DOCUMENTO TÉCNICO

Atención Post Aborto (APA) y sus complicaciones

Documento Técnico para prestadores de servicios de salud

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Atención postaborto (APA) y sus complicaciones

Documento técnico para prestadores de servicios de salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA
TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva

EQUIPO TÉCNICO
CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA
RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención,
Ministerio de Salud y Protección Social

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna, Ministerio de Salud
y Protección Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora Técnica de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

COMITÉ EDITORIAL
CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA
MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

LUZ YAMILETH ORTIZ RAMÍREZ
Consultora de Gestión del Conocimiento, Monitoreo
y Evaluación, Convenio 036

GEMA GRANADOS HIDALGO
Asesora de Comunicaciones, UNFPA

ANGÉLICA OLIS DEVIA
Asistente administrativa, Convenio 036

FUNDACIÓN ORIÉNTAME
CRISTINA VILLARREAL VELÁSQUEZ
Directora Ejecutiva

LAURA GIL URBANO
Subdirección de Asistencia Técnica y Capacitación

RALPH PARRADO
Coordinador de Capacitación

LADY ALBA
CONSTANZA TOBASIA, MD
Asesoría Área Capacitación

ADRIANA PAOLA MOLINA
ELIANA MARULANDA
RAQUEL ARTEAGA
Investigación Área de Orientación y Asesoría

AUTOR
RALPH PARRADO

REVISIÓN TÉCNICA
MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna, Ministerio de Salud
y Protección Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

ISBN: 978 958 8735 76 4
"Atención postaborto (APA) y sus complicaciones. Documento técnico para prestadores de servicios de salud"
© Ministerio de Salud y Protección Social
© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Corrección de estilo: Eugenia Arce Londoño
Diseño y diagramación: Diana Perez Méndez
Ilustrador: Juan Manuel Velásquez
Impresión:
Año: 2014
Ciudad: Bogotá D.C.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o virtual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

AGRADECEMOS DE FORMA MUY ESPECIAL LA CONTRIBUCIÓN DE QUIENES PARTICIPARON EN LA REVISIÓN DEL DOCUMENTO

TERESA DE PIÑERES

ÁNGELA ESCOBAR

AGUSTÍN GONZÁLEZ

PÍO IVÁN GÓMEZ

ELSA VICTORIA HENAO

MARTHA PATRICIA OSPINO GUZMÁN

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ

PAOLA SALGADO

NORMA CONSTANZA TOBASIA HEGE

CRISTINA VILLARREAL VELÁSQUEZ

JOSÉ LUIS WILCHES

HERNANDO CHICUNQUE

Y a todos los profesionales de las Direcciones Territoriales de Salud -DTS de Santander, Atlántico, Bogotá, Risaralda y Valle del Cauca que participaron en los talleres de revisión y validación del documento. Estos profesionales son merecedores de los agradecimientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de todas aquellas personas que se beneficien de su aplicación.

ÍNDICE

Presentación 7

Introducción 11

Marco conceptual 13

Referencias 14

1 Modelos de atención postaborto 15

Referencias 18

2 Atención postaborto 19

2.1 Atención médica 21

Referencias 29

3 Métodos para la evacuación uterina 31

3.1 Aspiración Manual Endouterina (AMEU) 32

3.2 Tratamiento con medicamentos 39

3.3. Tratamiento expectante 41

Referencias 41

4 Manejo de las complicaciones postaborto 43

4.1 Shock 44

4.2 Sangrado vaginal abundante (hemorragia) 46

4.3 Infección y sepsis 48

4.4 Perforación uterina 50

4.5 Lesión intraabdominal 52

4.6 Remisión

Referencias 58

5 Orientación y asesoría 59

5.1 Orientación previa al tratamiento 61

5.2 Orientación durante el tratamiento 62

5.3 Orientación después del tratamiento 63

Referencias 64

6 Servicios de anticoncepción y planificación familiar 65

6.1 Particularidades de la anticoncepción postaborto 66

6.2 Asesoría anticonceptiva postaborto 68

6.3 Doble protección 70

6.4 Anticoncepción y complicaciones postaborto 70

Referencias 72

PRESENTACIÓN

En el 2004, la Organización Mundial de la Salud publicó una revisión sobre muertes maternas y complicaciones del embarazo, denominada *Más allá de las Cifras;* en esta revisión se afirmó que aunque el embarazo es un estado de salud normal por el que muchas mujeres aspiran pasar en algún momento de sus vidas, puede entrañar graves riesgos de muerte y discapacidad; de hecho alrededor de medio millón de mujeres fallece como resultado de las complicaciones derivadas del embarazo y la mayoría de ellas, pudo haber sido evitada.

Así mismo el aborto, es una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad materna y a la vez es la causa de mayor posibilidad de intervención, si los servicios de anticoncepción moderna, de prevención y detección de las violencias de género y la prevención de embarazos no planeados o no deseados, estuviesen disponibles en los lugares donde las mujeres viven y transcurre su cotidianeidad.

En el año de 2006 la Corte Constitucional Colombiana por medio de la Sentencia. C-355 de 2006, consideró como no constitutivo de delito el aborto en tres causales:

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.

2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.

3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

En razón a lo anterior y al amparo de la reglamentación general de servicios de salud, definida para el país por la Ley 100 de 1993 y sus desarrollos normativos, se desarrolló esta colección de documentos o lineamientos técnicos para prestadores de servicios de salud, que les permita contar con directrices claras y actualizadas a la luz de la tecnología disponible, para garantizar la prestación del servicio en forma adecuada y así garantizar el derecho constitucionalmente amparado.

En esta serie de Lineamientos Técnicos para la Prestación de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva se encuentran varios documentos a saber:

1. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud.
2. Atención del Postaborto (APA) y sus complicaciones. Documento técnico para prestadores de servicios de salud.
3. Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Documento técnico para prestadores de servicios de salud.
4. Atención Integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. Documento técnico para prestadores de servicios de salud.
5. Guía de capacitación para la atención en salud, en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

El presente lineamiento corresponde a la Atención Postaborto (APA) y sus complicaciones, que fue desarrollado como un lineamiento técnico para garantizar la calidad e integralidad de la atención en los casos de aborto en curso o postaborto que llegan a las instituciones de salud.

Este lineamiento contiene 6 capítulos que abordan las diferentes etapas y componentes del proceso de atención de tal manera que de su aplicación las personas se beneficien de una verdadera atención integral. El contenido de este documento desarrollÓ los siguientes aspectos:

1. Presenta el modelo de atención para la etapa de postaborto, catalogada como una urgencia esencial en los servicios de obstetricia.

2. Entrega los lineamientos de la Atención Postaborto (APA) como el tratamiento del aborto incompleto y sus complicaciones, cuando se requiere de una atención de emergencia.

3. Describe los métodos para la evacuación uterina como tratamiento de elección en el caso de aborto en curso, aborto retenido o incompleto.

4. Trata sobre la orientación y asesoría para dar apoyo emocional a la mujer, brindarle información sobre las opciones de tratamiento y acompañarla antes, durante y después de la atención.

5. Se centra en los servicios de anticoncepción y planificación familiar como parte de la Atención Postaborto ya sea porque algunas mujeres no desean un nuevo embarazo en el momento, o deben espaciar los embarazos considerando que la APA puede ser uno de los pocos contactos que tiene la mujer con el sistema de salud.

6. Incluye otros servicios de salud sexual y reproductiva a ser prestados de preferencia en el mismo lugar de atención o por medio de remisión oportuna en otras instituciones dentro de la red de prestadores de servicios de salud, dada la importancia de reforzar el vínculo entre estos servicios y establecer los mecanismos necesarios para garantizar que las mujeres reciban una atención integral en salud reproductiva.

El componente de participación tanto del sector público y privado es transversal en el modelo y reconoce el papel vital de los miembros de la comunidad y los sectores público y privado en la reducción de la mortalidad materna, la prevención del aborto inseguro y la calidad en la salud sexual y reproductiva de todas las mujeres.

Con esta publicación se espera que el lineamiento brinde las herramientas necesarias que apunten a la prevención del aborto inseguro y en últimas se reduzcan las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con la temática del aborto.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

INTRODUCCIÓN

La Atención Postaborto (APA) es necesaria para proveer tratamiento al momento de presentarse complicaciones derivadas de un aborto espontáneo o un aborto inducido, además del apoyo emocional y asesoría en planificación familiar para prevenir futuros embarazos no planeados y reducir la recurrencia del aborto. El objetivo de la APA es disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y mejorar la vida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En Colombia, aproximadamente 1 de cada 6 embarazos termina en aborto espontáneo por razones fetales o maternas y 1 de cada 5, en aborto inducido. A pesar de la legislación que despenaliza parcialmente el aborto, la mayoría de los abortos inducidos se realiza en condiciones clandestinas. En ambos casos, las complicaciones postaborto son frecuentes, algunas de ellas con repercusiones físicas y psicológicas a largo plazo.

El concepto de APA como tal fue articulado en la década de los 90. Inicialmente incluyó tres componentes: tratamiento de urgencia de las complicaciones derivadas del aborto espontáneo o inducido; asesoría y prestación de servicios de planificación familiar; y vínculos entre los servicios de atención médica inmediata y otros servicios de salud reproductiva.

Aunque el concepto ha evolucionado y se han introducido cambios para fortalecerlo y ampliar su alcance, los componentes esenciales continúan siendo los mismos:

- Atención médica.
- Orientación y asesoría.
- Asesoría en planificación familiar.

La atención médica se orienta al tratamiento del aborto en curso, aborto incompleto, aborto retenido y sus complicaciones. La orientación y asesoría tiende a responder a las necesidades de salud emocionales y físicas de la mujer en una situación particularmente sensible para ella. La asesoría en planificación familiar

brinda información para la elección y uso autónomo de un método anticonceptivo con el fin de prevenir un embarazo no deseado o regular el espaciamiento entre embarazos.

El propósito de este documento es servir de instrumento práctico para que los/las profesionales de la salud –tanto los responsables directos de la prestación del servicio como los/las que tienen funciones de administración y gestión de los servicios– fortalezcan sus conocimientos y se familiaricen con los lineamientos básicos para la prestación de los servicios de APA.

El documento está dividido en 6 capítulos. El primero hace referencia a los modelos de APA que han sido implementados con éxito a nivel mundial. El segundo capítulo indica los pasos que se deben seguir en la atención de la mujer gestante que solicita los servicios de APA. El tercer capítulo describe los métodos empleados actualmente para la evacuación endouterina. El cuarto capítulo provee los elementos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones postaborto. El quinto incluye información para realizar la orientación y asesoría integral de las mujeres que solicitan la APA. El sexto, finalmente, ofrece información sobre aspectos técnicos de la asesoría anticonceptiva postaborto.

Los resultados esperados de la aplicación de este documento son: enriquecer los conocimientos de los/las profesionales de la salud en temas relacionados con los servicios de APA; promover un enfoque técnico único para la prestación de servicios de APA; mejorar la calidad de la atención médica y emocional de la mujer en postaborto; incrementar el acceso a los servicios de planificación familiar después de la atención postaborto; aumentar el número de mujeres que emplean métodos modernos de anticoncepción, teniendo en cuenta sus necesidades reproductivas; y, finalmente, disminuir el número de embarazos no deseados, complicaciones postaborto y abortos inducidos e inseguros.

MARCO CONCEPTUAL

El aborto y sus complicaciones constituyen un problema de salud pública y una amenaza seria para la salud y la vida de las mujeres. Se ha estimado que en el mundo cada año se presentan 43.8 millones de abortos, de los cuales 21.9 millones son inseguros[1]. Según estimativos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca del 13% de todas las muertes maternas se deben a complicaciones por abortos inseguros, lo cual representa 47.000 muertes por año[2]. Los abortos inducidos realizados en condiciones de riesgo se asocian con frecuencia a complicaciones severas con consecuencias a largo plazo, tales como dolor crónico, enfermedad pélvica inflamatoria, oclusión de las trompas e infertilidad secundaria[3]. Cuando esas complicaciones no son tratadas oportunamente, el aborto inseguro se puede asociar con muerte materna.

En Colombia, aunque las muertes maternas relacionadas con el aborto han disminuido, los procedimientos clandestinos e inseguros continúan ocasionando un gran número de complicaciones, algunas de ellas con repercusiones a largo plazo. Se ha estimado que cada año se presentan cerca de 132.000 complicaciones (infección, perforación uterina, aborto incompleto), de las cuales 93.000 requieren atención médica[4]. Desafortunadamente, una quinta parte del total de mujeres que sufren complicaciones postaborto no recibe tratamiento alguno por falta de acceso a servicios oportunos o por temor al maltrato o a repercusiones de tipo legal.

Por otra parte, del total de embarazos que se presentan cada año en Colombia, cerca del 15% termina en abortos espontáneos5. Aunque en estos casos, la muerte y las posibles complicaciones son menores que en el caso de los abortos inseguros, las mujeres que se presentan a los servicios de obstetricia con un aborto espontáneo también requieren atención inmediata. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud encontró que entre las mujeres que habían estado embarazadas alguna vez, el 16% habían tenido un aborto espontáneo6. La mayor parte de ellas indicaron haber recibido atención médica en un hospital o una clínica.

Es evidente que la morbilidad y mortalidad maternas derivadas del aborto inseguro y sus complicaciones son totalmente prevenibles. Existen dos formas de prevenirlas: a) acceso oportuno a servicios de alta calidad para interrupción voluntaria del embarazo, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006; y b) acceso a servicios de atención postaborto. En este sentido, en 1994, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) del Cairo, los representantes de diversos gobiernos aprobaron el concepto de atención postaborto como una estrategia eficaz para enfrentar el riesgo que implica el aborto inseguro. En esta y en conferencias posteriores, el acceso de las mujeres a la atención postaborto (APA) fue reconocido como un derecho básico de la mujer y por lo mismo una parte esencial de toda iniciativa de maternidad sin riesgo.

A pesar de las acciones emprendidas a nivel nacional en los últimos años, tanto los servicios de interrupción del embarazo como los servicios de atención postaborto requieren un esfuerzo mayor y continuo para mejorar su cobertura y garantizar el acceso oportuno a todas las mujeres que los necesiten a través de prácticas médicas seguras y efectivas que sean aceptables para las mujeres y los proveedores.

Parte de este esfuerzo implica la difusión de material de información y la capacitación del personal de salud (en especial del primer nivel de complejidad) en los aspectos pertinentes a la atención postaborto de acuerdo con las funciones propias de su profesión. Es por ello que se presenta este documento: Atención del Postaborto (APA) y sus complicaciones con el fin de enriquecer las competencias, ampliar el recurso humano capacitado en la atención postaborto, y asegurar que las mujeres reciban tratamiento digno, confidencial y respetuoso.

REFERENCIAS

1 Sedgh G et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet. 2012 Feb 18; 379(9816): 625-32. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61786-8. Epub 2012 Jan 19.

2 WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th edn. Geneva: World Health Organization, 2011.

3 Ibídem.

4 Prada E et al. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Instituto Guttmacher. Nueva York. 2011.

5 Ibídem.

6 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, Febrero de 2011.

1 MODELOS DE ATENCIÓN POSTABORTO

Aunque los servicios de Atención Postaborto (APA) deben existir en todos los niveles de complejidad, incluyendo el primer nivel, su calidad y accesibilidad difieren significativamente y, en general, se han caracterizado por:

1. Prestarse solo en segundo y tercer nivel de complejidad.
2. Realizarse en quirófano.
3. Emplear dilatación y curetaje (anestesia general o sedación profunda).
4. Requerir estadías prolongadas (hospitalización).
5. Tener en cuenta solo aspectos médicos.

En la actualidad, sin embargo, la APA contempla no solo los aspectos médicos, sino también los determinantes bio-psico-sociales que conllevan a un embarazo no siempre planeado y a un mal desenlace materno fetal. Comprende una serie de intervenciones multidisciplinarias destinadas a manejar las complicaciones del aborto, ya sea espontáneo o inducido tanto en condiciones seguras como en condiciones de riesgo. El objetivo de la APA es disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y mejorar la vida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Durante las últimas dos décadas, el Consorcio para la Atención Integral del Postaborto[7], ha promovido a nivel mundial un modelo integral de APA que refleja, desde el punto de vista del prestador y la usuaria, una visión de servicios personalizados y de alta calidad. El modelo amplía el enfoque desde un tratamiento puramente clínico a un enfoque más integral y con perspectiva de salud pública, con lo cual responde en forma más amplia a las necesidades sexuales y reproductivas de la mujer.

El modelo de APA del Consorcio consta de 5 componentes esenciales:[8]

1. **Tratamiento del aborto incompleto y las complicaciones**. Incluye tratamiento expectante y tratamiento con técnicas de evacuación uterina modernas y de bajo costo (aspiración al vacío, medicamentos). No implica que deban existir complicaciones o que las complicaciones pongan en riesgo la vida de la mujer.

2. **Orientación y asesoría**. Permiten identificar y responder a las necesidades de salud mental y física de las mujeres, atender otras necesidades e inquietudes y brindarles información sobre sus opciones de tratamiento y posibles complicaciones.

3. **Servicios de anticoncepción y de planificación familiar**. Información sobre anticoncepción y planificación, provisión de métodos anticonceptivos modernos, incluyendo anticoncepción de emergencia, para prevenir embarazos no deseados y la posibilidad de abortos en condiciones de riesgo, y contribuir a la satisfacción de las necesidades reproductivas de la mujer.

4. **Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud**. Se deben prestar, de preferencia en el mismo lugar de atención o, en su defecto, por medio de remisión oportuna a otras instituciones dentro de la red de prestadores de servicios de salud.

5. **Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud.** Se busca con estas alianzas evitar embarazos no deseados y abortos de alto riesgo, movilizar recursos a fin de ayudar a las mujeres a recibir atención apropiada y tratamiento oportuno del aborto y sus complicaciones, y garantizar que los servicios de salud reflejen y satisfagan las expectativas y necesidades de la comunidad.

Modelo APA del Consorcio para la Atención Integral del Postaborto

Por su parte, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por su sigla en inglés) ha desarrollado un segundo modelo, que presenta claras similitudes con el modelo del Consorcio. El modelo promovido por la USAID incluye 3 componentes:[9]

1. **Tratamiento de urgencia**. Implica el tratamiento inmediato de las complicaciones del aborto espontáneo o inducido, entre las que se incluyen: retención de restos ovulares (con posible presencia de hemorragia o infección), perforación uterina, lesión de órganos internos.

2. **Planificación familiar**. Es el componente preventivo de la APA, el cual es crítico para la reducción de futuros embarazos no deseados y nuevos abortos. Es la respuesta a las necesidades insatisfechas de anticoncepción, causa frecuente de los abortos inducidos.

3. **Empoderamiento de la comunidad a través de su concientización y movilización**. La concientización y movilización efectivas de la comunidad son requisitos indispensables para demandar y obtener servicios de APA oportunos y de alta calidad. El término comunidad incluye: gobernantes, ministros de salud y de educación, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de profesionales, donantes y proveedores.

Modelo APA de la USAID

Independientemente de las semejanzas o diferencias entre los dos modelos, los sistemas de salud de diferentes países se han basado en ellos a la hora de diseñar e implementar servicios de APA. Como se ve, estos modelos fueron creados para facilitar la implementación y aumentar el acceso a la atención postaborto; sin duda alguna los modelos ofrecen orientación sobre el modo de diseñar y prestar estos servicios; el modo de integrar la atención postaborto con otros servicios médicos, entre ellos la planificación familiar; y el modo de capacitar al personal para la atención de la mujer o para remitirla a la institución más adecuada.

Aunque la mayor parte de las instituciones de salud atienden las complicaciones del aborto (espontáneo o inducido) como parte de los servicios de obstetricia, la infraestructura, el recurso humano, los suministros y, lo que es más importante, la carencia de un programa estructurado no permite que estos servicios se presten en forma adecuada. La implementación de la APA, por el contrario, no solo permite la atención de la emergencia médica, sino también la aproximación de la mujer al sistema de salud, a través del cual puede recibir apoyo emocional, asesoría en anticoncepción, orientación reproductiva y otros servicios generales de salud.

REFERENCIAS

[7] El Consorcio para la Atención Integral del Aborto fue fundado en 1993 por Ipas, AVSC (ahora Engender-Health), JHPIEGO, Pathfinder International e IPPF con el fin de concientizar a la comunidad que presta servicios de salud reproductiva sobre la necesidad de atender las complicaciones derivadas del aborto espontáneo o del aborto realizado en condiciones de riesgo. Desde entonces, la APA se propuso como una estrategia efectiva para mejorar la salud materna. En la actualidad, más de 60 instituciones a nivel mundial forman parte del Consorcio.

[8] Corbett MR y Turner KL, Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions, International Family Planning Perspectives, 2003, 29(3): 106–111.

[9] Solo J et al., USAID Postabortion Care Strategy Paper, Washington, DC: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 2004.

2 ATENCIÓN POSTABORTO

La mayoría de las mujeres que solicitan los servicios de APA suelen hacerlo en condiciones estables, no críticas, y presentando síntomas menores como sangrado leve o moderado con o sin dolor en la parte baja del abdomen. Algunas mujeres, sin embargo, presentan síntomas más graves (sangrado vaginal abundante, perforación uterina, sepsis, lesiones intraabdominales) que requieren atención inmediata y cuidados médicos especiales. Las complicaciones graves usualmente se relacionan con abortos realizados en condiciones de riesgo, aunque podrían ser el resultado de abortos espontáneos, abortos seguros (inducidos por métodos quirúrgicos o con medicamentos) e inclusive del mismo tratamiento de APA.

El modelo de APA que se presenta en este documento tiene 3 componentes:

La atención médica está orientada al tratamiento de las complicaciones derivadas del aborto (espontáneo o inducido). Si la mujer presenta un sangrado leve a moderado, sin complicaciones y el diagnóstico probable es un aborto en curso, un aborto retenido o un aborto incompleto, el tratamiento recomendado es la evacuación uterina. Los/las profesionales de la salud, sin embargo, deben tener en cuenta que existen otras entidades clínicas relacionadas con el embarazo, las cuales deben ser diagnosticadas y tratadas siguiendo los protocolos establecidos para cada caso. Las complicaciones graves se deben tratar de inmediato, y si esto no es posible, la mujer debe ser estabilizada y remitida a un nivel superior de atención.

Las mujeres que solicitan la atención postaborto experimentan emociones especiales debido a la pérdida del embarazo o a la decisión que debieron tomar ante un embarazo no planificado. La pérdida de un embarazo puede generar sentimientos de fracaso por la imposibilidad de llevar el embarazo a término, y sentimientos de ansiedad ante la expectativa de embarazos futuros.[10] Por el contrario, la mujer que decidió interrumpir el embarazo puede experimentar duelo, culpabilidad y ansiedad.[11] En ambos casos es importante que la mujer reciba orientación, asesoría y apoyo emocional adecuados a lo largo del proceso (ver Capítulo 5).

El tercer componente esencial de los servicios de APA es la planificación familiar. La provisión de métodos anticonceptivos a las mujeres que reciben tratamiento postaborto en el momento y en el mismo lugar en que se da la atención es una oportunidad única para la atención integral de la mujer. Algunas de ellas necesitan servicios de planificación familiar porque desean espaciar los embarazos, mientras que otras necesitan servicios de anticoncepción porque no desean un nuevo embarazo. Proveerles, en estos casos, el método anticonceptivo más adecuado es la mejor estrategia para prevenir los embarazos no deseados y para ayudar a la mujer a llenar sus expectativas de reproducción (ver capítulo 6).

2.1 ATENCIÓN MÉDICA

La atención que se preste en cada institución depende del nivel de complejidad, las competencias de los profesionales, las instalaciones y los equipos y recursos disponibles, así como del estado clínico de la mujer.

La atención médica comprende los siguientes aspectos:

1	EVALUACIÓN INICIAL RÁPIDA	1. Identificar complicaciones severas 2. Estabilizar y tratar 3. Remitir
2	EVALUACIÓN CLÍNICA COMPLETA	1. Identificar signos y síntomas de aborto 2. Diferenciar de otras patologías del embarazo 3. Identificar signos y síntomas de complicaciones
3	DIAGNÓSTICO	1. Diagnósticos diferencial
4	TRATAMIENTO	1. Tratamiento del postaborto 2. Tratamiento de las complicaciones

2.1.1. Evaluación inicial rápida

La evaluación inicial rápida implica identificar de inmediato la patología específica que afecta a la mujer y tomar sin dilación las medidas necesarias para tratarla. En caso de una complicación grave que ponga en riesgo la vida de la mujer, la historia clínica y el examen físico completo deben posponerse hasta estabilizarla y el riesgo haya desaparecido.

Las complicaciones postaborto que requieren atención y tratamiento inmediato incluyen:

- *Shock*.
- Sangrado vaginal severo (hemorragia).
- Sepsis o *shock* séptico.
- Signos y síntomas de lesión intraabdominal (ej. perforación uterina).[12]

La atención inicial debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, según niveles de atención y grados de complejidad, e independientemente de la capacidad socio-económica de la mujer y del régimen al cual se encuentre afiliada.[13]

El personal médico responsable debe evaluar, en primer lugar, la gravedad del estado clínico de la mujer e iniciar las medidas de estabilización correspondientes. A continuación, debe hacer un diagnóstico inicial y definir la conducta inmediata, teniendo en cuenta el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial.

Si la condición médica de la mujer es tal que necesite para su estabilización recursos humanos y materiales no disponibles en la institución de primer nivel, la mujer debe ser trasladada de inmediato y en las mejores condiciones posibles al nivel de atención que le corresponda, aún sin haberse considerado estable.[14]

Toda mujer que consulte por presentar complicaciones debidas a un aborto, requiere atención inmediata de alta calidad, sin importar si el aborto ha sido espontáneo o inducido. La atención se le debe prestar en forma profesional, sin reproches y sin emitir juicios de valor.

2.1.2. Evaluación clínica completa

La evaluación clínica completa sirve para llegar a una impresión diagnóstica y definir la conducta médica a seguir. La evaluación debe hacerse en privado y en la forma menos traumática para la mujer.

La evaluación médica completa incluye:

- Historia médica.
- Examen físico general.
- Examen pélvico.

Historia médica

Con frecuencia la mujer que solicita atención postaborto se encuentra afectada no solo física sino también emocionalmente.[15] Es posible que no desee hablar por temor a ser reprochada o estigmatizada. Establecer rápidamente una relación positiva ayuda a controlar la ansiedad y facilita el intercambio de información indispensable para un diagnóstico correcto y el tratamiento que se deba realizar.

Si el diagnóstico posible de ingreso es un aborto o una complicación postaborto, la atención inicial se debe orientar a obtener información sobre los signos y síntomas relacionados con el aborto:

- Antecedentes de retraso menstrual.
- Sangrado vaginal.
- Dolor o cólico en la parte inferior del abdomen.
- Expulsión de coágulos o restos ovulares por la vagina.

El interrogatorio debe incluir además, los siguientes puntos:

- Antecedentes médicos.
  - Enfermedad cardiovascular.
  - Asma.
  - Diabetes.
- Antecedentes ginecoobstétricos.
  - Fecha de la última menstruación.
  - Uso de anticonceptivos.
  - Embarazos anteriores.
- Antecedentes quirúrgicos.
- Alteraciones de sangrado o coagulación.
- Uso de medicamentos.
  - Alergias a medicamentos.

La información obtenida a través del interrogatorio es útil y, en ocasiones, indispensable para el diagnóstico acertado, el manejo clínico y para evaluar la posibilidad de consecuencias inmediatas o a largo plazo.

La información suministrada por la mujer se debe tratar en todo momento en forma confidencial. La confidencialidad implica que el/la profesional de la salud no puede compartir la información con el compañero de la mujer, la familia, la persona que la acompaña o funcionarios de la institución no relacionados directamente con la atención de la mujer; a no ser que ella lo autorice. Al tratar a la mujer con respeto y en un ambiente de privacidad, se conserva su dignidad y la calidad de los servicios prestados.

Examen físico general

En el examen físico es importante revisar:

- Nivel de conciencia.
- Signos vitales.
- Aspecto general (palidez).
- Examen de corazón.
- Examen de pulmones.
- Examen de mamas.
- Examen abdominal (distensión, disminución de ruidos intestinales, dolor a la palpación, signo de rebote, masas).
- Examen de extremidades (cianosis, signos de violencia, dolor en el hombro).

Examen pélvico

El objetivo del examen pélvico es establecer el tamaño, consistencia y posición del útero, y confirmar si hay dolor, dilatación del cérvix o trauma vaginal o cervical. Tiene dos componentes: especuloscopia y examen bimanual.

Especuloscopia

Antes de introducir el espéculo, inspeccionar los genitales externos y observar si hay signos de infecciones de transmisión sexual o de violencia. Observar si hay sangrado y si lo hay cuantificarlo.

- Introducir delicadamente el espéculo y observar el canal cervical y el cérvix.
- Identificar objetos extraños en la vagina o protruyendo a través del orificio cervical.
- Remover restos ovulares visibles.
- Identificar sangrado o secreciones y presencia de mal olor.
- Explorar para trauma vaginal o cervical.
- Identificar secreciones mucopurulentas en el orificio cervical (la infección cervical aumenta el riesgo de infecciones postprocedimiento).

Examen bimanual

Una vez realizada la especuloscopia, retirar con cuidado el espéculo y realizar el examen bimanual.

- Determinar el tamaño y consistencia del útero. Algunas veces se dificulta establecer el tamaño debido a la posición, a obesidad o a distención o defensa abdominal.
- Establecer posición uterina. La anteversión o retroversión extremas deben ser reconocidas para reducir el riesgo de perforación durante la evacuación endouterina.
- Explorar presencia de masas anexiales.
- Explorar presencia de dolor (a la palpación o al movimiento del cérvix).
- Determinar si el cérvix se encuentra abierto o cerrado.

2.1.3. Diagnóstico

En la tabla 2.1 se presenta un resumen de los principales signos y síntomas para ayudar al diagnóstico diferencial del aborto.

Tabla 2.1 Signos, síntomas y diagnóstico diferencial del aborto

Signos y síntomas	Probable diagnóstico
◆ Sangrado leve ◆ Cuello uterino cerrado ◆ La altura uterina corresponde a la edad gestacional ◆ Cólicos/dolor en la parte inferior del abdomen	Amenaza de aborto
◆ Sangrado leve a abundante ◆ Cuello uterino abierto ◆ Altura uterina inferior a la esperada para la edad gestacional ◆ Cólicos/dolor en la parte inferior del abdomen; útero doloroso a la palpación; no hay expulsión de restos ovulares	Aborto en curso
◆ Sangrado leve a abundante ◆ Cuello uterino abierto ◆ Altura uterina inferior o igual a la correspondiente a la edad gestacional ◆ Cólicos/dolor en la parte inferior del abdomen; expulsión parcial de restos ovulares	Aborto incompleto
◆ Poco o ningún sangrado ◆ Cuello uterino cerrado ◆ Altura uterina inferior o igual a la correspondiente a la edad gestacional ◆ Muerte embrionaria o fetal con expulsión demorada ◆ Reducción de los signos/síntomas de embarazo	Aborto retenido
◆ Sangrado leve ◆ Cuello uterino cerrado ◆ Altura uterina inferior a la correspondiente a la edad gestacional ◆ Cólicos leves-moderados y/o dolor en la parte inferior del abdomen antes de la expulsión de los restos ovulares	Aborto completo

***Adaptado de** OMS, 1994.[16]

2.1.4. Tratamiento

El tratamiento de la mujer que consulta para la APA se establece de conformidad con la evaluación clínica, la altura uterina y la clase de aborto. En la mayoría de los casos el tratamiento indicado es la evacuación endouterina, la cual se realiza por aspiración al vacío (manual o eléctrica), empleo de medicamentos o en forma expectante.* En las tablas 2.2 y 2.3 se indica el tratamiento para la amenaza de aborto, el aborto en curso, el aborto retenido y el aborto incompleto.

Tabla 2.2 Tratamiento de la amenaza de aborto, aborto en curso y aborto retenido

Impresión diagnóstica	Tratamiento
Amenaza de aborto	◇ Manejo expectante ◇ Reducir actividad. No relaciones sexuales ◇ Si cesa el sangrado, revisar más adelante ◇ Si se repite el sangrado ◇ Si persiste el sangrado, evaluar viabilidad fetal y/o descartar embarazo ectópico
Aborto en curso	Embarazo menor de 15 semanas ◇ Manejo expectante ◇ Evacuación endouterina • AMEU • Misoprostol
Aborto retenido	Embarazo menor de 15 semanas ◇ Manejo expectante ◇ Evacuación endouterina • AMEU • Misoprostol ◇ Control del dolor ◇ Antibióticos profilácticos

* En el capítulo siguiente se explican estos procedimientos.

Tabla 2.3 Alternativas para el tratamiento del aborto incompleto

	AMEU*	Misoprostol	Manejo expectante
¿En qué consiste?	Evacuación uterina por aspiración manual	Administración de misoprostol (oxitócico) para producir la evacuación uterina	Esperar a que se presente la expulsión espontánea del contenido uterino
Criterios de elegibilidad		• No alergia al misoprostol • Embarazo menor o igual a 15 semanas • No signos de infección pélvica o sepsis • No se sospecha embarazo ectópico • No sangrado excesivo • No compromiso hemodinámico	• Acceso limitado a servicios de urgencia • Embarazo menor de 15 semanas • No signos de infección pélvica o sepsis • No se sospecha embarazo ectópico • No sangrado excesivo • No compromiso hemodinámico
¿Qué esperar?	Dolor durante la dilatación, evacuación y después del procedimiento. • Analgesia antes del procedimiento • Anestesia local paracervical • Control del dolor postprocedimiento	Sangrado vaginal y cólicos variables dentro de las primeras horas siguientes a la toma de misoprostol. El sangrado dura de 5-8 días en promedio pero puede continuar hasta por 2 semanas[17]	Sangrado vaginal y cólicos moderados a severos que duran en promedio 3-5 horas. El sangrado puede continuar en forma irregular leve a moderado hasta por 1-2 semanas
Complicaciones	Tasa baja de complicaciones: • Sangrado excesivo • Perforación uterina • Laceración cervical • Reacción a la anestesia • Infección	Sangrado excesivo y/o prolongado con cambios significativos en el nivel de hemoglobina • Puede ser necesario realizar evacuación uterina por AMEU	Sangrado excesivo y/o prolongado con cambios significativos en el nivel de hemoglobina • Puede ser necesario realizar evacuación uterina por AMEU
Tiempo de espera	Respuesta inmediata	De 1 día a varias semanas	1-2 semanas
Eficacia	100% en todos los tipos de aborto	Aborto incompleto: 85-90%[18] Muerte fetal o embrionaria, embarazo anembrionado: No hay datos específicos	Aborto incompleto: 39%[19z] Muerte fetal o embrionaria, embarazo anembrionado: No hay datos específicos

* El modelo de APA recomienda el empleo de la aspiración manual endouterina (AMEU) para el tratamiento de las complicaciones postaborto porque la pueden realizar diferentes profesionales de la salud en primer nivel y en niveles superiores de complejidad.

REFERENCIAS

[10] Athey, J. and Spielvogel, A.M. 2000. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. Primary Care Update for Ob/Gyns 7: 64–69.

[11] Bradshaw, Z. and Slade, P. 2003. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. Clinical Psychology Review 23: 929–958.

[12] World Health Organization (WHO). 2007. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. WHO: Geneva.

[13] Ley No 10 de 1990, Decreto No 412 de 1992 y Ley 100 de 1993.

[14] Ibídem.

[15] Pourreza A, Batebi A. Psychological Consequences of Abortion among the Post Abortion Care Seeking Women in Tehran. Iran J Psychiatry. 2011 Winter; 6(1): 31-6.

[16] World Health Organization: Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide. Geneva, WHO, 1994.

[17] Raghavan S, Bynum J. Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria. Gynuity Health Projects. New York, NY, 2009.

[18] Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM; National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. N Engl J Med. 2005 Aug 25; 353(8): 761-9.

[19] Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, Ioannidis JP. Expectant, medical, or surgical management of first-trimester miscarriage: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2005 May; 105(5 Pt 1): 1104-13. Review.

MÉTODOS PARA LA EVACUACIÓN UTERINA

3

El tratamiento usual del aborto (aborto en curso, aborto retenido y aborto incompleto) es la evacuación uterina. La evacuación uterina es un procedimiento médico que consiste en la extracción de los restos ovulares que se encuentran dentro del útero. Los métodos actualmente empleados se incluyen en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1 Métodos para la evacuación uterina
1. Aspiración endouterina
2. Tratamiento con medicamentos
3. Tratamiento expectante

El método se debe seleccionar adecuadamente de acuerdo con las características de la mujer, sus preferencias personales, la edad gestacional, el estado clínico, las competencias del médico y los recursos de la institución, incluyendo la posibilidad de realizar cada una de las opciones, junto con el seguimiento y el tratamiento de las complicaciones de cada una de ellas.

Para la Aspiración Endouterina (AEU) se emplea la succión eléctrica o manual para evacuar el útero*. Estudios aleatorios comparando la técnica del legrado uterino con la aspiración para el tratamiento del aborto incompleto han concluido que la aspiración es más sencilla y segura[20], y reduce la pérdida de sangre y las posibles complicaciones intra o postoperatorias[21].

* La aspiración manual y la aspiración eléctrica son procedimientos similares e igualmente seguros y eficaces. En la aspiración eléctrica las cánulas se conectan mediante un tubo a una máquina de succión en lugar de conectarlas al aspirador manual. Dado que el costo de los aspiradores eléctricos es elevado y no siempre están disponible, especialmente en niveles de baja complejidad, se recomienda el uso del aspirador manual para la APA.

El tratamiento con medicamentos es seguro y efectivo para abortos ocurridos en el primer trimestre.[22,23] El manejo con medicamentos evita los riesgos del procedimiento instrumentado y la anestesia general o local y aumenta la sensación por parte de la mujer de estar en control de la situación, por lo cual muchas mujeres lo prefieren.

En el tratamiento expectante, aunque se evitan los riesgos asociados a la instrumentación y anestesia o a los medicamentos que se empleen, pueden pasar varios días o semanas antes de presentarse la expulsión completa de los restos ovulares. Dado que la expulsión no siempre sucede espontáneamente, es frecuente la intervención por aspiración o con medicamentos.[24]

3.1 Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es el método preferido de evacuación para la APA.[25] La AMEU consiste en la evacuación de los restos ovulares a través de cánulas plásticas y un aspirador manual. Se caracteriza porque es un procedimiento alta-mente seguro y eficaz.[26,27]

En la mayoría de los casos y si lo permite el estado clínico de la mujer, la evacuación endouterina por aspiración se realiza de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y anestesia local, y no toma más de 8-10 minutos. No requiere quirófano, ni procedimientos totalmente estériles mientras se sigan las normas de la técnica de "NO TOCAR".[28] Los servicios de AMEU se pueden prestar en primer nivel de complejidad,[29] con lo cual se aumenta el acceso a los servicios, la disminución de los tiempos de espera y la reducción de costos para el sistema de salud. La AMEU se puede emplear en las siguientes indicaciones médicas.

Tabla 3.2 Indicaciones de AMEU	
1	Aborto en curso en embarazos menores 15 semanas de gestación
2	Aborto incompleto en embarazos menores de 15 semanas de gestación
3	Aborto retenido en embarazos menores de 15 semanas de gestación
4	Embarazo anembrionado
5	Embarazo molar

3.1.1. Instrumental básico para la AMEU

El instrumental necesario para el tratamiento de las complicaciones postaborto por la técnica de la AMEU incluye el aspirador manual y un juego de cánulas flexibles. Existen varios diseños de instrumental de acuerdo con el fabricante, los cuales funcionan básicamente de la misma forma. Además del instrumental básico se requiere instrumental adicional (espéculo, tenáculo, dilatadores, pinzas de anillo), que usualmente se encuentra disponible en los servicios ginecológicos de todas las instituciones.

Aspirador manual. El aspirador manual más frecuentemente utilizado es similar a una jeringa y consta de un cilindro de 60 cc donde se deposita el contenido de la evacuación endouterina, un émbolo con mango y una válvula con dos botones para controlar el vacío. Está diseñado para ser desarmado y de esta forma facilitar su limpieza.

Cánulas. Las cánulas son plásticas, ligeramente rígidas y tienen una base fija con diseño de ala que permite conectarlas fácilmente al aspirador. Las cánulas vienen en tamaños de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm. Las cánulas más pequeñas (4, 5, 6, 7 y 8 mm) tienen dos aberturas en situación opuesta en el extremo distal. Las cánulas más grandes (de 9, 10 y 12 mm) tienen una sola abertura de mayor tamaño para permitir la extracción de restos ovulares más grandes.

Cada cánula presenta en la superficie distal una serie de puntos, el primero de los cuales se encuentra a 6 cm de la punta. Los puntos que siguen se encuentran espaciados a intervalos de 1 cm. Estos puntos permiten realizar la histerometría, sin necesidad de introducir un histerómetro metálico disminuyendo así la posibilidad de una perforación uterina.

Tanto el aspirador como las cánulas son dispositivos reutilizables. El aspirador puede reutilizarse después de lavarse y no tiene que ser esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel después de usarse, puesto que no entra en contacto directo con la mujer. Las cánulas, por el contrario, después de ser sometidas a procesos de descontaminación y lavado deben esterilizarse o someterse a desinfección de alto nivel. El número de veces que pueden reutilizarse el aspirador y las cánulas varía de acuerdo a su uso y mantenimiento.

Técnica de **"NO TOCAR"**
Consiste en no tocar con superficies no estériles los instrumentos estériles que van a ser introducidos en la cavidad uterina como, por ejemplo, la punta de las cánulas y los dilatadores.

3.1.2. Pasos para realizar la AMEU

a. Preparación y cargado del aspirador. Revisar el émbolo y los botones de la válvula del aspirador. Hacer llegar el émbolo hasta el fondo del cilindro y cerrar las válvulas, empujando cada botón hacia adentro y adelante hasta sentir que encajan en su lugar. Halar el émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se enganchen en los lados anchos de la base del cilindro. En esta posición el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitirles deslizarse dentro del cilindro empujando el contenido del aspirador nuevamente dentro del útero.

b. Preparación del instrumental. Colocar el instrumental necesario para el procedimiento en un campo o recipiente estéril. Seleccionar los dilatadores y teniendo en cuenta la altura uterina. Se recomienda tener a disposición varios tamaños de cánulas. Si las cánulas empleadas son demasiado pequeñas, se pueden obstruir con los tejidos, dificultando la aspiración.

c. Examen pélvico bimanual. Determinar la altura uterina y establecer si el útero se encuentra en anteversión o retroversión o en otra posición que pueda eventualmente dificultar o complicar el procedimiento. Determinar el grado de dilatación del cérvix y descartar posibles patologías pélvicas o anexiales. Si el útero está más grande de lo previsto por fecha de última menstruación, tratar como si la edad gestacional fuera mayor, pero sin exceder las 15 semanas.

d. Especuloscopia. Insertar el espéculo vaginal en forma suave y delicada para no causar molestia a la mujer. Identificar signos clínicos de infección. En caso de infección severa, tratar inmediatamente y luego proceder a realizar el procedimiento.

e. Preparación antiséptica del cérvix. Practicando la técnica de "NO TOCAR" durante todo el procedimiento, aplicar en el orificio cervical, el cérvix y los fondos de saco una solución antiséptica (clorhexidina o un compuesto yodado). Iniciar en el cérvix con un movimiento en espiral hacia afuera sin volver sobre las mismas áreas.

f. Pinzamiento del cérvix. Fijar el cérvix con tenáculo cervical, previa infiltración submucosa de 1 o 2 cc de anestésico. Hacer el pinzamiento de manera lenta y suave, con la opción de hacer toser a la mujer para aminorar la molestia que causa el pinzamiento y la tracción.[30] Abarcar la mucosa y parte de estroma muscular con el fin de asegurar la fijación uterina y evitar el desgarro de la mucosa al ejercer tracción.

g. Bloqueo paracervical. Infiltrar 200 mg de lidocaína (10 cc de lidocaína al 2% o 20 cc al 1%) mediante punción profunda (3 centímetros) en los fórnices vaginales en los puntos 5 y 7 de la circunferencia del reloj, repartiendo el volumen de manera equitativa entre los dos puntos. Aspirar antes de iniciar la infiltración para evitar la administración intravascular de la sustancia anestésica. Si se observa presencia de sangre en la jeringa, retirar la aguja y ubicar otro sitio de la región paracervical para realizar la infiltración. Una vez realizadas las infiltraciones, esperar 3 minutos para permitir el inicio de la acción anestésica.[31]

h. Dilatación cervical. La dilatación cervical solamente es necesaria en los casos en que el canal cervical no permite el paso de la cánula seleccionada para realizar la evacuación. Si es necesario, dilatar mediante la inserción suave de dilatadores plásticos de Denniston o metálicos de Hegar. No pasar los dilatadores más allá del orificio cervical interno para prevenir una perforación uterina o una falsa ruta.

i. Inserción de la cánula. Introducir la cánula a través del cérvix hasta un poco más allá del orificio cervical interno o hasta tocar el fondo uterino. No insertar la cánula si se encuentra resistencia con el fin de evitar trauma del cérvix o del útero. Recordar que las cánulas tienen una serie de puntos a partir de los 6 cm del extremo distal que permiten hacer una histerometría y de esta forma verificar la correlación clínica exploratoria.

j. Succión. Si la cánula está tocando el fondo, retirarla ligeramente y empatarla al aspirador previamente cargado. Soltar las válvulas del aspirador y evacuar el contenido uterino moviendo suave y lentamente la cánula con movimientos de rotación y del fondo hasta el orificio interno, teniendo en cuenta que siempre se debe seguir el mismo sentido y haciendo giros del tamaño de la ventana de la cánula para garantizar una succión completa.

k. Final de la succión. La succión se suspende cuando no se obtengan tejidos a través de la cánula y se tenga la sensación táctil y auditiva de que se toca una superficie "áspera", a la vez que se observa la salida de burbujas por la cánula de succión.

Al terminar la succión, se debe verificar la adecuada contracción uterina y la ausencia de sangrado por el orificio cervical o los puntos de aplicación del tenáculo. En caso de presentarse sangrado por los puntos de fijación cervical, ejercer presión directa sobre ellos con torundas de gasa. Si la mujer lo ha elegido, y no se han presentado complicaciones en el curso del procedimiento, aplicar en este momento el DIU recortando los hilos a 10-20 mm del orificio cervical externo.

l. Revisión del tejido. Revisar inmediatamente el tejido obtenido en la succión para establecer la cantidad y características de los restos ovulares, descartar un posible embarazo molar y garantizar que la evacuación ha sido completa. Enviar el tejido a patología si está indicado.

SIGNOS QUE INDICAN QUE EL ÚTERO SE ENCUENTRA VACÍO

- Paso de burbujas de color rosado o rojo a través de la cánula de succión.
- Sensación de aspereza al deslizar la cánula sobre la superficie del endometrio.
- Contracción del útero alrededor de la cánula.
- Dolor causado por la contracción uterina.
- La cavidad uterina se reduce.

m. Observación. La mayoría de las mujeres pueden regresar a sus casas después de haber permanecido en observación alrededor de 30 a 60 minutos. Durante este periodo, el personal de salud debe brindarle a la mujer comodidad. Se debe vigilar el nivel de dolor y el sangrado. Se debe, además, administrar analgésicos y antiespasmódicos.

La mujer debe recibir información clara sobre los síntomas que puede tener durante su recuperación como dolor tipo cólico ocasional durante la primera semana que no debe incrementarse y que debe ceder con analgésicos comunes; sangrado similar al menstrual en promedio por 10 días, aunque puede durar hasta 4 semanas. Se deben dar instrucciones claras de consultar en caso de fiebre, dolor abdominal severo o sangrado mayor a dos toallas higiénicas empapadas por hora durante más de dos horas consecutivas. También debe saber que la ovulación puede ocurrir tan temprano como 8 días después del procedimiento y por lo mismo es necesario que utilice un método anticonceptivo, idealmente desde el mismo día.

3.1.3. Control del dolor

La dilatación del cuello uterino, a veces necesaria durante el procedimiento, puede ser fuente de dolor para la mujer. El desplazamiento de los dilatadores a través del cuello uterino causa molestia en casi todas las mujeres y puede llegar a causar dolor intenso profundo. El grado de dolor que se experimenta durante el tratamiento postaborto, así como la reacción al dolor, varía de acuerdo a cada persona. El uso apropiado de medicamentos (analgésicos y anestésicos locales) en combinación con una técnica suave y apoyo verbal por parte del/de la médico/a y la persona que acompaña el procedimiento ayuda a controlar el dolor y le permite a la mujer permanecer despierta, receptiva y con el mínimo temor y malestar.[32]

Factores asociados a niveles elevados de dolor durante la AMEU incluyen: mujeres jóvenes (adolescentes), nuliparidad o número reducido de embarazos anteriores, ansiedad preprocedimiento, depresión e historia de dismenorrea.[33]

Tabla 3.3 Fuentes de dolor y control del dolor durante la AMEU	
Fuente	**Manejo del dolor**
Ansiedad, temor, aprehensión	Apoyo psicológico (verbal) Técnica cuidadosa y delicada Ansiolíticos: Diazepam 5-10 mg VO 30-45 minutos antes del procedimiento [34]
Dolor por la dilatación	Bloqueo paracervical (lidocaína)
Cólico por la evacuación y la contracción	Analgésicos (AINES) Ibuprofeno 800 mg VO media hora antes del procedimiento[35] Analgésicos narcóticos[36]
Dolor postoperatorio	Analgésicos (AINES) Ibuprofeno 400 mg VO q4-6h

3.2 Tratamiento con medicamentos

El misoprostol es una excelente alternativa para la atención del postaborto en servicios de baja complejidad en los que aún no se haya implementado la aspiración manual endouterina. El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E_1. Produce ablandamiento del cuello uterino y contracción del útero y tiene diversas aplicaciones en obstetricia y ginecología, las cuales incluyen tratamiento del aborto incompleto y aborto retenido, embarazo con feto muerto, inducción del trabajo de parto, ablandamiento del cérvix, prevención de la hemorragia postparto e interrupción del embarazo.[37,38,39,40]

El misoprostol es un medicamento altamente seguro y eficaz incluido en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS para el tratamiento del aborto incompleto.[41] También ha sido recomendado para ser empleado en la APA por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y otras organizaciones internacionales.

En 2012, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) incluyó el misoprostol en el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS) con las indicaciones autorizadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA): tratamiento del aborto incompleto, aborto retenido, interrupción voluntaria del embarazo e inducción del parto, maduración del cuello uterino para inducción del parto con feto viable y para efectos de procedimientos como histeroscopia y colocación del

DIU, evacuación del útero en casos de feto muerto o fallo temprano del embarazo.[42] A la fecha, el misoprostol no es un medicamento de control especial franja violeta*.

Tabla 3.4 Esquemas de misoprostol para la APA	
Aborto incompleto	
600 mcg[43]	Vía oral
400 mcg[44]	Vía sublingual
Embarazo anembrionado/aborto retenido	
800 mcg3[45]	Vía vaginal
600 mcg33[46]	Vía sublingual**

**La dosis de 600 mcg se puede administrar en dosis única o se puede repetir cada 3 horas hasta un máximo de 3 dosis.

La literatura reciente sobre el misoprostol indica que al emplearse en dosis terapéuticas produce la expulsión completa de los restos ovulares en aproximadamente el 66-99% de las mujeres que presentan un aborto incompleto, un aborto en curso o un aborto retenido.[47] Una revisión, en particular, observa que la tasa de éxito es del 80% o más en casos de abortos retenidos y del 92% en casos de abortos incompletos.[48] Aunque los estudios muestran una tasa alta de eficacia, esta es más alta cuando los clínicos esperan entre 1-2 semanas antes de establecer si el tratamiento ha sido exitoso.[49] Las tasas de éxito son más altas en aquellos estudios en los que el éxito se establece por parámetros clínicos como el tamaño uterino y el examen pélvico, más que por criterios ecográficos.

Las mujeres tratadas con misoprostol por un aborto incompleto o un aborto retenido presentan sangrado vaginal. El sangrado no es clínicamente significativo y no requiere intervención adicional. Por lo general, es algo más abundante que una menstruación durante 3-4 días, luego disminuye progresivamente hasta convertirse en un simple manchado.[50] Otros efectos secundarios incluyen náusea, vómito, fiebre y escalofríos. La diarrea es más frecuente cuando el misoprostol se emplea por vía sublingual en comparación con la vía vaginal. Por consiguiente las complicaciones serias son raras.

* Medicamentos de control especial franja violeta son medicamentos que por su potencial de causar abuso y dependencia son restringidos en su comercialización por lo que su venta es exclusiva bajo fórmula médica y se distinguen por una franja violeta que llevan en su empaque con la descripción de medicamento de control especial.

3.3. Tratamiento expectante

El tratamiento expectante consiste en la observación informada a la espera de la evacuación espontánea de los restos ovulares, sin intervención de medicamentos o procedimientos quirúrgicos, a menos que se presenten cambios en la clínica o en los exámenes paraclínicos. El tratamiento expectante es particularmente útil en mujeres que no desean el tratamiento por aspiración al vacío o el tratamiento con medicamentos. Se les debe informar que la resolución completa puede durar hasta varias semanas y que las tasas de éxito son relativamente bajas. Eventualmente puede ser necesaria la intervención por aspiración o con medicamentos. Las preferencias individuales de la mujer son los determinantes principales para optar por este tratamiento.

REFERENCIAS

[20] Ballagh SA, Harris HA, Demasio K. Is curettage needed for uncomplicated incomplete spontaneous abortion? Am J Obstet Gynecol 1998; 179(5): 1279-1282.

[21] Forna F, Gülmezoglu AM. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage. [Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Art. No.: CD001993. DOI: 10.1002/14651858.CD001993].

[22] Chung TK, Cheung LP, Leung TY, Haines CJ, Chang AM. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. Br J Obstet Gynaecol 1995; 102(10):832-5.

[23] Zalanyi S. Vaginal misoprostol alone is effective in the treatment of missed abortion. Br J Obstet Gynecol 1998; 105(9): 1026-8.

[24] Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. Fertil Steril 1999; 71:1054–9.

[25] OMS. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. 2000. Ginebra.

[26] Hakim-Elahi E, Tovell HM and Burnhill MS. Complications of first trimester abortion: a report of 170000 cases. Obstetrics & Gynecology. 1990; 76:129-135.

[27] Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. IPAS Advances in Abortion Care. 1993; 3(2):1-4.

[28] Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001; (4): CD002900.

[29] Gynuity Health Projects. Misoprostol for treatment of incomplete abortion: An introductory guidebook. 2009. New York, NY: Gynuity Health Projects.

[30] Schmid BC, Pils S, Heinze G, Hefler L, Reinthaller A, Speiser P. Forced coughing versus local anesthesia and pain associated with cervical biopsy: a randomized trial. Am J Obstet Gynecol. 2008 Dec; 199(6): 641.e1-3.

[31] Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination.Int J Gynaecol Obstet. 2001 Feb;72(2):171-8.

[32] Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. Reproductive Health Matters. 2000; 8:45-51.

[33] Smith GM, Stubblefield PG, Chirchirillo L and McCarthy MJ. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. Am J Obst and Gynecol.1979; 133:489-498.

[34] Dyck JB, Chung F A comparison of propranolol and diazepam for preoperative anxiolysis. Can J Anaesth. 1991 Sep; 38(6): 704-9.

[35] Matambo J, Moodley J and Chigumadzi P. Analgesia for termination of pregnancy. South African Med J 1999; 89:816.

[36] Micks EA, Edelman AB, Renner RM, Fu R, Lambert WE, Bednarek PH, Nichols MD, Beckley EH, Jensen JT. Hydrocodone-acetaminophen for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2012 Nov;120(5):1060-9.

[37] FLASOG. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. Tercera Edición. 2013.

[38] Weeks A, Faundes A. Misoprostol in obstetrics and gynecology. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007; 99 (2):S156-S159.

[39] OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición, Ginebra, OMS. 2012.

[40] Goldberg, A.B., M.B. Greenberg and P.D. Darney. Misoprostol and pregnancy. New England Journal of Medicine, 2011; 344(1):38-47.

[41] World Health Organization. Unedited report of the 18th expert committee on the selection and use of essential medicines. 2011. Geneva: WHO.

[42] Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 34 de 29012.

[43] Weeks A, Alia G, Blum J, et al. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. Obstetrics & Gynecology 2005; 106(3): 540-547.

[44] Diop A, Rakotovao J, Raghavan S, et al. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: A randomized clinical trial. Contraception 2009; 79: 456-462.

[45] Kovavisarach E, Jamnansiri C. Intravaginal misoprostol 600 mcg and 800 mcg for the treatment of early pregnancy failure. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2005; 90: 208-212.

[46] Tang OS, Lau WN, Ng EH, et al. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. Human Reproduction 2003; 18: 176-181.

[47] Dao B, Blum J, Thieba B, Raghavan S, Ouedraego M, Lankoande J, Winikoff B. Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, Est Africa BJOG 2007 Nov;114(11): 1368-75.

[48] Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. Expert Rev Obstet Gynecol 2007; 2:67-108.

[49] Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielson K, Ho PC, Schiavon R, Weeks A. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. Int J Gynaecol Obstet 2007;99(suppl 2):S186-9.

[50] Davis AR, Hendlish SK, Esthoff C, Frederick MM, Zhang J, Giles JM, et al. Bleeding patterns after misoprostol vs surgical treatment of early pregnancy failure: results from a randomized trial. Am J Obstet Gynecol 2007; 196:31e1-31e7.

4 MANEJO DE LAS COMPLICACIONES POSTABORTO

Las complicaciones postaborto independientemente de la clase de aborto, pueden surgir en cualquier momento, bien antes de que la mujer busque atención médica, durante el tratamiento o después de él. Si no se toman las medidas necesarias y rápidamente, las complicaciones pueden poner en riesgo la vida de la mujer en pocos minutos. Por lo tanto, cuando la mujer consulta los servicios de APA, el/la profesional debe estar capacitado/a para reconocer y tratar dichas complicaciones.

Las complicaciones graves son más frecuentes en contextos donde se carece de servicios de anticoncepción y de interrupción voluntaria del embarazo, bien sea porque estos servicios no se han implementado o porque, a pesar de estar implementados, son tantas las barreras que se ponen al acceso que la mujer se ve en la obligación de recurrir a servicios clandestinos e inseguros.

Las principales complicaciones que se presentan en los servicios de APA son las siguientes:

Complicaciones postaborto	
1	*Shock*
2	Sangrado vaginal abundante (hemorragia)
3	Infección y sepsis
4	Perforación uterina
5	Lesión intraabdominal

4.1 *Shock*

El *shock* es una complicación de riesgo que requiere atención inmediata para poner a salvo la vida de la mujer o para evitar que su estado empeore. Se puede presentar en cualquier momento durante el tratamiento de APA, especialmente si las lesiones importantes no se detectan en la valoración inicial.

Entre los signos y síntomas del *shock* figuran:

Signos y síntomas de *shock*
Frecuencia cardíaca aumentada (110 latidos o más por minuto)
Hipotensión (presión sistólica menor de 90 mm/Hg)
Respiración rápida y superficial (30 o más respiraciones por minuto)
Palidez, sudoración, piel fría y pegajosa
Ansiedad, inquietud, pérdida de la conciencia
Diuresis escasa (menos de 30 ml/hora)

El propósito esencial del tratamiento del *shock* es estabilizar a la mujer, es decir, restablecer el volumen y eficiencia del sistema circulatorio, lo cual se refleja en aumento de la presión arterial y disminución de la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. Si el *shock* se trata en las etapas iniciales, es reversible y, por lo general, se puede tratar en el primer nivel de atención.

4.1.1. Tratamiento del *shock*

Las medidas universales para el tratamiento del *shock* incluyen:[51]

- Pedir ayuda. Se requiere apoyo para el manejo de esta situación.
- Asegurar la permeabilidad de la vía respiratoria.
- Administrar 6-8 litros de oxígeno por minuto con máscara o cánula.
- Monitorear los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración).
- Colocar a la mujer de lado para prevenir que broncoaspire en caso de presentar vómito.

- Cobijar a la mujer, pero no demasiado.
- Elevar las piernas para aumentar el retorno de sangre al corazón.
- Canalizar vena y administrar líquidos parenterales (Lactato de Ringer o solución salina):
  - Iniciar con 1 litro en 15-20 minutos.
  - Administrar al menos 2 litros en la primera hora. Es posible se requieran hasta 3 litros para reponer la pérdida de sangre. Si la causa del shock es sangrado abundante la reposición debe hacerse más rápidamente. Reponer en proporción de 3:1 con respecto al volumen perdido.
- Monitorear líquidos administrados y eliminados. Una diuresis menor de 50 ml por hora es sugestiva de insuficiencia renal.
- Tomar muestras de sangre para determinar hemoglobina-hematocrito, compatibilidad cruzada y pruebas de coagulación, si se tiene laboratorio.

Una vez se hayan tomado todas las medidas iniciales para la estabilización o esta se haya logrado, se debe establecer la causa del *shock* e iniciar el tratamiento correspondiente.

Si no se cuenta con los recursos necesarios para el logro de la estabilización o no se logra satisfactoriamente, remitir de inmediato a un nivel superior con capacidad de proveer la atención y el tratamiento adecuado.

4.2 Sangrado vaginal abundante (hemorragia)

Cuando una mujer presenta sangrado prolongado o excesivo y signos y síntomas de aborto incompleto, el sangrado se debe a retención de restos ovulares o a traumatismo de la vagina, cérvix o útero, incluyendo perforación uterina. Estas lesiones, por lo general, reflejan que se ha intentado interrumpir el embarazo. En ese caso, es posible que la mujer presente una infección (por maniobras inseguras, instrumental contaminado) y sea necesario administrarle antibióticos. Un aborto en curso también puede causar sangrado abundante, al igual que una perforación o desgarro de cuello durante un aborto practicado en condiciones seguras. Un embarazo molar también puede ser causa de un sangrado vaginal abundante.

Los signos y síntomas de un sangrado vaginal abundante incluyen:

Signos y síntomas de sangrado vaginal abundante
Sangrado vaginal abundante color rojo vivo, con o sin coágulos
Toallas higiénicas, sábanas o ropa empapadas en sangre
Palidez (conjuntivas, palmas de las manos o alrededor de la boca)
Mareo o síncope

El objetivo del tratamiento es controlar el sangrado y reponer los líquidos corporales y el volumen sanguíneo. El tratamiento incluye la administración de antibióticos para controlar la infección. Cualquier demora en el tratamiento puede poner en riesgo la vida de la mujer. Es necesario también monitorear de cerca la frecuencia cardíaca y la presión arterial, ya que en cualquier momento se puede presentar un shock debido a la pérdida de sangre.

4.2.1. Tratamiento del sangrado abundante

Las medidas universales para el tratamiento del sangrado abundante incluyen[52] :

- Asegurar la permeabilidad de la vía respiratoria.
- Si es necesario, administrar 6-8 litros de oxígeno por minuto con máscara o cánula.
- Monitorear los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración).
- Canalizar vena y administrar líquidos parenterales (Lactato de Ringer o solución salina):

- Iniciar con 1 litro en 15-20 minutos.
- Administrar al menos 2 litros en la primera hora. Es posible se requieran hasta 3 litros para reponer la pérdida de sangre. Si la causa del shock es sangrado abundante la reposición debe hacerse más rápidamente. Reponer en proporción de 3:1 con respecto al volumen perdido.

- Evaluar pérdida de sangre basándose en los siguientes parámetros:
  - Frecuencia cardíaca.
  - Presión arterial.
  - Cantidad de sangre presente en las sábanas, ropa, compresas.
- Hematocrito (si se dispone de laboratorio).Monitorear líquidos administrados y eliminados. Una diuresis menor de 50 ml por hora es sugestiva de insuficiencia renal.
- Tomar muestras de sangre para determinar hemoglobina-hematocrito, compatibilidad cruzada y pruebas de coagulación, si se tiene laboratorio.
- Administrar medicamentos (analgésicos, antibióticos) de acuerdo con el cuadro clínico y el criterio médico.

Una vez se hayan tomado todas las medidas iniciales y la mujer se encuentra estable, se debe establecer la causa del sangrado e iniciar tratamiento:

- **Retención de restos o aborto en curso:** evacuación endouterina.
- **Desgarro de cuello:** sutura.
- **Lesión intraabdominal:** cirugía o remisión.

Si se presenta sangrado por varias partes del cuerpo y el sangrado no cesa con facilidad, descartar la posibilidad de una **coagulación intravascular diseminada.** En caso de sospecharse o confirmarse, tratar o remitir a un nivel superior de complejidad.

Si no se cuenta con los recursos necesarios para realizar el tratamiento indicado (evacuación, cirugía), remitir a un nivel superior con capacidad de proveerlo.

4.3 Infección y sepsis

La infección es una complicación frecuente en las mujeres que solicitan la APA. La retención de restos ovulares favorece el desarrollo de la infección, en especial cuando es el producto de abortos realizados en condiciones de riesgo o instrumental contaminado. La infección también se puede presentar después de un procedimiento médico de evacuación uterina si no se siguen las prácticas de prevención de infección o si existía una infección pélvica en el momento de la intervención. La infección pélvica puede generalizarse rápidamente (septicemia o sepsis) y llevar a un *shock* séptico con posibles consecuencias fatales.

Los signos y síntomas de una infección localizada o generalizada incluyen a saber:

Signos y síntomas de infección localizada o generalizada
Fiebre superior a 38 °C, con escalofríos y sudoración
Secreción vaginal o cervical maloliente
Dolor abdominal en la parte baja del abdomen, con o sin signo de rebote
Dolor severo a la movilización del cuello o en útero y anexos al examen bimanual
Abdomen distendido
Sangrado prolongado (más de 8 días)
Antecedentes de aborto espontáneo o inducido

Si la infección es localizada y el riesgo de un *shock* séptico es bajo, la complicación puede ser tratada con antibióticos de amplio espectro (por vía intramuscular o intravenosa), que tienen efecto contra gram-negativos, gram-positivos, anaerobios y chlamydia. Si la infección es generalizada o el riesgo de un shock séptico es alto, se deben tomar medidas adicionales de inmediato para preservar la vida de la mujer.

4.3.1. Tratamiento de la infección generalizada

Las medidas universales para el tratamiento de la infección generalizada incluyen:[53]

- Asegurar la permeabilidad de la vía respiratoria.
- Si es necesario, administrar 6-8 litros de oxígeno por minuto con máscara o cánula.
- Monitorear los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración).
- No administrar nada por vía oral (puede ser necesaria una cirugía) a no ser que sea la única vía disponible.
- Iniciar antibióticos de amplio espectro de inmediato.
- Administrar toxoide tetánico si la mujer ha tenido un aborto inseguro o se desconocen sus antecedentes de vacunación antitetánica.
- Si la mujer no se encuentra estable, canalizar vena y administrar líquidos parenterales (Lactato de Ringer o solución salina). Iniciar con 1 litro en 15-20 minutos, teniendo en cuenta que la estabilización en casos de *shock* séptico puede requerir varios litros de líquidos.

Antibioticoterapia de la infección localizada Esquema recomendado
Ceftriaxona 250 mg IM, dosis única más **Doxiciclina** 100 mg VO, dos veces al día por 14 días (o como alternativa: **Azitromicina** 1 gr VO, una vez a la semana por 2 semanas)

4.4 Perforación uterina

La perforación uterina diagnosticada en los servicios de APA es, por lo general, el resultado de un aborto realizado en condiciones de riesgo. Es una complicación que puede poner en riesgo la vida de la mujer y requiere de un manejo rápido dado que el riesgo de infección y de lesión de otros órganos abdominales o pélvicos es elevado. Rara vez se presenta una perforación uterina durante la evacuación al vacío (manual o eléctrica). En estos casos, el daño es pequeño y no requiere laparotomía para corregirlo. La contracción del útero después de la evacuación endouterina cierra el orificio y detiene el sangrado.

Los siguientes son los signos y síntomas que ayudan al diagnóstico de la perforación uterina:

Signos y síntomas de perforación uterina antes de la APA
Frecuencia cardíaca rápida (≥ latidos por minuto)
Disminución de la presión arterial (presión diastólica <60)
Sangrado abundante
Signos y síntomas de lesión intraabdominal

Signos y síntomas de perforación durante la AMEU
Paso de dilatador, cánulas u otro instrumento más allá del tamaño uterino calculado
Disminución del vacío estando la cánula dentro de la cavidad uterina
Sangrado abundante una vez terminada la evacuación endouterina
Presencia de tejido adiposo, intestino o epiplón en la vagina o las cánulas
Aumento repentino del dolor que experimenta la mujer

4.4.1. Tratamiento de la perforación uterina

El tratamiento de la perforación uterina depende del momento en que se presenta, el tamaño y órganos relacionados comprometidos, competencias del profesional y capacidad de la institución. Cuando la perforación es pequeña y se ubica en la línea

media de la cara anterior o posterior del cuerpo uterino (perforación de bajo riesgo), en muchos casos la observación y el empleo de antibióticos son suficientes. Cuando la perforación es mayor de 12 mm y compromete el bienestar general de la mujer (perforación de alto riesgo) se requiere atención especializada en un nivel superior de complejidad.

Las medidas iniciales para el tratamiento de la perforación uterina incluyen:

- Si aún no se ha iniciado la evacuación.
  - Explorar signos de lesión intraabdominal.
  - Si hay signos de lesión, tratar según protocolos antes de realizar la evacuación.
  - Si no hay signos de lesión, evacuar con cuidado.
- Perforación de bajo riesgo durante la evacuación.
  - Iniciar administración de líquidos parenterales.
  - Completar la evacuación uterina, si es posible, bajo visión ecográfica.
  - Observar de cerca durante un periodo de 2 horas:
  - Monitorear signos vitales (pulso, presión arterial, respiración) cada 15 minutos.
  - Realizar palpación abdominal cada 15 minutos.
  - Administrar antibióticos.
  - No administrar analgésicos para no enmascarar posible complicación.
  - Dar de alta con control presencial a las 24 horas si la mujer permanece estable.
  - Remitir a un nivel superior de atención si la evolución no es satisfactoria.
- Perforación de alto riesgo durante la evacuación.
  - Iniciar administración de líquidos parenterales y antibióticos.
  - Valorar estado general (vía aérea, oxigenación, circulación).
  - Monitorear signos vitales (pulso, presión arterial, respiración).
  - Completar la evacuación uterina, si es posible, bajo visión ecográfica.
  - Administrar antibióticos (gentamicina 240 mg IV + clindamicina 600 mg IV).
  - Pasar sonda vesical.
  - Remitir a un nivel superior de atención.
- Criterios de remisión.
  - Inestabilidad hemodinámica.
  - Sangrado vaginal abundante (>500 ml).
  - Tejidos intraabdominales visibles en cérvix o vagina.
  - Dolor abdominal en aumento.
  - Signos de irritación peritoneal.
  - Masa pélvica en aumento (hematoma en progresión).

4.5 Lesión intraabdominal

La lesión de los órganos abdominales o pélvicos es una complicación seria y causa frecuente de efectos adversos a largo plazo. Es usual relacionar estas lesiones con abortos realizados en condiciones de riesgo, por personal no capacitado y con instrumental inadecuado. Comprometen, por lo general, el útero, cérvix, vagina, vejiga e intestinos.

Los signos y síntomas de las lesiones intraabdominales incluyen a saber:

Signos y síntomas de lesión intraabdominal
Dolor abdominal severo (cólicos)
Dolor a la palpación abdominal, signo de rebote
Abdomen tenso y duro (abdomen en tabla)
Náusea y vómito
Fiebre >38 °C
Dolor en el hombro
Disminución de los ruidos intestinales

4.5.1. Tratamiento de la lesión intraabdominal

El tratamiento de las lesiones intraabdominales varía desde una simple observación hasta una laparotomía, de acuerdo con el órgano afectado y la extensión de la lesión. Si se trata de un aborto incompleto, se debe realizar una evacuación endouterina además de la intervención quirúrgica para reparar las lesiones intraabdominales.

Las medidas iniciales para el tratamiento de la perforación uterina incluyen:

- Asegurar la permeabilidad de la vía respiratoria.
- Si es necesario, administrar 6-8 litros de oxígeno por minuto con máscara o cánula.
- Monitorear los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración).
- No administrar nada por vía oral (puede ser necesaria una cirugía).
- Administrar líquidos parenterales (Lactato de Ringer o solución salina). Iniciar con 1 litro en 15-20 minutos, teniendo en cuenta que la estabilización en casos de pérdida abundante de sangre puede requerir varios litros de líquidos.
- Administrar antibióticos de amplio espectro.
- Administrar analgésicos para el control del dolor.
- Administrar toxoide tetánico si la mujer ha tenido un aborto inseguro o se desconocen sus antecedentes de vacunación antitetánica.
- Monitorear líquidos administrados y eliminados. Una diuresis menor de 50 ml por hora es sugestiva de insuficiencia renal.
- Tomar muestras de sangre para determinar hemoglobina-hematocrito, compatibilidad cruzada y pruebas de coagulación, si se tiene laboratorio.

Remitir de inmediato a un nivel superior de atención

4.6 Remisión

En la mayoría de los casos, la atención postaborto se presta en la sala de urgencias de centros de salud habilitados para la prestación de servicios ambulatorios. Se requiere tan solo de personal debidamente capacitado y de equipos e insumos básicos que se pueden obtener fácilmente en primer nivel de complejidad.[54] Trasladar la APA de los quirófanos y recursos sofisticados de los centros de mediana y alta complejidad a las salas de procedimientos en el primer nivel de complejidad es altamente beneficioso para el Sistema de Salud, las instituciones, los/las profesionales y las mujeres que eventualmente solicitan estos servicios.

Se pueden presentar, sin embargo, situaciones especiales o complicaciones severas que no pueden ser atendidas en el primer nivel de complejidad. Aunque los/las prestadores/as de servicios pueden contar con las competencias para evaluar estas complicaciones y prestar los servicios iniciales, la mujer puede necesitar servicios con recursos humanos y técnicos más especializados que los que presta la institución en la que se realiza la atención inicial. En estos casos, los/las prestadores/as de servicios deben ser conscientes de sus limitaciones y las de la institución y, una vez hayan estabilizado a la mujer, deben remitirla a un nivel de mayor complejidad.

La remisión debe hacerse en forma oportuna y de acuerdo con lo establecido en la Ley No 10 de 1990, el Decreto No 2.759 de 1991, la Resolución No 5.261 de 1994, la Ley No 1.122 de 2007, el Decreto No 4.747 de 2007, la Resolución No 3.047 de 2008 y el Acuerdo No 029 de 2011, los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud y los protocolos de referencia contrarreferencia de cada Dirección Territorial de Salud (DTS), Entidad Promotora de Salud (EPS) o Institución Prestadora de Salud (IPS).

La esencia de un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia es, sin duda, el sistema de información que lo soporta y la participación activa e inmediata de todos aquellos que forman parte del sistema. Para ello es indispensable contar con un soporte informático y de comunicación sólido junto con un equipo de personas bien entrenadas para procesar y actualizar la información adecuadamente y para garantizar la prontitud y calidad de la remisión.

4.6.1. Características de la remisión

- Todas las DTS, EPS e IPS, para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, deben establecer un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se inicie por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencia.[55]
- Debe existir información actualizada sobre las diferentes instituciones que conforman la red de servicios, que permita la oportuna y adecuada referencia de la mujer que requiere ser atendida en un nivel diferente al nivel de la consulta inicial.
- Toda remisión debe ir acompañada de la información necesaria para brindar a la mujer una adecuada atención y manejo en la institución receptora.
- En todos los casos se debe llenar el formato de "consentimiento informado" para el traslado y atención en otro nivel de complejidad, excepto en los casos de urgencia verdadera manifiesta y el estado clínico de la mujer no permita obtenerlo.
- En todos los casos se debe llenar el formato de "referencia/contrarreferencia" y acompañarlo con la debida información para facilitar la atención posterior. Se sugiere emplear el mismo formato para referencia y contrarreferencia.
- La institución remitente es responsable de la atención de la mujer hasta que ingrese a la institución a la cual es remitida.
- La institución remitente debe garantizar el transporte de la mujer. El transporte se realizará, en lo posible, en una ambulancia que cuente con los recursos necesarios para la atención de la mujer durante el traslado; siempre con la compañía de un/a profesional de la salud y, en lo posible, de un familiar de la mujer remitida. La institución que proporcione la ambulancia, el equipo y el/la médico/a es la responsable de la mujer durante el traslado. Si la ambulancia y el/la profesional pertenecen a la institución que hace la remisión la responsabilidad de esta última, termina al momento de entregar a la mujer a la institución receptora. En caso de que la institución que remite cuente con un solo profesional disponible, la mujer puede ser acompañada por un/a paramédico/a.
- Antes de hacer la remisión a otra institución, la institución receptora debe tener conocimiento del caso y debe haber aceptado la remisión. La comunicación se establece entre los/las profesionales de salud responsables de cada institución. Al solicitar la remisión se debe proporcionar al/a la profesional receptor/a información sobre el diagnóstico, condición de gravedad, tratamiento previo, evolución, sugerencias terapéuticas y recursos que pueden ser requeridos para el manejo de la usuaria.

- El traslado de la mujer debe hacerse previa autorización por escrito del familiar o persona responsable de esta. El/la médico/a que remite no debe establecer compromisos sobre lo que hará o dejará de hacer la institución de mayor complejidad a la cual se hace la remisión.

Figura 4.1. Proceso de referencia y contrarreferencia [56]

4.6.2. Responsabilidades de las Direcciones de Salud [57]

Será responsabilidad de las Direcciones de Salud Departamentales, Distritales y locales, el cumplimiento de las siguientes funciones relacionadas con el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia a saber:

- Desarrollar el proceso de implantación del Régimen de Referencia y Contrarreferencia en su jurisdicción territorial, de conformidad con las Normas Técnicas y Administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

- Dirigir, orientar y fortalecer la organización de la red de servicios de salud y de otros regímenes en su jurisdicción, que permitan la operatividad del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Orientar el desarrollo de un sistema de control y evaluación del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Determinar las necesidades de apoyo tecnológico de las entidades de mayor a menor grado de complejidad y de las instituciones de un mismo grado de complejidad entre sí.
- Establecer convenios interinstitucionales que faciliten el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Controlar y evaluar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud en los organismos de su área de influencia, que permita orientar el flujo de usuarios y racionalizar el uso de los recursos.

4.6.3. Responsabilidades del profesional de la medicina

- Realizar valoración inicial y determinar con base en la historia médica, la evolución clínica y el diagnóstico, si se presenta una urgencia calificada, y decidir si se debe hacer remisión a una institución médica de complejidad superior.
- Informar a la mujer sobre la necesidad de remitirla a una institución de mayor complejidad para recibir la atención médica adecuada a la complicación que presenta.
- Elaborar formato de referencia y contrarreferencia al cual debe anexar un resumen de la evolución de la mujer durante su permanencia en la institución, tratamientos y exámenes realizados, motivo de remisión, condiciones clínicas de la mujer antes de iniciarse la remisión y sugerencias para el manejo posterior.
- Llenar el formato de "consentimiento informado" para el traslado y atención en otro nivel de complejidad, siempre y cuando el estado de la mujer lo permita y el caso no corresponda a una urgencia verdadera manifiesta.
- Informar al área de Trabajo Social o al personal que corresponda sobre la decisión de la remisión para que se inicien de inmediato los trámites necesarios.

- Informar a los familiares de la mujer o a la persona responsable de ella sobre la necesidad de realizar remisión a una institución de mayor complejidad para recibir atención especializada.
- Registrar en la historia clínica las indicaciones médicas pertinentes y garantizar la estabilidad de la mujer mientras es remitida a la institución de mayor nivel de complejidad.

REFERENCIAS

[51] World Health Organization (WHO). 2007. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. WHO: Geneva.

[52] Ibídem.

[53] Ibídem.

[54] OMS. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda Edición. Ginebra. OMS, 2012.

[55] Ley 100 de1993. Artículo 162, parágrafo 5.

[56] PHRplus Resource Center. Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud. Cartillas de Políticas. Mayo de 2004. Bethesda, Maryland.

[57] República de Colombia. Decreto 2759 de diciembre de 1991. Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia.

5 ORIENTACIÓN Y ASESORÍA

El segundo componente del Modelo de Atención Integral del Postaborto es la orientación y asesoría. La orientación y asesoría durante la atención postaborto están dirigidas a dar apoyo emocional a la mujer, brindarle información específica sobre las posibles opciones de tratamiento y acompañarla antes, durante y después de la atención. Cuando el/la profesional de la salud brinda apoyo emocional además de atención médica, la mujer tiene más capacidad para entender y aceptar su situación médica, el tratamiento recomendado, la evolución inmediata y las consecuencias que se puedan presentar a mediano o largo plazo.

La orientación y asesoría se deben proveer en un ambiente de estricta privacidad y deben garantizar la confidencialidad, mediante la protección de la información que se revele dentro de ellas. Es importante que la mujer se sienta considerada y tratada con respeto y comprensión. Bajo ningún punto de vista deben imponerse opiniones o juicios de valor por parte de la persona que realice la orientación.

Cabe señalar que la orientación y asesoría durante la atención postaborto tiene los siguientes objetivos:

- Motivar a la mujer a que exprese sus sentimientos y proveer apoyo emocional.
- Ayudar a la mujer a aclarar sus pensamientos y decisiones respecto a su embarazo, su necesidad de tratamiento de APA como consecuencia de un aborto espontáneo o inducido, la conducta médica a seguir y las posibles implicaciones de la situación actual sobre su futura salud sexual y reproductiva.

- Ayudar a la mujer a explorar sus sentimientos y decisiones respecto a sus relaciones interpersonales y las circunstancias en su vida relacionadas con su salud sexual y reproductiva.
- Garantizar que la mujer reciba información precisa y adecuada sobre su estado médico, las pruebas de laboratorio, sus opciones de tratamiento y las posibles complicaciones asociadas al tratamiento.
- Garantizar que la mujer entienda cómo prevenir las complicaciones después de la APA e identifique con certeza cuándo y en qué forma debe solicitar atención médica en caso de presentarse alguna complicación.
- Ayudar a la mujer a proteger su futuro bienestar informándola sobre los servicios de ginecología especializada en caso de presentar abortos espontáneos recurrentes, o sobre las posibilidades de interrumpir legalmente el embarazo no deseado, sobre las entidades que ofrecen estos servicios y, en especial, sobre los pasos a seguir para que pueda acceder a estos servicios en el marco de la legislación vigente.
- Garantizar que la mujer reciba información adecuada sobre el retorno de su fertilidad y la necesidad de iniciar de inmediato un método anticonceptivo que sea efectivo y seguro para prevenir un nuevo embarazo no planeado, si ella así lo desea.
- Proveer el método anticonceptivo que la mujer haya elegido, procurando que, en lo posible, sea un método de larga duración.
- Identificar todas las necesidades físicas y psicológicas de la mujer y remitirla a los servicios correspondientes (medicina especializada o Psicología) en caso de ser necesario, teniendo en cuenta el nivel de complejidad.
- Permitir que el/la profesional, a través del diálogo y la conversación, comprenda mejor y actúe adecuadamente ante factores que pueden afectar la salud sexual y reproductiva de la mujer como son los hábitos sexuales, riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH), y violencia sexual esporádica o recurrente

5.1 Orientación previa al tratamiento

Es importante que durante la APA se ofrezca a cada mujer una sesión de orientación formal llevada a cabo por personal de salud debidamente capacitado. Esta orientación en ningún momento es obligatoria, ni se constituye en un prerrequisito para la atención de la mujer. La orientación puede ser brindada por profesionales de Psicología o de Trabajo Social o por otros profesionales de la salud con capacitación suficiente en salud sexual y reproductiva.

En lo posible la orientación debe iniciarse antes del tratamiento, siempre y cuando la salud de la mujer no se vea amenazada por la demora en realizar el tratamiento y ella se encuentre en capacidad de entender la información y de tomar decisiones. Habrá situaciones especiales en las que, debido al estado clínico de la mujer y la necesidad de remitirla a un nivel superior de complejidad, no sea posible realizar la orientación en la entidad en la cual se realiza la consulta inicial. En estos casos es deber del área de orientación de la entidad receptora retomar la atención psicosocial de la mujer en el momento más adecuado.

La orientación incluye: apoyo emocional e identificación y movilización de conflictos. El apoyo emocional permite validar las emociones que acompañan la situación en que se encuentra la mujer después de un aborto espontáneo o inducido. Busca plantear una reflexión sobre las alternativas y las opciones de tratamiento, brindando información completa, precisa y comprensible en condiciones de calidez, respeto, privacidad y confidencialidad.

La identificación de conflictos espirituales y emocionales permite a la mujer la elaboración de la vivencia y al/a la profesional la percepción de situaciones especiales de vulnerabilidad (mujeres con abortos espontáneos recurrentes, víctimas de violencia, infectadas por VIH/SIDA, adolescentes) o afectación emocional severa, que requieran un abordaje y tratamiento particular. Se deben también revisar los significados, ideas y temores involucrados en la vivencia y las alternativas disponibles para afrontar la situación, teniendo en cuenta el contexto en el que vive la mujer, lo mismo que sus valores, creencias y sentimientos.

La orientación antes del tratamiento debe incluir los siguientes elementos a saber:

- Información sobre el estado emocional de la mujer.
- Revisión de la situación actual de la mujer en relación con su salud sexual y reproductiva.
- Opciones de tratamiento.
- Deseo de futuros embarazos.
- Remisión a otros servicios de salud.

Como en muchas otras intervenciones médicas, se debe solicitar a la mujer el consentimiento informado para proceder al tratamiento propuesto, bien sea por aspiración manual endouterina o con medicamentos. El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer que solicita y consiente el tratamiento indicado después de haber recibido información clara, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los medicamentos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida.

5.2 Orientación durante el tratamiento

El tratamiento del aborto incompleto implica la evacuación de la cavidad uterina, lo cual se puede realizar por AMEU, con medicamentos o en forma expectante. Cuando la evacuación se realiza con medicamentos, usualmente el proceso tiene lugar en casa,[58] de tal forma que el personal de salud no participa directamente en esta fase del tratamiento. En este caso, la orientación se encamina a proveer la mejor información posible para que las mujeres sepan qué esperar después de emplear el medicamento y en qué situaciones específicas debe consultar al/a la médico/a o al centro de salud.

Durante la AMEU, por el contrario, la participación del personal de salud adquiere particular importancia, porque es él quien debe acompañar a la mujer y, con su intervención, proveer apoyo emocional y ayudar a disminuir su ansiedad y minimizar la experiencia dolorosa. Con frecuencia, esta orientación la presta la misma persona (psicólogo/a, trabajador/a social, enfermero/a) que orientó y asesoró a la mujer antes del procedimiento; sin embargo puede ser prestada por otros profesionales de la salud debidamente capacitados.

Son funciones del personal que acompaña a la mujer durante el procedimiento:

- En el contacto, expresar una postura, actitud y tono de voz adecuados (amables, cercanos y respetuosos).
- Generar un ambiente de calma.
- Percibir necesidades particulares.
- Expresar a la mujer que puede hacer preguntas en cualquier momento de la intervención, proponerle un diálogo, o explicarle paso a paso lo que está ocurriendo.
- Hacer seguimiento a la mujer para confirmar que no está experimentando mayor dolor o malestar del esperado. En caso de observar algún cambio abrupto, físico o emocional, debe comunicarlo de inmediato al profesional que está realizando el procedimiento.

5.3 Orientación después del tratamiento

Si el proceso de atención brindado a la mujer se realizó en condiciones plenas de apoyo, es muy probable que ella se sienta tranquila, en equilibrio emocional y coherente una vez concluido el tratamiento, y por tanto, pueda retornar prontamente a su rutina diaria y continuar con su vida de manera usual.

Sin embargo, los sentimientos y las expectativas de la mujer después de un aborto son variados y complejos y dependen en parte de si el aborto ha sido un aborto espontáneo o un aborto inducido. Es usual identificar en la mujer que ha tenido un aborto espontáneo sentimientos de dolor, miedo, injusticia, culpa, vergüenza, duelo, *shock* emocional o desolación.[59] Son sentimientos que pueden durar por periodos prolongados o pueden disminuir gradualmente con el tiempo.[60]

Puede ser que la mujer experimente temores, inquietudes sobre su salud, su fertilidad o se encuentre inquieta frente a la reacción de los demás ante su situación. La orientación postratamiento, puede ser entonces una excelente oportunidad para brindar apoyo psicológico, restaurar o reforzar el sentido de autoestima que a menudo se altera después de un aborto, contestar preguntas, dar continuidad al proceso de orientación ya iniciado, y determinar si la mujer requiere cuidados especiales. Es fundamental identificar la necesidad de apoyo especializado que pueden requerir algunas mujeres de acuerdo a su condición particular, y ofrecerles una remisión efectiva, para lo cual se debe contar con un sistema de referencia claro, ágil y de fácil acceso, con información sobre profesionales o instituciones dedicadas a la provisión de servicios especializados de salud psicosocial.

Las mujeres que han presentado un aborto espontáneo o inducido necesitan, además, información sobre los futuros embarazos y sobre cuánto tiempo deben esperar antes de quedar nuevamente embarazadas. El tiempo de espera depende del momento psicológico en el que la pareja piense que está lista para un nuevo embarazo. Es conveniente considerar que es posible que la mujer no tema tanto no quedar embarazada de nuevo, sino quedar embarazada y tener un nuevo aborto. Tanto el/la médico/a como el/la profesional que realiza la orientación y asesoría deben ofrecer a la mujer información suficiente y adecuada sobre la naturaleza y causas de los abortos espontáneos y el momento oportuno de futuros embarazos.

REFERENCIAS

[58] Raghavan S, Bynum J. Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria. Gynuity Health Projects. New York, NY, 2009.

[59] Abboud L.N., Liamputtong P. Pregnancy loss: what it means to women who miscarry and their partners Soc Work Health Care 2003; 26 (3) : 37-62.

[60] Janssen H., Cuisinier M., Graauw K., Hoogduin K. A prospective study of risk factors predicting grief intesity following pregnancy loss Arch Gen Psychiatry 1997 ; 54 : 56-61.

6 SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El modelo de atención postaborto considera que algunas mujeres que reciben tratamiento postaborto necesitan servicios de anticoncepción porque no desean un nuevo embarazo en el momento; mientras que otras necesitan servicios de planificación familiar para ayudarlas a espaciar los embarazos. Por lo mismo, el modelo enfatiza la importancia de ofrecer estos servicios en el momento y en el mismo lugar en que se presta la atención postaborto;[61] considerando que la APA puede ser uno de los contactos esporádicos que tiene la mujer con el sistema de salud. Cuando no se prestan los servicios de esta forma se corre el riesgo de perder una oportunidad única porque, es posible que la mujer no acuda posteriormente a solicitarlos ni a la institución ni a otra. Idealmente, al finalizar la atención postaborto, toda mujer debería salir de la institución con un método anticonceptivo iniciado, de preferencia uno de larga duración.

El brindar asesoría y métodos anticonceptivos como parte de los servicios de APA puede mejorar la aceptación de la anticoncepción y ayudar a evitar la repetición de embarazos no deseados y de abortos practicados en condiciones de riesgo. A toda mujer que reciba tratamiento de APA se le debe ofrecer asesoría anticonceptiva y una variedad de métodos anticonceptivos de manera que ella pueda controlar su futura fecundidad.[62]

6.1 Particularidades de la anticoncepción postaborto

Para que sean realmente eficaces los servicios de anticoncepción y planificación familiar deben basarse en las preferencias y necesidades específicas de cada mujer. Por tanto, los/las profesionales que prestan la APA y más específicamente la asesoría anticonceptiva deben tener en cuenta que:

- El retorno de la ovulación sucede entre 2 y 3 semanas después del aborto; sin embargo se puede presentar tan pronto como 8-10 días después,[63] en especial cuando el aborto ha tenido lugar en edad gestacional temprana.
- No es necesario esperar a la siguiente menstruación para iniciar un método anticonceptivo. Esta práctica puede poner a la mujer en riesgo de un embarazo no deseado.
- Cuando las mujeres inician un método anticonceptivo inmediatamente después de la APA, tienen una posibilidad del 30% a 60% menor de presentar un aborto repetido en comparación con las mujeres que posponen su inicio hasta el día del control o hasta el retorno de la menstruación.[64, 65]
- En el contexto de la APA se pueden iniciar todos los métodos anticonceptivos el mismo día de la atención, excepto los métodos basados en el conocimiento de la infertilidad o el Dispositivo Intrauterino (DIU) en casos de infección pélvica activa en el momento de la atención.
- La inserción de un DIU inmediatamente después de la APA es segura y ofrece mayor protección contra el embarazo no deseado recurrente en comparación con la inserción diferida. Cuando se inserta inmediatamente después de la APA, no tiene una tasa mayor de expulsión a la inserción de intervalo (últimos días del sangrado menstrual o primeros días después del mismo).
- Las tasas de continuación al año, cuando la mujer ha iniciado un método de larga duración (DIU, implante) después de un aborto, son 50% mayores que cuando se inician métodos de corta duración.[66, 67]
- Toda mujer, incluso la que inicia un método anticonceptivo regular, debe ser informada de la existencia y empleo de la anticoncepción de emergencia.
- La restricción para el uso de algunos métodos anticonceptivos en casos especiales se debe hacer basándose en la evidencia científica y siguiendo las normas y recomendaciones existentes; de lo contrario las mujeres se pueden estar imponiendo barreras al uso adecuado de la anticoncepción, algunas veces basadas en mitos o en conceptos ya revaluados, generando consecuencias muy negativas para la salud reproductiva de la mujer. En la tabla 6.1 se enumeran los criterios básicos de elegibilidad para la anticoncepción postaborto.

Aunque la APA no puede supeditarse al inicio de un método anticonceptivo, no se puede olvidar que la anticoncepción y planificación familiar son componentes esenciales de la APA y por lo mismo, la mujer debe recibir información completa y veraz para que, en ejercicio de su autonomía, pueda elegir el método anticonceptivo que más se acomode a sus preferencias y a sus necesidades reproductivas.

Tabla 6.1 Recomendaciones médicas de elegibilidad de anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos y métodos de barrer a para uso [68]

Evento	Hormonales combinados orales, inyectable mensual, parche, anillo vaginal	Píldora solo progestágeno	Inyectable trimestral e implantes	DIU T cobre y hormonal	Barrera
Aborto de Primer trimestre	1	1	1	1	1
Aborto de Segundo trimestre	1	1	1	2	1
Aborto séptico	1	1	1	4	1

Categorías de calificación

1. Afección para la cual no hay restricciones en el uso de métodos anticonceptivos.
2. Afección donde las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos comprobados.
3. Afección donde los riesgos teóricos o comprobados habitualmente superan las ventajas de usar el método.
4. Afección que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método anticonceptivo.

6.2 Asesoría anticonceptiva postaborto

La asesoría anticonceptiva puede brindarse antes o después del tratamiento de APA. Puede ser prestada por la misma persona que brinda la orientación o por otro personal de la salud con capacitación adecuada. La asesoría tiene por objetivo ayudar a la mujer a:

- Entender los factores que llevaron al aborto para que, en lo posible, ella pueda evitar que se repita la misma situación.
- Entender que la fertilidad se recobra prácticamente de forma inmediata después del aborto.
- Decidir si quiere emplear o no un método anticonceptivo.
- Elegir un método apropiado y saber cómo emplearlo de tal forma que sea efectivo.
- Entender los beneficios que conlleva programar y espaciar los embarazos para la salud y bienestar general.

6.2.1. Fundamentos de la asesoría anticonceptiva

La asesoría anticonceptiva debe basarse además en la evaluación individual de cada mujer, teniendo en cuenta:

- Sus características personales, necesidades y expectativas reproductivas.
- Su estado clínico.
- La capacidad del sistema de salud al que está afiliada.

La discusión cuidadosa de estos puntos y de los factores que llevaron a la mujer a necesitar los servicios de APA, aporta a la persona que brinda la asesoría, elementos específicos para asistir a la mujer en la elección del método anticonceptivo más apropiado para ella. Aumenta además la posibilidad de que la mujer inicie un método efectivo antes de retirarse de la institución en la que es atendida, y lo utilice de la forma indicada.

6.2.2. Componentes de la asesoría anticonceptiva

La asesoría anticonceptiva postaborto debe incluir los componentes esenciales de toda consejería anticonceptiva:

- Información y asesoría sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, sus características, efectividad y efectos secundarios.
- Asesoría sobre los métodos más adecuados para la mujer, teniendo en cuenta su estado de salud, la garantía de acceso y continuidad en el suministro y sus expectativas y estilo de vida.
- Información relacionada con el suministro oportuno y continuo del método elegido.
- Información sobre la importancia y el acceso a las consultas de seguimiento.

Aunque muchas mujeres no quieren quedar embarazadas de nuevo, inmediatamente después de un aborto espontáneo o inducido; otras pueden no querer tomar una decisión anticonceptiva en ese momento. Es conveniente crear mecanismos que garanticen el regreso de estas mujeres a los servicios de salud reproductiva de la misma institución o de otra que se encuentre dentro del sistema de salud.

6.3 Doble protección

Aunque todos los métodos anticonceptivos previenen el embarazo, muy pocos de ellos protegen contra el VIH o las infecciones de transmisión sexual. La doble protección es una estrategia para proveer simultáneamente protección contra el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Hay dos modalidades de doble protección:

- Uso de condón únicamente. Aunque el condón previene tanto el embarazo como las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la infección por VIH, su efectividad como método anticonceptivo es baja.
- Uso combinado de condón más otro método anticonceptivo (inyectable, implante, anticonceptivos orales). Con esta modalidad se incrementa la efectividad tanto anticonceptiva como preventiva de las ITS y la infección por VIH.

Como parte esencial de la APA los profesionales de la salud deben ayudar a la mujer a establecer sus riesgos y expectativas y a seleccionar la mejor forma de doble protección según sus necesidades particulares, teniendo en cuenta que lo ideal es optar por una modalidad combinada.

6.4 Anticoncepción y complicaciones postaborto

Las mujeres tratadas por complicaciones postaborto suelen presentar estados clínicos especiales que afectan la elección del método anticonceptivo. En la tabla 6.2 se presentan algunos elementos que deben ser considerados para la elección apropiada del método anticonceptivo.

Tabla 6.2 Métodos anticonceptivos en caso de complicaciones [69]		
Estado clínico	**Recomendaciones**	**Precaución**
APA sin complicaciones	◆ Emplear de preferencia métodos de larga duración según las expectativas reproductivas de la mujer. ◆ Se pueden emplear de inmediato todos los métodos. ◆ Se pueden emplear condones, diafragma y espermicidas tan pronto como se reanude la actividad sexual.	◆ No se recomiendan métodos naturales hasta no retornar el patrón menstrual. ◆ El postaborto inmediato no es, con frecuencia, el mejor momento para decidir sobre métodos permanentes. ◆ La visita de control puede ser el momento apropiado para elegir un método permanente.
Sangrado vaginal abundante - (Hb < 7 gm/dl)	◆ Se pueden emplear de inmediato: DIU medicado y anticonceptivos orales combinados. ◆ Se pueden emplear condones (doble protección), diafragma y espermicidas tan pronto como se reanude la actividad sexual.	◆ Posponer la esterilización femenina hasta controlar el sangrado y tratar la anemia severa.
Infección/sepsis Signos y síntomas de infección/sepsis Signos de aborto inseguro Dificultad para descartar infección	◆ Se pueden emplear de inmediato todos los anticonceptivos hormonales. ◆ Se pueden emplear condones (doble protección), diafragma y espermicidas tan pronto como se reanude la actividad sexual.	◆ Posponer esterilización femenina hasta resolver totalmente la infección (aproximadamente 3 meses) o hasta descartar el riesgo de infección. ◆ No insertar DIU hasta no resolver totalmente la infección (aproximadamente 3 meses) o hasta descartar el riesgo de infección.
Lesión intraabdominal Perforación uterina (con o sin lesiones de órganos internos) Lesiones vaginales o cervicales severas.	◆ Se pueden emplear de inmediato todos los anticonceptivos hormonales. ◆ Se pueden emplear condones (doble protección), diafragma y espermicidas tan pronto como se reanude la actividad sexual y en presencia de perforaciones uterinas no complicadas.	◆ Posponer esterilización femenina hasta resolver totalmente la lesión. ◆ No insertar DIU hasta no resolver totalmente la lesión. ◆ No emplear espermicidas ni diafragma hasta no resolver las lesiones vaginales o cervicales.

En resumen, la mujer que ha recibido atención postaborto sin complicaciones y asesoría en anticoncepción, incluyendo precauciones y forma de uso, puede utilizar todos los métodos modernos de anticoncepción inmediatamente después del tratamiento. La evidencia disponible actualmente indica que todos los métodos anticonceptivos modernos son susceptibles de ser utilizados con seguridad en el postaborto inmediato.[70] Condiciones especiales como infección, anemia, lesiones intraabdominales o retraso en la iniciación de un método anticonceptivo deben tenerse en cuenta a la hora de elegir el método anticonceptivo.

REFERENCIAS

[61] Corbett MR, Turner KL. Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions Int Fam Plan Perspect. 2003 Sep;29(3):106-11.

[62] Herrick J, Turner K, McInerney T, Castleman L. La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas. 2000.

[63] Boyd EF Jr, Holmstrom EG. Ovulation following therapeutic abortion. Am J Obstet Gynecol. 1972 Jun 15;113(4):469-73.

[64] Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT; Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group. Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. N Engl J Med. 2011 Jun 9;364(23):2208-17. doi: 10.1056/NEJMoa1011600.

[65] Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. Obstet Gynecol. 2007 Jun; 109(6):1286-94. Erratum in: Obstet Gynecol. 2007 Oct;110(4):936.

[66] Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood NL. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jun 16;(6): CD001777. doi: 10.1002/14651858.CD001777.pub3. Review.

[67] Grimes DA, Lopez LM, Manion C, Schulz KF. Cochrane systematic reviews of IUD trials: lessons learned. Contraception. 2007 Jun;75(6 Suppl):S55-9. Epub 2007 Feb 16. Review.

[68] OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 4a ed. Ginebra, 2009.

[69] Adpatado de: Winkler J, Oliveas E, McIntosh N, et al. Postabortion Care: A reference manual for improving quality of care. 1995. Postabortion Care Consortium.

[70] World Health Organization (WHO). Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition. 2010. WHO: Geneva.

UNFPA
Fondo de Población
de las Naciones Unidas

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS