto en condiciones de riesgo (IPAS, 2003).

Detectar una situación de abuso sexual encuadra el aborto, en caso de haber sido inducido, en una interrupción legal del embarazo, por lo cual debe realizarse la consejería correspondiente. En los casos en que corresponda, es tarea del equipo de salud el informar a la mujer sobre sus opciones para llevar a cabo una interrupción legal del embarazo de manera segura, y sobre dónde puede acudir para tener acceso a dichos servicios.

Hay que recordar que el marco normativo vigente en la Argentina, según el artículo 86 del Código Penal, establece que el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer no es punible si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer, si el embarazo proviene de una violación o si es producto de un atentado al pudor sobre una mujer idiota o demente. Asimismo, que no es obligatorio que la mujer realice una denuncia previa por violación y que no se requiere intervención judicial para llevar a cabo la interrupción legal del embarazo, sino solamente una declaración jurada.

En este sentido, una de las primeras responsabilidades de las/los profesionales de la salud es disponer de información sobre el encuadre para la realización de una interrupción legal del embarazo, los establecimientos de salud que ofrecen estos servicios y el protocolo a seguir para que las mujeres puedan acceder a ellos de conformidad con las leyes y políticas locales.

Para más información consultar la *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles* (PNSSyPR, 2010).

3.2. EXAMEN FÍSICO

Antes de iniciar el examen físico, se debe explicar e informar a la mujer su propósito, en qué consiste y qué puede sentir, especialmente durante el examen ginecológico. Es indispensable solicitar siempre su aprobación y cuidar la privacidad durante todo el examen. Este incluye:

Examen físico general completo. En el examen abdominal, valorar: distensión, disminución de los ruidos intestinales, rigidez o defensa abdominal, dolor a la palpación (signo de rebote o Blumberg positivo).

Examen ginecológico. Consta de especuloscopia y examen bimanual. Suele ser más preciso y confiable si la mujer orina antes.

- **Especuloscopia.** Evaluar si hay sangrado y, de haberlo, determinar cantidad y origen del mismo. Valorar si el sangrado o cualquier secreción tienen olor fétido, lo que podría indicar la presencia de una infección. Extraer delicadamente los restos ovulares visibles y conservarlos para examinar el tejido.
- **Examen bimanual.** Se realiza después de la especuloscopia. Determinar la altura uterina, la consistencia y la posición del útero y anexos. También valorar si el cuello uterino presenta dilatación o se encuentra cerrado, y si hay dolor a la movilización cervical. Con la capacitación adecuada es posible estimar la edad gestacional.

Si durante el examen físico se identifican lesiones que hagan considerar la posibilidad de la realización de maniobras para interrumpir el embarazo, o incluso se constata presencia de cuerpos extraños (hierbas, ramas, restos de pastillas), es importante no hacer sentir a

la mujer juzgada, atemorizada o humillada, lo que aumentaría su miedo y angustia. Estos hallazgos no pueden condicionar la buena atención ni tampoco implican que deba realizarse una denuncia. Solamente hay que registrarlos en la historia clínica y valorar si determinan u orientan hacia alguna conducta médica determinada, como por ejemplo la existencia de una perforación o la necesidad de realizar antibiótico-terapia. Asegurarle a la mujer que todo será mantenido en estricta confidencialidad y retirar los cuerpos extraños con precaución.

Es importante realizar la anamnesis y examen clínico en privado, con un/a acompañante si la mujer lo desea, brindando información sobre cada paso y solicitando su consentimiento, en un marco de respeto y trato humanizado.

DERIVACIÓN Y TRASLADO OPORTUNO

El equipo de salud debe estar capacitado y equipado para estabilizar a las mujeres en shock y garantizar la atención médica definitiva rápidamente, ya sea en el establecimiento de salud donde consultaron o en el más cercano que disponga de los recursos necesarios. En este caso es necesario implementar una pronta derivación y un traslado rápido, para evitar que la salud de la mujer se deteriore aún más y para salvar su vida.

Como el estado de salud de la mujer puede empeorar rápidamente, y entrar en shock en cualquier momento, debe ser monitoreada cuidadosa y continuamente durante el traslado.

En todos los casos debe proporcionarse al establecimiento donde la mujer será atendida la información sobre su estado clínico y los tratamientos administrados.

Es importante que todo establecimiento de salud al cual acudan habitualmente mujeres esté preparado para un posible traslado a un establecimiento de salud de un nivel de complejidad superior, en función de los recursos, los protocolos y las situaciones locales.

En caso de considerar la existencia de una infección es conveniente tomar muestras para realizar un cultivo bacteriológico, pero si no se cuenta con esta posibilidad iniciar el tratamiento antibiótico de inmediato, antes de realizar la evacuación. Toda lesión de la vagina o del cuello uterino es indicio de la presencia o la posibilidad de una infección, en cuyo caso es necesario administrar antibióticos (ver “Manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto”).

3.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En una mujer en edad reproductiva que consulta por un sangrado intermitente, especialmente cuando está acompañado por dolor abdominal, considerar también el diagnóstico de embarazo ectópico. Este es más probable si la paciente tiene antecedentes de embarazo ectópico o de enfermedad pélvica inflamatoria, o tiene colocado un dispositivo intrauterino (DIU). De sospecharse, practicar un examen bimanual muy cuidadoso, puesto que un embarazo ectópico en etapa inicial podría romperse con facilidad.

4. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Para arribar a un diagnóstico completo en muchos casos se requiere de estudios de laboratorio, bacteriológicos y de diagnóstico por imágenes.

4.1. LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio no son indispensables en el caso de un aborto no complicado. Puede realizarse un hematocrito o hemoglobina y, en ocasiones, puede necesitarse confirmar el embarazo mediante un test. Sin embargo, la falta de infraestructura para realizar estos estudios no puede obstaculizar ni retrasar el inicio del tratamiento.

Si la mujer no sabe su grupo sanguíneo y factor Rh, solicitarlo, siempre que sea posible, de manera de administrar inmunoglobulina antiRho cuando esté indicado. En caso de que la mujer haya presentado sangrado importante o signos de infección, solicitar hemograma con recuento de plaquetas, coagulograma, función renal y hepatograma (ver “Manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto”).



USO PREVIO DE MISOPROSTOL

La autoadministración de misoprostol para interrumpir un embarazo es frecuente. Por ello, es importante que las/os profesionales de la salud tengan presentes los efectos clínicos y secundarios que pueden surgir por su uso. Como efectos secundarios son habituales las náuseas y la diarrea. Estos son más frecuentes y graves cuando se usan dosis altas de misoprostol. Por otra parte, cuando se utiliza misoprostol para interrumpir un embarazo de más de 12 semanas, suele presentarse un sangrado abundante.

4.2. ECOGRAFÍA

Este estudio no está considerado como de rutina en los casos de aborto, pero si está disponible puede ayudar a definir la edad gestacional, descartar un embarazo ectópico, y diagnosticar otras patologías o la inviabilidad del embarazo.

4.3. OTROS ESTUDIOS

Si se sospecha una complicación, ya sea una infección o perforación, realizar: cultivo de secreción vaginal y material endometrial, incluyendo anaerobios, radiografía de abdomen, ecografía pelviana y de abdomen; y eventualmente, una tomografía, para definir colecciones intracavitarias (ver “Manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto”).

5. TIPOS Y ETAPAS DEL ABORTO

La OMS define al aborto como la interrupción de un embarazo antes de que el feto logre la viabilidad (menor de 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalocaudal menor a 25 cm) (OMS, 2002).

A través de la evaluación clínica es posible determinar cuál de los patrones clínicos se aproxima más a la situación de la mujer que consulta. El tratamiento definitivo va a depender del tipo de aborto, su etapa y la altura del útero determinada en el examen pélvico o edad gestacional. En la Tabla 1 se presentan los distintos tipos y etapas del aborto.



Tabla 1

Síntomas y tratamiento para los distintos tipos y etapas de aborto

Estadio	Características clínicas
Amenaza de aborto	• Retraso menstrual o amenorrea secundaria. • Test de embarazo positivo. • Sangrado genital de pequeña o moderada intensidad y/o dolor tipo cólico en hipogástrico generalmente poco intenso. • Sin modificaciones cervicales. • Volumen uterino acorde a amenorrea. • Ecografía: vitalidad fetal positiva.
Aborto inevitable	• Retraso menstrual o amenorrea secundaria. • Hemorragia abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico. • Dolor tipo cólico en hipogástrico. • Volumen uterino igual o menor que la amenorrea. • Puede haber o no dilatación cervical.
Aborto en evolución	• Expulsión inminente del tejido ovular. • Retraso menstrual o amenorrea secundaria. • Hemorragia persistente. • Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia. • Modificaciones cervicales. • Volumen uterino menor que la amenorrea.
Aborto completo	• Expulsión completa del producto de la concepción. • Retraso menstrual o amenorrea secundaria. • Disminución de la hemorragia y del dolor. • Orificio interno del cuello, que puede estar abierto o cerrado. • Volumen uterino menor que la amenorrea. • Ecografía: cavidad vacía o con imágenes sugestivas de coágulos.
Aborto incompleto	• Expulsión parcial del producto en concepción. • Retraso menstrual o amenorrea secundaria. • Hemorragia y dolor tipo cólico de magnitud variable. • Dilatación cervical. • Volumen uterino menor a la amenorrea. • Ecografía: confirma el diagnóstico, pero no es imprescindible.
Aborto retenido o diferido (antes huevo muerto y retenido [HMR])	• Retraso menstrual o amenorrea secundaria. • Puedo no acompañarse de hemorragia y dolor. • No hay modificaciones cervicales. • Volumen uterino menor que por amenorrea. • Suele cursar con regresión de los síntomas y signos de gestación. • Ecografía: ausencia de vitalidad fetal o presencia de saco gestacional sin embrión (huevo anembrionado).
Aborto infectado	• Cualquiera de las formas clínicas a las que se agrega infección intrauterina y/o pélvica. • Secreción hematópurulenta a través del cérvix con olor fétido. • Temperatura menor a 36 °C o mayor a 38 °C sin otro sitio clínicamente evidente de infección. • Taquicardia. • Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdómino-pélvico a la movilización del cérvix y útero. • Alteraciones del estado general.
Aborto recurrente o habitual	• Pérdida de 3 o más gestaciones antes de las 22 semanas de manera espontánea. Cada pérdida puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas descriptas. Si bien excede a esta guía el estudio y tratamiento del aborto recurrente o habitual, es importante tenerlo presente para que, luego de atender la situación de urgencia, la mujer sea referenciada a un especialista para realizar los estudios y tratamientos necesarios.

EL EQUIPO DE SALUD EN LA CONSEJERÍA

La atención de las mujeres que cursan un aborto requiere del desarrollo de una práctica en contexto, en la cual es necesario desplegar diferentes herramientas, más allá de los conocimientos específicamente médico-asistenciales.

La consejería es un dispositivo de atención que implica el asesoramiento personalizado, realizado por personal capacitado, que tiene como objetivo acompañar a las personas en la toma de decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva. Representa una parte integral de la atención post aborto de alta calidad. Se implementa con una modalidad de trabajo no indicativa, a través de la construcción de un vínculo de confianza y de comunicación que facilite la circulación de información entre el equipo de salud y la usuaria, en un ambiente de privacidad y con garantía de confidencialidad.

En algunos lugares es posible contar con una persona designada para llevar adelante la consejería, que por lo general es un integrante del equipo de salud con adecuados conocimientos y experiencia que recibe capacitación sobre el tema. Sin embargo, en la mayoría de los casos suele ser la misma persona la que proporciona tanto la atención médica como la consejería. Por ese motivo, es fundamental que todo el equipo adquiera los conocimientos y habilidades necesarios para brindar una consejería centrada en las necesidades de cada mujer.

ANTES, DURANTE Y DESPUÉS

En los casos de las mujeres que están cursando un aborto, la consejería se debe implementar, idealmente, antes de que la mujer reciba el tratamiento médico –si las condiciones clínicas así lo permiten y no se amenaza la salud de la mujer–, y debe continuar durante el tratamiento y en el momento del alta.

La experiencia de una mujer que cursa un aborto es tanto física como emocional, y cuando el equipo de salud le brinda apoyo, además de la atención médica, tiene más capacidad para entender y aceptar su estado médico, tomar decisiones sobre el tratamiento recomendado, la posible evolución de su situación, así como otros problemas de salud afines que puedan presentarse.

Toda consejería empieza con la evaluación y el abordaje de las necesidades únicas de cada mujer. Una mujer que busca atención médica porque está cursando un aborto puede presentar una variedad de emociones, tales como temor, tristeza, vergüenza, alivio, cólera o culpabilidad. Es esencial que la/el consejera/o logre establecer un vínculo de confianza. No se debe insistir para que la mujer hable o revele información que no quiere compartir. Se recomienda que la/el profesional de la salud le proponga a la mujer que se reúnan en privado, y que le pregunte si desea que alguien de su entorno la acompañe durante la consejería.

ESTRATEGIAS PARA UNA BUENA INTERACCIÓN

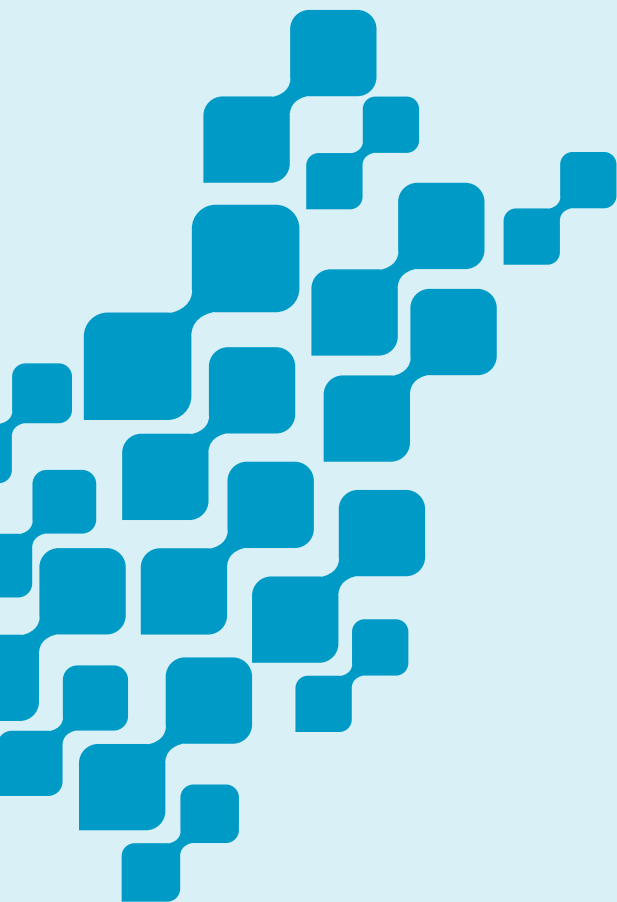
La consejería es una estrategia de trabajo en salud que se basa en la construcción de un vínculo de confianza que posibilite una buena interacción entre la/el profesional y la mujer. Entre sus objetivos se busca:

- Asegurar que lo que se converse en la consulta es confidencial y será mantenido bajo secreto médico. También que solo se hablará con su familia o su acompañante con su expreso permiso.
- Proporcionar la oportunidad de apoyar a la mujer para que pueda explorar sus sentimientos, evaluar su capacidad para sobrellevar la situación, manejar su ansiedad y comprender la información que necesita para tomar decisiones.
- Acompañar a la mujer en sus decisiones respecto de su embarazo, la necesidad de tratamiento y el plan a seguir, el retorno de la ovulación y su futura salud sexual y reproductiva.
- Apoyar a la mujer para que pueda entender lo que le está pasando, el grado de compromiso con su salud, los estudios que tendrían que realizarle y por qué, los posibles tratamientos y la atención posterior o de control.
- Garantizar que reciba las respuestas adecuadas a sus preguntas y reforzar la idea de que el equipo de salud está para acompañar su recuperación.
- Acompañar a la mujer a explorar sus sentimientos y decisiones respecto de sus relaciones interpersonales y las circunstancias de su vida relacionadas con su salud sexual y reproductiva.
- Abordar cualquier otra inquietud que tenga la mujer en ese momento.
- Identificar situaciones que requieran la participación de otros servicios en la atención o la derivación posterior de la mujer.

Tratamiento



- Manejo del dolor
- Profilaxis antibiótica e isoimmunización
- Opciones terapéuticas de evacuación endouterina: misoprostol y aspiración de vacío
- Técnica AMEU
- Indicaciones de alta



Cuando una mujer presenta un aborto en curso, incompleto o retenido es necesario realizar la evacuación uterina, ya sea mediante tratamiento médico o instrumental. Las opciones terapéuticas dependen de su estado clínico, de la edad gestacional estimada y de sus deseos.

Durante muchos años, el tratamiento de elección para completar la evacuación uterina fue el raspado uterino evacuador (RUE) o legrado uterino instrumental (LUI). Actualmente, esta técnica se encuentra en desuso, ya que existen otras opciones menos invasivas para la mujer, que no requieren anestesia general ni internación, lo que implica el alejamiento de su hogar y todo lo que eso conlleva.

El tratamiento médico con misoprostol y la técnica de aspiración de vacío, ya sea manual o eléctrica, surgen como dos opciones terapéuticas aceptables, seguras y eficaces, con grandes ventajas para la mujer, para las/os médicas/os que la asisten y para el sistema de salud. Son alternativas terapéuticas que bajo un adecuado control y seguimiento, y realizadas por profesionales de salud capacitados, pueden ser implementadas en forma ambulatoria o con una mínima internación, por lo que resultan menos costosas y más efectivas para el sistema de salud.

A continuación se detallan algunas recomendaciones generales para el tratamiento de mujeres que cursan abortos no complicados. **Para los casos de abortos con complicaciones ver “Manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto”.**

Las opciones terapéuticas dependen del estado clínico de la mujer, la edad gestacional, sus deseos y la disponibilidad del centro asistencial.

1. MANEJO DEL DOLOR

Durante el proceso del aborto, la mayoría de las mujeres refiere sentir algún tipo de dolor. **Es importante ofrecer medicamentos para el dolor.** Se pueden utilizar desde analgésicos del tipo ibuprofeno a las dosis habituales hasta incluso tranquilizantes como diazepam, previo a un procedimiento médico o instrumental.

El dolor varía de acuerdo con diferentes factores, como la edad, paridad y antecedentes de dismenorrea previa, pero sobre todo se asocia con el nivel de ansiedad o temor que presente la mujer y los conocimientos que posea acerca de su estado médico y el tratamiento. El apoyo verbal antes, durante y después del procedimiento puede ayudar a aminorar su ansiedad y, en consecuencia, a que la usuaria pueda relajarse y disminuir el dolor que experimenta.

Entre las opciones no farmacológicas que recomienda la OMS para disminuir el dolor están: brindar asesoramiento, información y un trato comprensivo, aplicar técnicas de relajación, hacerla escuchar música y, si lo desea, la compañía de una persona de su confianza.

En ninguna situación es aceptable que las/los profesionales de salud, como medida punitiva, no administren medicamentos para el control del dolor o maltraten a la mujer. Un trato respetuoso y la información necesaria pueden ayudar a la mujer a permanecer relajada y a disminuir su percepción del dolor (IPAS, 2006).

2. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

La OMS recomienda el uso de profilaxis antibiótica en todas las mujeres a quienes se les va a practicar la evacuación uterina instrumental, porque reduce a la mitad el riesgo de infección en el período posterior al pro-

cedimiento. En aquellos lugares donde no se disponga de antibióticos, a modo de profilaxis se debe ejercer una estricta observación de los procedimientos de limpieza y desinfección.

Si la evacuación uterina se realiza con tratamiento médico no se requieren antibióticos profilácticos, porque el riesgo de infección intrauterina es muy bajo (OMS, 2012).

En la Tabla 2 se indican algunos regímenes recomendados por sociedades científicas internacionales. La elección del esquema a utilizar dependerá de la disponibilidad de antibióticos. La revisión de los ensayos demostró que las mujeres tienen dificultades para tomar los antibióticos y regresar para la atención, de manera que los de dosis única pueden ser los más apropiados en estas circunstancias (May, Gülmezoglu y Ba-Thike, 2008).

3. ISOINMUNIZACIÓN

La OMS (2012) sugiere que el riesgo teórico de isoinmunización es muy bajo en embarazos menores a 63 días de gestación (9 semanas). Por su parte, la recomendación de IPPF (2012) es que si una mujer Rh-negativa va a tomar misoprostol en su hogar, se administre inmunoglobulina antiRh₀ el día en que comienza el procedimiento. Si el embarazo tiene entre 6 y 12 semanas de gestación, la dosis recomendada es de 50 mcg por vía intramuscular, y si el embarazo es mayor, 300 mcg también por vía intramuscular.

4. VACUNACIÓN

Las mujeres que han experimentado un aborto en condiciones de riesgo pueden haber sido expuestas al tétanos. Si se sabe o sospecha que ese ha sido el caso, valorar la necesidad de aplicar la vacuna antitetánica (toxoides tetánico) y gammaglobulina antitetánica según esquema de vacunación (Tabla 3). Si no se trata de un aborto inseguro, igualmente evaluar la necesidad de aplicar la vacuna antitetánica de

acuerdo con el esquema recomendado.

Además de la vacuna doble bacteriana, deberán recibir gammaglobulina antitetánica las mujeres que hayan recibido previamente menos de 3 dosis de vacuna con toxoide tetánico, o tengan antecedentes de infección por VIH, inmunocompromiso grave o vacunación dudosa, o presenten una herida considerada sucia y contaminada por el profesional de la salud. En cualquiera de esos casos, administrar 250 UI por vía intramuscular. Si transcurrieron más de 24 horas desde el/la procedimiento, o se sospechara que la herida tiene un potencial alto de producir tétanos, o se trata de una mujer cuyo peso es mayor de lo

normal, podrá también considerarse la duplicación de la dosis a 500 UI.

5. EVACUACIÓN ENDOUTERINA

Las opciones terapéuticas para realizar la evacuación endouterina dependen de la edad gestacional, las posibilidades del centro asistencial y el deseo de la mujer. Es esencial realizar una adecuada consejería, en la cual se expliquen las diferentes opciones posibles, de manera que la mujer pueda tomar su decisión basada en la

Tabla 2 Regímenes antibióticos recomendados por sociedades científicas internacionales		
Institución	Esquema antibiótico recomendado	
Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2009)	Doxiciclina 100 mg VO una hora antes del procedimiento y 200 mg después del procedimiento. o Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas, durante cinco días.	
Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG, 2011)	Azitromicina 1 g VO el mismo día del procedimiento más metronidazol 1 g VR u 800 mg VO antes del procedimiento o en el momento de realizarlo. o Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por siete días empezando el mismo día del procedimiento, + metronidazol 1 g VR u 800 mg VO antes del procedimiento o en el momento de realizarlo. o Metronidazol 1g VR u 800 mg VO antes del procedimiento o en el momento de realizarlo, en mujeres cuyas pruebas de infección por <i>C. trachomatis</i> dieron negativo.	
Sociedad Argentina de Infectología (SADI, 2003 y 2009)	Procedimiento instrumental en abortos espontáneos del primer trimestre	Doxiciclina 200 mg VO 2 hs previo al procedimiento y 200 mg posterior al procedimiento. o Metronidazol 500 mg MD VO 2 hs antes del procedimiento.
	Procedimiento instrumental en casos de abortos del primer y segundo trimestre realizados en condiciones inseguras	Cefazolina 1g EV en la preinducción y luego 1g cada 8 hs por 24 hs o Cefalotina 1 gr EV preinducción y luego 1 gr cada 6 hs durante 24 hs En casos de alergia a betalactámicos: clindamicina 600 mg + gentamicina 1,5 mg/kg en la preinducción y luego clindamicina cada 8 hs por 24 hs + gentamicina 3 mg/kg MD

Tabla 3 Esquema recomendado según tipo de herida y antecedente de vacunación		
Historia de la vacunación (dosis anteriores)	Herida menor o limpia	Cualquier otra herida
Desconocida o menor a 3 dosis	Vacuna doble adulto (dT)	dT + inmunoglobulina antitetánica (IGT)
3 o más dosis y menos de 5 años de la última dosis o 5 años	---	---
3 o más dosis y 6 a 10 años de la última dosis	---	dT
3 o más dosis y más de 10 años de la última dosis	dT	dT

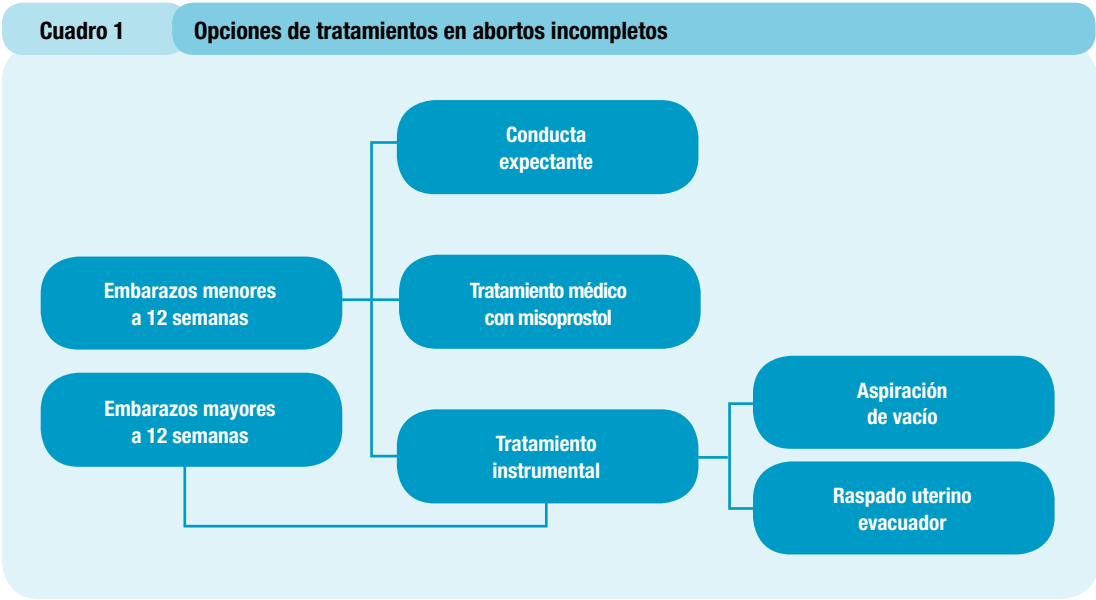
Fuente: PRONACEI (2012).

información recibida. Ante un aborto incompleto de menos de 12 semanas las opciones son: conducta expectante, tratamiento médico o tratamiento instrumental. En caso de que la edad gestacional sea mayor a 12 semanas, la opción es el tratamiento instrumental (Cuadro 1).

5.1. CONDUCTA EXPECTANTE

En algunas circunstancias, en mujeres que se encuentran clínicamente estables y desean evitar un tratamiento médico o quirúrgico, los abortos incompletos pueden manejarse en

forma expectante. En ese caso, la evacuación lleva más tiempo y existen mayores probabilidades de que se presente sangrado persistente y de que no se complete el aborto, con la consecuente necesidad de realizar una evacuación instrumental tardía. Las evidencias existentes no afirman que la conducta expectante sea más beneficiosa que el tratamiento instrumental o médico. En ese sentido, es importante tener en cuenta la preferencia de la mujer, por lo que es necesario brindarle información clara y completa para que pueda tomar la decisión (Nanda y otros, 2012).



5.2. EVACUACIÓN CON TRATAMIENTO MÉDICO: MISOPROSTOL

El misoprostol representa para la mayoría de las mujeres una opción de tratamiento segura y efectiva en abortos incompletos o retenidos de menos de 12 semanas de edad gestacional. Requiere pocos recursos y se puede administrar en centros de salud de primer nivel de atención, sin necesidad de que las mujeres

tengan que ser derivadas a un centro de mayor complejidad o internadas. **El tratamiento con misoprostol es de fácil manejo tanto para las/os profesionales como para las usuarias.**

Se puede considerar el tratamiento ambulatorio inicial del aborto incompleto con misoprostol en mujeres con úteros de hasta 12 semanas, sin signos de infección, con posibilidades de retorno seguro y rápido al centro de atención (FLASOG, 2013).

MISOPROSTOL

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 que, al igual que las prostaglandinas naturales, tiene acción sobre varios tejidos, incluyendo la mucosa gástrica y el músculo liso del útero y cérvix. Provoca contracciones del músculo liso del útero, estimula la maduración cervical y aumenta el tono uterino.

La sensibilidad del útero al misoprostol aumenta con la edad gestacional, por lo que la dosis más efectiva e inocua varía de acuerdo a cada trimestre.

Se almacena a temperatura ambiente, presenta numerosas vías de administración y tiene una vida media prolongada.

Inicialmente, este medicamento fue ideado y comercializado para el tratamiento de la gastropatía por AINEs, pero en la actualidad es aceptado y utilizado ampliamente para otras indicaciones.

En marzo de 2005, la OMS incluyó al misoprostol en su lista de medicamentos esenciales, por haberse demostrado su eficacia y perfil de seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo. Entre sus indicaciones se encuentran: maduración cervical, inducción del aborto en 1° y 2° trimestres (interrupción legal del embarazo [ILE]), prevención y profilaxis de la hemorragia post parto, aborto incompleto, preparación instrumental del cuello uterino (OMS, 2005).

En la Argentina, hasta diciembre de 2013 la ANMAT no había avalado estas indicaciones. Sin embargo, en muchos países los medicamentos pueden ser utilizados en forma y para indicaciones que no están incluidas en el registro original. Este uso, conocido como off label o “fuera de etiqueta”, es una práctica bastante común y aceptada. Por ejemplo, por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos, que al respecto dice: “La buena práctica médica y el mejor interés de los pacientes requiere que los médicos utilicen drogas [...] legalmente disponibles de acuerdo a sus conocimientos y mejor juicio. Si un médico usa una droga con una indicación diferente de aquella para la cual la droga fue aprobada, está obligado a estar muy bien informado sobre el producto y basar su uso en un raciocinio médico firme y en sólidas evidencias científicas, además de mantener un registro del uso del producto y de sus efectos” (citado en Gynuity, 2009b y FLASOG, 2013).

En la Tabla 4 se presentan los criterios que deben tenerse en cuenta para considerar o descartar el tratamiento médico ambulatorio. Una vez que se establece que la mujer presenta las condiciones requeridas para utilizar este tratamiento y ella acepta esta opción, se procederá a explicarle cómo debe realizarlo. Si es posible, reforzando la explicación con folletería.

Para poder realizar el tratamiento en forma ambulatoria es muy importante establecer un vínculo personalizado entre la mujer y el profesional o equipo de salud que la asiste. De esa manera ella cuenta con un referente a quien recurrir para realizar el seguimiento de su tratamiento o ante cualquier inconveniente.

5.2.1. Dosis de misoprostol

En la Tabla 5 se detallan las dosis de misoprostol recomendadas para el tratamiento médico del aborto incompleto (OMS, 2012).

En mujeres a quienes se les realizó una cesárea previa se debe reducir la dosis a la mitad (FLASOG, 2013).

En la mayoría de los casos la evacuación uterina completa ocurre en las primeras 24 a 72 horas, aunque en algunos casos puede tardar entre 7 y 10 días (FLASOG, 2013).

En el manual para uso de misoprostol de FLASOG (2013) se señalan recomendaciones para el tratamiento médico en gestaciones mayores a 12 semanas: una de ellas es que su manejo sea siempre intrahospitalario y que se utilicen las mismas dosis de misoprostol que para la interrupción voluntaria del embarazo.

5.2.2. Vías de administración

Si bien las vías recomendadas por OMS y FLASOG son la sublingual, la oral y la vaginal, también es posible utilizar el misoprostol por vía bucal. Diferentes estudios han demostrado que esta forma de administración es tan eficaz como la vaginal (IPAS, 2013).

Tabla 4 Condiciones para realizar o no el tratamiento médico ambulatorio	
Es posible realizar el tratamiento médico si la mujer presenta:	NO se debe realizar tratamiento médico si la mujer presenta:
- Dilatación del cuello del útero. - Sangrado vaginal (previo o actual). - Altura uterina menor o igual a 12 semanas.	- Antecedentes de alergia al misoprostol u otra prostaglandina. - Sospecha de embarazo ectópico. - Signos de infección pélvica y/o sepsis. - Síntomas de inestabilidad hemodinámica o shock. - Antecedentes de trastornos de la coagulación o que estén tomando anticoagulantes.

Fuente: Gynuity (2009a).

Tabla 5 Dosis de misoprostol		
Situación médica	Dosis	Vía de administración y esquema
Aborto incompleto menor a 12 semanas	600 mcg	Oral MD.
	400 mcg	Sublingual MD.
	200 mcg	Vaginal cada 3 hs hasta un total de 800 mcg.

Fuente: OMS (2012).

En la administración por vía bucal, el comprimido se coloca en el espacio entre la encía y la mejilla, y se deja absorber a través de la mucosa bucal (Figura 1), mientras que por la vía sublingual el misoprostol se aplica bajo la lengua. El comprimido es altamente soluble y puede disolverse en 20 minutos o menos (Figura 2).

En los casos en que se utilice misoprostol asociado a diclofenac, se recomienda que antes de aplicarlo –tanto por vía bucal como sublingual– se extraiga previamente el núcleo del comprimido, compuesto por diclofenac, y se descarte.

5.2.3. Precauciones para el uso de misoprostol

Si la mujer tiene colocado un DIU, se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol. Y si se encuentra amamantando, es importante recomendar que deseché la leche materna durante las primeras horas después de la administración de misoprostol (Gynuity, 2009a).

5.2.4. Información y recomendaciones para la mujer

Es importante informar a la mujer sobre los efectos que puede esperar tener con el uso de misoprostol, para disminuir así las preocupacio-

nes que pudieran surgirle cuando se encuentre en su domicilio. Estos incluyen:

Sangrado. Normalmente empieza el mismo día en que se toma el medicamento. Es leve a moderado y puede continuar hasta la siguiente menstruación.

Dolor o cólicos abdominales. Normalmente se inician durante la hora posterior a la toma del medicamento. Para disminuirlos se pueden tomar analgésicos, como ibuprofeno.

Síntomas gastrointestinales. Pueden presentarse diarrea, náuseas y vómitos pasajeros.

Fiebre/ escalofríos. Ocurren ocasionalmente y son pasajeros, suele ser una febrícula.

También es importante brindar pautas o signos de alarma a los que la mujer tiene que estar atenta para realizar una consulta oportuna en la guardia hospitalaria o centro de salud. Recomendar que concurra de inmediato si presenta:

Fiebre un día después de realizar el tratamiento.

Dolor abdominal fuerte, que no mejora después de tomar analgésicos como ibuprofeno.

Sangrado importante, es decir si empapa más de dos apósitos femeninos grandes por hora durante más de dos horas consecutivas.

Sangrado abundante repentino, después de que este disminuyó o se detuvo durante varios días luego de haber tomado misoprostol.

Sangrado continuo durante varias semanas y mareos.



Figura 1. Uso por vía bucal.



Figura 2. Uso por vía sublingual.

5.2.5. Seguimiento

La tasa de éxito es mayor cuando se pospone el control entre 7 y 14 días, para permitir que tenga lugar el proceso de expulsión. En el 85% de los casos este se completa a los 7 días, y a los 14 días en el 96%. Por ese motivo, se recomienda realizar una cita de control luego de 7 días de realizado el tratamiento. Si en el momento de la visita de seguimiento el aborto continúa incompleto, según el criterio médico y la preferencia de la mujer, se puede repetir la dosis de misoprostol o realizar una evacuación instrumental.

En este último caso, el centro de salud debe contar con la posibilidad de efectuarla o de derivar a la mujer a otro centro de salud. No se recomienda realizar la intervención quirúrgica antes de los 7 días de iniciado el tratamiento médico, a menos que esté indicado clínicamente porque se presenta alguna complicación, como intensa hemorragia o infección.

5.3. EVACUACIÓN CON TRATAMIENTO INSTRUMENTAL

La evacuación con tratamiento instrumental puede realizarse mediante aspiración de vacío o por raspado uterino evacuador (RUE), también conocido como legrado uterino instrumental (LUI). El procedimiento recomendado por la OMS es la aspiración de vacío, porque presenta mínimas complicaciones, en comparación con las que ocurren con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Además, la aspiración de vacío es un procedimiento más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor. El raspado evacuador o legrado resulta un método menos seguro y más doloroso que otros tratamientos. Por ese motivo, deberá reservarse solo para los casos en que no pueda realizarse tratamiento médico y no esté disponible la aspiración de vacío.



INDICACIONES DE USO DE MISOPROSTOL EN OTRAS SITUACIONES CLÍNICAS

Edad gestacional	Dosis	Vías de administración y esquema
Huevo anembrionado de 6 a 12 semanas	800 mcg	Sublingual MD.
Aborto retenido (HMR) de 6 a 12 semanas	800 mcg 600 mcg	Vaginal MD. Sublingual MD.
Aborto retenido de 13 a 22 semanas	400 mcg 400 mcg	Vaginal cada 3 hs máximo 4 dosis. Sublingual cada 3 hs máximo 4 dosis.
Muerte fetal intrauterina de 13 a 17 semanas	200 o 400 mcg	Vaginal cada 6 hs máximo 4 dosis.
Muerte fetal intrauterina de 18 a 26 semanas	100 mcg	Vaginal/sublingual cada 6 hs máximo 4 dosis.

Fuente: OMS (2012), FLASOG (2013), FIGO (2012).

En la presente Guía se desarrollará la técnica de aspiración al vacío, que consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío. Según sea la fuente de vacío, la técnica puede ser de aspiración de vacío eléctrica (mediante una bomba de vacío eléctrica), o manual (en la que el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano [AMEU]).

Antes del procedimiento es fundamental explicarle a la mujer en qué consiste y cómo es el seguimiento posterior (duración; posibles efectos secundarios, como dolor, sangrado, náuseas, diarrea, vómitos; tipo de anestesia que se utilizará; tiempo de recuperación; posibles complicaciones).

Este procedimiento no debe completarse mediante raspado uterino a modo de rutina.

Mediante la utilización de la aspiración de vacío, se notifican índices de aborto completo de entre el 95% y el 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas (IPAS, 2004).

5.3.1. Indicaciones

A continuación se detallan las indicaciones tocginecológicas para la aspiración de vacío.

- Aborto incompleto con altura uterina menor o igual a 12 semanas y dilatación cervical menor o igual a 2 cm.
- Embarazo anembrionado y/o huevo muerto retenido con tamaño uterino menor o igual a 12 semanas y dilatación cervical menor o igual a 2 cm.
- Enfermedad trofoblástica gestacional, independientemente del tamaño uterino.
- Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.
- Abortos en el primer trimestre de la gestación.
- Biopsia de endometrio.

5.3.2. Contraindicaciones

Las contraindicaciones son tres:

- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- Aborto incompleto o retenido con tamaño uterino mayor de 12 semanas o dilatación cervical mayor a 2 cm.
- Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.

5.3.3. Manejo del dolor durante el procedimiento

Durante el procedimiento de evacuación uterina, la mujer puede presentar dolor de distinta intensidad, desde cierto grado de molestia hasta un malestar muy incómodo. La percepción del dolor y la reacción ante este pueden variar en cada mujer en función de distintos factores. El dolor puede atenuarse mediante una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical y un trato amable y respetuoso.

Es importante explicarle a la mujer que si bien el procedimiento es relativamente corto, durante ese tiempo probablemente sentirá cierto grado de molestia. Informarle sobre las fuentes de dolor y las diversas opciones que pueden utilizarse para su manejo. A continuación se detallan los medicamentos orales y sus efectos.

Analgésicos: paracetamol e ibuprofeno.

Opiáceos: deben usarse cautelosamente dado que, en el caso de tratamientos realizados en forma ambulatoria, se han registrado incidentes, tales como caídas de escaleras y accidentes de tránsito. Para evitar esto, la mujer debería estar acompañada.

Tranquilizantes (ansiolíticos): reducen la ansiedad y la memoria, pero no el dolor, y relajan los músculos. Al usar benzodiacepinas, tales como diazepam, se deben seguir las mismas recomendaciones que para los opiáceos. Con respecto a la anestesia, el procedimiento

de aspiración de vacío puede realizarse con bloqueo paracervical, anestesia regional (raquídea o peridural) o general.

Pasos y recomendaciones para realizar el bloqueo paracervical (OMS, 2012):

1. Cargar en una jeringa de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio, 10 ml de lidocaína sin epinefrina al 1% o 5 ml de lidocaína sin epinefrina al 2%, más 5 ml de solución salina o agua destilada.
2. Luego de colocado el espéculo y realizada la correcta antisepsia del cuello uterino, estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior –de acuerdo con la posición del útero– con una pinza de cuello (Pozzi o Erina). Previamente puede inyectarse 1 a 2 ml de anestésico en el lugar donde se aplicará la pinza.
3. Aplicar una suave tracción con la pinza de cuello que permita observar el repliegue cervicovaginal posterior.
4. Aplicar el bloqueo paracervical en los puntos horarios 3, 5, 7 y 9 sobre la unión de la mucosa vaginal y la cervical, bajo la mucosa cervical, **no sobre el exocervix** (Figura 3).
  - Introducir la aguja hasta una profundidad de 2,5 a 3,8 mm. No sobrepasar esta profundidad ya que implica riesgos de lesión vesical o de víscera hueca.
  - Aspirar para verificar que no se está inyectando en un vaso sanguíneo.
  - Administrar 1 ml para descartar una reacción alérgica. De no existir, completar la aplicación lentamente.
  - Inyectar lentamente de 2 a 5 ml de lidocaína al 1%.
  - Esperar 5 minutos hasta que el anestésico haga efecto.

Un ejemplo de un plan para el manejo del dolor incluye la colocación de un bloqueo paracervical, la administración de analgésicos orales 30 a 45 minutos antes de iniciar el procedimiento de aspiración de vacío y el uso de modalidades no farmacológicas, tales como el apoyo verbal y el trato amable y respetuoso (IPAS, 2006).

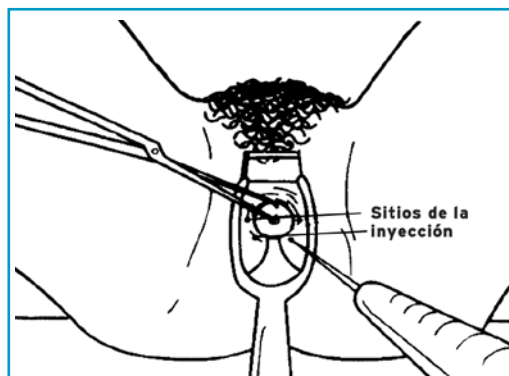


Figura 3. Bloqueo paracervical.

5.3.4. Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío

A continuación se detalla la técnica AMEU. Aunque la mayoría de los conceptos puntualizados corresponden a las dos modalidades de aspiración de vacío, eléctrica y manual, se hace hincapié en la técnica manual dado que es la que está actualmente disponible en la mayoría de los centros del país (IPAS, 2004 y 2005).

1. **Preparar el instrumental.** Disponer una mesa auxiliar estéril con 1 pinza aro, 1 espéculo, 1 pinza de cuello uterino (Pozzi), 1 bol con antiséptico, 1 riñonera, 1 juego completo de bujías de Hegar, gasas, el aspirador de AMEU (ver “Detalle y funcionamiento del aspirador manual”) y cánulas semirrígidas (abrir solo la cánula que se utilizará, de acuerdo con la altura uterina). Antes de usar el aspirador, asegurarse de que conserve el vacío; para esto, cargar el aspirador, esperar unos minutos y luego soltar los botones para liberar el vacío. El sonido del aire al entrar en el aspirador es una indicación de que se ha creado el vacío. Si esto no ocurre, ver que el aspirador esté bien armado, inspeccionar el anillo “O” para comprobar que no tenga defectos o cuerpos extraños y si está bien lubricado, y asegurarse de que el cilindro esté firmemente colocado en la válvula. Si el anillo “O” no se encuentra bien lubricado puede utilizarse xilocaína en jalea o gel en base acuosa como el utilizado para

realizar ecografías (nunca usar vaselina u otros derivados del petróleo). Si al volver a probarlo no conserva el vacío, usar otro aspirador (Figura 4).

2. **Preparar a la paciente.** Pedirle que vacíe la vejiga, ayudarla a subir a la camilla y a colocarse en posición ginecológica.
3. **Examen ginecológico.** Realizar un examen bimanual para confirmar la altura uterina y verificar la dilatación del cuello. Cambiarse los guantes. Colocar cuidadosamente el espéculo vaginal: si se observa tejido o cuerpo extraño en el orificio cervical, extraerlo con pinza y gasa estéril.
4. **Realizar antisepsia.** Aplicar una gasa embebida en solución antiséptica por el cuello uterino y las paredes vaginales.
5. **Realizar bloqueo paracervical** (ver 5.3.3. “Manejo del dolor durante el procedimiento”).
6. **Elección de la cánula.** El tamaño de la cánula a utilizar depende de la altura del útero a partir de la fecha de la última menstruación (FUM) y la dilatación del cuello uterino. Con una FUM y altura uterina de 4 a 6 semanas se utiliza una cánula de 4 a 7 mm, de 7 a 9 semanas una de 5 a 10 mm y de 9 a 12 semanas una de 8 a 12 mm.



Figura 4. Instrumental dispuesto en la mesa auxiliar estéril.

7. **Dilatar el cuello uterino.** Proceder según sea necesario para permitir que la cánula seleccionada se deslice ajustada y fácilmente a través del orificio cervical.

8. **Insertar la cánula.** Introducir la cánula tomándola por el extremo distal y empujarla suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno. Para facilitar la introducción, realizar movimientos de rotación a medida que se ejerce una presión suave. Empujar la cánula suavemente hasta tocar el fondo de la cavidad uterina.

Los puntos visibles de la cánula permiten determinar la histerometría. El primer punto de la cánula se encuentra a 6 cm del extremo romo de la misma. Los otros puntos están a intervalos de 1 cm. Retirar un poco (1 cm aproximadamente) la cánula antes de conectar a la jeringa (Figura 5).

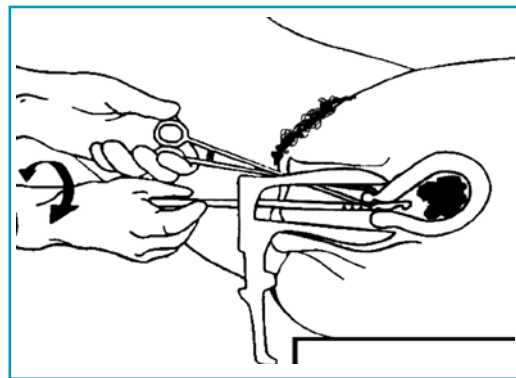


Figura 5. Introducción de la cánula.

9. **Aspirar el contenido del útero.** Conectar la cánula al aspirador ya cargado (es decir, con el vacío ya creado, la válvula cerrada y los botones de la válvula oprimidos hacia adentro y adelante) sosteniendo la pinza de cuello y el extremo de la cánula con una mano y el aspirador con la otra. Asegurarse de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras se conecta el aspirador (Figura 6). Liberar el vacío soltando los botones de la válvula del aspirador (para esto, oprimir los

botones hacia adentro y soltarlos). Esto abre la válvula y de inmediato se inicia la aspiración. Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia el aspirador.

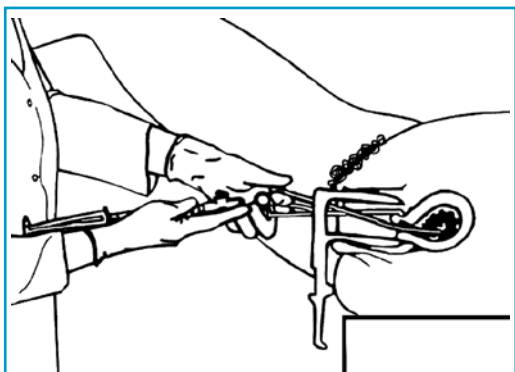


Figura 6. Conexión de la cánula a la jeringa.

Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo el aspirador suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás, rotando la cánula y el aspirador en sentido de las agujas del reloj, con movimientos largos, cuidando de que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío (Figura 7).

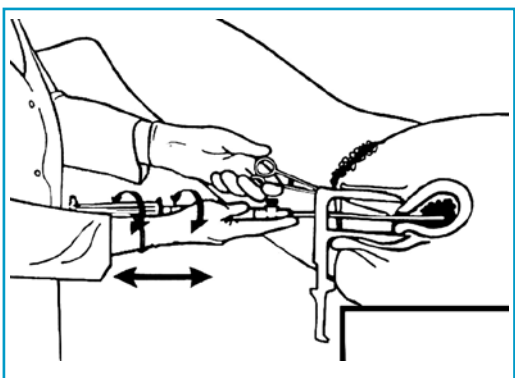


Figura 7. Extracción del contenido uterino.

- **Si el aspirador se llena de restos.** Cerrar la válvula (presionar botones hacia adelante y adentro), desconectar el aspirador de la cánula dejando esta colocada dentro de la cavidad uterina;

abrir la válvula (presionar botones hacia adentro) y empujar suavemente el émbolo dentro del cilindro para vaciar el contenido del aspirador en el recipiente o riñonera para inspeccionarlo. Restablecer el vacío, reconectar el aspirador a la cánula y continuar la aspiración.

- **Si se pierde el vacío.** Desconectar el aspirador de la cánula y restablecer el vacío. Este se puede perder o disminuir por distintos motivos: el aspirador está lleno; la cánula se encuentra obstruida por restos, se ha salido del orificio externo del cérvix o está mal adaptada al aspirador; la dilatación cervical es mayor a la que corresponde a la cánula seleccionada; existe una perforación uterina.

10. Finalización del procedimiento. Las señales que indican que se ha completado el procedimiento de AMEU son: en la cánula se observa espuma roja o rosada y en ella no se ven más restos; se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado porque este se contrae alrededor de la cánula y dificulta su movilización.

Luego de comprobada la finalización del procedimiento, cerrar la válvula (presionar los botones hacia adelante y adentro) y desconectar la cánula del aspirador, o bien retirar cuidadosamente la cánula y el aspirador juntos, sin oprimir los botones.

11. Inspección del tejido. Para vaciar el contenido del aspirador en un recipiente adecuado, desconectar la cánula si aún se encuentra conectada, soltar los botones si están oprimidos y deslizar el émbolo suave y completamente dentro del cilindro. No empujar el contenido aspirado a través de la cánula, ya que este se contaminará. Inspeccionar el tejido para determinar la presencia y cantidad de restos ovulares, la finalización de la evacuación endouterina y la presencia de un embarazo molar. La cantidad de tejido debe corresponder a la altura uterina

y deben observarse vellosidades y decidua en el tejido. Enviar el tejido a un laboratorio de patología para ser examinado.

12. Finalización del proceso. Practicar cualquier procedimiento concurrente, como por ejemplo la inserción de un DIU (siempre y cuando la mujer haya recibido la consejería correspondiente y haya elegido este método) o el reparo de un desgarro del cuello uterino. Procesar el instrumental.

5.3.5. Cuidados post operatorios

Finalizado el procedimiento, se debe permitir que la mujer descanse y continúe su recuperación. Mientras tanto, debe ser monitoreada, ya sea en el área de tratamiento o en otro lugar del establecimiento de salud, hasta que se encuentre consciente y alerta, pueda caminar sin ayuda, tenga signos vitales normales y ella misma manifieste que se siente en condiciones para retirarse de la institución. Además, debe mostrar signos de recuperación normal de la evacuación endouterina, es decir, disminución del sangrado y del dolor abdominal.

La duración del período de recuperación varía según el estado clínico de la mujer, el tipo de procedimiento practicado, los medicamentos administrados para el manejo del dolor y cualquier otro tratamiento proporcionado. En este período es fundamental:

Controlar los signos vitales mientras la mujer está en la camilla.

Administrar medicación para el dolor en caso de ser necesario.

Evaluar el sangrado y los cólicos, que deben disminuir. El dolor intenso y el sangrado abundante persistentes no son normales. El sangrado excesivo puede ser un signo de retención de restos ovulares, atonía uterina, desgarro cervical u otras complicaciones. Los cólicos abdomina-

les intensos y persistentes pueden ser una señal de perforación uterina o hematómetra post aborto, que puede ocurrir inmediatamente después del procedimiento o luego de varios días.

Confirmar que la mujer pueda orinar.

Brindar consejería en anticoncepción y el método anticonceptivo en caso de haber elegido alguno: si aún no ha sido ofrecida, la consejería anticonceptiva debe efectuarse durante el período de recuperación o antes de dar de alta a la mujer. Es posible que ella se sienta más cómoda hablando sobre sus futuras necesidades de salud reproductiva y opciones anticonceptivas en este momento que en las etapas iniciales del tratamiento.

Brindar consejería sobre los riesgos del aborto inseguro: es importante explicarle a la mujer que hay conductas o prácticas para interrumpir un embarazo que son inseguras y pueden poner en riesgo su vida, mientras que existen otras que realizadas de manera adecuada son seguras.

5.3.6. Indicaciones para el momento del alta

En el momento de darle el alta es importante explicarle a la mujer lo relacionado con algunas situaciones que pueden presentarse durante los días siguientes y brindarle la información necesaria.

- Aclarar que los primeros días puede tener cólicos uterinos moderados, similares a los de una menstruación normal, que se pueden controlar con un analgésico de potencia leve a moderada (paracetamol o AINES, como ibuprofeno) y con compresas o baños tibios.
- Explicar que tendrá un sangrado leve o manchas de sangre durante un par de semanas y que si continúan por más tiempo, debe realizar una consulta médica. La menstruación

normal debe reanudarse dentro de las cuatro a ocho semanas siguientes al post aborto.

- Si necesita tomar medicamentos, como analgésicos, explicar la frecuencia con que tiene que hacerlo y durante cuánto tiempo.
- Hacer sugerencias sobre la higiene personal rutinaria: que evite el uso de tampones, duchas vaginales y baños de inmersión mientras dure el sangrado.
- Brindar recomendaciones sobre la reanudación de la actividad sexual, indicándole la conveniencia de esperar hasta que se detenga el sangrado vaginal por completo para reiniciarlas.
- Informar sobre la posibilidad de quedar embarazada nuevamente pocos días después del tratamiento y brindar información sobre anticoncepción (ver “Consejería en anticoncepción post aborto”). Luego de haber realizado la consejería en anticoncepción, garantizar la entrega del método en caso de que haya seleccionado uno.
- Informar sobre signos y síntomas que puede presentar y requieren atención urgente inmediata: sangrado excesivo (más abundante que el de una menstruación normal) o persistente (más de dos semanas); cólicos persistentes y/o de intensidad creciente, que no ceden con analgésicos comunes; dolor ante la presión en el abdomen o distensión abdominal; mareos o desmayos; náuseas o vómitos; fiebre y/o escalofríos; flujo de mal olor o purulento; otras situaciones que le generen preocupación. Explicar qué hacer y dónde buscar atención médica urgente en estos casos.
- Ofrecer a la mujer la oportunidad de hacer preguntas y obtener más apoyo si lo necesita. Realizar las derivaciones que se consideren oportunas (servicio social, salud mental, atención a mujeres víctimas de violencia).
- Establecer una cita de control entre los 7 y 10 días posteriores al procedimiento.
- Remarcar la importancia de los cuidados de seguimiento y de los controles periódicos

de salud: patología mamaria, patología cervical y salud reproductiva.

- En lo posible, dar la información de forma escrita y con apoyo gráfico.



PREPARACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL ASPIRADOR ENDOUTERINO MANUAL

El dispositivo para AMEU consta de un aspirador manual y de las cánulas de aspiración. El aspirador manual tiene una válvula con un par de botones que la abren y cierran, lo que permite controlar el vacío; una tapa y un revestimiento desmontable; un émbolo con mango y un anillo-O; un cilindro de 60 cc donde se deposita el contenido de la evacuación endouterina, con un clip que sujeta el aro de seguridad (Figuras 8y 9).



Figura 8

Las cánulas son de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm de diámetro. Las más pequeñas (de 4 a 8 mm) tienen dos aberturas en situación opuesta y las más grandes (de 9, 10 y 12 mm) presentan una sola abertura de mayor tamaño. Los puntos impresos en cada cánula se usan para indicar la posición de la abertura principal. El primer punto se encuentra a 6 cm de la punta de la cánula y los que le siguen están espaciados a intervalos de 1 cm (Figura 9).

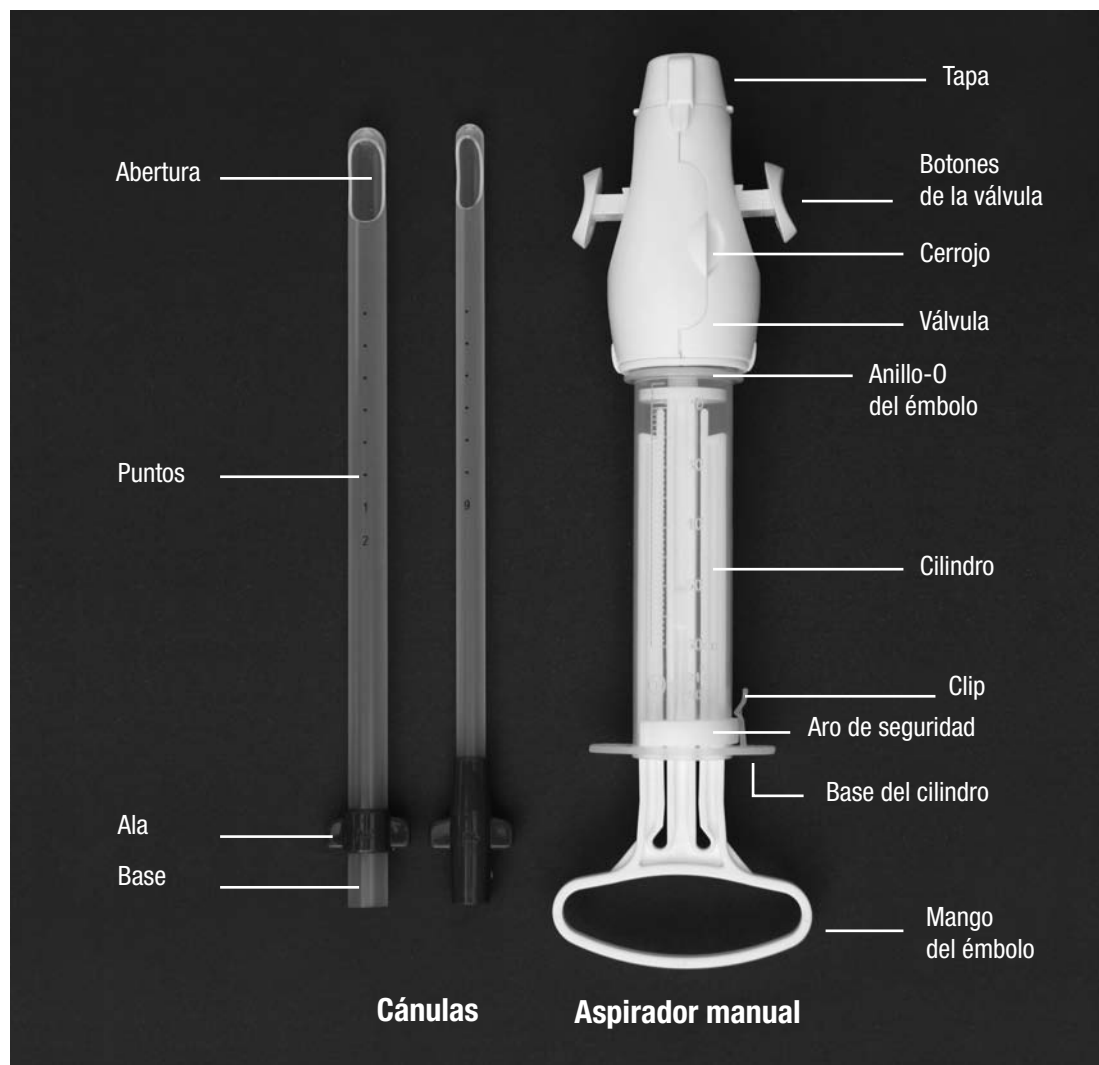
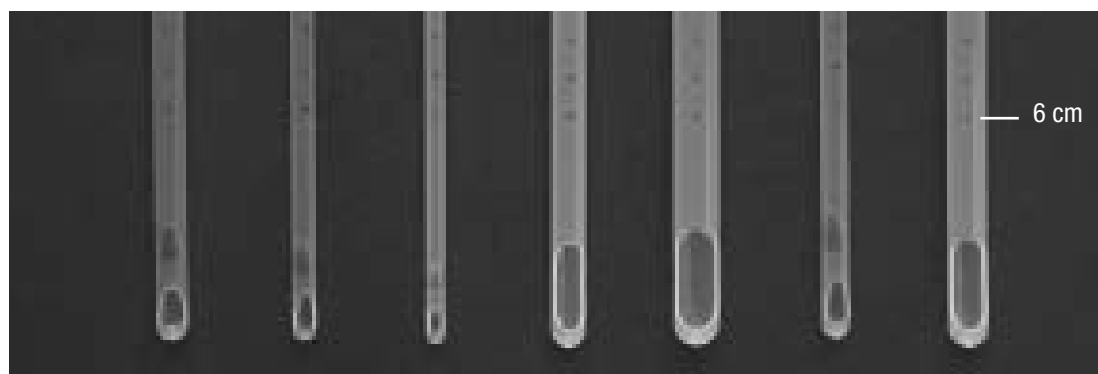


Figura 9

ARMADO DEL AMEU

1. Revisar el anillo-O (Figura 10) y colocarlo en la ranura de la punta del émbolo (Figura 11). Lubricarlo con una sola gota de lubricante (silicona, glicerol o detergente líquido). No usar nunca productos fabricados a base de petróleo (Figura 12).
2. Abrir la válvula y colocar el revestimiento en su lugar, alineando los rebordes internos (Figura 13). Luego, cerrar la válvula (Figura 14) y encajar la tapa en su sitio (Figura 15).

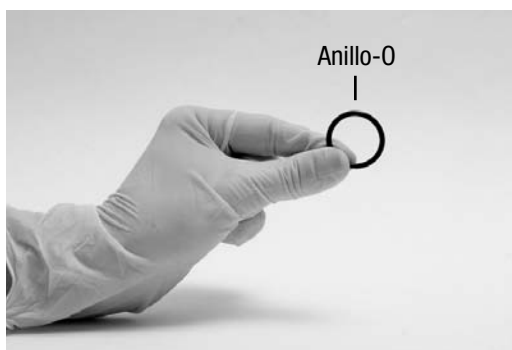


Figura 10

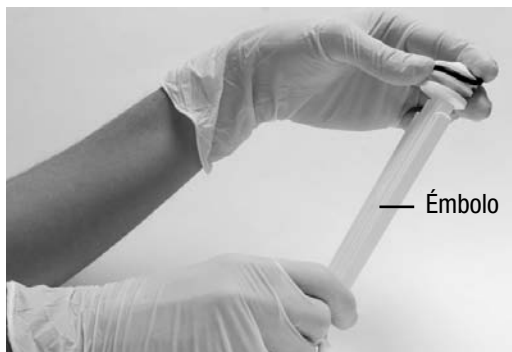


Figura 11



Figura 12

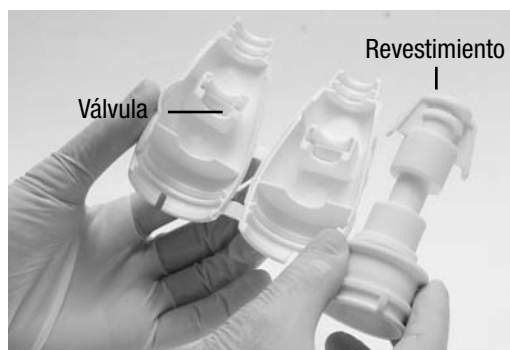


Figura 13

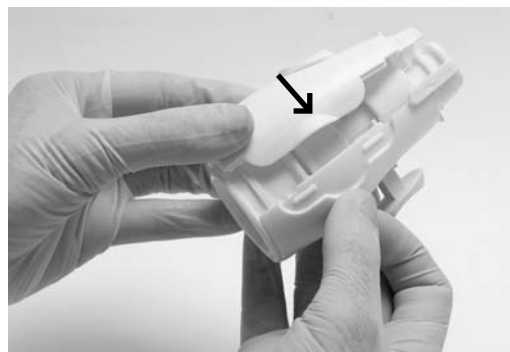


Figura 14

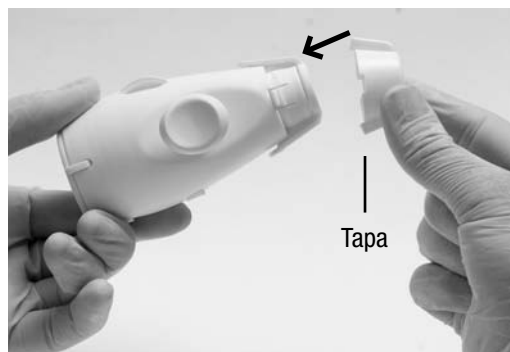


Figura 15

3. Empujar el cilindro dentro de la válvula e introducir el émbolo completamente dentro del cilindro (Figura 16). Controlar que los botones no estén oprimidos y que los lados anchos de la base del cilindro y el asa del émbolo estén alineados (Figura 17).



Figura 16



Figura 17

4. Fijar el aro de seguridad deslizándolo debajo del clip de sujeción y empujando sus trabas dentro de los orificios ubicados en la base del cilindro (Figura 18).

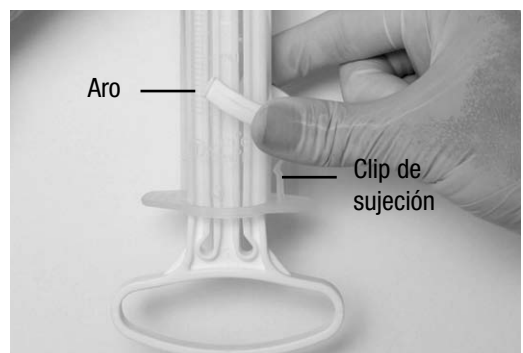


Figura 18

GENERACIÓN DEL VACÍO O CARGADO DEL AMEU

1. Comenzar con los botones de la válvula no oprimidos (válvula abierta), el émbolo introducido completamente dentro del cilindro y el aro de seguridad en su lugar (Figura 19).



Válvula abierta

Botón liberado



Válvula cerrada

Botón oprimido

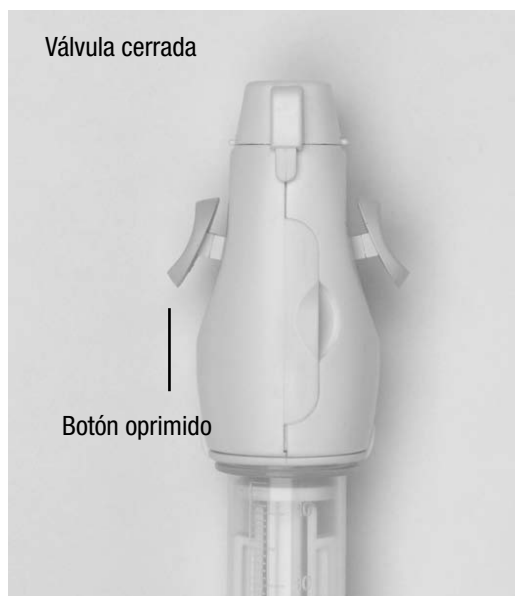


Figura 19



Figura 20

2. Para crear el vacío o cargar el AMEU, primero oprimir los botones de la válvula hacia adentro y adelante (es decir hacia la punta de la válvula) (Figura 20), hasta sentir que encajan en su lugar y hacen un “clic”. Esta maniobra cierra la válvula.

3. Tirar del émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se encajen en los lados anchos de la base del cilindro (Figura 21). Una vez que los brazos del émbolo se encuentren en esa posición, el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitir que este se deslice dentro del cilindro e inyecte el contenido del aspirador nuevamente dentro del útero. Nunca hay que sujetar el aspirador por los brazos del émbolo.

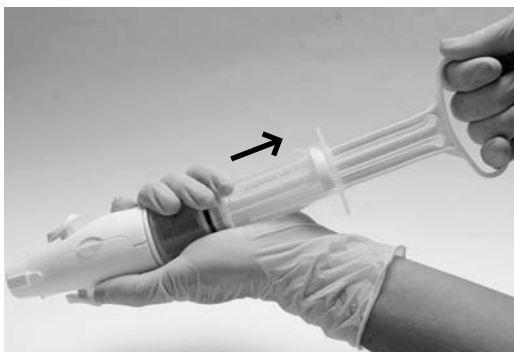


Figura 21

4. Para liberar el vacío, “soltar” los botones de la válvula (para ello oprimir los botones hacia adentro y soltarlos). Esta maniobra abre la válvula (Figura 22). El sonido del aire al entrar en el aspirador es una indicación de que se creó el vacío. Antes de cada uso debe revisarse el aspirador para cerciorarse de que conserva el vacío.

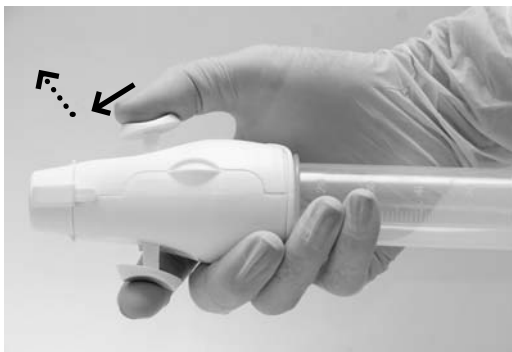


Figura 22

PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL PARA SER REUTILIZADO

1. **Descontaminación por remojo.** Después del procedimiento, todo el instrumental que va a ser reutilizado debe dejarse en remojo hasta que pueda lavarse en un balde con solución de cloro al 0,5%. Aspirar y eyectar el agua con el aspirador varias veces para asegurarse de que no queden restos y/o sangre visible adheridos. Esta etapa facilita las maniobras de limpieza posterior.
2. **Lavado.** Desarmar el dispositivo y lavarlo con agua tibia, detergente y esponja.
3. **Desinfección de alto nivel.** Se hace con detergentes enzimáticos durante 20 minutos, glutaraldehído al 2% por 20 minutos, o cloro al 0,5% por 20 minutos. La otra opción es realizar una esterilización con autoclave a vapor (con temperaturas de hasta 121°C) o glutaraldehído al 2% por 10 horas.
4. **Almacenamiento.** El dispositivo se debe conservar en envases o recipientes estériles, en un ambiente seco y limpio. Debe almacenarse armado, lubricado y listo para su uso.

MANTENIMIENTO DEL ASPIRADOR

El aspirador es un dispositivo reutilizable. Las cánulas, por su parte, si bien están rotuladas para un solo uso, en los lugares donde es permitido por los reglamentos locales pueden ser reutilizadas después de ser esterilizadas o sometidas a una desinfección de alto nivel.

Después del procedimiento es necesario mantener en remojo el aspirador y las cánulas hasta que puedan lavarse o procesarse, ya que si se secan dificultaría eliminar completamente todos los contaminantes. Como desinfectante puede usarse una solución de cloro al 0,5%.

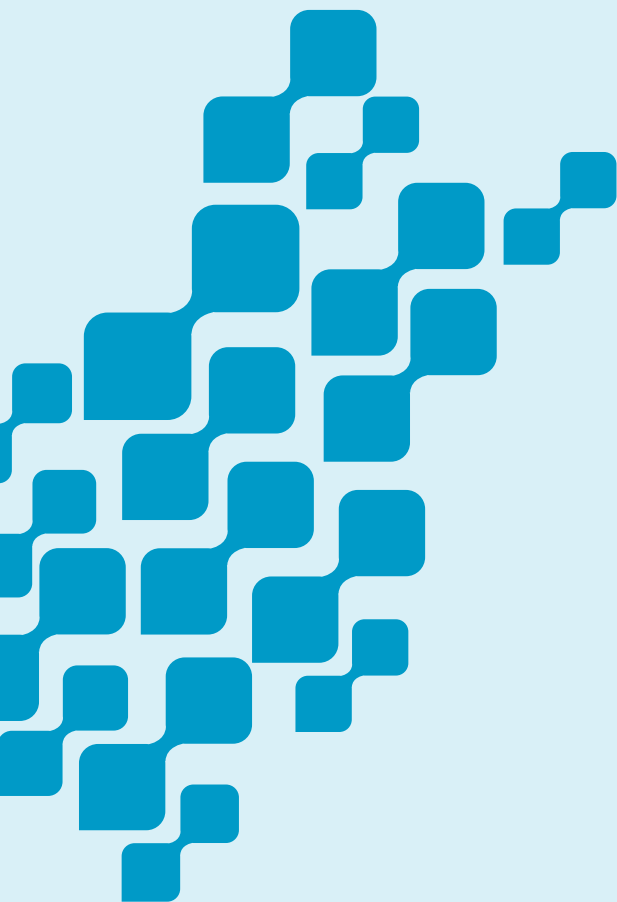
El número de veces que se pueden reutilizar el aspirador o las cánulas varía de acuerdo con su uso y mantenimiento. Entre los motivos para desechar el aspirador se pueden señalar: el cilindro se puso quebradizo o agrietado; tiene depósitos minerales que impiden el movimiento del émbolo; las piezas de la válvula están agrietadas, dobladas o rotas; los botones están rotos; los brazos del émbolo no se aseguran en su lugar; el dispositivo ya no tiene la capacidad de conservar el vacío.

Por su parte, las cánulas deben desecharse si se vuelven quebradizas, si están agrietadas, torcidas o dobladas, en especial en el sitio de la abertura, o si no se puede extraer el tejido al lavarlas. (Fuente: IPAS, 2004).

Manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto



- La importancia del diagnóstico oportuno
- Evaluación rápida y primeras medidas
- Conductas terapéuticas
- Shock séptico



Un aborto, ya sea inducido o espontáneo, puede presentarse acompañado de tres tipos de complicaciones graves: hemorragia, sepsis o lesión de órganos internos. Es más frecuente encontrar este tipo de complicaciones en las zonas donde es común la práctica de abortos realizados en condiciones de riesgo y donde se carece de servicios de anticoncepción y de aborto seguro. La OMS define “aborto inseguro” como “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado por personas con falta de destrezas necesarias o en un ambiente que carece de los estándares mínimos o ambos”. En este sentido, el término “no seguro”, no es sinónimo de “ilegal” o “clandestino”. Según datos de distintos estudios, entre el 20% y el 30% de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor y entre el 20% y el 40% de estos casos evolucionan en una infección del tracto genital superior. Además, el 25% de las mujeres sometidas a un aborto inseguro desarrollan una incapacidad temporal o permanente que requiere atención médica (OMS, 2012).

Es importante tener en cuenta que muchas de las mujeres que se someten a un aborto inseguro pueden no buscar atención médica o retrasarla, porque consideran que la complicación que presentan no es algo serio, carecen de los medios económicos necesarios, o temen al abuso, al maltrato o a una represalia legal.

1. DIAGNÓSTICO DE LAS COMPLICACIONES DEBIDAS A UN ABORTO

Las complicaciones relacionadas con los abortos pueden presentarse antes de que la mujer busque atención médica, durante el tratamiento médico o después de concluido este. Y pueden darse varias en forma simultánea. Por ese motivo, **es importante que el equipo de salud evalúe continuamente el estado clínico de la mujer, para detectar las complicaciones a tiempo y manejarlas, ya sea atendiéndola inmediatamente en el lugar o estabilizándola y derivándola a un establecimiento donde le puedan brindar un tratamiento adecuado. Esto evita que la condición progrese y empeore la salud de la mujer, lo que la pondría en mayor riesgo de vida.**

En un aborto incompleto, la retención de restos ovulares puede causar sangrado, infección y dolor, y contribuir a las complicaciones. En estos casos, un componente determinante para el tratamiento es la evacuación endouterina, procedimiento que no debe demorarse una vez que se haya estabilizado a la mujer.

1.1. EVALUACIÓN Y CONDUCTA INICIAL

Ante la consideración de la presencia de alguna complicación, internar a la mujer inmediatamente.

Es importante efectuar una evaluación rápida inicial para detectar la presencia de shock u otras entidades emergentes, como síndrome de respuesta sistémica inflamatoria (SRIS) o sepsis grave, que amenacen la vida de la mujer. En caso de contarse en el establecimiento con una unidad de terapia intensiva (UTI), solicitar una interconsulta con el médico terapeuta para evaluar conjuntamente a la mujer y establecer la gravedad del cuadro clínico y la conducta a seguir (por ejemplo, necesidad de internación

en UTI). En estos casos el seguimiento será conjunto entre los servicios de ginecología y/u obstetricia y la UTI. Caso contrario, valorar la necesidad de derivarla de manera urgente a un centro asistencial que disponga de la complejidad que le garantice un tratamiento adecuado y en tiempo.

Si se descarta el shock y las entidades clínicas que lo preceden, completar la evaluación clínica y solicitar el consentimiento informado de la mujer para el tratamiento.

1.1.1. Primeras medidas a realizar

En todos los casos, independientemente de la etiología de la complicación, aplicar al ingreso de la mujer las medidas que se detallan.

- Asegurar permeabilidad de la vía respiratoria.
- Verificar los signos vitales a intervalos frecuentes (tensión arterial, temperatura axilar, frecuencia cardíaca y respiratoria).
- Evaluar alteraciones del sensorio.
- Mantener a la paciente abrigada.
- Suspender la vía oral.
- Administrar oxígeno al 100% con máscara o bigotera.
- Colocar 2 vías periféricas percutáneas de grueso calibre.
- Expansión de volumen con cristaloides: solución fisiológica o solución de Ringer lactato, a goteo rápido.
- Control de diuresis horaria: colocar una sonda vesical con bolsa colectora y mantener la diuresis a un valor de 30 ml/hora como mínimo.
- Indicar analgésicos en caso de ser necesario (ver “Tratamiento”, 1. Manejo del dolor).
- Indicar vacuna antitetánica y gammaglobulina, en caso de ser necesario y según esquema de vacunación (ver “Tratamiento”, 4. Vacunación).
- En caso de sospecha de infección o de lesión interna, tomar muestras para realizar el cultivo bacteriológico, pero si no se cuenta con esta posibilidad iniciar el tratamiento

antibiótico de inmediato (ver Tabla 6. Esquemas antibióticos para el tratamiento de aborto séptico). Toda lesión de la vagina o del cuello uterino es indicio de la presencia o la posibilidad de una infección, en cuyo caso es necesario administrar antibióticos.

- Practicar un examen vaginal y extraer todos los restos ovulares visibles en el orificio cervical. La eliminación de este tejido a veces permite la contracción del útero, lo cual disminuye considerablemente el sangrado.

Ante un cuadro de shock, estabilizar a la mujer y luego determinar la causa subyacente del shock mediante una evaluación clínica completa con examen pélvico. El manejo definitivo del shock implica tratar la causa.

1.2. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Realizar los estudios que se detallan a continuación de acuerdo a la sospecha clínica, situación clínica y disponibilidad del centro asistencial. Si no es posible realizarlos, no aplazar

el tratamiento y evaluar la necesidad de derivar a la mujer a un centro de mayor complejidad.

Análisis de sangre: hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y prueba de compatibilidad, coagulograma, recuento de plaquetas, hepatograma, electrolitos, pH, urea y creatinina. En los casos severos de descompensación hemodinámica, gasometría en sangre.

Ante una complicación infecciosa, hemocultivos por 2 y cultivo de secreciones vaginales y material endometrial y colecciones pélvicas y abdominales, para gérmenes aerobios y anaerobios.

Ecografías ginecológica y abdominal, y eventualmente tomografía para descartar presencia de abscesos, hematomas, líquido libre en cavidad, cuerpo extraño, peritonitis y perforación de víscera hueca.

Radiografía abdominal en posición decúbito dorsal para la detección de aire en el abdomen (lesión de los órganos) o de gas en los tejidos (gangrena gaseosa); o en posición de pie para la detección de aire debajo del diafragma (perforación uterina o intestinal).

Radiografía de tórax si hay sospecha de edema pulmonar o ante distress respiratorio.

Tabla 6 Esquemas antibióticos para el tratamiento de los abortos sépticos

Esquema antibiótico	Dosis recomendadas y vía de infusión
Metronidazol + ampicilina o cefazolina	Metronidazol: 500 mg cada 8 hs IV Ampicilina o cefazolina: 1 g cada 6 hs IV
Clindamicina o metronidazol + gentamicina o amikacina (evitar en pacientes con nefropatía)	Clindamicina: 600 mg IV cada 6 horas IV Metronidazol: 500 mg cada 8 horas IV Gentamicina: 80 mg IV cada 8 horas Amikacina: 1 g IV cada día.
Ampicilina/sulbactam + clindamicina	Ampicilina/sulbactam: 1,5 a 3,0 g cada 6 horas IV Clindamicina: 600 mg IV cada 6 horas
Ceftriaxona + metronidazol	Ceftriaxona: 1 g cada 12 horas IV Metronidazol: 500 mg cada 8 horas IV

Fuente: CLAP-SMR (2012).

2. ENTIDADES CLÍNICAS

Entre las entidades clínicas que se pueden observar en los casos de aborto, se encuentran la hemorragia vaginal severa y shock hipovolémico, las complicaciones por infecciones (sepsis y shock séptico) y las lesiones intraabdominales.

2.1. SHOCK

Toda mujer que cursa un aborto puede presentar un cuadro de shock en cualquier momento del tratamiento, especialmente si presenta lesiones graves que no fueron detectadas y tratadas desde el inicio. Es fundamental estar alerta para detectar los estadios clínicos previos al shock y el shock que puede presentar la mujer y, si se presentan, tomar medidas rápidas para evitar que el estado de su salud empeore y salvarle la vida. El shock puede ser hipovolémico o séptico (ver 2.3. Complicaciones infecciosas).

2.1.1. Manifestaciones clínicas del shock

En su **estadio inicial** son:

- ▶ Ansiedad, inquietud.
- ▶ Frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto o más.
- ▶ Respiración rápida y superficial (30 o más respiraciones por minuto).
- ▶ Palidez en la parte interna del párpado (conjuntiva), las palmas de las manos, la boca, las puntas de los dedos.
- ▶ Hipotensión (presión sistólica menor de 90 mmHg).
- ▶ Pulmones limpios.
- ▶ Piel fría y pegajosa, aunque la mujer esté sudorosa.

Si **progres**a, presentará:

- ▶ Confusión o pérdida de la conciencia.
- ▶ Pulso débil y acelerado.

- ▶ Respiración superficial y acelerada.
- ▶ Palidez y frialdad.
- ▶ Hipotensión grave.
- ▶ Edema pulmonar.
- ▶ Diuresis menor de 30 ml/hora.

2.1.2. Conducta terapéutica

La conducta terapéutica a seguir es:

- Aplicar las medidas descritas en 1.1. Evaluación y conducta inicial, si no se realizaron aún.
- Evaluar el momento oportuno de ingreso de la mujer a la UTI, para el manejo conjunto. Si el centro no cuenta con una unidad de cuidados intensivos y sala de operaciones, aplicar las medidas iniciales de reanimación y derivarla a un centro con dicha complejidad. Esta decisión no debe ser demorada.
- Administrar oxígeno con máscara al 100% o, ante agravamiento, realizar una intubación endotraqueal y aplicar asistencia ventilatoria mecánica.
- Realizar expansión de volumen con cristaloideos.
- Iniciar antibióticoterapia de inmediato, si hay signos o sospecha de infección (ver Tabla 6. Esquemas antibióticos para el tratamiento del aborto séptico), luego de haber tomado las muestras para cultivo, si es posible.
- Evaluar necesidad de transfusión de glóbulos rojos y plaquetas: realizar una transfusión de glóbulos rojos, si la hemoglobina es menor de 7 g/dl o el hematocrito menor de 19% o ante signos de shock hipovolémico. Y transfusión de plaquetas ante coagulopatía con recuento de plaquetas menor a 20.000/mm³ o mayor, pero en rápida caída del recuento plaquetario.
- Realizar estudios complementarios.
- Evaluar la respuesta al tratamiento. Son signos de estabilización la presión arterial en aumento, la disminución de la frecuencia cardíaca (menor a 90 por minuto), la mejora en el color de la piel y el aumento de la eliminación de orina (mayor a 100 ml en 4 horas).

- Tratar la causa del shock (ver 2.2. Hemorragia vaginal severa y 2.3. Complicaciones infecciosas).

Para más información, consultar el *Manual breve para la práctica clínica en emergencia obstétrica* (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia - Maternidad Sardá, 2012).

2.2. HEMORRAGIA VAGINAL SEVERA

El sangrado severo o intenso puede ser causado por una lesión en la vagina, el cérvix, el útero o los órganos intraabdominales, por la retención de restos ovulares (aborto incompleto o retenido), por un embarazo molar o por atonía uterina. Es fundamental controlar la pérdida de sangre, ya que cualquier demora en el tratamiento para reponer los líquidos corporales o el volumen sanguíneo puede ser mortal para la mujer. Y existe riesgo de shock si continúa el sangrado.

Las manifestaciones clínicas son:

- ▶ Metrorragia abundante de sangre roja rutilante con o sin coágulos.
- ▶ Apósitos femeninos, toallas o ropa empapadas de sangre.
- ▶ Palidez (interior de los párpados, palmas de las manos, alrededor de la boca).
- ▶ Mareos, hipotensión, taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria.
- ▶ Shock si continua el sangrado.

La conducta terapéutica a seguir es:

- Aplicar las medidas descritas en 1.1. Evaluación y conducta inicial.
- Realizar estudios complementarios.
- Exploración de partes blandas para evaluar presencia de laceraciones o desgarros vaginales o cervicales. Si hay una laceración cervical o vaginal visible, suturarla. En general, la anestesia local es suficiente para manejar el dolor y las molestias de la mujer. Si se sospecha una lesión intraabdominal realizar una

evaluación inmediata bajo anestesia general y una eventual laparotomía (ver 2.4. Perforación uterina y lesión intraabdominal).

- Valorar el riesgo de infección y signos de sepsis, y en caso de requerirse administrar antibióticoterapia. **Toda lesión de la vagina o del cuello uterino es indicio de la presencia o la posibilidad de una infección, en cuyo caso es necesario administrar antibióticos.**

- Evaluar la necesidad de transfusión de glóbulos rojos y plaquetas:

Realizar una transfusión de glóbulos rojos, si la hemoglobina es menor de 7 g/dl o el hematocrito menor de 19% o ante signos de shock hipovolémico. Recordar que la caída en la hemoglobina y hematocrito pueden ser signos tardíos con respecto a la pérdida de sangre, por lo cual es importante priorizar la clínica.

Realizar transfusión de plaquetas ante coagulopatía con recuento de plaquetas menor a 20.000/mm³ o mayor, pero en rápida caída del recuento plaquetario.

Si la mujer presenta sangrado por varios lugares (vagina, sitio de la venopuntura, encías y otros) que no cesa con facilidad, determinar si presenta una coagulación intravascular diseminada (CID). Solicitar laboratorio con coagulograma: tiempo de protrombina o tiempo de Quick, KPTT, tiempo de trombina (TP), recuento de plaquetas y productos de degradación del fibrinógeno (PDF). En caso de alteraciones en los parámetros citados que indiquen consumo de factores de la coagulación, administrar vitamina K o hemoderivados (plasma fresco congelado, crioprecipitados, etc.) siempre bajo la supervisión del médico terapeuta.

- En caso de confirmarse la existencia de retención de restos ovulares o embarazo molar, la conducta terapéutica incluye:

Aplicar uterotónicos: oxitocina, metilergonovina, misoprostol a las dosis habituales para tratamiento de hemorragia post parto. Si la mujer se encuentra en shock hipovolémico, no indicar metilergonovina por su fuerte acción como vasoconstrictor y tam-

poco misoprostol ya que puede agravar la caída de la tensión arterial. En este caso solo utilizar ocitocina.

- Ocitocina: dosis inicial de 10 UI en bolo lento, de no obtenerse respuesta utilizar 20 a 40 UI / 1000 ml en goteo (EV). Dosis máxima: 60 UI.
- Metilergonovina: 1 ampolla de 0,2 mg (IM). Si se requiere una segunda dosis, administrar IM a los 15 minutos. Si se requiere, administrar dosis siguientes cada 4 horas IM o EV (lento). Dosis máxima: 5 dosis (1 mg).
- Carbetocina: 100 mcg (EV lento). Monodosis.
- Misoprostol: utilizar cuando no se cuenta con uteroretractores endovenoso. Dosis máxima: 600 mcg (sublingual) u 800 mcg (rectal).

Realizar evacuación uterina (ver “Tratamiento”, 5. Evacuación endouterina).

- En caso de no cohibirse la hemorragia con la evacuación uterina, considerar (en orden de complejidad creciente):
  - Aplicación de uterotónicos.
  - Compresión bimanual del útero externa e interna.

En caso de no cohibirse la hemorragia con estas medidas proceder sin demoras a una laparotomía exploratoria y evaluar la aplicación de medidas quirúrgicas para control de la hemorragia tales como:

- Desarterialización selectiva del útero.
- Ligadura de arterias hipogástricas.
- Histerectomía.

Para más información, consultar el *Manual breve para la práctica clínica en emergencia obstétrica* (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia - Maternidad Sardá, 2012).

2.3. COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Pueden presentarse desde un aborto infectado simple hasta una complicación más generalizada y grave, como el aborto séptico o shock séptico.

2.3.1. Aborto infectado simple

Se considera aborto infectado simple cuando la infección está circunscripta a la cavidad uterina (endometritis) o se encuentra bloqueada en el hemiabdomen inferior sin compromiso del estado general.

Las manifestaciones clínicas son:

- ▶ Sensibilidad a la movilización cervical.
- ▶ Sensibilidad pélvica anormal.
- ▶ Flujo vaginal maloliente.
- ▶ Febrícula.

La conducta terapéutica a seguir es:

- Administrar tratamiento antibiótico de inmediato (ver Tabla 7. Esquemas antibióticos para el tratamiento del aborto séptico).
- Realizar la evacuación uterina.

2.3.2. Aborto séptico

El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anexos, que rápidamente evoluciona a formas más graves por extensión a órganos vecinos o en forma hematógena. La mayoría de los abortos sépticos derivan de prácticas de aborto inseguro (CLAP-OPS-OMS, 2005). Son infecciones polimicrobianas provocadas generalmente por bacterias de la flora vaginal, intestinal u oportunistas.

Las principales manifestaciones clínicas son:

- ▶ Temperatura mayor a 37,5 °C.
- ▶ Escalofríos.
- ▶ Sudor.
- ▶ Malestar general, astenia, adinamia, y mialgias.
- ▶ Metrorragia fétida y/o restos ovulares con fetidez.
- ▶ Dolores abdominales.
- ▶ Dolor abdomino pélvico a la movilización del cérvix, útero doloroso a la palpación y reblandecido.
- ▶ Taquicardia y/o taquipnea ocasionales.

La diseminación de la infección a nivel pélvico lleva a cuadros más graves, en los cuales se agrega: dolor a la palpación de las regiones anexas (salpingitis), aparición de tumoraciones o colecciones a nivel parauterino (absceso tubo ovárico); dolor a la palpación del hemiabdomen inferior (peritonitis).

Cuando la infección localizada progresa a nivel sistémico genera una reacción defensiva que se denomina “síndrome de respuesta inflamatoria sistémica o SRIS”. En la práctica asistencial, **el diagnóstico de SRIS se establece por la presencia de dos o más de los siguientes criterios, de comienzo agudo** (Malvino, 2011):

- ▶ Temperatura mayor a 38 °C o menor a 36 °C.
- ▶ Frecuencia cardíaca mayor a 90 latidos/min.
- ▶ Frecuencia respiratoria mayor a 20/min o PaCO₂ menor a 32 mmHg.
- ▶ Leucocitosis mayor a 12.000/mm³, menor a 4.000/mm³ o mayor a 10% en banda.

Es imprescindible el control estricto de la mujer para evitar que progresen las complicaciones que pueden dar lugar a situaciones de extrema gravedad con riesgo de vida, como la sepsis y el shock séptico.

La conducta terapéutica a seguir ante un aborto séptico es:

- Aplicar las medidas descriptas en 1.1. Evaluación y conducta inicial.
- Evaluar el momento oportuno de ingreso de la mujer a la UTI, para un manejo conjunto. Si el centro no cuenta con una unidad de cuidados intensivos y sala de operaciones, aplicar las medidas iniciales de reanimación y derivarla a un centro con dicha complejidad. Esta decisión no debe ser demorada.
- Administrar oxígeno con máscara al 100% o, ante un agravamiento, asistencia ventilatoria mecánica.
- Realizar expansión de volumen con cristaloideos.
- Administrar vasopresores de ser necesario.

- Evaluar la necesidad de una transfusión de glóbulos rojos y plaquetas.
- Iniciar antibióticoterapia precozmente (ver Tabla 6. Esquemas antibióticos para el tratamiento del aborto séptico) luego de la toma de muestras para bacteriología, en caso de que se disponga de este recurso.

Se recomienda tener al menos una cobertura antibiótica de 1 hora previa al procedimiento de evacuación uterina y mantenerla por 48 horas desde el último pico febril; se puede continuar el plan por vía oral hasta completar 7 a 10 días.

- Administrar antitérmicos: si la temperatura supera los 37,5 °C, dipirona 1g intravenoso cada 8 horas.
- Completar estudios complementarios (ver 1.2. Estudios complementarios).
- Realizar evacuación uterina o laparotomía exploradora dependiendo de la extensión de la infección.

Si la infección se encuentra localizada en el útero, realizar evacuación uterina en las primeras 6 horas del ingreso y, por lo menos, 1 hora luego del inicio del tratamiento antibiótico.

En embarazos menores a 12 semanas, realizar aspiración de vacío o raspado uterino evacuador. En embarazos mayores a 12 semanas, provocar la expulsión de restos mediante prostaglandinas u oxitocina y realizar luego una evacuación instrumental.

Posteriormente al procedimiento, administrar uteroretractores para contraer el útero y minimizar el sangrado. Se puede utilizar oxitocina, metilergonovina, carbetocina o misoprostol.

Si la infección se extiende más allá del útero efectuar laparotomía exploradora, con el fin de identificar y remover los focos sépticos.

Realizar laparotomía exploratoria sin demora si la mujer presenta:

- ▶ abdomen agudo;
- ▶ punción abdominal o del fondo de saco de Douglas positivo para pus, sangre o material entérico;

- ▶ Rx de abdomen con neumoperitoneo o aire intramiometrial;
- ▶ signos de gangrena uterina (especuloscopia);
- ▶ diagnóstico ecográfico y/o sospecha de perforación uterina NO puntiforme;
- ▶ colecciones abdominales pelvianas.

La actitud frente a la decisión de realizar una histerectomía debe ser cautelosa e indicarse teniendo en cuenta las complicaciones siguientes:

- ▶ gangrena uterina;
- ▶ endometritis SIN respuesta al tratamiento médico instituido;
- ▶ perforación uterina anfractuosa (NO puntiforme);
- ▶ tétanos del foco uterino.

La decisión de realizar una histerectomía no es fácil de tomar, ya que habitualmente se trata de mujeres jóvenes, pero hay consenso en que se debe realizar en los casos de gangrena uterina, amplia perforación uterina y la aparición de tétanos de origen uterino (CLAP-SMR, 2012).

2.3.3. Sepsis y shock séptico

La sepsis se define como la presencia (posible o documentada) de una infección junto con manifestaciones sistémicas de infección. La sepsis grave se define como sepsis sumada a disfunción orgánica inducida por sepsis o hipoperfusión tisular. La sepsis severa y el shock séptico son formas de extrema gravedad de una infección convencional.

La mortalidad en estos cuadros oscila entre 40 y 50%. Si se diagnostica en la primera hora luego de su presentación, tiene 80% de supervivencia, mientras que si se diagnostica después de la sexta hora la mujer tiene sólo 30% de posibilidades de sobrevivir.

Es de suma importancia que los síntomas precoces de sepsis sean reconocidos ya que permite comenzar el tratamiento dentro de la primera hora (Campaña para sobrevivir a la sepsis, 2013).

El diagnóstico y tratamiento de la sepsis es una verdadera emergencia médica.

En *Campaña para sobrevivir a la sepsis* (2013) se establecen los siguientes estadios clínicos de sepsis y shock clínico:

SRIS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica).

Sepsis grave: infección asociada a disfunción orgánica y/o hipotensión arterial que responde a expansión de volumen.

Shock séptico: sepsis grave que necesita el uso de vasoconstrictores

Shock séptico refractario: dura al menos una hora y no responde a la administración de líquidos o vasopresores.

SDOM (síndrome de disfunción orgánica múltiple): disfunción de más de un órgano que requiere intervenciones para mantener la homeostasis.

Falla multirgánica (etapa irreversible).

Como **conducta terapéutica** se aplican las medidas citadas para mujeres con aborto séptico (ver 2.3.2. Aborto séptico) y shock (ver 2.1. Shock). El tratamiento requiere internación y manejo en terapia intensiva.

Para más información, consultar el *Manual breve para la práctica clínica en emergencia obstétrica* (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia - Maternidad Sardá, 2012).

2.4. PERFORACIÓN UTERINA Y LESIÓN INTRAABDOMINAL

El dolor abdominal es un síntoma común en muchas mujeres que reciben tratamiento post aborto. Pero si ese dolor es muy intenso, es importante evaluar si tiene una lesión del tracto genital y de los órganos internos, que es una complicación con grave morbilidad entre las mujeres que abortan. Lo más frecuente es que las lesiones se produzcan cuando el aborto ha sido realizado en condiciones inseguras: en estos casos se observan, principalmente, laceraciones cervicales y perforaciones uterinas, aunque también lesiones vesicales o intestinales. Es posible, a su vez, que se produzca una lesión como consecuencia de una intervención realizada en un entorno médico por personal capacitado.

Cualquier lesión interna, si no se diagnostica y es tratada debidamente, puede ser causa de complicaciones graves, en particular de hemorragia e infección, a veces mortales. En consecuencia, cuando se tratan complicaciones consiguientes a un aborto inseguro **siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de la existencia de una lesión grave en el tracto genital** (OMS, 1995).

Las manifestaciones clínicas son:

- ▶ Distensión abdominal, dolores y cólicos intensos.
- ▶ Dolor a la palpación abdominal, signo de rebote positivo.
- ▶ Dolor a la movilización del cuello uterino.
- ▶ Abdomen tenso y duro (abdomen en tabla).



SÍNDROME DE MONDOR

Se conoce como síndrome de Mondor al aborto séptico provocado por gérmenes anaerobios esporulados (*Clostridium perfringens* en el 80% de los casos). Suele aparecer dentro de las 24 a 48 horas de producido el aborto, es extremadamente grave y presenta una alta tasa de mortalidad (alrededor del 60%). Se trata de un síndrome tóxico hemolítico provocado por la endotoxina bacteriana. La tríada sintomática que lo caracteriza, que hace que se lo conozca también como el “síndrome tricolor”, es la existencia de anemia (palidez), ictericia (amarillo) y cianosis (azul).

Las manifestaciones clínicas son:

- ▶ Hemólisis severa.
- ▶ Shock.
- ▶ Coagulación intravascular diseminada (CID).
- ▶ Acidosis metabólica importante.
- ▶ Insuficiencia renal aguda.

La conducta terapéutica es la de sepsis y shock séptico. El tratamiento del síndrome de Mondor requiere internación y manejo en terapia intensiva.

La intervención quirúrgica precoz es esencial para revertir este grave cuadro. En todos los casos, prodecir a efectuar la histerectomía en forma inmediata. El esquema antibiótico incluirá penicilina en altas dosis y clindamicina o metronidazol, junto con cefalosporinas de tercera generación (Malvino, 2011).

- ▶ Dolor en el hombro.
- ▶ Náuseas y vómitos.
- ▶ Fiebre mayor a 38 °C o hipotermia (menor a 36 °C).
- ▶ Sangrado vaginal y/o interno.
- ▶ Disminución o ausencia de ruidos intestinales.

Si la mujer presenta alguno de estos síntomas, así como signos de shock, se debe pensar en la posibilidad de una hemorragia intraabdominal. Es posible que tenga una lesión intraabdominal y que sea necesario operarla de inmediato. Son posibles diagnósticos diferenciales: rotura de embarazo ectópico, rotura de absceso, rotura de un quiste de ovario o foliculo hemorrágico, apendicitis aguda.

La conducta terapéutica, en función del órgano afectado y al tipo de lesión, puede ir desde una simple observación hasta una laparotomía para reparar los tejidos desgarrados o perforados.

- Aplicar las medidas mencionadas en 1.1. Evaluación y conducta inicial.
- Realizar estudios complementarios.
- Estabilizar a la paciente antes de toda intervención quirúrgica.
- Iniciar antibióticoterapia.
- Si clínicamente existen signos de evacuación uterina incompleta realizar una evacuación uterina. Puede hacerse después del tratamiento de la lesión intraabdominal o al mismo tiempo, si el estado de la paciente es estable. En algunos casos es necesario realizar la evacuación uterina bajo control visual directo, ya sea ecográfico o mediante laparotomía o laparoscopia.

Laparatomía: examinar posibles lesiones a los órganos pélvicos. Si es necesario, solicitar la presencia de un cirujano general para evaluar daños a otros órganos. Reparar vasos, intestinos y otros órganos abdominales según sea necesario. Si el cuello uterino está demasiado lesionado o si la perforación uterina es muy extensa, puede que sea necesario efectuar una histerectomía.

- Luego de la cirugía, en caso de haberse conservado el útero, administrar uteroretro-

tores y observar los signos vitales cada 15 minutos durante dos horas. Si la paciente empeora los parámetros clínicos y de laboratorio, considerar su derivación a la unidad de terapia intensiva o realizar re laparotomía.

Signos de urgencia quirúrgica: abdomen en tabla; dolor abdominal agudo e hipotensión persistente; shock que no se puede estabilizar; radiografía o ecografía abdominal con presencia de aire o de gas en la cavidad peritoneal.

2.4.1. Diagnóstico de perforación uterina durante el procedimiento de evacuación endouterina

En general, si ocurre una perforación uterina durante el procedimiento de evacuación endouterina, el desgarro resultante suele ser muy pequeño. Si la complicación es detectada rápidamente y tratada con las medidas adecuadas, por lo general no es necesaria una laparotomía, dado que la contracción del útero después de la evacuación endouterina suele cerrar la abertura y detener el sangrado.

Los signos de la existencia de una perforación uterina son:

- ▶ Aumento repentino del sangrado durante el procedimiento.
- ▶ Penetración de un instrumento más allá de la altura uterina calculada.
- ▶ Disminución del vacío del aspirador.
- ▶ Sangrado abundante persistente una vez que se desocupa la cavidad uterina.
- ▶ Aumento repentino del dolor de la mujer.

Si se observa presencia de tejido adiposo o intestinal, ver 2.4 Perforación uterina y lesión intraabdominal.

Si no se observa presencia de tejido adiposo o intestinal y la perforación se descubre una vez que se ha concluido la evacuación endouterina:

- Iniciar la administración de líquidos y anti-bióticos por vía intravenosa.
- Administrar uterotónicos.
- Realizar observación y monitoreo de signos vitales.

Si la perforación se descubre cuando no se ha concluido la evacuación:

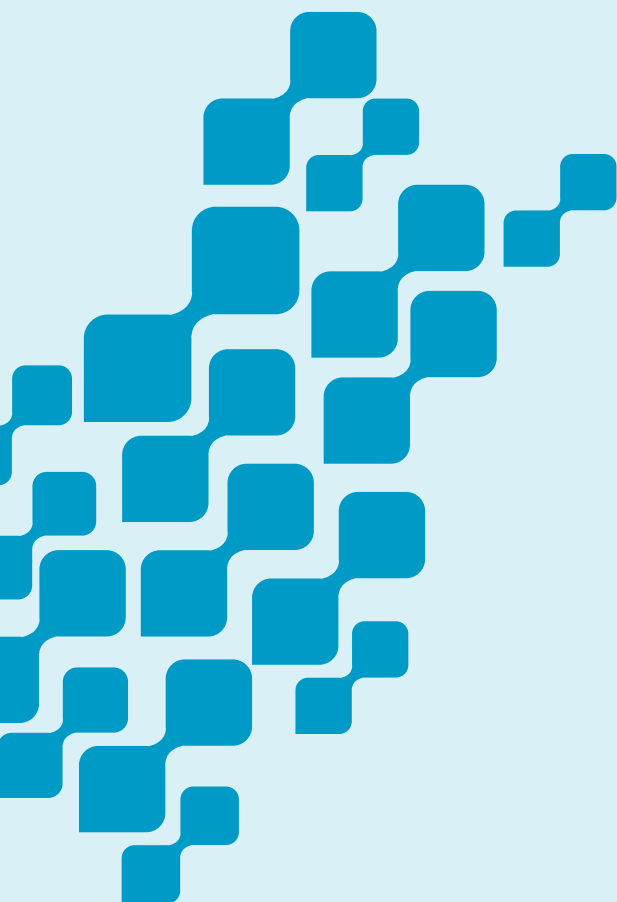
- Retirar la cánula y detener el procedimiento.
- Iniciar la administración de líquidos y anti-bióticos por vía intravenosa.
- Administrar uterotónicos.
- Completar la evacuación bajo control visual directo.



Consejería en anticoncepción post aborto



- La importancia de la atención integral post aborto
- Métodos anticonceptivos adecuados para la etapa
- Criterios y pautas para la anticoncepción post aborto
- Situaciones particulares a tener en cuenta
- Recomendaciones para la consejería



La concurrencia de las mujeres en edad fértil a los servicios de salud siempre representa una oportunidad para que el equipo de salud acompañe la atención brindando propuestas de cuidado que contribuyan a la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil.

La pérdida de un embarazo es un momento en el que las mujeres, en la mayoría de los casos, concurren al establecimiento de salud para recibir tratamiento, ya sea de manera ambulatoria o con internación. En estas circunstancias cobra especial importancia brindar consejería y métodos anticonceptivos como parte de la atención integral de las mujeres.

Esto puede mejorar la aceptación de la anticoncepción y ayudar a romper el ciclo de repetición de embarazos no deseados y de abortos practicados en condiciones de riesgo.

Es importante ofrecer consejería anticonceptiva a todas las mujeres que reciban tratamiento durante el post aborto, y proporcionar anticoncepción inmediata si desean evitar otro embarazo. La ovulación puede ocurrir poco después, tanto si el aborto fue espontáneo como inducido. En los producidos durante el primer trimestre, la ovulación usualmente sucede entre el día 9 y el 11 luego de la evacuación uterina y en los del segundo trimestre, se presenta a las 4 semanas posteriores al evento.

Es importante ofrecer consejería anticonceptiva a todas las mujeres que reciban tratamiento durante el post aborto y proporcionar anticoncepción inmediata si desean evitar otro embarazo.

1. ATENCIÓN INTEGRAL POST ABORTO

La consejería en anticoncepción puede brindarse antes o después del tratamiento post aborto, aunque es preferible que sea al comienzo. Si la mujer desea un método permanente o de largo plazo, como por ejemplo el DIU, puede colocarse de manera inmediata, luego de realizada la evacuación endouterina. Si por el estado clínico de la mujer no fuera posible o apropiado comenzar con la consejería sobre métodos anticonceptivos antes del tratamiento, es conveniente realizarla enseguida de concluido este. En ese caso se evaluarán los métodos posibles en ese momento y luego, cuando la mujer concurra a su control médico, podrá cambiar de método si así lo desea.

Siempre, antes de iniciar la consejería, es de buena práctica que el/la profesional de la salud le pregunte a la mujer si considera que es un buen momento para hablar de anticoncepción. La privacidad y la confidencialidad son esenciales, por lo que se recomienda mantener el encuentro en un espacio privado o en las mejores condiciones posibles. Es importante que al inicio del encuentro el/la profesional le asegure a la mujer que lo que hablarán es confidencial y le pregunte, además, si desea que su pareja o acompañante esté presente.

El objetivo de la consejería es que las mujeres puedan escoger, si lo desean, un método anticonceptivo entre las opciones posibles de manera voluntaria, sin coerción o presión alguna. Para eso, es necesario dar a conocer de manera clara la variedad de métodos posibles y los beneficios y riesgos de cada uno.

Si la mujer considera que no está lista para tomar una decisión sobre el método anticonceptivo a utilizar a largo plazo, es importante ofrecerle y entregarle métodos temporales para que tenga protección enseguida del post aborto. Igualmente, si el método que la mujer

prefiere no puede ser suministrado de inmediato debido a su situación clínica, es importante ofrecerle uno provisional hasta que se resuelva la situación.

Cuando se ofrecen múltiples métodos anticonceptivos y la mujer puede elegir libremente entre ellos, es más probable que los acepte y los utilice adecuadamente.

Durante el encuentro, se recomienda que el profesional:

- Evalúe las necesidades de la mujer mediante preguntas abiertas y cuidando de no hacer suposiciones.
- Indague sobre los factores que la llevaron a necesitar la atención post aborto.
- Determine si el embarazo fue planeado o no, y si ella estaba utilizando un anticonceptivo para evitarlo; si es así, que determine si el método falló por alguna razón en particular.
- Converse con ella sobre si desea postergar futuros embarazos o evitarlos.
- Valore las barreras que podrían restringir el uso exitoso de la anticoncepción y considere junto con la mujer posibles formas de resolverlas o trabajar alrededor de ellas.
- Informe a la mujer sobre los métodos anticonceptivos disponibles y accesibles para ella y le explique las características, uso, efectos secundarios y eficacia de cada uno.
- Acompañe a la mujer en la selección del método que sea más adecuado para su situación particular.
- Brinde información sobre cómo funciona el método elegido, su modo de uso, eficacia, qué hacer ante distintas situaciones, como olvidos, uso de otras medicaciones, posibles efectos secundarios, etc. Y de ser posible, reforzar la información con folletería.
- Brinde información sobre dónde realizar el seguimiento por la anticoncepción y dónde obtener los métodos.

Es conveniente que el/la profesional tenga en cuenta también que en las conversaciones so-

bre la anticoncepción pueden aparecer factores que afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres, tales como la violencia física o sexual. El alto índice de violencia contra la mujer en muchas comunidades hace muy probable que los equipos de salud atiendan mujeres que han sido agredidas.

La violencia sexual puede afectar todas las esferas de la vida de una persona: la integridad física y emocional, la libertad sexual, la vida social, familiar y laboral. Es importante aprovechar la oportunidad para remitir a las mujeres a otros servicios, si corresponde. Por este motivo se recomienda que el equipo de salud cuente con un listado de los recursos disponibles en la comunidad.

2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ADECUADOS PARA EL USO POST ABORTO

Los métodos anticonceptivos pueden utilizarse inmediatamente después de la atención integral post aborto, siempre y cuando:

- No existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional.
- La mujer haya recibido consejería.
- El/la profesional de la salud haya indagado y valorado todas las posibles contraindicaciones para el uso de determinados métodos anticonceptivos.

La situación particular de post aborto no contraindica ningún método anticonceptivo en las mujeres. Cada una puede usar el que elija, previa consejería hecha en base a los criterios de elegibilidad de la OMS.

2.1. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

A través de los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, la OMS propone recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que una persona puede usar determinado método anticonceptivo en forma segura. Estas condiciones se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías, según el siguiente detalle:

1. Condición en la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2. Condición en la que las ventajas del uso del método anticonceptivo generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Condición en la que los riesgos teóricos o probados, generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. Condición que representa un riesgo para la salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Tabla 7 Uso de las categorías para la práctica cotidiana		
Categorías	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia.	Sí, usar el método.
2	En general, use el método.	
3	El uso del método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados o haya serias dificultades para la adherencia.	No usar el método.
4	No debe usarse el método.	

Fuente: OMS (2009).

Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica, teniendo siempre presente la situación singular de la mujer y el método que está eligiendo.

En términos de la práctica cotidiana, según la posibilidad de acceder a observaciones clínicas amplias o limitadas, las cuatro categorías anteriores se pueden traducir en dos posibilidades de uso del método (Tabla 7). En la Tabla 8 se presentan los criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos en el post aborto. **Para más información, consultar Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (OMS, 2009).**

2.2. PAUTAS PARA EL COMIENZO DE LA ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

A continuación se presentan las especificidades para el inicio de cada método en relación a la situación post aborto. **Para obtener mayor información sobre los métodos anticonceptivos, consultar Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud (PNSSyPR, 2012).**

Dispositivo intrauterino. El DIU puede insertarse inmediatamente después de un aborto sin complicaciones producido en el primero o segundo trimestre de embarazo. En estos casos, los estudios no indican diferencia en el riesgo de complicaciones en la inserción inmediata en comparación con la diferida. Por otra parte, se ha observado un mayor índice de expulsión cuando el DIU se insertó después de un aborto ocurrido en el segundo trimestre que en los casos de primer trimestre. No hubo diferencias en la seguridad o en las expulsiones en la inserción post aborto del dispositivo intrauterino de liberación de levonorgestrel (DIU-LNG) en comparación con el DIU con cobre (OMS, 2009). Si no se puede garantizar una consejería o toma de decisiones adecuadas, se recomienda aplazar la inserción y suministrar mientras tanto otro método anticonceptivo provisional.

La colocación inmediata post evacuación está contraindicada en los casos de aborto séptico (Categoría 4 de la OMS). Posponer la inserción hasta que la mujer se haya curado de la infección.

Anticonceptivos hormonales combinados. Esta categoría incluye: anticonceptivos combinados orales, inyectables mensuales, anillos vaginales y parches.

Tabla 8 Criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos en el post aborto						
Situación de la mujer	Anticonceptivo combinado oral	Anticonceptivo combinado inyectable (mensual)	Anticonceptivos solo de progestágeno orales (desogestrel, levonorgestrel, linestrenol)	Acetato de medroxiprogesterona de depósito (anticonceptivo de progestágeno solamente inyectable trimestral) (AMPD)	Implante	DIU de cobre y sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (SIU)
Post aborto de primer trimestre	1	1	1	1	1	1
Post aborto de segundo trimestre	1	1	1	1	1	2
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	4

Fuente: OMS (2009).

Puede iniciarse su uso de inmediato, incluso si existe infección o trauma, tanto en abortos ocurridos en el primero o el segundo trimestre de embarazo. Es posible comenzar el mismo día de la evacuación uterina, al día siguiente o luego de la confirmación del aborto concluido.

En el caso de los anillos, la mujer no tiene que presentar trauma genital/vaginal para iniciar su uso. Solo podrá hacerlo una vez que este se haya curado.

Anticonceptivos hormonales solo de progestágenos. Incluye ASP orales (desogestrel, levonorgestrel, linestrenol), inyectable trimestral (acetato de medroxiprogesterona de depósito-AMPD) e implante subdérmico. Puede iniciarse su uso de inmediato, incluso si hay infección o trauma, tanto en abortos ocurridos en el primero o segundo trimestre de embarazo. Es posible comenzar su uso el mismo día de la evacuación uterina, al día siguiente o luego de la confirmación del aborto concluido.

En el caso del implante, si no se puede garantizar una consejería o toma de decisiones adecuada, se recomienda aplazar la colocación y suministrar mientras tanto un método anticonceptivo provisorio.

Anticoncepción hormonal de emergencia. El suministro de antemano de pastillas anticonceptivas de emergencia podría ayudar a evitar futuros embarazos no deseados.

Preservativos. No hay restricciones para su uso y puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales post aborto. Es el único método que protege contra el VIH y otras ITS.

Diafragmas y capuchones cervicales. Pueden ser utilizados inmediatamente en los casos de abortos producidos en el primer trimestre. En los del segundo trimestre se aconseja esperar aproximadamente seis semanas, hasta que el cuello regrese a su tamaño normal.

Espermicidas. Se pueden comenzar a utilizar inmediatamente y en forma simultánea al reinicio de las relaciones sexuales.

Anticoncepción quirúrgica. Esta categoría incluye la ligadura tubaria y la vasectomía. En los casos de abortos producidos en el primer trimestre de embarazo la ligadura tubaria es similar a un procedimiento de intervalo, y en el segundo trimestre, a un procedimiento post parto. Este procedimiento puede efectuarse inmediatamente después del tratamiento post aborto, salvo en los casos en que se presente una infección o pérdida sanguínea grave; en ese caso es necesario aplazar la práctica hasta que cure la infección por completo o se sane la lesión.

Tener en cuenta la importancia de proporcionar la consejería adecuada y obtener el consentimiento informado, lo que a menudo no es posible en el momento de prestar atención de urgencia. También informar sobre la posibilidad

CONSIDERACIONES GENERALES A TENER EN CUENTA

- Recomendar a la mujer que no tenga relaciones sexuales hasta que cese el sangrado post aborto.
- Reafirmar que para evitar un embarazo no deseado necesita empezar a usar un método anticonceptivo casi de inmediato.
- Informar sobre los métodos que pueden utilizarse de manera segura en el post aborto.
- Entregar anticoncepción de emergencia, de considerarse oportuno.
- Disponer que haya existencia de insumos anticonceptivos.

de la vasectomía, en los casos en que haya una pareja. Puede realizarse en cualquier momento.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer. No se recomienda su uso inmediato después de un aborto, sino recién después del primer sangrado espontáneo posterior al evento. Mientras tanto, se requiere un método alternativo (por ejemplo, preservativo) o no mantener relaciones sexuales.

3. FACTORES INDIVIDUALES A TENER EN CUENTA Y RECOMENDACIONES PARA LA CONSEJERÍA

Las circunstancias en que se encuentran las mujeres que reciben servicios de atención integral post aborto son diversas. Por lo tanto, es importante que el equipo de salud trate de evitar hacer cualquier tipo de suposiciones sobre la situación de las mujeres.

La consejería en anticoncepción será más eficaz si se basa en las necesidades individuales de cada mujer. Por lo tanto, es importante que el equipo de salud evalúe la situación de cada una de ellas, incluidas sus características personales –edad, paridad, estado clínico– y la capacidad del sistema de salud local para permitirle evitar o postergar futuros embarazos. A continuación se detallan algunas situaciones que pueden presentarse.

La mujer se encuentra bajo estrés o con dolor. Esto puede interferir en la toma libre e informada de las decisiones. Mientras esté recibiendo el tratamiento post aborto, probablemente no sea un buen momento para que ella tome una decisión permanente. Considerar mejor los métodos provisionales.

La mujer estaba utilizando un método anti-conceptivo cuando quedó embarazada. La consejería es el momento adecuado para determinar por qué falló la anticoncepción. Es posible que la falla del método se deba a que no lo toleró por sus efectos secundarios, al uso inadecuado o a la falta de acceso al insumo. Cualquiera de estos factores puede haber llevado a la mujer a un embarazo no deseado y además estar aún presente, con lo cual puede suscitar que se repita esta situación. Por eso, es necesario asesorar a la mujer para que elija un método que pueda utilizar de manera eficaz.

La mujer ha dejado de utilizar un método anticonceptivo. Conversar con ella para determinar por qué dejó de utilizar el método anticonceptivo (por ejemplo, debido a los efectos secundarios o a dificultades para el acceso al método). En función de esto, trabajar junto a la mujer para que elija por un método que pueda utilizar de manera eficaz.

La mujer tiene una pareja que no está dispuesta a utilizar preservativos y le impide el uso de otro método. En algunos casos, involucrar a la pareja en la consejería puede facilitar el uso del método. Sin embargo, si por alguna razón la mujer no desea hacerla partícipe, es importante respetar sus deseos y proteger la confidencialidad. En estos casos, analizar los métodos que la mujer pueda utilizar sin que su pareja se entere (por ejemplo, los inyectables o el DIU). Es importante recomendarle métodos que pueda utilizar de manera eficaz.

La mujer desea buscar un nuevo embarazo. Ante una mujer que haya tenido un aborto durante el primer trimestre, para recomendar o no la espera antes de buscar un nuevo embarazo, valorar la situación de salud psicofísica que atraviesa y la pertinencia de realizar estudios para diagnosticar la causa del aborto. En caso de que la mujer se encuentre en condiciones de buscar un nuevo embarazo, podría hacerlo sin espera. Si es posible, derivarla para que realice una consulta preconcepcional.

La mujer tiene antecedentes de repetidos abortos espontáneos e incompletos, y desea quedar embarazada. Derivarla a un servicio especializado para realizar los estudios necesarios y establecer un diagnóstico antes de que vuelva a buscar un embarazo. Mientras, ofrecerle un método anticonceptivo.

La mujer no desea quedar embarazada y ha tenido repetidos embarazos no deseados y abortos. En estos casos es importante ayudarla a identificar las dificultades que ha tenido al utilizar o acceder a los métodos anticonceptivos y trabajar con ella para resolverlas. Además de realizar la consejería correspondiente, con la entrega del método que ella elija, brindar información sobre cómo acceder y utilizar la anticoncepción de emergencia si tiene relaciones sexuales sin protección o si ocurre una falla anticonceptiva. Si es posible entregar, además el método anticonceptivo, anticoncepción de emergencia y folletería.

La mujer es víctima de violencia. Una mujer que ha sufrido o está sufriendo algún tipo de abuso físico o emocional posiblemente tenga necesidades anticonceptivas específicas. Además, ella podría desear apoyo y consejería para trabajar sobre la situación violenta. En estos casos, al conversar sobre la anticoncepción es importante:

- Acompañar a la mujer a seleccionar un método anticonceptivo apropiado. Para eso, ayudarla a identificar si hay una conexión entre la violencia y el uso de anticonceptivos. De ser así, conversar sobre la posibilidad de que use un método que no pueda ser detectado por otras personas (por ejemplo, los inyectables o el DIU).
- Brindarle información sobre cómo acceder y utilizar la anticoncepción de emergencia. Si ella no puede controlar las circunstancias de su actividad sexual, podría resultar beneficioso entregarle de antemano la pastilla de anticoncepción de emergencia.

3.1. NECESIDADES ESPECIALES DE LAS ADOLESCENTES

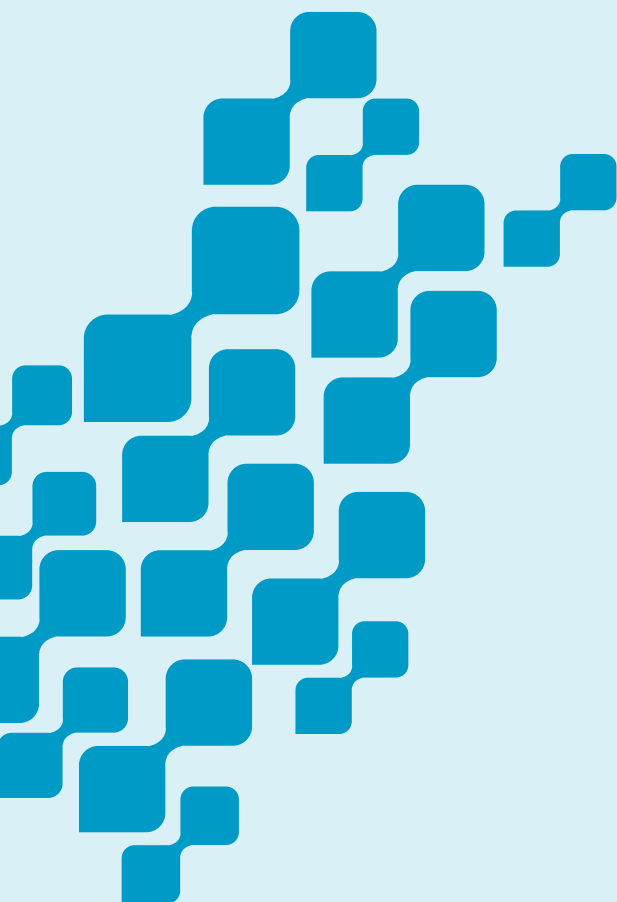
Las mujeres jóvenes suelen enfrentarse con barreras singulares, que les impiden acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por eso, cuando se presentan en un servicio de salud cursando un aborto, es conveniente derivarlas a los servicios de salud reproductiva orientados a las/los adolescentes, luego de que reciban la atención integral post aborto.

Las adolescentes que han tenido un aborto no siempre cuentan con el respaldo de sus parejas o sus padres. Es importante que las/los integrantes del equipo de salud brinden apoyo y no asuman actitudes punitivas. También, que manifiesten claramente su comprensión y apertura, sin expresar ningún prejuicio personal sobre su actividad sexual. Asimismo, es fundamental que el equipo de salud no niegue a las y los jóvenes el acceso a la anticoncepción debido a su edad ni que soliciten la autorización o el consentimiento de los padres. Tener en cuenta que el embarazo, especialmente en mujeres muy jóvenes, puede ser producto de una violación o de abuso sexual continuado. En estos casos, la adolescente debe ser remitida a los servicios correspondientes.

4. PROVISIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El equipo de salud debe asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces en la misma institución o a través de la referencia efectiva a otro efector. Es importante que las/los profesionales ofrezcan e informen sobre la disponibilidad de servicios de salud sexual que aseguren la entrega de métodos y realicen consejerías, tanto en el mismo como en otros establecimientos de salud.

Anexo
**Historia Clínica
Unificada**



Con el objetivo de aunar datos, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMI) del Ministerio de Salud de la Nación propone la utilización de un modelo de Historia Clínica Unificada para mujeres que requieren internación por diagnóstico de aborto.

Para esto se desarrolló una planilla preimpresa (similar a la Historia Clínica Prenatal utilizada por el Sistema Informático Perinatal [SIP]), para ser utilizada como única hoja de la Historia Clínica de hospitalización. Es decir, no es necesario agregar otro tipo de registro, lo que facilita y sistematiza el proceso de ingreso en la institución.

La Historia Clínica Unificada, cuyo modelo se presenta a continuación, puede ser solicitada para su impresión a la DINAMI.

Además de la Historia Clínica Unificada, la DINAMI está implementando una modalidad de registro on-line, denominado Sistema Informático Atención Post Aborto (SIAPA), que proporcionará al Ministerio de Salud información actualizada. En él se volcarán algunos datos de la Historia Clínica preimpresa. Esto permitirá una gestión ágil de políticas públicas tendientes a implementar mejoras en la atención de las mujeres. Para utilizar el SIAPA es necesario solicitar un nombre de usuario y contraseña al sector de informática de la DINAMI.

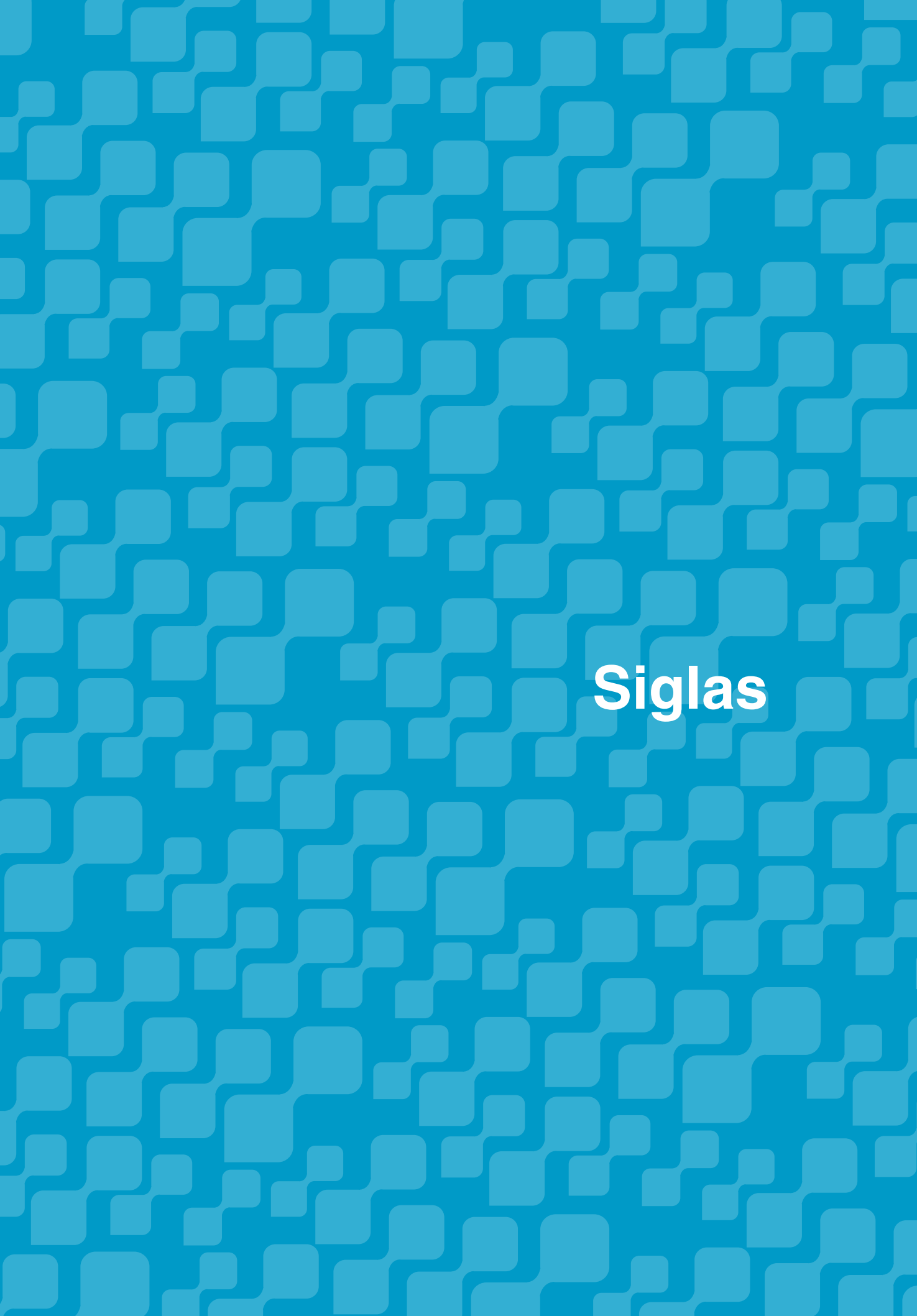
[illegible]

LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica / Mujeres en Situación de Aborto

MEDICACION

01 Lidocaína o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas
02 Amino simpatomiméticas	17 Antagonistas del calcio
03 Gases anestésicos (pentrane-fluorane-óx. nitroso)	18 Sulfato de magnesio
04 Barbitúricos	19 Hidralazina
05 Relajantes musculares	20 Beta bloqueantes
06 Diazepóxidos	21 Otros antihipertensivos
07 Meperidina	22 Sangre y derivados
08 Espasmolíticos	23 Heparina
09 Oxitocina	24 Corticoides
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos
11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26 Diuréticos
12 Aminoglicósidos (gentamicina-amykacina)	27 Aminofilina
13 Eritromicina	28 Insulina
14 Metronidazol	29 Difenilhidantoína
15 Betamiméticos	30 Otros



Siglas

SIGLAS

AMEU: aspiración manual endouterina.
AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito.
AOSP: anticonceptivo oral solo de progestágeno.
APA: atención post aborto.
CID: coagulación intravascular diseminada.
DIU: dispositivo intrauterino.
DIU-LNG: dispositivo intrauterino de liberación de levonorgestrel.
dT: vacuna doble adulto.
EV: endovenosa.
FUM: fecha de la última menstruación.
HMR: huevo muerto y retenido.
IGT: inmunoglobulina antitetánica.
ILE: interrupción legal del embarazo.
IM: intramuscular.
ITS: infecciones de transmisión sexual.
LUI: legrado uterino instrumental.
MD: monodosis.
OCI: orificio interno del cuello.
PDF: productos de degradación del fibrinógeno.
RUE: raspado uterino evacuador.
SDOM: síndrome de disfunción orgánica múltiple.
SRIS: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.
SIU: sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel.
TP: tiempo de trombina.
UTI: unidad de terapia intensiva.
VO: vía oral.
VR: vía rectal.

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

ACOG (2009). "Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures", *Practice Bulletin*, núm. 104, 113: 1180-9. College of Obstetricians and Gynecologists.

Barton, J. R. y B. M. Sibai (2012). "Sepsis severa y choque séptico durante el embarazo", *Obstet Gynecol*, 120: 689-706.

Campaña para sobrevivir a la sepsis (2013). "Campaña para sobrevivir a la sepsis. Recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico, 2012", *Critical Care Medicine*, vol. 41, núm. 2. AA.: R. P. Dellinger y otros. Disponible en <http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/Guidelines-Spanish.pdf>

CLAP-SMR (2012). *Guía para la atención de las principales emergencias obstétricas*. AA.: R. Fescina, B. De Mucio, E. I. Ortiz y D. Jarquin. Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva.

CLAP-OPS-OMS (2005). *Salud sexual y reproductiva. Infecciones obstétricas graves*. Centro Latinoamericano de Perinatología - Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAPTript04Infecc.pdf

DEIS (2013). *Estadísticas vitales. Información básica, año 2012*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro56.pdf>

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia - Maternidad Sardá (2012). *Manual breve para la práctica clínica en emergencia obstétrica*. AA.: I. Asprea, I. Di Marco, D. Lipchak y J. L. Golubicki. Ministerio de Salud de la Nación- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000237cnt-g07.manual-breve-emergencia-obstetrica.pdf>

FIGO (2012). *Misoprostol. Dosis recomendada*. Londres: International Federation of Gynecology and Obstetrics.

FLASOG (2013). *Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología*. Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología. Disponible en http://www.femecog.org.mx/docs/uso_misoprostol.pdf

Gynuity (2009a). *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Guía introductoria*. Gynuity Health Projects. Disponible en http://gynuity.org/downloads/clinguide_pacguide_sp.pdf

Gynuity (2009b). *Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos. Guía introductoria*. Gynuity Health Projects. Disponible en http://gynuity.org/downloads/clinguide_maguide2ndedition_sp.pdf

- IPAS (2003). *La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción*. A.: María de Bruyn. IPAS. Disponible en http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/VioPregAborSpan2.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=VioPregAborSpan2
- IPAS (2004). *La atención post aborto centrada en la mujer. Manual de referencia*. AA.: J. Herrick, K. Turner, T. McInerney y L. Castleman. IPAS. Disponible en <http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/PACREFS04.ashx>
- IPAS (2005). *Pasos para realizar el procedimiento de aspiración manual endouterina utilizando el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®*. Disponible en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Pasos-para-realizar-el-procedimiento-de-Aspiracion-Manual-Endouterina-utilizando-el-aspira.aspx>
- IPAS (2006). *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. AA.: A. G. Hyman y L. Castleman. IPAS. Disponible en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-del-aborto-centrada-en-la-mujer--Manual-de-referencia.aspx>
- IPAS (2013). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. A.: A. Mark. IPAS. Disponible en http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/CURHENERO2014sp.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=CUR%20HENERO%202014sp
- IPPF (2012). *Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre. Procedimientos quirúrgicos y médicos*. A.: Marcel Vekemans. International Planned Parenthood Federation.
- Malvino, E. (2011). *Infecciones graves en el embarazo y el puerperio*. Biblioteca de Obstetricia Crítica, t. IV. Buenos Aires: edición del autor. Disponible en http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Infecciones_Graves.pdf
- Mario, S. y E. A. Pantelides (2009). "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina", *Notas de Población*, 87. Comisión Económica para América Latina (CEPAL).
- May, W., A. M. Gülmezoglu y K. Ba-Thike (2008). *Antibiotics for incomplete abortion (Review)*. The Cochrane Library. <http://www.thecochranelibrary.com>
- Nanda, K. y otros (2012). *Expectant care versus surgical treatment for miscarriage (Review)*. The Cochrane Library.
- OMS (1995). *Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/1995/9243544691_spa.pdf
- OMS (2002). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_spa.pdf

- OMS (2003). *Abortos sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2005). *Medicamentos esenciales*, 14° ed. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/medicines/publications/EML14_SP.pdf
- OMS (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_08.19_spa.pdf
- OMS (2012). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf
- ONU (2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015*. Organización de las Naciones Unidas. Disponible en <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
- PNSSyPR (2010). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>
- PNSSyPR (2012). *Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php
- PRONACEI (2012). *Recomendaciones nacionales de vacunación*. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/index.php/ayuda/51-programa-nacional-de-inmunizaciones>
- RCOG (2011). "The Care of Women Requesting Induced Abortion", *Evidence-based Clinical Guideline*, 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Disponible en http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion%20guideline_web_1.pdf
- SADI (2003). *Guía para la profilaxis antibiótica prequirúrgica*. Sociedad Argentina de Infectología. Disponible en <http://www.sadi.org.ar/index.php/recomendaciones-y-consensos/item/17-profilaxis-quirurgica-antibiotica>
- SADI (2009). *Prevención de infecciones de sitio quirúrgico y seguridad del paciente en el pre, intra y postquirúrgico*. Documento de consenso. Sociedad Argentina de Infectología. Disponible en <https://www.dropbox.com/s/v3hxukpsl4qez5z/CONSENSOISQFINAL.PDF>
- SATI (s.f.). *Hora de oro en sepsis grave y shock séptico*. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Disponible en http://www.sati.org.ar/sepsis/HORA_DE_ORO.pdf



0800 222 3444
saludsexual@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/saludsexual