

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE MANEJO DEL ABORTO ESPONTANEO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE MANEJO DEL ABORTO ESPONTANEO

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se calcula que aproximadamente 800 mujeres mueren diariamente por causas asociadas al embarazo, el parto y el puerperio; y que, en la mayoría de los casos, se trata de fallecimientos prevenibles.

En 2013, en América Latina y el Caribe fueron registradas unas 9,300 muertes maternas, principalmente por complicaciones asociadas a la hipertensión arterial, la hemorragia posparto y las infecciones. Como cuarto factor de riesgo, es identificada la ocurrencia del aborto inseguro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que, aproximadamente, el 13% de las muertes maternas está asociado a complicaciones del aborto inseguro, lo que equivale a unos 47,000 decesos por año.

En República Dominicana, según el Reporte de Indicadores Básicos de Salud 2014, la mortalidad materna ajustada es de 109.7 muertes/100,000 nacidos vivos.

1. OBJETIVO

Establecer las pautas de recepción y manejo integral del aborto, para contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad materna.

2. USUARIOS/AS DEL PROTOCOLO

Médicos y médicas generales, especialistas en medicina familiar, ginecología y obstetricia, emergenciológica y personal de enfermería.

3. POBLACIÓN DIANA

Mujeres en edad reproductiva que cursen con aborto.

4. DEFINICIONES

Aborto: expulsión de un feto antes de las 20 semanas de edad gestacional o de un peso menor de 500 g al nacer.

Aborto inseguro: según la OMS, es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o efectuado en un entorno sin un estándar médico mínimo, o en ambas situaciones.

Edad gestacional: número de días o semanas de embarazo, contabilizados desde el día de inicio del último sangrado menstrual. Cuando existen dudas en relación a la fecha de la última menstruación, la edad gestacional puede ser valorada por sonografía o mediciones clínicas.

Consejería integral: es la intervención donde se promueve la toma de decisiones consciente, autónoma e informada. Este acompañamiento puede ser realizado por profesionales de medicina, sicología, enfermería o servicio social, siempre que estén debidamente capacitados/as y entrenados/as para tales fines.

Malformación congénita letal: error en el desarrollo estructural o funcional de un órgano o sistema que conduce invariablemente a la muerte del feto en el útero o del recién nacido en el período neonatal, independientemente del tratamiento.

5. PROCEDIMIENTO

5.1 Recepción y acogida de la usuaria que cursa con aborto

Todo el personal involucrado en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva debe ofrecer a la usuaria un trato digno, respetuoso y sensible, con una actitud neutral y libre de discriminaciones de cualquier tipo.

Es importante que la mujer con un aborto en curso se sienta acogida desde el inicio por las personas involucradas en la atención, así como durante todo el proceso de manejo y en los procedimientos posteriores. Los/as profesionales a cargo de los servicios de salud deben:

1. Proteger la salud y la vida de las mujeres adultas y adolescentes, además de sus derechos humanos.
2. Brindar respeto, apoyo y trato humanizado a las pacientes, mientras son atendidas sus necesidades clínicas inmediatas.
3. Responder a las inquietudes de las mujeres para que expresen libremente sus puntos de vista, dudas y preguntas, mostrando una actitud positiva, aplicando técnicas de comunicación interpersonal y utilizando un lenguaje sencillo.

4. Mantener una atmósfera de confianza entre el personal de salud y las usuarias.
5. Proveer información a la paciente sobre su condición de salud, el retorno de su fertilidad y el autocuidado.
6. Garantizar la toma de decisiones clínicas de manera informada y voluntaria por parte de la paciente, a través del cumplimiento del proceso de elección informada y la firma del documento de consentimiento, libre de error, fuerza y dolo.
7. Favorecer la autonomía de la usuaria en la toma de decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva.
8. Asumir una actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de los servicios de salud.
9. Evidenciar un respeto absoluto de la confidencialidad y la privacidad en el manejo de los casos.

5.2 Identificación de los riesgos psicosociales de la usuaria

Al momento de recibir a una usuaria para atención del aborto, la persona prestadora del servicio debe identificar si la misma cursa con riesgos psicosociales que requieran de la toma medidas especiales, como apoyo emocional o atención psicológica. Las siguientes condiciones son consideradas riesgos psicosociales:

1. Adolescente o de menor edad.
2. Escolaridad baja o ninguna.

3. Antecedentes de depresión emocional, tendencias suicidas y cualquier otro tipo de trastorno emocional o retraso mental.
4. Identificación de antecedentes o exposición actual a la violencia basada en el género o al abuso sexual.
5. Antecedente de consumo de alcohol o sustancias ilícitas.
6. Antecedentes de pérdidas reproductivas, espontáneas o inducidas.
7. Inasistencia a control prenatal, con embarazo de edad gestacional de 15 semanas o más.
8. Apoyo familiar o social bajo o ninguno.
9. Antecedentes de embarazo con malformaciones congénitas.
10. Seropositividad conocida para el virus de la inmunodeficiencia humana.

Nota: *ante la ocurrencia de uno o más factores de riesgo psicosocial, la usuaria debe ser manejada en conjunto o referida a un/a profesional de Psicología.*

5.3 Consejería integral durante el manejo del aborto

Al momento de recibir a una mujer con un aborto, se debe iniciar la prestación de servicios con información y orientación, optimizando todas las acciones durante su intervención. Estas orientaciones deben ser ofrecidas previo, durante y posterior al procedimiento clínico, basadas en los siguientes enfoques.

ENFOQUES DE LA CONSEJERÍA		
Antes de la Atención	Durante de la Atención	Después de la Atención
Estructurar una relación en la cual la mujer pueda adquirir confianza, expresar sus sentimientos, temores y dudas. Es fundamental prepararla para el procedimiento, proporcionándole información sobre el mismo.	Acompañar y brindar apoyo emocional a la mujer para el manejo conductual del dolor y todos los efectos esperados según el manejo al cual es sometida, facilitando así la labor del equipo de salud.	Verificar el estado emocional, indicar a la usuaria sobre los cuidados que debe tener e informar sobre las señales de alarma y posibles efectos colaterales por el uso del anticonceptivo, si los hay.

Los resultados esperados de esta atención son:

- Usuaris informadas sobre su estado clínico, procedimientos a ser realizados y decisión libre e informada sobre sus opciones anticonceptivas.
- Autorización firmada del consentimiento informado.

6. TRATAMIENTO

Los tipos de abordaje terapéutico para el manejo del aborto a ser utilizados son: farmacológico y quirúrgico.

6.1 Tratamiento farmacológico

Manejo del aborto con Misoprostol como agente único.

6.2 Tratamiento quirúrgico

- Aspiración endouterina, manual o eléctrica.
- Dilatación cervical y evacuación uterina.

El/la proveedor/a a cargo de la atención debe informar de manera detallada acerca de las ventajas y desventajas descritas para cada uno de los abordajes terapéuticos posibles, cuya oferta debe estar basada en la mejor opción según las condiciones clínicas de la usuaria y la edad gestacional al momento del manejo (Tabla 1). La opinión de la usuaria siempre debe ser determinante. En los casos en los que haya un riesgo actual o inminente para la salud o la vida de la misma, deben ser aseguradas la inmediatez y la oportunidad de estas decisiones.

MANEJO DE USUARIA CON ABORTO ≤12 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL	
TIPO Y ÁMBITO DE LA ATENCIÓN	Atención ambulatoria, ofrecida en centros de salud donde se ofrezcan servicios de salud sexual y reproductiva de segundo y tercer nivel de atención, pertenecientes tanto a los sectores públicos como privados, incluyendo los de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y militares.
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Uso de esquema de misoprostol (agente único) según los criterios establecidos a continuación en el presente Protocolo.

MANEJO DE USUARIA CON ABORTO ≤12 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL	
TRATAMIENTO QUIRURGICO	Manejo quirúrgico con aspiración endouterina o dilatación y evacuación uterina, en los centros de servicio donde no se disponga de la primera técnica. En ambos casos, aplicar los criterios que se establecen a continuación en el presente Protocolo.

MANEJO DE USUARIA CON ABORTO DE 13-20 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL	
TIPO Y AMBITO DE LA ATENCIÓN	Atención bajo ingreso hospitalario, ofrecida en centros de salud donde se ofrezcan servicios de salud sexual y reproductiva, de segundo y tercer nivel de atención, pertenecientes tanto a los sectores públicos como privados, incluyendo los de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y militares.
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Uso de esquema de misoprostol (agente único) según los criterios establecidos a continuación en el presente Protocolo.
TRATAMIENTO QUIRURGICO	Manejo quirúrgico con dilatación y evacuación uterina, según las indicaciones, las contraindicaciones y los criterios de manejo establecidos a continuación en el presente Protocolo.

6.3 Atención antes del manejo farmacológico del aborto

- a. Cumpla con la acogida de la usuaria.
- b. Usuarias con aborto espontáneo de ≤ 12 semanas de edad gestacional: maneje de manera ambulatoria.
- c. Usuarias con aborto espontáneo de 13 a 20 semanas de edad gestacional: realice el ingreso hospitalario y establezca los cuidados clínicos generales que correspondan.
- d. En usuarias hospitalizadas, valore y justifique la necesidad de cruce y reserva de sangre.
- e. Escuche cuidadosamente a la usuaria y responda a todas sus inquietudes.
- f. **Realice una historia clínica y un examen físico completo, donde debe incluir:**
 - Confirmación de ausencia de antecedentes o condiciones mórbidas que contraindiquen el uso de algún fármaco.
 - Verificación de riesgos psicosociales.
 - Interconsulta con Apoyo Emocional o Psicología en los casos con criterios para hacerlo.
 - Tome una muestra para la realización de hemograma, tipificación sanguínea y prueba hormonal de embarazo en sangre.
 - Si existe duda en relación a la edad gestacional o sospecha clínica de embarazo ectópico o de masa anexial, realice una sonografía pélvica transvaginal para la confirmación diagnóstica.
 - En usuarias a ser manejadas de manera ambulatoria, durante el proceso de consejería y consentimiento informado facilite todas las informaciones

sobre la eficacia y los efectos secundarios de los medicamentos indicados; así como de las señales de alarma, a fin de que la paciente en situación de urgencia pueda contactar rápidamente con la persona prestadora del servicio de salud.

- Procure el consentimiento informado y firmado por parte de la usuaria.
- Cumpla con la consejería y la oferta de métodos anticonceptivos.
- Administre inmunoglobulina antiRhD en casos de mujeres Rh negativas.

6.4 Consentimiento informado para el manejo farmacológico

Durante la consejería, la elección informada y la firma del consentimiento para el manejo farmacológico de aborto con el uso de misoprostol, las siguientes informaciones deben ser enfatizadas y ampliamente descritas:

- Síntomas clínicos esperados durante el proceso.
- Instrucciones sobre el manejo del dolor.
- Información sobre la reanudación de la menstruación después del tratamiento, pudiendo ser por períodos más prolongados cuando han sido manejadas con edades gestacionales del segundo trimestre.
- La ovulación puede ocurrir entre ocho días y 12 semanas después de la terminación del embarazo, a partir de lo cual se recupera la capacidad reproductiva.

- Se debe ofrecer a la usuaria información completa de todos los métodos anticonceptivos disponibles, oferta que debe velar por:
 - Libertad de selección de método por parte de la usuaria, respetando sus propias necesidades, valores, creencias y bienestar social.
 - Prevención de cualquier tipo de discriminación.
 - Respeto a la privacidad de la atención en anticoncepción.
 - Garantía de la confiabilidad y continuidad del servicio.

6.5 Dosificación

DOSIFICACIÓN DEL MISOPROSTOL PARA MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO		
TIPO DE ABORTO	DOSIS / VÍA	
	≤12 semanas de edad gestacional	13 - 20 semanas de edad gestacional*.
Huevo anembriónado		No aplica
Aborto retenido (muerte fetal)	<p>Opción A10, 11 800 microgramos (4 tabletas) vía vaginal, dosis única.</p> <p>Opción B10, 11 600 microgramos (3 tabletas) vía sublingual, dosis única.</p>	<p>≤17 semanas 14 200 microgramos (1 tableta) vía vaginal, cada 6 horas, máximo 4 dosis consecutivas.</p> <p>18 semanas o más 14 100 microgramos (½ tableta) vía vaginal, cada 6 horas, máximo 4 dosis consecutivas.</p>

DOSIFICACIÓN DEL MISOPROSTOL PARA MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO		
Aborto incompleto, aborto inevitable		No aplica

- 7. CRITERIOS DE REFERENCIA DE USUARIAS CON ABORTO ≤ 12 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL DE MAYOR COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN** Las usuarias con 12 semanas de edad gestacional o menos, deben ser referidas a un centro de servicio de mayor nivel de complejidad de la atención o con indicación de manejo quirúrgico del aborto, en los siguientes casos:

- Cuando el centro de servicio de salud no dispone de personal capacitado e instalaciones apropiadas para la oferta de la atención al aborto seguro.
- Aborto incompleto o retenido.
- Ocurrencia de sangrado transvaginal profuso.
- Sospecha clínica de infección.

7.1 Seguimiento después del manejo farmacológico del aborto con ≤ 12 semanas de gestación

- Luego del manejo farmacológico del aborto, cite a la usuaria para control clínico una semana después de administrado el medicamento.
- Durante este primer control clínico, realice un examen físico completo.

- c. Para considerar que el manejo se ha completado con éxito, verifique la desaparición de los síntomas de embarazo y la ausencia de sangrado transvaginal abundante, persistente o intermitente.
- d. Luego del manejo del aborto y verificado como completo, si la usuaria no ha iniciado con la anti-concepción, insista con la consejería sobre el tema y con la oferta inmediata de algún método de planificación familiar, previo consentimiento de la misma.

7.2 Seguimiento del aborto de entre 13 y 20 semanas de edad gestacional

- a. El pronóstico más frecuente es que las usuarias hospitalizadas, sometidas a manejo farmacológico del aborto, deben completar la expulsión fetal y placentaria en el marco de las primeras 24 horas de haber recibido el tratamiento.
- b. En caso de duda de que se haya completado el manejo, indique una sonografía pélvica que confirme la presencia de restos ovulares.
- c. Luego de la determinación de éxito de manejo farmacológico del aborto de entre 13 y 20 semanas de edad gestacional, cumpla con la consejería sobre anticoncepción y la oferta inmediata de algún método anticonceptivo, previo consentimiento de la usuaria.
- d. En las mujeres con aborto de entre 13 y 20 semanas de edad gestacional en las que no ocurre la expulsión de los productos de la gestación en el marco de un esquema completo (24 horas) de misoprostol y en ausencia de sangrado transvaginal

excesivo, persistente o intermitente, repita el esquema luego de 12 horas de reposo, previa información y aceptación de parte de la usuaria.

- e. Administre el segundo esquema de misoprostol cumpliendo exactamente con los mismos criterios que en la primera ocasión.

7.3 Criterios de tratamiento quirúrgico después del manejo farmacológico del aborto de entre 13 y 20 semanas de edad gestacional

- a. Falta de expulsión, luego de un primer esquema de uso de misoprostol, y rechazo por parte de la usuaria a recibir un segundo esquema.
- b. Falta de expulsión de los productos de la gestación después de la administración del segundo esquema de misoprostol.
- c. Todos los casos de expulsión incompleta.
- d. Ocurrencia de sangrado transvaginal, con signos de repercusión hemodinámica.
- e. Signos clínicos de infección.

8. MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO

8.1 Indicaciones del manejo quirúrgico del aborto

- Aborto en cualquier edad gestacional, en todas sus presentaciones clínicas. (Ver anexo 1).
- Aborto en cualquier edad gestacional, luego de falla del manejo farmacológico.

8.2 Técnicas para el manejo quirúrgico del aborto

- Aspiración endouterina manual o eléctrica, aplicable hasta las 12 semanas de edad gestacional.

- Dilatación cervical y evacuación uterina, aplicable en cualquier edad gestacional.

8.3 Atención antes del manejo quirúrgico del aborto

1. Cumpla con la acogida de la usuaria.
2. Realice la admisión ambulatoria en un Centro de Segundo o Tercer Nivel de Atención o el manejo hospitalario si existen condiciones clínicas, vinculadas o no al manejo del aborto, que así lo requieran.
3. Realice una historia clínica y un examen físico completos, donde debe incluir:
 - a. Confirmación de ausencia de antecedentes o condiciones mórbidas.
 - b. Verificación de riesgos psicosociales.
 - c. Interconsulta con Apoyo Emocional o Psicología en los casos con criterios para hacerlo.
4. Tome una muestra para realización del hemograma y la tipificación sanguínea.
5. Evalúe la necesidad de cruce y reserva de sangre.
6. Si existe duda en relación a la edad gestacional o sospecha clínica de embarazo ectópico o de masa anexial, realice una sonografía pélvica transvaginal para la confirmación diagnóstica.
7. Facilite a la usuaria todas las informaciones sobre el procedimiento.
8. Gestione el consentimiento informado y firmado.
9. Administre antibioterapia profiláctica, de 15 a 60 minutos antes de la realización del procedimiento.

El esquema de antibioterapia recomendado es de:

- a. Doxiciclina 100 mg por vía oral, una hora antes del procedimiento y 200 mg por vía oral después de completado el mismo.
 - b. Se acepta el uso de un esquema antibiótico basado en la disponibilidad del mismo en el centro de servicio y en las características de la población atendida.
- 10. Las dependencias en donde son ofrecidos abortos quirúrgicos deberían hacer los esfuerzos necesarios para asegurar la provisión de antibióticos adecuados. Sin embargo, si no se dispone de antibióticos, de igual manera pueden realizar los procedimientos de manejo quirúrgico del aborto.
 - 11. Realice el procedimiento de maduración cervical según los criterios establecidos en este Protocolo.
 - 12. Ofrezca consejería sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos.
 - 13. Administre la inmunoglobulina antiRhD en casos de mujeres Rh negativas. Debe ser aplicada justo antes o dentro de las primeras 72 horas después de completado el procedimiento.
 - 14. Envíe los tejidos extraídos a estudio histopatológico.
- 8.4 Maduración cervical antes del aborto quirúrgico**
- a. Madurar el cuello antes del aborto quirúrgico en las mujeres con embarazos de 12 semanas de edad gestacional o más, aunque el procedimiento puede ser efectuado en cualquier edad gestacional.

- b. Para la maduración cervical prequirúrgica, debe administrar a la paciente una dosis de 400 microgramos (dos tabletas) de miprostol por vía vaginal, de tres a cuatro horas antes del procedimiento; o con dos o tres horas de anticipación, mediante el método sublingual.
- c. Dicha dosis puede ser autoadministrada o dispensada en el centro de servicio antes de la realización del procedimiento, para lo que se debe proveer de un espacio de espera confortable.
- d. En el momento de preparar el cérvix se debe suministrar a la paciente una terapia analgésica basada en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (600 mg de ibuprofeno por vía oral u otra opción disponible en caso de alergia).
- e. Si la mujer sometida a una maduración cervical comienza a sangrar profusamente por la vagina, el procedimiento de evacuación debe ser realizado sin demoras.

8.5 Consentimiento informado para el manejo quirúrgico del aborto

Durante la consejería, la elección informada y la firma del consentimiento para el manejo quirúrgico del aborto, las siguientes informaciones deben ser enfatizadas y ampliamente descritas a las usuarias:

- Posibilidad de sangrado y dolores de tipo cólico con el uso del procedimiento de maduración cervical.

- Ante sangrado transvaginal abundante, se requerirá la realización inmediata del procedimiento quirúrgico programado.
 - Explicar a las pacientes en qué consiste la técnica seleccionada.
 - Advertir sobre la preservación de su estado de conciencia durante el procedimiento de aspiración endouterina manual.
 - Brindar informaciones generales sobre el procedimiento anestésico que será utilizado.
 - Exponer detalladamente acerca de los riesgos y las complicaciones vinculadas a la técnica seleccionada.
 - Advertir sobre la ocurrencia de dolor de intensidad variable, el cual será manejado de acuerdo a las características clínicas de cada usuaria.
 - Indicar el uso de antibioterapia profiláctica, cuando aplique.
 - Informar sobre la reanudación de la menstruación después del tratamiento, pudiendo ser por períodos más prolongados cuando han sido manejadas con edades gestacionales del segundo trimestre.
 - Explicar que la ovulación puede ocurrir de ocho días a 12 semanas después de la terminación del embarazo, a partir de lo cual la mujer recupera su capacidad reproductiva.
 - Ofrecer a la usuaria información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:
- Libertad de selección de método por parte de la usuaria, basada en sus propias necesidades, valores, creencias y bienestar social.

- Prevención de cualquier tipo de discriminación.
- Respeto a la privacidad de la atención en anti-concepción.
- Garantía de la confiabilidad y continuidad del servicio.

- Cuando la usuaria haya seleccionado el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo, explicar que el mismo puede ser colocado inmediatamente concluido el tratamiento. En estos casos, incluir también este procedimiento dentro del documento de consentimiento informado.

8.6 Seguimiento después del manejo quirúrgico del aborto

- Refiera a la usuaria al servicio de Apoyo Emocional o de Sicología, cuando hayan sido detectados factores de riesgo psicosocial.
- Cumpla con la consejería enfocada al posaborto y con la oferta de métodos anticonceptivos.
- Informe sobre condiciones esperadas después del manejo quirúrgico del aborto.
- Advierta sobre las señales de alarma por las que debe procurar atención médica urgente, específicamente sangrado abundante persistente o intermitente, dolor pélvico o abdominal severo y persistente, fiebre.
- Otorgue el alta hospitalaria cuando las funciones vitales estén estables, sea verificada la ocurrencia de sangrado mínimo, la usuaria pueda deambular sin asistencia y haya recibido información para su seguimiento.

9. ANTICONCEPCIÓN POSABORTO

Todos los servicios de salud en donde se trate a pacientes por aborto, deben garantizar:

- La oferta de consejería y servicio de anticoncepción.
- La promoción del empoderamiento de la usuaria en la prevención de embarazos no deseados.
- La provisión de información sobre el espaciamiento óptimo entre embarazos, en favor de la salud de la usuaria y de la prevención de las muertes maternas, neonatales e infantiles.

La consejería sobre la anticoncepción puede ser ofrecida de manera transversal, desde la acogida y durante y después del manejo del aborto, por cualquier profesional de la salud con cualificación para hacerlo. Es preferible no postergar la consejería para las visitas de control posteriores al manejo del aborto. Este proceso, además de la información y la educación, debe enfatizar los Derechos Sexuales y Reproductivos de la mujer, según se describe a continuación:

- **Información.** Todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de anticoncepción, la mujer tiene derecho a recibir información completa sobre todos los métodos de planificación familiar disponibles.
- **Libertad.** Capacidad de hacer elecciones básicas sobre la vida y la atención en salud en general, la que incluye la salud sexual y reproductiva.

- **Privacidad.** Las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva incluido el tamaño de la familia, son de carácter privado, pues estas son tomadas teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.
- **Igualdad.** Los métodos anticonceptivos deben ser dados a conocer en todos los servicios de salud y estar disponibles para todas las mujeres que los soliciten; sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, ideas políticas, opiniones, origen nacional, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición.
- **Justicia sanitaria.** Se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener.

10. COMPLICACIONES DEL ABORTO

10.1 Infecciones

Los síntomas más frecuentes de una infección son fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con mal olor, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina y leucocitosis. Debe ser manejada con antibioterapia y, en caso de estar asociada a la retención de restos ovulares, procederse a la reevacuación uterina. Dependiendo la severidad del caso, podría requerirse la hospitalización de la usuaria.

10.2 Hemorragia

Sus causas más frecuentes son la retención de restos ovulares, traumatismo o laceración cervical,

la perforación uterina y la hipotonía uterina. Por tanto, el tipo de manejo de la hemorragia posaborto depende de su causa, pudiendo incluir desde solo masaje uterino, administración de uterotónicos, hasta manejos quirúrgicos. Dependiendo la severidad del volumen del sangrado, la reposición del mismo puede ser realizada con soluciones parenterales cristaloides o reposición con hemotransfusión.

Todo centro de salud en donde sea realizado el manejo quirúrgico del aborto debe tener la capacidad de estabilizar y tratar a las usuarias; o de referir oportunamente a otros centros especializados a las que puedan presentar complicaciones hemorrágicas.

10.3 Retención de restos placentarios

Los signos y síntomas incluyen sangrado genital, dolor abdominal o evidencias de infección. La reevacuación uterina con aspiración al vacío es el método de elección para tratar un aborto incompleto, prestando atención a la posibilidad de hemorragia o infección. En aquellos lugares en donde la aspiración no esté disponible, es válido el uso de la dilatación y la evacuación uterinas.

10.4 Perforación uterina

Es una complicación que puede pasar desapercibida y no requerir de ningún manejo en particular. Cuando la perforación es detectada puede ser manejada solo con observación y antibioterapia.

En caso de sospecha de lesiones mayores, la laparoscopia es la vía diagnóstica de elección. La detección de trauma intestinal, vascular o de otra estructura podría requerir de un abordaje con laparotomía.

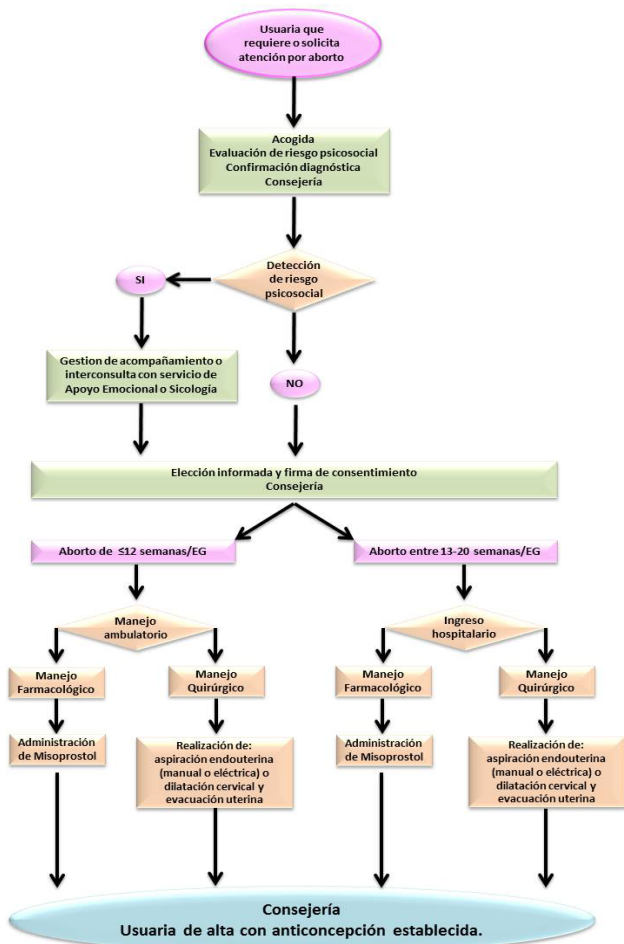
10.5 Complicaciones vinculadas a la anestesia

En los casos de manejo quirúrgico del aborto con administración de cualquier tipo de anestésico, es posible la ocurrencia de complicaciones inherentes al fármaco y a las vías utilizadas. Siempre que sea empleado algún tipo de procedimiento anestésico, la persona proveedora del servicio debe disponer de las competencias para el manejo de complicaciones.

10.6 Complicaciones generales no específicas del manejo del aborto

Pueden presentarse reacciones anafilácticas y broncoespasmo, entre otras complicaciones que deben ser manejadas según el caso.

11. ALGORITMO DE MANEJO EL ABORTO



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Nota descriptiva No. 348, mayo 2014. Centro de Prensa de la Organización Mundial de la salud. “Mortalidad Materna”. Disponible en línea en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. (Último acceso, 5 de julio, 2015).
2. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, et al. “Trends in Maternal Mortality: 1990-2013. World health Organization”. Ginebra, 2014. 56 p. Disponible en línea en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1 (Último acceso: 5 de julio, 2015).
3. Department of Reproductive Health and Research. “Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008”. Sixth edition. World Health Organization. Ginebra, 2011. p1. Disponible en línea en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/. (Último acceso: 5 de julio, 2015).
4. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública. “Indicadores Básicos de Salud República Dominicana 2014”. p4. Disponible en línea en: http://www.digepisalud.gob.do/?page_id=93&drawer=Análisis%20de%20Situación%20de%20Salud*Indicadores%20Básicos%20de%20Salud. (Último acceso: 5 de julio, 2015).

5. Congreso Nacional de la República Dominicana. “Ley No. 550-14, que establece el Código Penal de la República Dominicana”. 26 de diciembre, 2014. p.34 Disponible en línea en: <https://voces.intec.edu.do/wp-content/uploads/2014/10/251865974-Ley-No-550-14-Que-establece-el-Codigo-Penal-de-La-Republica-Dominicana.pdf>. (Último acceso: 5 de julio, 2015).
6. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Norma Técnica No. 119: “Orientaciones Técnicas para la atención Integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas”. Santiago, 3 de mayo, 2014. p41. Disponible en línea en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>. (Último acceso: 5 de julio, 2015).
7. Ministerio de Salud. “Guía técnica para la atención integral del aborto no punible”. Buenos Aires, junio 2014. 64p. Disponible en línea en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/00000000667cnt-Guia-tecnica-web.pdf> (Último acceso: 5 de julio, 2015).
8. Ministerio de Salud. “Guía para el mejoramiento de la atención post aborto”. Buenos Aires, diciembre 2009. 64p. Disponible en línea en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf>. (Último acceso: 10 de julio, 2015).

9. Organización Mundial de la Salud. “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”. 2da edición. Ginebra, 2012. 134p. Disponible en línea en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf. (Ultimo acceso: 5 de julio, 2015).
10. Organización Mundial de la Salud. “Manual de práctica clínica para un aborto seguro”. Ginebra, 2014. 72p. Disponible en línea en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf?ua=1&ua=1. (Ultimo acceso: 5 de julio, 2015).
11. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. “Prevención del aborto inseguro en Colombia: Protocolo para el sector salud”. Ciudad de Bogotá, 2014. 114p.
12. The American College of Obstetricians and Gynecologists. “Practice Bulletin No. 143: Medical Management of the First Trimester abortion”. Obstet Gynecol. 2014 Mar; 123(3): 676-92.
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists. “Practice Bulletin No. 135: Second trimester abortion”. Obstet Gynecol. 2013 Jun; 121(6): 1394-406.
14. Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. “Uso del misoprostol en Obstetricia y Ginecología”. Mayo, 2013. p97.

15. Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. "Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion".Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD005217. Disponible en línea en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005217.pub2/abstract> (Último acceso: 6 de julio, 2015).
16. Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 2. Art. No.: CD007207. Disponible en línea en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007207.pub2/abstract> (Último acceso: 6 de julio, 2015).

ANEXO

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL ABORTO

PRESENTACIONES CLÍNICAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO	
TIPO DE ABORTO	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Aborto completo	<ul style="list-style-type: none">• Más frecuente con edad gestacional igual o menor de ocho semanas.• Expulsión completa de los productos de la gestación, que puede estar precedido de sangrado transvaginal y dolor pélvico de tipo cólico e intensidades variables.• Disminución o desaparición del sangrado y dolor después de la expulsión.• Orificio cervical cerrado o semipermeable.• Utero bien contraído.
Aborto incompleto	<ul style="list-style-type: none">• Expulsión parcial de los productos de la gestación.• Sangrado transvaginal de intensidad variable.• Dolor pélvico de tipo cólico e intensidad variable.• Dilatación cervical evidente.• Volumen uterino por debajo del correspondiente para la edad gestacional.
Aborto inminente	<ul style="list-style-type: none">• Expulsión inminente de los productos de la gestación.• Dolor pélvico de tipo cólico e intensidad progresiva.• Sangrado transvaginal persistente.• Dilatación cervical.• Volumen uterino por debajo del correspondiente para la edad gestacional.

TIPO DE ABORTO	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Aborto inevitable	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado transvaginal de intensidad variable. • Ruptura de membranas, con salida evidente del líquido amniótico. • Puede haber o no dilatación cervical.
Aborto retenido o huevo muerto retenido	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen uterino por debajo del correspondiente a la edad gestacional. • Ausencia de vitalidad fetal (falta de frecuencia cardíaca fetal). • Ausencia de modificaciones cervicales.
Aborto séptico	<ul style="list-style-type: none"> • Complicación posible en cualquiera de las presentaciones clínicas previas. • Salida de secreción hemato-purulenta y fétida a través del cuello del útero. • Fiebre • Hipersensibilidad al tacto del área suprapúbica y dolor intenso durante la movilización lateral de cuello y útero. • Alteración del estado general. • Leucocitosis.

ANEXO

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES DEL MANEJO DEL ABORTO

SOBRE EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO		
Recomendaciones	NE	RB
El uso del misoprostol como agente único es efectivo para el manejo farmacológico del aborto de un feto mayor de 13 semanas.	A	13
En edad gestacional ≤ 12 semanas, el método recomendado para el aborto médico es 800 μg de misoprostol administrado por vías vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 μg con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas.	A	9
En edad gestacional >12 semanas, la dosis recomendada para el manejo del aborto farmacológico es de 400 μg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, repetido cada tres horas con un máximo de cinco dosis.	A	9
El seguimiento posterior al manejo farmacológico del aborto es importante, pero no siempre es necesario.	A	12
En edad gestacional ≥ 13 semanas, cuando existe sospecha de inserción anormal de la placenta, la dilatación y la evacuación uterinas son preferibles al manejo farmacológico.	B	13
El uso de antiinflamatorios no esteroideos para el control del dolor no está contraindicado durante el manejo farmacológico del aborto.	B	12

SOBRE EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO

Recomendaciones	NE	RB
Considerando que el riesgo de ruptura uterina con el uso de misoprostol es similar en usuarias con o sin antecedentes de cesárea, se considera seguro el uso del citado fármaco para el manejo farmacológico del aborto de usuarias con antecedentes de una cesárea previa.	A	13
Las mujeres sometidas a manejo farmacológico deben tener acceso expedito o posibilidad de referimiento oportuno al manejo quirúrgico de emergencia.	C	12
Los/as proveedores de servicios de atención de salud que ofrecen manejo farmacológico del aborto deben estar entrenados/as en el manejo quirúrgico o en capacidad de realizar un referimiento oportuno a otro/a proveedor/a que pueda manejarlo.	C	12
No existen evidencias suficientes sobre la necesidad de antibioterapia profiláctica para el manejo farmacológico del aborto del primer trimestre.	C	9, 12
La inmunoglobulina antiRhD debe ser administrada en las usuarias Rh negativas.	C	12
Son recomendables, tanto la dilatación y la evacuación (DyE), como los métodos médicos para el aborto cuando la edad gestacional supera el período de 12 a 14 semanas. Los centros médicos deben ofrecer al menos uno de estos métodos (preferentemente ambos), según la experiencia del profesional y la disponibilidad de capacitación.	A	9

SOBRE EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO

Recomendaciones	NE	RB
Antes de un aborto quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino en el caso de todas las mujeres con un embarazo de 12 a 14 semanas de gestación. Su empleo puede considerarse en las pacientes con un embarazo en cualquier edad gestacional.	A	9, 13
Todas las mujeres a las que se les practicará la dilatación y la evacuación (DyE) con un embarazo de más de 14 semanas de gestación, deben ser sometidas a la preparación del cuello uterino antes del procedimiento.	A	9, 13
Los métodos recomendados para la preparación del cuello uterino antes de la dilatación y evacuación (DyE), después de las 14 semanas de gestación, son los dilatadores osmóticos o el misoprostol.	A	9
Todas las mujeres que se sometan a un aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, deben recibir profilaxis con antibióticos antes de la cirugía o durante ésta.	A	9, 13
Excepto por la esterilización por histeroscopia, el diafragma y la copa cervical, todos los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados después del manejo quirúrgico del aborto e iniciados el mismo día del procedimiento.	A	13

NE: Nivel de Evidencia

RB: Referencia Bibliográfica

SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN POSABORTO		
Recomendaciones	NE	RB
Las mujeres pueden comenzar a utilizar la anti-concepción hormonal en el momento del aborto quirúrgico o tan pronto como se le administre el primer comprimido de un régimen para un aborto médico. Después del aborto médico, puede insertarse un dispositivo intrauterino (DIU) cuando se haya establecido razonablemente que se ha completado el manejo del aborto.	A	9

NE: Nivel de Evidencia

RB: Referencia Bibliográfica