Esp
INCAP
MDE
133
UNIDAD #4
MOD. I

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSA)

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

Colegio de Médicos y Cirujanos (COLMED)

Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM)

Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG)

Asociación Guatemalteca de Enfermeras Profesionales (AGEP)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

DIPLOMADO A DISTANCIA EN

Salud de la Mujer

Módulo I: Actualización en Obstetricia



UNIDAD 4

Aborto
Manejo Ético y Humano

JHPIEGO CORPORATION
A Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health

Universidad Francisco Marroquín (UFM)

POLICY

Planned Parenthood Federation of America (PPFA)

Esta Unidad fue reproducida
gracias al apoyo de la

Asociación Guatemalteca
de Mujeres Medicas (AGMM)

y de

Planned Parenthood
Federation of America (PPFA)

AGMM
INCAP, Calzada Roosevelt, Zona 11
Ciudad de Guatemala
Telefax: 440-9742
Email: agmm@incap.org.gt

Guatemala, 2002

Publicación INCAP MDE/133

MÓDULO I
ACTUALIZACIÓN EN OBSTETRICIA



UNIDAD 4

Aborto: Manejo Ético y Humano

ORGANIZADO POR:

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)	Licda. Verónika Molina Licda. Luisa Samayoa Licda. Norma Alfaro
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	Dra. Elsy Camey de Astorga
Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM)	Dra. Bárbara Schieber

CON EL APOYO DE:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSA)

Colegio de Médicos y Cirujanos (COLMED)

Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG)

Asociación Guatemalteca de Enfermeras Profesionales (AGEP)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Agencia Internacional para el Desarrollo (AID)

POLICY

JHPIEGO

Planned Parenthood Federation of America

CON EL AVAL DE:

Universidad Francisco Marroquín

UNIDAD 4
Aborto: Manejo Ético y Humano

Autora

Dra. Lucrecia Castillo — Consultora Externa

Revisión Técnica

Dra. Elsy Camey de Astorga — IGSS

Revisión Metodológica

Licda. Verónika Molina — INCAP
Licda. Norma Alfaro — INCAP
Dra. Elsy Camey de Astorga — IGSS

Mediación Pedagógica

Dr. Jorge Astorga — Consultor

Edición, Diseño y Diagramación

Licda. Aura Mejía de Durán — INCAP
D.G. Roberto A. Pérez García — INCAP



NOTAS



Acrónimos

AMEU	Aspiración manual endouterina
APA	Atención postaborto
CID	Coagulación intravascular diseminada
DIU	Dispositivo intrauterino
DMPA	Depo-provera
FUR	Fecha de última regla
Hb	Hemoglobina
Ht	Hematócrito
IM	Intramuscular
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IV	Intravenosos
LUI	Legrado uterino instrumental
PO	Vía oral
D&C	Dilatación y Curetaje

CONTENIDO



I. INTRODUCCIÓN 4
II. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE 10
III. ABORTO 11
A. Definiciones 11
1. Aborto espontáneo 11
2. Etiología 11
B. Cuadros Clínicos 14
1. Amenaza de aborto 14
2. Aborto inminente 14
3. Aborto incompleto 14
4. Aborto completo 15
5. Aborto diferido 15
6. Aborto habitual 15
IV. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO 20
A. Evaluación Inicial 20
B. Diagnóstico 21
1. Sangrado vaginal leve, moderado o severo 21
2. Lesión intraabdominal 21
3. Sepsis 24
4. Shock 24
C. Tratamiento del Aborto 28
1. Amenaza de aborto 28
2. Aborto inevitable o inminente 29
3. Aborto incompleto 30
4. Aborto diferido 30
D. Técnicas de Evacuación Uterina 31
1. Técnicas de evacuación uterina en el primer trimestre 31
2. Técnicas de evacuación uterina al segundo trimestre 32
E. Examen del Producto de la Concepción 34
V. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE ACOMPAÑAN AL ABORTO 38
A. Medidas Universales 38
B. Complicaciones 41
1. Perforación uterina 41
2. Lesión intraabdominal 43
3. Sepsis 43
4. Shock 50
5. Transfusión de sangre 51
6. Medicamentos 53
7. Deficiencia en la Estabilización 53
8. Estabilización 54
VI. ATENCIÓN POSTABORTO Y ANTICONCEPCIÓN 55
A. Interacción entre la Paciente y el Personal de Salud 56
1. Mejore la atención clínica 56
2. Proporcione consejería y servicios de planificación familiar 57
3. Amplíe el acceso a los servicios de atención postaborto 57
4. Planifique servicios integrales de atención postaborto 57
5. Participación de la pareja 57
B. Anticoncepción 59
1. Opciones anticonceptivas 59
2. Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) 61
3. Mensajes educativos 63
VII. EVALUACIÓN 65
VIII. BIBLIOGRAFÍA 72



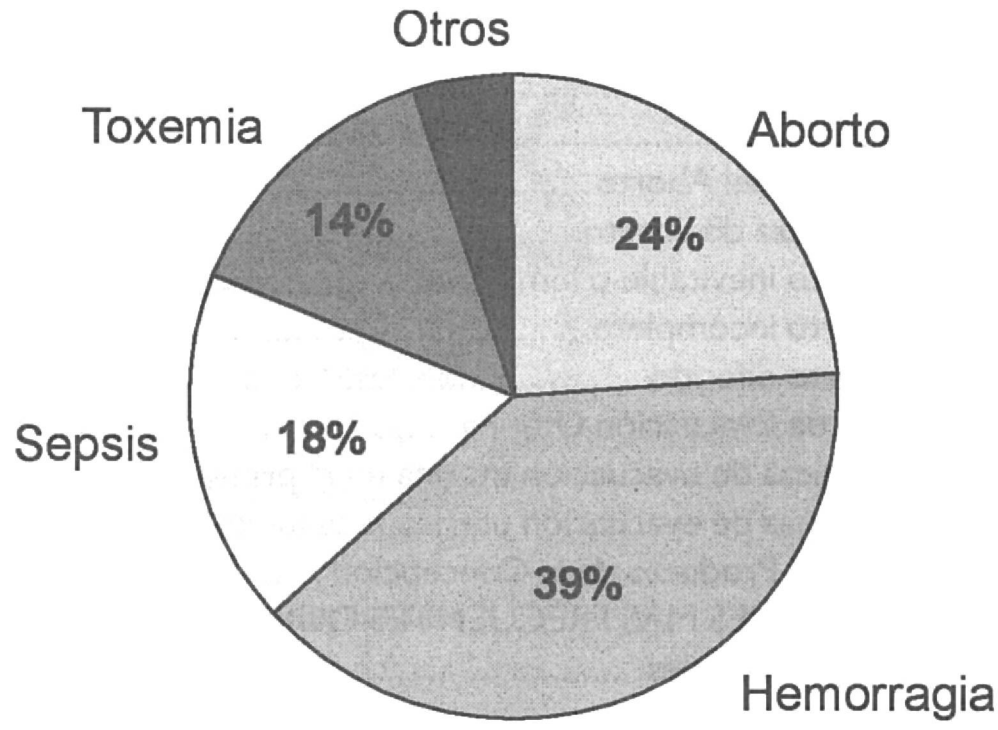
NOTAS



I. INTRODUCCIÓN

Probablemente ningún otro problema en el campo de la salud ha suscitado más controversia que el del aborto. Estimaciones globales de la Organización Mundial de la salud (Fathalla et al, 1986), indican que al año mueren medio millón de mujeres en el mundo, debido a la falta de cuidado médico adecuado durante el embarazo o el parto y por las complicaciones de aborto. En América Latina más de 12.6 millones de mujeres están teniendo hijos y un estimado de cuatro millones de mujeres experimentan un aborto inducido (Remez, 1995).

GRÁFICA 1
CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA



MSPAS: Estudio de Mortalidad Materna en Guatemala, 1989.

NOTAS



La situación del aborto no es diferente en Guatemala. El aborto realizado en condiciones de riesgo es uno de los factores que más contribuye a los altos índices de morbilidad y mortalidad en el país. Más de 10% de los ingresos a salas de Ginecología y Obstetricia se deben a complicaciones de aborto y de acuerdo al *Estudio de mortalidad materna en Guatemala* (Medina, 1989) (gráfica 1) las complicaciones del aborto ocupan la segunda causa de muerte (24%); la primera se debe a hemorragias (39%), seguidas por la sepsis (18%), la toxemia (14%) y otras complicaciones (6%).

Según lo reportado en la *Encuesta nacional de salud materno infantil 1998-99*, en el área urbana (16 %) y en el área rural (25.7%) de las adolescentes (menores de 19 años) ya son madres o están embarazadas.

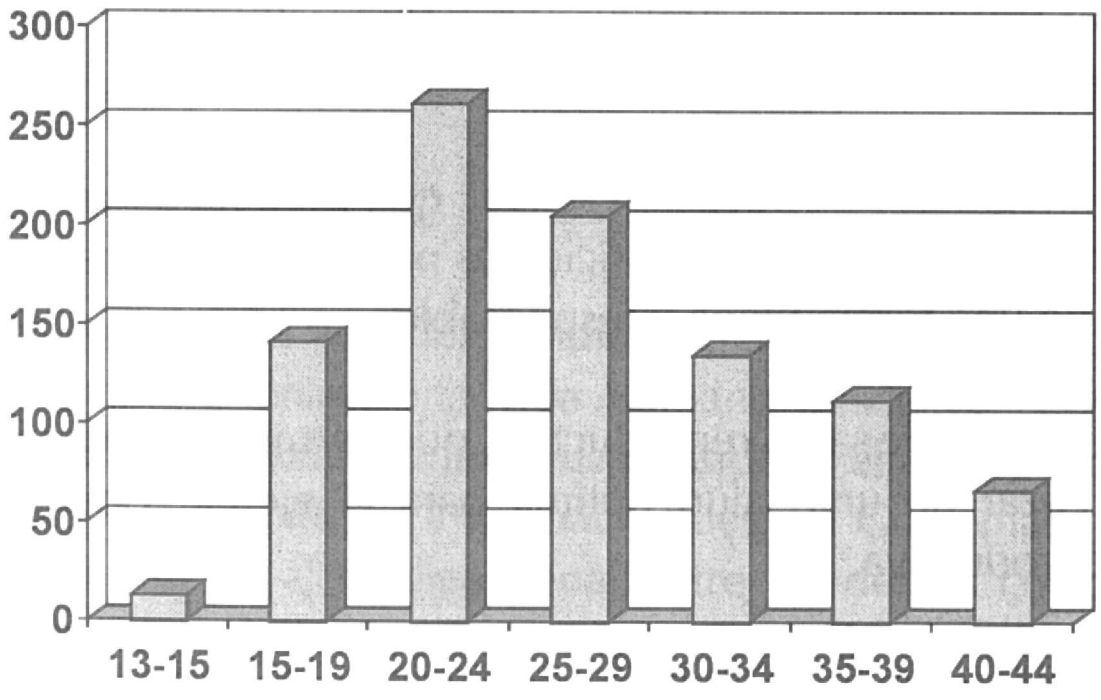


El limitado acceso a la información, expectativas de vida limitadas y escasos recursos económicos, se considera son algunas de las razones para esta situación.

En el estudio *Conocimientos sobre riesgo reproductivo y planificación familiar de las mujeres con complicaciones de aborto y post legrado* (MSPAS/DGSS, 1995), se reporta que:

- El mayor número de casos de aborto se encuentra en mujeres entre los 15 y 24 años de edad.
- La sepsis es la principal causa de muerte con 93% de las complicaciones por aborto.
- El número de abortos en los hospitales nacionales es de 19% en relación con el número de nacimientos.
- Las complicaciones por aborto como causa de muerte materna ha aumentado en 50%.
- Hay una alta incidencia de repetición de aborto en las 586 mujeres entrevistadas; 446 (76%) habían tenido por lo menos un aborto previo a su ingreso.

GRÁFICO 2
INCIDENCIA DE ABORTOS



Fuente: Hospital Nacional de Quetzaltenango, 1998, Unidad Materno Infantil, Ministerio de Salud.



NOTAS



En un estudio llevado a cabo en el Hospital Nacional de Quetzaltenango, en 1998, se documentó la incidencia de abortos en la región y se reportó una incidencia mayor en mujeres adolescentes, 16% ocurrió en adolescentes (13-19 años) y 39% en menores de 24 años.

En países como Guatemala, donde el aborto es ilegal existe un sinnúmero de limitantes para hacer estimaciones precisas de la magnitud de este problema. Entre las más importantes están:

- La clandestinidad en que se practica, lo que dificulta identificar y obtener información de los proveedores del servicio.

- Las sanciones legales, sociales y religiosas que impiden que la mujer proporcione con libertad información confiable sobre los embarazos que terminaron en un aborto voluntario.

- La práctica de registrar los abortos provocados como abortos sépticos, es lo que resta confiabilidad a la información de los registros médicos hospitalarios.

NOTAS

- La dificultad para establecer, cuando no se cuenta con información de la paciente si las complicaciones son consecuencia de un aborto espontáneo o de uno provocado.

- El ambiente, las condiciones y las personas que llevan a cabo las entrevistas a mujeres o proveedores.

En todo el mundo se hacen estudios y se determinan las mejores estrategias, con el propósito de encontrar soluciones al problema del aborto. Entre las estrategias implementadas y que han demostrado tener resultados positivos están:

- Programas integrales de educación sexual, que permita a toda la población tener conocimientos suficientes para poder ejercer su sexualidad de una forma plena y responsable.

- Servicios integrales de salud reproductiva, que permita a hombres y mujeres gozar de una salud óptima para el ejercicio de su actividad reproductiva.

- Atención pronta y efectiva del aborto en sus diferentes etapas, con servicios de calidad y calidez.

- Libre acceso informado y con respeto a la decisión de la o el usuario, sobre la metodología anticonceptiva con el propósito de



evitar los embarazos no deseados. Esto debiera incluir anticoncepción de emergencia.

- Identificar y eliminar las barreras médicas y no médicas, así como las institucionales para la prestación de servicios de atención postaborto y planificación familiar.

Las siguientes acciones han sido dirigidas a grupos de adolescentes como prioritarias y por considerar que este grupo es el sector de población en condiciones de mayor vulnerabilidad.

- Hacer accesible la escolaridad y capacitaciones, de buena calidad y sensibles al género.

- Preparación y participación para una vida de éxito, con la construcción de metas propias.

- Promover en los grupos de adolescentes y jóvenes la abstinencia y el retraso en el inicio de la actividad sexual, lo cual ha tenido como resultado no sólo evitar embarazos no deseados sino la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

- Promover acciones que posterguen la edad del matrimonio.

- Habilidades prácticas para evitar la actividad sexual no protegida o no deseada, y el consumo de drogas.

- Información y acceso a servicios de salud reproductiva y nutrición.



NOTAS

En cuanto a la situación jurídica del aborto en Guatemala, el Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción[1]. Este principio es el fundamento de considerar el aborto provocado como acto delictivo en las leyes nacionales. En Guatemala, el aborto está tipificado en el Código Penal entre los delitos contra la vida y la integridad de la persona[2], con excepción del aborto terapéutico, específicamente autorizado por la ley, en situaciones en que el aborto sea imprescindible para salvar la vida y la integridad de la madre.

[1] Constitución Política. Artículo 3.

[2] Código Penal, artículo 133.



La Ley de Desarrollo Social, Decreto Ley 42-2001, indica como uno de sus objetivos fundamentales reducir las tasas de mortalidad materna. Establece en su Artículo 26 en sus puntos No. 4 y 5b, considerar como emergencia médica el tratamiento y atención inmediata, las hemorragias obstétricas y fortalecer la prestación de los servicios preventivos necesarios, tendientes a evitarlas y prevenirlas.

El Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos, destina el Capítulo XIII al tema del aborto. En sus artículos 80, 81 y 82, ratifica que el aborto espontáneo o patológico como entidad nosológica no tiene consecuencias médico-legales; no así el aborto voluntario o provocado, el cual será sancionado por el Código Penal. En el caso del aborto terapéutico éste es impune, únicamente cuando es practicado por un médico con el consentimiento de la mujer, previa opinión escrita favorable de por lo menos otro médico especialista, en la causa que motiva el aborto.

NOTAS

Hasta ahora se ha dado un vistazo rápido a la situación del aborto y algunas lecciones aprendidas de experiencias implementadas para afrontar este problema. Pero estamos lejos de conocer la magnitud real del problema del aborto en nuestro país, por lo que es fundamental propiciar más investigaciones que nos permitan profundizar en el conocimiento y trabajar para mejorar el acceso y cobertura de los servicios integrales de salud reproductiva como pasos importantes para sensibilizar a autoridades, personal médico y de enfermería, con el fin de fortalecer los esfuerzos encaminados a eliminar esta práctica.

Las creencias de índole personal o religiosas, no deberán ser determinantes para impedir que una mujer reciba una atención adecuada y profesional, ya que es deber de todo profesional de la medicina velar por la recuperación de la salud de pacientes[3].

[3] Código Deontológico, Colegio de Médicos y Cirujanos, Articulo 2o. "... El médico como protector de la salud del ser humano, no debe establecer diferencias de naturaleza religiosa, política, social, económica, racial o de otra índole".



En esta unidad se describen los pasos esenciales para establecer un diagnóstico completo, así como el tratamiento adecuado de las complicaciones que ponen en riesgo la vida incluyendo muy especialmente la atención postaborto (APA), período al que se le ha dado poca atención y que es determinante para la recuperación integral de la paciente, la prevención de un nuevo embarazo no deseado y de otras complicaciones de la salud reproductiva.

El empoderamiento en adolescentes significa: construir cotidianamente una autoestima para que fortalezca su capacidad de toma de decisiones.



NOTAS



II. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Objetivo General

- Que las y los profesionales de la salud actualicen sus conocimientos sobre el tema del aborto, conozcan su prevalencia en el ámbito nacional y ofrezcan una atención ética y humana en el postaborto.

Objetivos Específicos

Al finalizar la unidad, los y las estudiantes estarán en capacidad de:

1. Describir el contexto biopsicosocial del aborto.
2. Identificar y tratar adecuadamente las complicaciones más frecuentes de un aborto.
3. Proporcionar una atención especial en el postaborto.

NOTAS



III. ABORTO



A. Definiciones

Se entiende por aborto a la terminación del embarazo en una fecha cualquiera antes de que el feto haya alcanzado un estado de viabilidad. Entendiéndose como feto o recién nacido viable aquel que ha llegado a un grado de desarrollo orgánico y funcional que le permite vivir fuera del útero en forma independiente. En este documento, utilizaremos el término aborto al producto de menos de 20 semanas de gestación o menos de 500 g de peso.

El aborto se puede clasificar en espontáneo y provocado. Aborto espontáneo es la terminación del embarazo debida a causas naturales sin intervención mecánica o médica. El aborto puede ser terapéutico o provocado.

1. Aborto espontáneo

En estudios recientes se ha encontrado que entre 15 y 20% de los embarazos comprendidos entre las semanas 4 y 20 de gestación terminan en aborto espontáneo. Como ha sido señalado por Hertig y Livingstone (1986), la tasa de pérdidas es muy alta antes de la cuarta semana. No obstante, rara vez se dan a conocer los abortos ocurridos en este tiempo, ya que la paciente lo considera como un retraso en la menstruación o le pasa del todo inadvertido. Un estudio llevado a cabo en seis hospitales de Guatemala, que siguió la metodología implementada por la OMS, que reclasifica los casos de aborto en cuatro categorías: certeza, probable, posible (aborto provocado) y espontáneo, reporta que en 49.9% de las pacientes que acuden a estos hospitales en busca de atención por aborto, éste es espontáneo (Grajeda, 1995). Si bien, el registro de abortos en los hospitales no es del todo confiable, ya que muchas pacientes no refieren y/o aceptan que fueron manipuladas, en todo caso esta información debe ser tomada en cuenta en el estudio subsecuente y/o explicaciones que se le den a la paciente para evitar que éste se repita.

2. Etiología

Durante los primeros meses del embarazo la expulsión espontánea del huevo está precedida, casi siempre, por la muerte del feto. Por esta razón, las consideraciones etiológicas del aborto precoz comprenden la dilucidación de la causa de la muerte fetal. La muerte fetal puede ser debida a anomalías del huevo propiamente dicho o del aparato

NOTAS



reproductor, o a una enfermedad en general de la madre, y a veces, del padre.

a) Desarrollo anormal

La causa más frecuente de muerte fetal consiste en una anomalía del desarrollo, incompatible con la vida. Las investigaciones de Simpson (1993) han puesto de manifiesto el factor genético como responsable en 12 a 15 % de abortos precoces. De estos, 50% mostró anormalidades cromosómicas. Cifras similares se encuentran en otros estudios. Las trisomías autosómicas son las más frecuentemente encontradas, las cuales están asociadas con la edad avanzada de la madre, también ocurre en fetos de madres muy jóvenes. En todos los mamíferos se ha observado fracasos en la fecundación y el desarrollo normal del huevo fecundado.

Para que se produzca la implantación es necesario que coincidan perfectamente todos los factores implicados en ella, tales como el delicado control hormonal de la peristalsis tubárica y endometrial, los múltiples factores endocrinos relacionados con la formación de la decidua y la relación celular del trofoblasto y el endometrio. Además, inmediatamente después de la implantación, el trofoblasto tiene que nutrirse a partir de la decidua e inmiscuirse con los vasos sanguíneos maternos antes de que se desarrolle la circulación de las vellosidades. Si cualquiera de estos mecanismos falla, se pone en peligro la supervivencia del huevo y sobreviene el aborto.

NOTAS

El medio intrauterino así como el embrión pueden verse afectados por muchos factores, algunos de ellos, como la radiación, los virus y los factores químicos, son bien conocidos. Dado que estos factores pueden producir también malformaciones congénitas, se les llama teratógenos. Si estos factores ejercen una acción en un momento determinado y a una concentración particular, es posible que provoquen el aborto, ya sea por acción directa sobre el embrión, porque alteren su constitución cromosómica y/o porque afecten el medio en que se desarrolla. A esto se debe que sea difícil, atribuir la causa del aborto sólo a factores hereditarios y/o ambientales.

b) Anomalías de la placenta

Cuando el embarazo está más avanzado, probablemente a partir de la semana 20, se presentan ciertas anomalías placentarias que pueden causar aborto, aunque más a menudo dan lugar a un parto prematuro. En las vellosidades puede presentarse endoarteritis e interferir el intercambio placentario de modo que cause la muerte fetal.



c) Enfermedad materna

i) Infecciones Agudas

Las infecciones agudas graves, en especial la neumonía, la fiebre tifoidea y la pielonefritis, pueden dar lugar a abortos, si bien con más frecuencia tienden a provocar partos prematuros. La malaria puede producir abortos a causa de la hipertermia. La anemia probablemente es un factor de importancia en los países en desarrollo como Guatemala, donde 35.5% de las mujeres en edad reproductiva la sufren (MSPAS, 1995), la cual asociada a infección aumenta la mortalidad materna. La anemia se ve incrementada con cada embarazo.

ii) Infecciones Crónicas

Las infecciones por *Brucella abortus, Listeria monocytogenes* y el toxoplasma pueden ser agentes etiológicos asociados a causa de aborto. La Sífilis, fue al principio considerada como causa frecuente de aborto; no obstante, la espiroqueta no cruza la barrera placentaria hasta después de la semana 20. Puesto que es necesario que transcurran varias semanas de infección sifilítica fetal, para que sobrevenga la muerta o expulsión del feto, en la actualidad se considera que la sífilis rara vez provoca aborto.

iii) Anomalías de los órganos reproductores

Las anomalías locales y las enfermedades del aparato reproductor sólo raras veces son causa de aborto. La inflamación de los anexos, los tumores uterinos y la endocervicitis puede dar lugar a esterilidad, no obstante, no es frecuente que provoquen aborto. Ni siquiera los miomas uterinos grandes y múltiples producen necesariamente el aborto. A este respecto, es más importante la localización del mioma que el tamaño del mismo. Los tumores submucosos constituyen la variedad que, con más frecuencia, tiende a producirlo.

Las lesiones del aparato reproductor que resultan importantes como causa de aborto son el cuello corto congénito y el que ha sido cortado mediante intervención quirúrgica, intervención que ha de evitarse siempre que sea posible durante los años fértiles. Los desgarros cervicales largos debidos a un parto, que no han sido tratados adecuadamente o que curan mal pueden ser también causa de aborto tardío.

En algunos casos, los traumatismos físicos y emocionales, como los que se observan en las víctimas de violencia doméstica, pueden ser causa



NOTAS



de aborto. En tales casos probablemente el mecanismo desencadenante no es la muerte del feto sino la perturbación de la circulación uterina hasta tal punto, que se produzca el desprendimiento de la placenta. En estos casos se observa hemorragia y aborto poco tiempo después del trauma. En Guatemala este problema no ha sido cuantificado, pero en estudios realizados en otros países se ha observado que la violencia durante el embarazo es una agresión enfocada que pone en peligro dos vidas. "Mientras que en la mayor parte de la violencia doméstica los ataques están dirigidos hacia la cabeza, durante el embarazo están dirigidos hacia el pecho, el abdomen y los genitales" (Bewley, 1994). La violencia durante el embarazo llega a ser cuatro veces más frecuente si el mismo es imprevisto o no deseado (Heise, 1993).

B. Cuadros Clínicos

El cuadro clínico del aborto se presenta en seis subgrupos: amenaza de aborto, aborto inminente, aborto completo e incompleto, aborto diferido y habitual.

NOTAS



1. Amenaza de aborto

Se presume que hay amenaza de aborto cuando aparece flujo vaginal sanguinolento de cualquier intensidad durante la primera mitad del embarazo. Puede ir acompañado de dolores leves, semejantes a los que aparecen durante la menstruación o de dolor de espalda. La hemorragia de la amenaza de aborto es con frecuencia ligera, pero puede persistir a menudo durante días y aún semanas. Algunas veces es fresca y por lo tanto roja, pero su color varía según la cantidad de moco con que vaya mezclada. Otras veces cuando la sangre eliminada es antigua presenta un color marrón oscuro.

2. Aborto inminente

Se caracteriza por la rotura de las membranas estando el cuello dilatado. En estas condiciones, es seguro que va a producirse el aborto.

3. Aborto incompleto

El feto y la placenta son susceptibles de expulsarse juntos antes de la décima semana y separadamente, después de este período. Incluso pareciendo que el feto y la placenta se expulsan en su totalidad, puede que algún fragmento placentario quede retenido, se produce hemorragia de diversa intensidad, siendo éste el principal y a menudo el único signo de aborto incompleto.



4. Aborto completo

Hay una expulsión completa de los productos de la concepción.

5. Aborto diferido

Un aborto diferido es la retención del producto de la concepción durante dos meses o más, después de haber muerto el feto. En el caso típico los dos primeros meses del embarazo son normales por completo, con amenorrea, náuseas y vómitos, modificaciones mamarias y crecimiento uterino. Después de la muerte del feto, puede o no haber hemorragia vaginal o incluso síntomas transitorios que denotan una amenaza de aborto. El útero parece entonces estacionario en tamaño y las modificaciones mamarias regresan.

Si el producto de la concepción queda retenido durante varias semanas después de su muerte, se observa como un saco arrugado que contiene un embrión muy macerado. Si queda retenido durante semanas o años parece una masa formada por tejido viejo y sangre, algunas veces con áreas de calcificación densa. A veces aparecen serios trastornos del mecanismo de la coagulación después de la retención prolongada del producto muerto.

Las razones por las que algunos abortos no terminan en un plazo corto después de la muerte del feto no son claras. Una explicación podría ser el papel que representa la progesterona. Si el feto y la placenta mueren de manera simultánea o si la muerte fetal sigue de cerca a la muerte de la placenta, el aborto ocurre con bastante rapidez. Sin embargo, si la placenta sigue viva, se producirá continuamente progesterona; el resultado será la retención prolongada del producto de la concepción (Bengtsson, 1982).

> El empleo de progestágenos potentes en el tratamiento de la amenaza de aborto puede ser origen de aborto diferido.

6. Aborto habitual

El aborto habitual se refiere a la presencia de tres o más abortos consecutivos. Las causas de abortos repetidos pueden ser múltiples. Por razones prácticas se clasifican en dos grupos principales: células germinales anormales y medio materno defectuoso.



NOTAS



a) Células germinales anormales

Por lo general, los espermatozoides o los óvulos son tan anormales que, de cada fecundación, se origina un huevo patológico el cual es abortado.

b) Medio materno inadecuado

Algunas de las causas posibles de estos defectos maternos son las siguientes: disfunción tiroidea, factores nutricionales, alteraciones uterinas anatómicas, cérvix incompetente, enfermedad vascular hipertensiva, incompatibilidad de grupos sanguíneos, enfermedades psiquiátricas.

El manejo depende de las causas etiológicas, pero se ha observado un mejor pronóstico en el segundo grupo.

En el cuadro 1, se describe un modelo rápido y objetivo que puede orientar al diagnóstico de aborto.

CUADRO I
DIAGNÓSTICO DE ABORTO

Diagnóstico	Sangrado	Cérvix	Tamaño Uterino	Otros Signos
Amenaza de aborto	Leve a moderado, acompañado de moco	Cerrado	Igual a la fecha de Embarazo	❍ Prueba positiva ❍ Calambres ❍ Útero blando ❍ Dolor en área uterina leve a moderado ❍ Dolor de espalda
Aborto inminente	Moderado o severo	Dilatado	Menor o igual a la fecha	❍ Calambres ❍ Útero sensible y firme ❍ Rotura de membranas
Aborto incompleto	Leve a severo, puede haber shock	Dilatado	Menor o igual a la fecha	❍ Expulsión parcial de los productos de la concepción ❍ Útero sensible y firme
Aborto completo	Leve a moderado	Dilatado o Cerrado	Menor de la fecha	❍ Expulsión completa de los productos de la concepción
Aborto diferido	Poco o Ninguno	Cerrado	Por lo general menor de la FUR	❍ Feto muerto con expulsión demorada ❍ Disminución de signos y síntomas de embarazo



Las adolescentes son particularmente vulnerables a sufrir de un aborto, debido a que carecen de información y acceso para factores tales como niveles inadecuados de conocimiento acerca de la sexualidad humana, servicios e información inapropiada o de mala calidad, prevalencia de conducta sexual de alto riesgo; prácticas sociales discriminatorias, actitudes negativas hacia niñas y mujeres, así como el limitado poder que tienen las mujeres y niñas sobre sus vidas sexual y reproductiva.

Dr. Rolando Figueroa Anzueto
Salud Sexual y reproductiva, reflexiones de la
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer
REVCOG Vol.7, No.3, 1997, pags.68-73



NOTAS



EJERCICIO INTRATEXTO 1

1. Con la información que posee sobre la situación de la mujer, realice un análisis sobre el impacto de la mortalidad materna en Guatemala.

2. Liste las principales causas por las cuales la información registrada sobre aborto, carece de confiabilidad y exactitud.

3. Describa los elementos principales a tomar en cuenta para diseñar un programa de prevención de embarazos no deseados en la adolescencia.

NOTAS



RESPUESTAS AL EJERCICIO INTRATEXTO 1



1. Con la información que posee sobre la situación de la mujer, realice un análisis sobre el impacto de la mortalidad materna en Guatemala.

   El aborto, a pesar de estar subregistrado en Guatemala, es una de las mayores causas de muerte materna. La magnitud es más alta que lo reportado, ya que muchos casos son registrados como hemorragias o bien como sepsis, lo que nos hace inferir que quizá sea la primera causa de mortalidad materna. Con base en este análisis podemos deducir hacia dónde debemos dirigir las medidas correctivas, si realmente queremos disminuir las muertes maternas.

2. Liste las principales causas por las cuales la información registrada sobre aborto, carece de confiabilidad y exactitud.

   - Debido al problema legal que su denuncia conlleva, los abortos no se registran adecuadamente en los centros de atención.
   - Muchos casos de aborto, son atendidos en la clandestinidad.
   - En el nivel de cuidados intensivos, el aborto se registra como shock séptico, síndrome de coagulación intravascular diseminada, shock hipovolémico, fallo multisistémico, entre otros.
   - Presiones sociales y religiosas obligan a mucha confidencialidad en estos casos.

3. Describa los elementos principales a tomar en cuenta para diseñar un programa de prevención de embarazos no deseados en la adolescencia.

   Proporcionar:

   - Educación de la sexualidad en forma natural, verídica, sin estigmas ni restricciones.
   - Acceso a servicios de anticoncepción, mediante programas diseñados para adolescentes.
   - Educación que promueva la autoestima, empoderamiento y juicio crítico para fortalecer la capacidad de toma de decisiones congruentes con el autorrespeto y desarrollo humano.

NOTAS



IV. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO

Con el propósito de incrementar al máximo las probabilidades de que una mujer con un cuadro de aborto reciba atención de emergencia adecuada y oportuna, que preserve su vida y evite en lo posible las secuelas, en este capítulo se hace una revisión de los elementos necesarios para llevar a cabo la evaluación de la paciente, el diagnóstico y tratamiento adecuados.

El personal de salud debe considerar la probabilidad de aborto, en todo caso de una mujer en edad reproductiva que presente síntomas de aborto, sospeche ella o no que está embarazada, e independientemente de su historia obstétrica, menstrual o anticonceptiva. La exactitud del diagnóstico, pero sobre todo la prontitud y eficacia de las medidas de atención que se tomen, serán determinantes en el pronóstico de la paciente.

En este capítulo se describen las indicaciones generales pertinentes al manejo del aborto. Es necesario y se recomienda que éstas se adapten a la situación local, la presencia de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos y equipo, y las normas y regulaciones nacionales.

NOTAS

A. Evaluación Inicial

Los pasos a seguir para el manejo adecuado del aborto son, en primer lugar, determinar si efectivamente se trata de un caso de aborto; luego evaluar el estado de la emergencia en que la paciente se encuentra y si hay alguna complicación acompañando el cuadro.

Una mujer en edad reproductiva que presenta por lo menos dos de las tres condiciones señaladas a continuación, debe considerarse como una paciente de aborto:

- Sangrado vaginal
- Calambres abdominales y/o dolor en el bajo abdomen
- Historia probable de amenorrea (ausencia de menstruación por más de un mes).



Cuando el personal de salud no observa **ninguno** de esos síntomas, es conveniente considerar un diagnóstico diferente.

La interrupción del embarazo por medios no seguros es una de las causas principales de las graves complicaciones que exhiben algunas pacientes; sin embargo, la paciente no siempre suministra esta información en su historia médica por razones legales y sociales. En consecuencia, cuando se evalúan los signos y síntomas físicos de la paciente se debe siempre tener en cuenta la probabilidad de aborto. En el esquema 1, se presenta la secuencia de la evaluación sistemática de una paciente en quien se sospecha un cuadro de aborto.

B. Diagnóstico

Como se ha mencionado, el diagnóstico correcto es determinante para establecer los pasos a seguir en el manejo adecuado del aborto. A continuación se detallan algunas observaciones que pueden ayudar a mejorar el diagnóstico.

1. Sangrado vaginal leve, moderado o severo

Muchas de las mujeres que sufren aborto incompleto presentan sangrado vaginal leve o moderado, y por lo general no exhiben síntomas de condición fatal. Sin embargo, **no se debe demorar el tratamiento**, porque la condición de la paciente se puede agravar.

Otras mujeres por el contrario presentan sangrado vaginal severo. En este caso, es necesario **iniciar de inmediato el tratamiento de reemplazo del volumen de fluidos perdidos, controlar el sangrado y evacuar el útero.** Si no se cuenta con el equipo necesario y el personal capacitado, se deberá proceder a estabilizar a la paciente y referirla de inmediato a un servicio de atención que pueda resolver adecuadamente (esquema 2).

2. Lesión intraabdominal

Cuando la paciente presenta **cualquiera** de los signos y síntomas que se describen en el cuadro 2, la paciente sufre probablemente lesión intraabdominal (o embarazo ectópico). El diagnóstico diferencial debe incluir asimismo la probabilidad de apendicitis aguda (consultar esquema 4).



NOTAS

ESQUEMA 1

EVALUACIÓN INICIAL*

Presentación en una mujer en edad reproductiva:
- Sangrado vaginal
- Calambre o dolor en el bajo abdomen
- Historia de períodos menstruales retrasados

→

Paso inicial:
Evaluar si hay shock
- Pulso rápido y débil
- Presión sanguínea baja
- Palidez y sudor
- Respiración rápida y débil
- Estado ansioso, confusión, inconsciencia

→

Si se observa signos de shock:

Tomar acción inmediata (ver manejo del shock esquema 5)

↓

Evaluación Clínica Completa

Revisión de la historia:	Duración de la amenorrea/FUR, duración y volumen del sangrado, duración y severidad de los calambres, dolor abdominal, dolor de hombros, alergia a medicamentos.
Examen físico:	Signos vitales, corazón, pulmones, abdomen, extremidades. Indicación de problema sistémico (shock, sepsis, etc.)
Examen pélvico:	Tamaño del útero, dolor al tacto, cambios de coloración, volumen de orina, posición de útero.
Otros:	Remover de la cavidad vaginal cualquier producto visible de la concepción, tomar grupo y Rh**

↓

Sangrado vaginal leve-moderado
- Toalla sanitaria no empapada después de cinco minutos
- Sangre fresca, sin coágulos
- Sangre mezclada con moco
- Ver esquema 2

Sangrado vaginal severo
- Hemorragia vaginal severa, color roja brillante con o sin coágulos
- Toalla sanitaria, paños y ropa empapada
- Palidez
- Ver esquema 2

Lesión intraabdominal
- Ver esquema 3

Sepsis
- Ver esquema 4

* Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Manejo clínico de las complicaciones post-aborto*. Washington, DC: OPS; 1996. (Esquema anterior).

** No olvide evaluar con base en resultado de Grupo y Rh, el uso de Rhogam.

ESQUEMA 2

MANEJO Y TRATAMIENTO DE SANGRADO VAGINAL LEVE, MODERADO Y SEVERO*

Presentación:

Sangrado leve o moderado: toalla sanitaria no empapada después de 5', sangre fresca, sin coágulos mezclada con moco.

Sangrado severo: de color rojo brillante, con y sin coágulos. Toalla sanitaria, ropa y paños empapados Palidez.

Evaluación Clínica Completa

Revisión de la historia: Duración de la amenorrea/FUR, duración y volumen del sangrado, duración y severidad de los calambres, dolor abdominal, dolor en hombro, alergia a medicamentos.
Examen físico: Signos vitales, corazón, pulmones, abdomen, extremidades, indicación de problema sistémico (shock, sepsis, etc.)
Examen ginecológico: Tamaño uterino, etapa del aborto, posición del útero, cérvix.

Tratamiento Inicial

Universal: Asegurar que la vía respiratoria de la paciente permanezca abierta. Verificar signos vitales. Elevar los pies. Condición general de salud. Examen abdominal.
Oxígeno: 6-8 litros/minuto
Fluidos: Fluidos IV, solución isotónica o lactato de Ringer 1 litro/20', no dar fluidos vía oral.
Medicamentos: Antibióticos IV o IM. Toxoide tetánico y antitoxina en caso de exposición.
Pruebas del Laboratorio: Hb, Ht, Grupo sanguíneo
Otras: Administrar sangre si Hb < 8 o Ht < 15%

Amenaza de Aborto: cérvix cerrado, sangrado leve o moderado, tamaño uterino igual o menor a FUR

Ab incompleto o inminente: cérvix abierto, sangrado leve, moderado o severo, tamaño uterino menor o igual que FUR

Ab completo: cérvix abierta o cerrada, sangrado leve o moderado, tamaño del útero menor o igual que FUR

Ab diferido: cérvix cerrada, poco o ningún sangrado. Tamaño uterino menor o igual que FUR

Si no se dispone de Tx. IV:
- Controlar el dolor
- Evacuación uterina
- Masaje uterino
- Preparación del paciente para su referencia

Observación, reposo

Primer Trimestre: antibióticos si hay signo de infección. Controlar el dolor, evacuación uterina.

Segundo Trimestre: antibióticos si hay signos de infección, controlar el dolor, uterotónicos y evacuación uterina.

Laceración cervical o vaginal visible: administrar calmantes y suturar

Sospecha de lesión intraabdominal: abdomen rígido, dolor abdominal agudo, etc.: evaluación inmediata, probable indicación de laparotomía

Signos de perforación uterina: el instrumento pasa más allá del útero, grasa o partes del intestino en el espécimen

Cuando no hay signos de perforación: examinar espécimen, ofrecer APA, dar de alta

Si la evacuación es completa: iniciar antibióticos, oxitócico, observar. Si sangrado continúa, realizar laparotomía. Si esto no es posible, referir inmediatamente.

Si la evacuación NO es completa: iniciar antibióticos, evacuar el útero, observar.
Si la situación no es estable referir inmediatamente para laparotomía.

* Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Manejo clínico de las complicaciones post-aborto*. Washington, DC: OPS; 1996.



CUADRO 2
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE POSIBLE LESIÓN INTRAABDOMINAL

Signos	Síntomas
❍ Distensión abdominal	❍ Nauseas/vómitos
❍ Ruidos intestinales disminuidos	❍ Dolor en el hombro
❍ Abdomen tenso y duro	❍ Fiebre, calambres
❍ Partes dolorosas al tacto abdominal	❍ Dolor

3. Sepsis

Cuando una paciente con historia de interferencia con el embarazo presenta cualquiera de los signos descritos en el cuadro 3, la paciente sufre probablemente infección localizada o generalizada (septicemia), por lo que se debe proceder con el protocolo sugerido en el esquema de Tratamiento de sepsis (esquema 4).

NOTAS



CUADRO 3
SIGNOS Y SÍNTOMAS PROBABLES DE SEPTICIEMIA

Signos	Síntomas
❍ Escalofrío o sudoración (rigor)	❍ Dolor abdominal
❍ Fiebre	❍ Abdomen distendido
❍ Flujo vaginal maloliente	❍ Sangrado prolongado
❍ Partes dolorosas al tacto abdominal	❍ Malestar generalizado: síntomas similares a los de la gripe
❍ Presión sanguínea ligeramente baja (hipotensión leve) ❍ Hallazgo de DIU en sitio correcto	

4. Shock

Esta es una de las condiciones de riesgo más peligrosa en presencia de un aborto. Se debe evaluar rápidamente la condición de la paciente buscando los siguientes signos que indican que la paciente está evolucionando a un estado de shock (cuadro 4).



CUADRO 4
SIGNOS DE ESTADO DE SHOCK

❍ Pulso rápido, débil (frecuencia 110 por minuto o más)
❍ Presión sanguínea baja (hipotensión); sistólica menor de 90 mmHg
❍ Palidez (superficie interna del párpado (conjuntiva), alrededor de la boca o palma de la mano)
❍ Sudoración
❍ Respiración rápida (30 por minuto o más)
❍ Estado ansioso, confuso, inconsciente (capacidad mental disminuida)

En el capítulo sobre manejo de complicaciones se detalla un protocolo de manejo de shock (esquema 5).



NOTAS

EJERCICIO INTRATEXTO 2

Siguiendo el esquema 1 de la evaluación inicial, complete la información necesaria para llegar a determinar un buen diagnóstico en caso de un aborto.

En una sala de emergencia, ¿cuándo debemos tener presente el diagnóstico de Aborto?	1. 2. 3. 4.
1. 2. 3. 4. 5.	¿Qué signos pueden indicarnos que la paciente se puede encontrar en estado de shock?
La historia clínica debe contener la información básica siguiente:	1. 2. 3. 4. 5.
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.	¿Qué signos y síntomas podrían darnos indicio que la paciente tiene una **lesión intraabdominal**
De interés particular para la vida y pronóstico de la paciente es determinar si se trata de un Aborto séptico. ¿Qué signos y síntomas debiéramos buscar en caso de sepsis?	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

RESPUESTAS AL EJERCICIO INTRATEXTO 2

Siguiendo el esquema 1 de la evaluación inicial, complete la información necesaria para llegar a determinar un buen diagnóstico en caso de un aborto.

En una sala de emergencia, ¿cuándo debemos tener presente el diagnóstico de Aborto?	❍ En una mujer en edad reproductiva ❍ Con sangrado vaginal ❍ Calambre o dolor en el bajo abdomen ❍ Historia de períodos menstruales retrasados
❍ Pulso rápido y débil ❍ Presión sanguínea baja ❍ Palidez y sudor ❍ Respiración rápida y débil ❍ Estado ansioso, confusión, inconsciencia	¿Qué signos pueden indicarnos que la paciente se puede encontrar en estado de shock?
La historia clínica debe contener la información básica siguiente:	❍ Duración de la amenorrea/FUR ❍ Duración y volumen del sangrado ❍ Duración y severidad de los calambres ❍ Dolor abdominal, dolor de hombros ❍ Alergia a medicamentos
❍ Abdomen distendido ❍ Ruidos intestinales disminuidos ❍ Abdomen tenso, duro ❍ Partes dolorosas al tacto ❍ Náuseas, vómito ❍ Dolor en el hombro ❍ Fiebre ❍ Dolor abdominal, calambres	¿Qué signos y síntomas podrían darnos indicio que la paciente tiene una **lesión intraabdominal**
De interés particular para la vida y pronóstico de la paciente es determinar si se trata de un Aborto séptico. ¿Qué signos y síntomas debiéramos buscar en caso de sepsis?	❍ Escalofríos, fiebre ❍ Flujo vaginal maloliente ❍ Historia de interferencia con el embarazo ❍ Dolor abdominal ❍ DIU en sitio ❍ Sangrado prolongado ❍ Síntomas similares a los de la gripe



NOTAS



C. Tratamiento del Aborto

El tratamiento a seguir en un caso de aborto, depende de la etapa en que el mismo se encuentre, el tamaño uterino y el período de gestación. La etapa del aborto se definirá comparando los hallazgos del examen clínico con los contenidos en el cuadro 1 diagnóstico de aborto (capítulo III). Básicamente hay tres manejos: para la amenaza de aborto; aborto en curso (con diferente nivel de hemorragia), incompleto y completo; y aborto diferido. Después de haber definido en qué etapa se encuentra la paciente, se prosigue con la guía que se presenta a continuación.

1. Amenaza de aborto

En todo embarazo, la paciente debe ser advertida que **notifique de inmediato a su médico la aparición de cualquier hemorragia vaginal durante el embarazo.** En la fase precoz del embarazo se requiere un buen juicio clínico para determinar si la hemorragia no tiene importancia o si presagia un aborto. En cualquier caso, el problema ha de exponerse francamente a la paciente.

Su manejo se facilita si tomamos en consideración la siguiente clasificación: las que presentan hemorragia vaginal sin dolor y en las que se caracterizan por hemorragia vaginal acompañada de dolor.

a) Hemorragia vaginal sin dolor

Si bien se dispone de pocos estudios que respalden la decisión, la mayoría de los obstetras consideran aconsejable disminuir la actividad de la paciente y sedarla suavemente con barbitúricos. Rara vez está indicado el reposo prolongado en cama. Ha de evitarse el coito por lo menos hasta pasadas dos semanas de la terminación de la hemorragia.

Si la hemorragia persiste, es aconsejable explicarle a la paciente que puede abortar y que la restricción más acentuada de su actividad retrasará simplemente lo inevitable. No obstante, ha de examinarse a la paciente en este momento observando el cuello uterino con especulo, ya que la hemorragia puede estar causada por una alteración independiente del embarazo, como por ejemplo, un pólipo o un carcinoma.

La paciente debe descansar en cama por 24-48 horas. Si el sangrado se agrava o la mujer desarrolla otros síntomas, incluyendo cualquier signo de infección, la paciente debe ser evaluada de inmediato; si por el contrario mejora en su condición, se puede reevaluar a la paciente en una o dos semanas.

b) Hemorragia vaginal con dolor



Por lo general, comienza primero la hemorragia vaginal siguiéndole el dolor unas pocas horas o días más tarde. El dolor puede ser anterior y claramente rítmico, simulando las contracciones del parto; puede ser un dolor persistente de espalda acompañado de sensación de presión pélvica, o bien una molestia suprapúbica de localización media y de ligera intensidad que se acompaña, a menudo, de polaquiuria y aumento de la sensibilidad a nivel del útero.

Cualquiera que sea la modalidad del dolor, el pronóstico respecto a la continuación del embarazo es malo. No obstante, en algunos casos el dolor cesa y se sigue un embarazo normal. Por lo tanto, es razonable tratar de salvar el embarazo, pues no existe riesgo de causar ningún daño, excepto prolongar las molestias durante varias horas o días. En todos los casos se examinará a fondo a la paciente, ya que siempre existe la posibilidad de que el cuello esté ya dilatado y que, en consecuencia, sea inevitable el aborto o que haya una complicación grave, tal como un embarazo extrauterino o torsión de un quiste ovárico que haya pasado inadvertido.



NOTAS

Puede enviarse a la paciente a su domicilio, para que guarde reposo en cama y administrarle un sedante suave y codeína para aliviar el dolor. En general, si los síntomas son graves se trata mejor a la paciente internándola en el hospital durante unos días. Si la hemorragia y el dolor no ceden y está en peligro la vida de la madre, probablemente lo mejor es afrontar la realidad del aborto y suspender todo tratamiento y dejar evolucionar. El seguimiento de la amenaza de aborto puede apoyarse en estudios de ultrasonido y pruebas de embarazo. Cuando el aborto se produzca, a menos que se identifique todo el feto y la placenta en su totalidad, hay que trasladar a la paciente a la sala de operaciones para efectuar un legrado con cucharilla o mediante succión bajo anestesia.

2. Aborto inevitable o inminente

Si en una fase precoz del embarazo se produce la expulsión repentina de líquido, sugiere la ruptura de las membranas. Esto ocurre por lo general antes de que la paciente sangre o tenga dolor. Se aconseja que la paciente guarde cama y mantenerla en observación. Si pasadas 48 horas no hay más expulsión de líquido, hemorragia o dolor, puede permitirse que la paciente se levante y, pasadas 48 horas más, que continúe sus actividades.



En cambio, si la expulsión de líquido va seguida de hemorragia y dolor o si se presenta después que lo hayan hecho la hemorragia y el dolor, el aborto es inevitable. Hay que hospitalizar a la paciente, realizar las determinaciones necesarias para proceder a una transfusión si es necesario y proceder al legrado con prontitud.

La medición del tamaño del útero es el primer paso para decidir la técnica adecuada de evacuación uterina. El criterio para determinar si puede realizarse el procedimiento o es necesario referir a la paciente, es si se cuenta con personal capacitado y la disponibilidad del equipo adecuado.

3. Aborto incompleto

Toda paciente con aborto incompleto **ha de ser ingresada a un centro de atención que tenga las instalaciones e insumos necesarios y personal capacitado.** Se debe determinar el grupo sanguíneo y asegurar disponibilidad de este recurso por si fuera necesario proceder a una transfusión. Si no hay señales de infección, efectuar el legrado cuanto antes para extraer todo tejido retenido. El uso de la oxitocina no es eficaz en estas pacientes. En muchos casos, el tejido placentario retenido yace simplemente en el canal cervical sin adherirse de modo que puede extraerse con facilidad, exponiendo el orificio externo, con un fórceps de anillos.

4. Aborto diferido

En los casos que se tiene seguridad de que el feto ha muerto, Loudon y Liggins (1979) y otros han aconsejado evacuar el útero mediante la administración de concentraciones gradualmente crecientes de Oxitocina por vía intravenosa. Hemos encontrado referencias bibliográficas que apoyan este procedimiento. Liggins comienza la infusión con 10 unidades de Oxitocina sintética en 500 cm^3 de solución de dextrosa al 5% en agua que pase a la velocidad usual de 10 a 20 gotas por minuto. La concentración se aumenta en 20 u/h hasta que se presenten contracciones dolorosas, y se deja que pase la infusión durante 8 a 10 horas. Si no se consigue la expulsión del feto, se interrumpe la infusión durante la noche y se reanuda al día siguiente a una concentración ligeramente más baja que la mayor administrada en último lugar. Como ha sido subrayado por Whalley y Pritchard (1983) y otros, hay que tener la precaución de evitar la intoxicación acuosa consiguiente a la acción antidiurética de la Oxitocina y de la administración de agua desprovista de electrólitos por vía intravenosa.

NOTAS



Nota: Si en la evaluación ginecológica encontramos que hubiera laceración en el cérvix o en cualquier otra parte del aparato genital, se procederá a suturar cualquier laceración visible **antes** de iniciar el proceso de evacuación uterina.

D. Técnicas de Evacuación Uterina

La selección de la técnica de evacuación uterina depende de la etapa de gestación y la disponibilidad de personal capacitado y suministros apropiados. Cuando no se cuenta con el personal y los suministros adecuados, **es conveniente referir a la paciente a un servicio de mayor capacidad**. Cuando la mujer presenta una sepsis, la evacuación uterina solo se debe realizar **después de haber iniciado la terapia intravenosa de antibióticos.**

1. Técnicas de evacuación uterina en el primer trimestre

Las técnicas de evacuación uterina que se utilizan por lo general durante el primer trimestre de embarazo son: la aspiración al vacío (AV/AMEU) y la dilatación y el curetaje (D&C).

a) Aspiración al vacío

Esta técnica presenta una tasa baja de complicaciones y causa muy poco trauma. La cánula que se utiliza para realizar la aspiración al vacío se fabrica de material plástico flexible, plástico rígido y metal. Después de la evacuación uterina, se puede realizar una exploración cuidadosa del útero con una cureta para confirmar la remoción completa de los contenidos uterinos. Cabe señalar, sin embargo, que esa exploración no siempre es necesaria ni se recomienda. Para evacuar al útero de manera total y rápida se requiere de un aspirador de 65 cm (26 pulgadas), por lo menos. Actualmente, se dispone de dos métodos de aspiración al vacío: la aspiración eléctrica al vacío y la aspiración manual al vacío.

i) La aspiración eléctrica al vacío

Este procedimiento utiliza una bomba y cánula eléctricas para evacuar el útero durante el primer trimestre de embarazo.



NOTAS



NOTAS



ii) La aspiración manual al vacío

La aspiración manual al vacío (AMV) o aspiración manual endouterina (AMEU), es la técnica que utiliza una jeringa manual al vacío y una cánula de plástico flexible. En algunos lugares se utilizan bombas que se operan con el pie. En los lugares que disponen de personal capacitado y suministros adecuados para llevar a cabo la técnica, la aspiración manual al vacío se usa en el tratamiento del aborto hasta de 12 semanas de tamaño uterino. Para más detalles sobre esta técnica, se recomienda la lectura del documento *Guía práctica para la aspiración manual endouterina* de Yorly, Leonard y Winkler (IPAS-Women Health Initiatives, 1995).

b) Dilatación y Curetaje

La técnica de dilatación y curetaje, llamada también curetaje instrumental uterino, curetaje agudo (Sharp Curetaje) o también legrado uterino instrumental, utiliza instrumentos quirúrgicos de metal para vaciar el útero, usualmente bajo anestesia general o regional, o fuerte sedación. El uso de la dilatación y el curetaje requiere servicios de cirugía, personal capacitado de técnicas quirúrgicas y anestesia general. La aspiración al vacío es la técnica preferida por su baja tasa de complicaciones y menor necesidad de servicios quirúrgicos.

2. Técnicas de evacuación uterina al segundo trimestre

En la evacuación uterina del segundo trimestre se utilizan técnicas uterotónicas y/o instrumentales. Durante el segundo trimestre, el riesgo de complicación es mayor debido a que puede haber pérdida severa de sangre, perforación uterina, lesión de órganos, sepsis. El tratamiento del aborto incompleto a mitad o final del segundo trimestre **debe** ser realizado por personal de salud experimentado. Asimismo, los servicios deben disponer de fluidos intravenosos, transfusión de sangre, equipo especial y servicios de cirugía abdominal, de manera que se pueda dar tratamiento a las probables complicaciones que se originan en la evacuación uterina durante el segundo trimestre.

a) Uterotónicos

En el tratamiento seguro del aborto incompleto de segundo trimestre se pueden utilizar diferentes uterotónicos. La Oxitocina es el uterotónico de uso más común, se puede administrar por vía intravenosa en dosis de 200 unidades/500 cc en cuatro horas. Por lo general, la placenta o los restos de placenta son expulsados durante ese período o poco



tiempo después. Sin embargo, es importante examinar los productos de la concepción para asegurar su completa expulsión. Cuando la expulsión ocurre y parece estar completa, es conveniente observar a la mujer por sangrado o evidencia de retención de restos placentarios. No obstante, si su condición **no** es estable y la hemorragia continúa, puede ser necesario realizar un curetaje o legrado instrumental.

Cuando se usan uterotónicos es difícil, con frecuencia, determinar con certeza si la placenta ha sido expulsada de manera total y la conveniencia de realizar el curetaje uterino para asegurar la limpieza del útero, particularmente cuando se observan signos de infección y el aborto incompleto se ha estado desarrollando durante varios días. En estos casos, la placenta no se expulsa fácilmente solo con la administración de uterotónicos y tal vez sea necesario practicar el curetaje uterino con la cureta más ancha, para cubrir mayor superficie con cada movimiento y reducir el riesgo de perforación.

b) Prostaglandinas

Las prostaglandinas ofrecen posibilidades más seguras y confiables. Estos compuestos se aislaron originalmente del semen humano y recibieron su nombre porque se pensó que se originaban en la próstata. Ahora se sabe que están presentes en la mayor parte de los tejidos y fluidos corporales, incluyendo endometrio, decidua, líquido amniótico y sangre menstrual.

Las prostaglandinas no son verdaderas hormonas, pero afectan la actividad hormonal. Los diversos subtipos tienen efectos fisiológicos diferentes, pero las prostaglandinas E y F estimulan invariablemente la contracción del útero grávido.

Otra área donde las prostaglandinas han probado ser eficaces es en la dilatación del cérvix antes de otros procedimientos. Esto ayuda a evitar las lesiones que se observan en el cérvix o perforación uterina después de la dilatación necesaria para realizar el procedimiento quirúrgico. El pretratamiento con análogos de prostaglandinas con 12 horas previas produce algún grado de dilatación cervical, lo que elimina o reduce la necesidad de dilatación mecánica y facilita el procedimiento. Sin embargo, en muchas pacientes el pretratamiento de tres horas es suficiente.

Hoy en día se usan con frecuencia procedimientos combinados en el aborto del segundo trimestre, por ejemplo, se administran dosis más bajas de prostaglandina F junto con otros agentes, como preparados de urea. Su tasa de eficacia alcanza casi 100% dentro de las 24 horas siguientes. Sus ventajas incluyen un período muy corto de inducción



NOTAS



de aborto, la ausencia de desórdenes significativos en la coagulación de la sangre, no hay riesgos de hipernatremia ni de necrosis miometrial.

E. Examen del Producto de la Concepción

Se recomienda examinar los productos de la concepción cada vez que se realiza la evacuación uterina, para verificar que los productos están completos y determinar la adecuación del volumen de tejido. Los productos de la concepción comprenden las vellosidades y las membranas fetales, y después de nueve semanas del último período menstrual (UPM), las partes fetales. La ausencia de vellosidades, puede indicar embarazo ectópico.

NOTAS



Es siempre importante examinar el espécimen, aun en caso de aborto incompleto. En algunas instancias, la evidencia de los productos de la concepción es claramente visible, pero en otros, no se observa tejido placentario, lo que puede señalar aborto incompleto. Para examinar el tejido, se debe enjuagar y filtrar el tejido para remover el exceso de coágulos de sangre, luego, colocarlo en un contenedor transparente con agua o ácido acético diluido (vinagre) para examinar visualmente el tejido. Se pueden enviar muestras de tejido al laboratorio de patología de acuerdo con las indicaciones. Cabe recalcar, que cuando no se detectan productos de la concepción, es conveniente considerar otras probables explicaciones sobre la base del juicio clínico y actuar de manera pertinente. Entre las explicaciones de la ausencia de tejido se incluyen:

- Aborto temprano, generalmente no requiere mayor evacuación.
- Aborto completo, no se requiere mayor evacuación, al menos que por el cuadro clínico haya dudas de aborto incompleto.
- Embarazo ectópico (embarazo fuera de la cavidad uterina) la demora en el tratamiento del embarazo ectópico es particularmente peligroso. El peligro es mayor cuando la paciente exhibe uno de los siguientes factores de riesgo: historia de embarazo ectópico, historia de infección pélvica y/o historia de uso de dispositivo intrauterino (DIU). Cuando se sospecha embarazo ectópico, la demora en el tratamiento conlleva peligros muy especiales.



Toda paciente que ha presentado un aborto debe ser incluida en un plan de tratamiento postaborto.

La ruptura del embarazo ectópico es una probabilidad real y amenazante para la vida, y cuando ocurre, la muerte sólo se puede prevenir deteniendo la hemorragia por medio de la remoción quirúrgica del embarazo ectópico, deteniendo el sangrado y reemplazando la sangre perdida. Si no se cuenta con servicios de laparotomía, es urgente preparar a la paciente para su referencia.





NOTAS

EJERCICIO INTRATEXTO 3

Estudio de Caso

A la emergencia del hospital llega Cristina López de 18 años con historia de calambres en la región baja del abdomen, hemorragia vaginal leve, náuseas y dolor abdominal. En la historia, refiere G:1, P:0, Ab:0 FUR: 2 meses anteriores a la fecha de consulta.

Describa los pasos que usted seguiría para evaluar a Cristina.

1. Signos y síntomas que orienten al diagnostico clínico

2. ¿Cómo determina que no haya signos de peligro inmediato? (hemorragia severa, signos de shock, sepsis, etc.).

3. ¿Cómo establece la situación del cuello uterino y así determinar el diagnóstico

4. Describa el manejo de este caso:

RESPUESTAS AL EJERCICIO INTRATEXTO 3

Estudio de Caso

A la emergencia del hospital llega Cristina López de 18 años con historia de calambres en la región baja del abdomen, hemorragia vaginal leve, náuseas y dolor abdominal. En la historia, refiere G:1, P:0, Ab:0 FUR: 2 meses anteriores a la fecha de consulta.

Describa los pasos que usted seguiría para evaluar a Cristina.

1. Signos y síntomas que orienten al diagnostico clínico

   - Mujer en edad fértil
   - Hemorragia vaginal
   - Calambres en región baja del abdomen
   - Embarazo de ocho semanas aproximadamente

2. ¿Cómo determina que no haya signos de peligro inmediato? (hemorragia severa, signos de shock, sepsis, etc.).

   Establecer signos vitales estables dentro de límites normales:

   - Presión arterial
   - Frecuencia cardíaca central
   - Número de respiraciones por minuto
   - Temperatura corporal
   - Valores de Hb y Ht
   - Estado de conciencia y orientación

3. ¿Cómo establece la situación del cuello uterino y así determinar el diagnóstico

   Evaluar:

   - Permeabilidad de orificios
   - Laceración del cuello
   - Cantidad y calidad de la hemorragia
   - DIU en sitio, si lo hay
   - Leucorrea

4. Describa el manejo de este caso:

   Confirmar diagnóstico de aborto. Establecer qué tipo de aborto se presenta y esto determina la conducta y manejo a seguir.

   Manejo:

   - Vigilar la cantidad y calidad de la hemorragia
   - Indicar reposo que podrá ir de relativo a absoluto
   - Se le indicará a Cristina el tipo de dieta y actividad que seguirá
   - Respecto a la ingesta de medicamentos, seguir las indicaciones para evitar automedicación
   - Reportar cualquier cambio en su estado de conducta
   - Consejería, apoyo emocional, referencia y vinculación con servicios de planificación familiar.



V. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE ACOMPAÑAN AL ABORTO

Una lesión en los órganos internos, sepsis o shock no solo son complicaciones que ponen en riesgo la vida de la mujer, sino pueden provocar repercusiones en su salud a largo plazo. La lesión más corriente es la perforación uterina, pero también puede ocurrir lesión en los ovarios, trompas de falopio, intestino, vejiga y recto. Esas lesiones señalan intentos de interrupción del embarazo, y alta probabilidad de infección, incluyendo tétanos y peritonitis. **La acción rápida y efectiva es vital para el pronóstico de la paciente.** Para que usted conozca con mayor detalle el manejo de las complicaciones más frecuentes, a continuación se detallan las medidas universales para el manejo adecuado de una paciente con aborto acompañado de alguna complicación.

NOTAS

A. Medidas Universales

1. Asegurar que la vía respiratoria de la paciente permanece abierta

   Administrar oxígeno. Cuando se dispone de suministro de oxígeno se debe iniciar su administración a un ritmo de 6-8 litros por minuto utilizando una máscara o una cánula nasal.

   Se recomienda continuar su administración hasta que la condición de la paciente se estabilice. Si su condición no es estable, se debe continuar la administración de oxígeno durante la transferencia de la paciente. A medida que la condición de la paciente se estabiliza, se puede reducir la administración de oxígeno en forma gradual. Cabe recalcar, sin embargo, que cuando la condición de la paciente se agrava al disminuir o detener el suministro de oxígeno, entonces es necesario reiniciar el suministro en la frecuencia inicial de 6 a 8 litros por minuto.

2. Verificar los signos vitales de la paciente.

3. NO administrar fluidos vía oral, ya que la paciente puede requerir cirugía.

   En muchos casos de complicaciones de aborto, la paciente requiere de la administración de fluidos para reemplazar el volumen perdido. Por lo general, se utiliza una solución isotónica (cloruro de



sodio 0.9, o solución salina corriente) o un compuesto de lactato de sodio. Se puede utilizar la solución salina con o sin glucosa (dependiendo de los suministros). Sin embargo, la solución glucosada sola no suministra la sal necesaria para restaurar el balance de fluidos en la paciente, por lo que no debe usarse.

Utilizar un angiocat No.16 y recoger las muestras de sangre necesarias. Es probable que la estabilización de la condición de la paciente que ha perdido mucha sangre o se encuentra en estado de shock requiera de 1 a 3 litros de fluidos intravenosos administrados en las primeras tres horas. **Es importante vigilar el volumen total de fluidos suministrados, incluyendo la sangre.**

4. Determinar el volumen de sangre perdido por medio de la evaluación de la condición general de la paciente, los signos vitales, la producción de orina, los niveles de hemoglobina y hematócrito y el recuento sanguíneo completo.

Transfusión de sangre. Un nivel de hemoglobina de 8 g/100 ml o menos y de 15% o menos de hematócrito es un nivel que pone a riesgo la vida de la paciente y requiere una transfusión de sangre urgente. Es importante recordar que el descenso en los niveles de hemoglobina y hematócrito puede con frecuencia mostrar un retraso de 6 a 8 horas en cuanto a la pérdida real de sangre, a causa del tiempo de equilibrio que requiere. Tipificar la sangre y realizar prueba cruzada si es necesario.

Se debe evaluar si no existe un estado crónico de anemia, ya que si éste fuera el caso no estaría indicado dar un tratamiento agresivo con transfusiones, debido a que el cuerpo de la paciente ha ido de forma progresiva compensando esta deficiencia.

La transfusión de sangre puede salvar la vida de la mujer, pero conlleva algunos riesgos y puede en algunos casos causar más daño que beneficio. Es necesario incluir el volumen de sangre administrado cuando se verifica y registra el volumen total de fluidos suministrado al paciente.

5. Colocar a la paciente de lado, de manera que en caso de vómito haya menos probabilidad de que ella aspire el vómito

6. **Medicamentos**

No se debe administrar ningún medicamento vía oral, la vía preferida es IV. La selección del medicamento dependerá del tipo de complicación y síntomas que la paciente presente.



NOTAS



7. Antibióticos

La terapia de antibióticos se debe iniciar **de inmediato** en toda mujer con lesión intraabdominal y/o sepsis.

Se prefieren los antibióticos de administración intravenosa (IV). Los antibióticos de administración intramuscular (IM) pueden usarse si no se cuenta con lo necesario para la administración intravenosa.

Es necesario administrar **de inmediato** a la paciente antibióticos de amplio espectro eficaces contra organismos Gram (-), Gram (+), anaerobios y clamidia. Para la selección de antibióticos, consultar más adelante en el manejo de la sepsis (esquema 4).

8. Toxoide tetánico

Vía IM. Se debe administrar cuando existe probabilidad de exposición de la paciente al tétanos, y hay duda en cuanto a su historia de vacunación. Cuando el aborto no se realizó con instrumentos esterilizados y/o se sospecha contaminación de los instrumentos o de la herida, es conveniente asumir la probabilidad de exposición al tétanos.

9. Analgésicos y calmantes

Margolis (1993) en su estudio señala que "el objetivo del manejo del dolor es asegurar que la mujer sufra el mínimo de ansiedad y molestias, al igual que el menor riesgo para su salud". Muchas mujeres que presentan complicaciones de aborto experimentan dolor y requieren la pronta administración de medicamentos para calmarlo. Sin embargo, proporcionar analgésicos antes del examen puede disimular algunos síntomas, tal como el dolor y la fiebre, que son síntomas esenciales para un diagnóstico preciso. Esto significa que el diagnostico deberá ser hecho de manera pronta y la administración de el/los analgésicos no deberá postergarse.

En el tratamiento del dolor son efectivos los antiinflamatorios no esteroideos y Acetaminofén. El uso de la aspirina debe ser evitado hasta llevar a cabo un diagnóstico preciso, ya que este medicamento interfiere con la capacidad de coagulación.

Los analgésicos se usan con frecuencia acompañados de tranquilizantes, tales como el Diazepam. No obstante, aunque esas combinaciones proveen sedación y analgesia, también incrementan el riesgo de disminución respiratoria. Por consiguiente,

NOTAS

esas combinaciones se deben usar con precaución, especialmente en pacientes que van a ser referidos a otros niveles de salud.

Se recomiendan los analgésicos siguientes:

- Morfina 10-15 mg IM o 1-5 mg IV
- Petidina 50-100 mg IM
- Paracetamol con codeína 30 mg PO (vía oral)
- Paracetamol 500 mg PO (vía oral).

10. Pruebas de laboratorio y Rayos X

Aunque las pruebas de laboratorio son útiles, el tratamiento de las complicaciones se debe iniciar sin demora, aun cuando no se cuente con los resultados de las pruebas efectuadas. Los exámenes siguientes son recomendados:

- **Orina.** Debe medirse la producción de orina y además enviarse al laboratorio para descartar una infección en las vías urinarias, ya que está comprobada la relación entre infección urinaria y amenaza de aborto.

- **Sangre.** Verificar niveles de Hb y Ht, pruebas cruzadas y de tipo sanguíneo. La fórmula leucocitaria sirve para medir el grado de infección y coagulación intravascular diseminada (CID) —bajo número de plaquetas—, un desorden sanguíneo que se observa en algunos casos de sepsis severa.

- **Radiografías de abdomen.** Cuando se sospecha lesión intraabdominal, una radiografía vertical puede contribuir a detectar la presencia de aire en la cavidad peritoneal, un signo de perforación uterina o intestinal. Si la paciente no tolera estar sentada o de pie, la radiografía debe tomarse con la paciente en posición acostada (tomar vistas laterales).

B. Complicaciones

1. Perforación uterina

La presencia de perforación uterina complica el tratamiento del aborto incompleto. El útero puede estar ya perforado cuando la mujer recibe la atención médica, pero es probable que la perforación no se detecte hasta el momento en que se realiza el procedimiento de evacuación uterina. También se puede perforar el útero durante la evacuación

NOTAS



uterina. Los signos que se describen a continuación indican perforación uterina:

- El instrumento, la sonda, cureta o cánula pasa más allá del límite anticipado del útero (sobre la base del examen bimanual) o
- Se detecta grasa o partes intestinales en el tejido que se remueve del útero.

¿Qué hacer?

a) Sospecha de perforación uterina una vez que la evacuación se ha completado

- Es preciso continuar las medidas adecuadas de estabilización de la condición de la paciente.
- Verificar los signos vitales y administrar fluidos, sangre y oxígeno, si es necesario.
- Iniciar la terapia de antibióticos.
- Administrar Ergometrina (0.2-0.5 mg IM)
- Observar a la paciente durante dos horas:
  - Si la paciente se estabiliza y el sangrado disminuye, administrar Ergometrina (0.5) mg IM y continuar la observación durante 12 horas más.
  - Si la condición de la paciente se agrava y el sangrado no se detiene con una dosis incrementada de Oxitocina o Ergometrina, puede ser preciso realizar una laparotomía para ubicar y reparar la fuente de sangrado. Cuando no se dispone de servicios de laparotomía es necesario preparar a la paciente para su referencia a un servicio donde pueda ser atendida.

b) Sospecha de perforación uterina antes de la evacuación uterina

- Continuar la aplicación de las medidas universales de acuerdo con la condición de la paciente.
- Iniciar la terapia de antibióticos.

NOTAS



- Completar la evacuación uterina bajo control visual directo (laparotomía) para evaluar la lesión del útero o el cérvix. Cuando no se dispone de servicios de laparotomía, proceder a referir a la paciente para reparación de la lesión. Cuando el cérvix exhibe laceraciones difíciles de reparar o se observa perforación uterina extensa, es necesario considerar la histerectomía.

- Después de la cirugía, administrar oxitócicos (si el útero no ha sido removido) y observar a la paciente durante dos horas:

  - Si la condición de la paciente se estabiliza y el sangrado disminuye o se detiene, administrar Ergometrina (0.2 a 0.5 mg IM —sí el útero no ha sido removido) y observar a la paciente durante 12 horas.

  - Si la condición de la paciente se agrava, es preciso prepararla para su transferencia a un servicio de atención de salud de tercer nivel.

2. Lesión intraabdominal

El sangrado severo dentro del abdomen (hemorragia intraabdominal) puede ocurrir con pocos o ningún signo visible de sangrado vaginal. Por consiguiente, cuando se trata a una mujer por complicaciones de aborto, es necesario examinar a la paciente por signos de lesión intraabdominal. Durante la evaluación y el tratamiento de una lesión intraabdominal es conveniente observar muy de cerca la presión sanguínea y el ritmo cardíaco de la paciente, ya que la paciente puede entrar en estado de shock en cualquier momento. (Consultar cuadro 2 y esquema 3).

3. Sepsis

El aborto practicado en condiciones no seguras conlleva alto riesgo de complicaciones por infección, ya sea por la introducción de patógenos (microorganismos) en la cavidad uterina como por la retención de los productos de la concepción que facilitan el progreso de la infección pélvica.

En el cuadro 5 se presentan los signos que se observan en caso de infección pélvica.



NOTAS



NOTAS



CUADRO 5
SIGNOS DE INFECCIÓN PÉLVICA

Por lo general se observan los siguientes signos:
❍ Material extraño en la vagina
❍ Material purulento que se origina en el cérvix o mezclado con sangre en la vagina
❍ Signos de infección pélvica localizada, sensibilidad uterina, dolor en el cérvix al movimiento, sensibilidad asociada (cerca de los ovarios y las trompas)
❍ Sangre y secreciones fétidas

Un primer paso debe ser evaluar la severidad de la infección y la sepsis, así como el riesgo de shock séptico.

Se recomienda proceder a evaluar el riesgo de shock séptico de la mujer, sobre la base de las siguientes guías (cuadro 6).

CUADRO 6
RIESGO DE SHOCK SÉPTICO

Bajo Riesgo	**Alto Riesgo**
❍ Aborto del primer trimestre ❍ Fiebre baja a moderada (36.5-38.5° C) ❍ No hay evidencia de lesión intraabdominal	❍ Aborto del segundo trimestre ❍ Fiebre alta (38.5° C o temperatura subnormal) ❍ **Cualquier** evidencia de lesión intraabdominal: ➲ Distensión abdominal ➲ Ruidos intestinales disminuidos ➲ Abdomen rígido ➲ Partes dolorosas al tacto ➲Náuseas y/o vómitos
❍ Signos vitales estables	❍ **Cualquier** evidencia de shock: ➲ Presión sanguínea baja (sistólica menor de 90mmHG) ➲ Ansiedad, confusión, estado de inconsciencia ➲ Palidez en parte interna del párpado, alrededor de la boca y la palma de las manos ➲ Pulso rápido y débil (frecuencia 110 por minuto o más) ➲ Respiración rápida (30 respiraciones por minuto o más

ESQUEMA 3

MANEJO DE LESIÓN INTRAABDOMINAL*

Presentación

Se sospecha lesión intraabdominal cuando se observa cualquiera de los signos siguientes con cualquiera de los siguientes síntomas:

Signos:
- Distensión abdominal
- Ruidos intestinales disminuidos
- Abdomen tenso y duro
- Signo de rebote

Síntomas:
- Náuseas/vómito
- Dolor en el hombro
- Fiebre
- Dolor abdominal, calambres

Tratamiento Inicial

Universal:	Asegurar vía respiratoria libre Verificar signos vitales
Oxígeno:	6-8 litros/minuto
Fluidos:	IV, solución isotónica o lactato de Ringer, 1 litro c/15-20 minutos. No dar fluidos vía oral. Evaluar necesidad de transfusión de sangre.
Medicamentos:	Iniciar antibióticos de inmediato (IV o IM). Toxoide tetánico y antitoxina.
Pruebas de Laboratorio:	Hb, Ht, examen cruzado y tipo sanguíneo. Medir producción de orina.
RX	Abdomen

Signos que indican cirugía de emergencia
- Abdomen rígido
- Dolor abdominal agudo y presión sanguínea persistentemente baja
- Estado de shock que no se logra estabilizar después de la administración de hasta 3 litros de fluidos
- La radiografía de abdomen muestra aire o gas en la cavidad peritoneal

Laparotomía de emergencia para probable drenaje de abdomen, reparación quirúrgica de tejidos o remoción del útero, si es necesario

Cuando no se cuenta con servicios de laparotomía:
- Administrar analgésicos y calmantes
- Continuar la administración de fluidos
- Continuar la administración de antibióticos
- Continuar la administración de oxígeno
- Referir a la paciente a un hospital de tercer nivel

Tratamiento subsecuente:
- Verificar signos vitales, producción de orina, fluidos
- Vigilar por signos de shock
- Continuar administrando oxígeno, antibióticos, analgésicos

- Condición estable
- Radiografía negativa
- Abdomen no rígido
- No signos de embarazo ectópico
- Proceder a evacuar el útero

Condición no estable
Tratar el shock (ver cuadro específico)

* Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Manejo clínico de las complicaciones post-aborto. Washington, DC: OPS; 1996.



NOTAS



a) Tratamiento

El tratamiento inmediato con antibióticos es una medida que puede salvar la vida de la mujer con infección pélvica y en riesgo de sepsis.

La fuente más frecuente de infección es la retención de los productos de la concepción. Cuando la infección se extiende puede existir más de una fuente de infección, en este caso se debe considerar la probabilidad de lesión intraabdominal, absceso pélvico, peritonitis, gangrena gaseosa y tétanos. Es necesario tratar **toda** fuente de infección. Si la mujer tiene un DIU en sitio, proceder a removerlo.

La evacuación uterina es el tratamiento esencial para toda mujer en riesgo de shock séptico y aborto incompleto. Cuando la evacuación uterina no es posible, se debe proceder a referir a la paciente, una vez que se han tomado las medidas iniciales para estabilizar su condición (ver esquema 4).

Cuando la mujer sangra de diversos lugares y el sangrado no se puede detener fácilmente se recomienda evaluar de inmediato a la paciente por CID, un desorden sanguíneo que afecta el proceso de coagulación de la sangre (coagulopatía), que se observa en casos de sepsis severa.

Entre los signos de CID se destacan:

- Sangrado de la mucosa oral, vejiga, lugares de inyección y venopuntura.
- Sangre en la orina.
- Deficiencia en la coagulación de la sangre (en el tubo de laboratorio y en el piso).
- Recuento disminuido de plaquetas.
- Glóbulos rojos fragmentados bajo examen microscópico.

Cuando se sospecha coagulación intravascular diseminada, se recomienda tratar de inmediato las fuentes de infección, evacuar el útero de inmediato y transfundir sangre fresca completa o plasma. Si la CID se hace presente y persiste después de la evacuación uterina, es necesario proceder a administrar antibióticos y fluidos IV y heparina

ESQUEMA 4

MANEJO DE LA SEPSIS*

Presentación

- Escalofrío, fiebre, sudor
- Flujo vaginal maloliente
- Historia de interferencia
- Dolor Abdominal
- DIU en sitio
- Sangrado prolongado
- Síntomas similares a los de la gripe (malestar)

Evaluación inicial del riesgo de shock séptico

- Tiempo de gestación
- Verificación de signos vitales
- Verificación de signos de infección pélvica
- Material extraño en la vagina
- Evidencia de infección pélvica localizada
  - Sensibilidad uterina
  - Sensibilidad asociada
  - Dolor en el bajo abdomen
  - Sangre y secreciones, heces y orina fétidas

Bajo riesgo de shock séptico
Fiebre leve a moderada (38.5 °C o menos, 101.5 °F o menos)
Signos vitales estables
Aborto de primer trimestre
No hay evidencia de lesión intraabdominal

Alto riesgo de shock séptico
Fiebre alta (más de 38.5 °C o 101.5 °F)
Aborto de segundo trimestre
No hay evidencia de lesión intraabdominal
Evidencia de shock

Universal:	Asegurar que la vía respiratoria de paciente permanece abierta. Vigilar los signos vitales
Fluidos:	Dar fluidos intravenosos, cuando se dispone de ellos
Medicamentos:	Antibióticos (se prefiere la vía IV) Toxoide tetánico y antitoxina tetánica, calmantes

Tratamiento Inicial

Universal:	Asegurar que la vía respiratoria de la paciente permanece abierta Vigilar los signos vitales
Fluidos:	Administrar fluidos IV, si es posible
Medicamentos:	Antibióticos (se prefiere la vía IV) Toxoide tetánico y Antitoxina tetánica Calmantes
Otros:	Si se observa sangrado, evaluar para D&C
Pruebas de:	Recuento sanguíneo completo Radiografía de abdomen, si eso es posible

Si la condición de la paciente es estable:

Continuar la administración de antibióticos y fluidos IV

Evacuación uterina

Observar a la paciente por 48 horas

Se observan signos de CID cuando:
La sangre no coagula
Sangrado en lugares de venopuntura, etc.

Evacuación uterina:

Administrar sangre fresca completa, si es necesario y heparina en dosis de 5.000-10.000 unidades IV cada 6 horas, si es posible. Referir a la paciente a un centro de atención de tercer nivel

Signos de gangrena gaseosa o tétanos:
Gangrena gaseosa cuando la radiografía muestra gas en el tejido pélvico
Tétanos:
Contracciones musculares dolorosas, espasmos generalizados, convulsiones.
Referir a la paciente a un centro de salud de tercer nivel, después de iniciar los esfuerzos de estabilización, más antibióticos y sedantes en caso de tétanos

Hay signos de lesión intraabdominal cuando:
La radiografía muestra aire en el abdomen
Abdomen rígido sensible, dolor al tacto, etc.
Continuar la administración de oxígeno, antibióticos y fluidos IV.
Laparotomía de emergencia

Cuando se desarrollan signos de shock:
Cae la presión sanguínea
Pulso rápido y débil
Respiración rápida
Palidez, etc.

* Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Manejo clínico de las complicaciones post-aborto. Washington, DC: OPS; 1996.



en dosis de 5,000-10,000 unidades vía intravenosa, cada seis horas. Referir a la paciente a un centro de atención de tercer nivel. Si la paciente entra en shock, tratar según el esquema sugerido más adelante en el esquema 5.

i) Medidas Universales

Se debe tener siempre presente las medidas universales citadas al inicio de este capítulo.

ii) Antibióticos

Se prefiere la vía intravenosa, sobre cualquier otra vía de administración. En la elección del antibiótico se debe tomar en cuenta la epidemiología del lugar y el uso inmediato de antibióticos de amplio espectro eficaces contra organismos Gram (-), Gram (+), anaerobios y clamidia, como se describe en el cuadro 7.

NOTAS



CUADRO 7
RÉGIMEN COMBINADO DE ANTIBIÓTICOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Por orden de preferencia		
Penicilina o Ampicilina	con	Gentamicina o Metronidazol
Doxicilina	con	Metronidazol
Penicilina	con	Cloranfenicol

iii) Isotópicos

Tal como la Digoxina, se puede usar en caso de shock sólo cuando se descarta con certeza la hipovolemia.

iv) Diuréticos

Los diuréticos como la Furosemida, solo se deben administrar cuando se observa evidencia de falla renal y edema pulmonar. Los diuréticos deben ser solo administrados por personal capacitado y solo en condiciones de estrecha vigilancia de la paciente. La paciente debe tener un catéter vesical para medir y registrar la producción de orina cada hora, y asegurar el balance entre el uso de los diuréticos y la administración constante de fluidos intravenosos.

CUADRO 8
TERAPIA DE ANTIBIÓTICO EN CASO DE ABORTO INFECTADO

Antibiótico	Dosis	Comentarios
Ampicilina	1 g IV c/4 horas o 500 mg Oral c/6 horas	❍ Un buen antibiótico de amplio espectro y bajo costo.
Bencilpenicilina	10 millones de unidades IV cada 4 horas	❍ Pocos efectos secundarios; efecto limitado a organismos Gram (+), cocos y gonorrea (sino es resistente).
Cloranfenicol	1 g IV c/6 horas	❍ Buena cobertura de aeróbicos y anaerobios; eficaz contra la clamidia. Graves efectos secundarios asociados con: ➲ Anemia y leucopenia (relacionada con la dosis) ➲ Anemia aplástica (rara, no relacionada con la dosis), se debe vigilar el recuento globular por anemia.
Gentamicina	1.5 mg/kg/dosis IV o IM c/8 horas	❍ Eficaz contra organismos Gram (-) como flora del tracto gastrointestinal (por ejemplo, *E. coli*)
Doxiciclina o Tetraciclina	100 mg IV c/12 horas	❍ Eficaz contra organismos Gram (+) y Gram (-) especialmente Clamidia ❍ Puede substituir o usar en combinación con la Ampicilina ❍ Eficaz en combinación con Metronidazol
Metronidazol	1 g IV c/12 horas o 500 mg oral c/6 horas	❍ Buena cobertura Gram (-) y anaerobia se puede usar en combinación con Ampicilina, Doxiciclina; de bajo costo, usualmente disponible; administración oral alcanza niveles de suero equivalentes a los suministrados IV.

Comentarios:

1. La Penicilina (o Ampicilina), la Gentamicina y el Metronidazol se usan por lo general combinados, como tratamiento de más amplio espectro en pacientes de sepsis infecciosa grave de origen pélvico.

2. El Cloranfenicol es un medicamento que se utiliza con frecuencia cuando no se cuenta con otros medicamentos; es eficaz en combinación con la Penicilina y Ampicilina.

3. La terapia intravenosa, una vez iniciada, se debe continuar hasta que la paciente no exhiba fiebre por 24 horas por lo menos, preferiblemente 48. Si no se obtiene una respuesta a las 48 horas es necesario evaluar cambiar el régimen.

4. Durante la recuperación de la paciente, la terapia intravenosa se debe reemplazar por una terapia de medicamentos de administración oral. Por lo general, se recomienda la Tetraciclina (500 mg 4 veces al día) o Doxiciclina (100 mg vía oral dos veces al día) durante 10-14 días. La reacción alérgica a tetraciclinas es muy rara. Algunos pacientes con Tetraciclina pueden desarrollar erupción cuando se exponen al sol.



NOTAS



b) Tratamiento Subsecuente

Continuar observando los signos vitales de la paciente y su producción de orina y fluidos, para detectar prontamente cualquier deterioro. Además, continuar y ajustar el tratamiento de apoyo (oxígeno, fluidos, medicamentos) de acuerdo a su evolución. El cuadro 9 detalla el tratamiento ambulatorio para las pacientes que han superado la etapa de crisis y puede darse de alta con tratamiento domiciliar.

CUADRO 9
TERAPIA DE ANTIBIÓTICOS EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO

Antibiótico	Dosis	Comentarios
Ampicilina	3.5 g oral más 1 g Probenecid	Indicado para gonorrea y cobertura general de amplio espectro
Penicilina procaína	4.8 Millones de unidades IM más 1g de Probenecid vía oral	Indicado para gonorrea y cocos Gram (+)
Más uno de los siguientes		
Doxiciclina, o	100 mg oral 2 veces diarias por 10-14 días	Indicado para clamidia
Tetraciclina, o	500 mg oral 4 veces diarias por 10-14 días	Indicado para clamidia
Cotrimoxazol (Trimetoprim)	2 tabletas vía oral 2 veces diarias por 20 días	Cobertura de amplio espectro, disponible y de bajo costo

4. Shock

El shock es otra condición que pone a riesgo la vida de la paciente y requiere tratamiento inmediato e intensivo para salvar su vida. En caso de shock, el abastecimiento de oxígeno y flujo de sangre a los tejidos se interrumpe a causa de una falla grave generalizada del sistema circulatorio. En un aborto, el shock es causado por lo general por:

- Hemorragia (shock hemorrágico, hipovolémico).
- Sepsis (shock séptico).



Cuando la paciente entra en estado de shock, el volumen relativo de sangre circulante se reduce por dos causas: pérdida de sangre (hemorragia) o dilatación de los vasos sanguíneos (vasodilatación) producida por la sepsis. El shock puede progresar de "leve" a "grave" y cuando no se trata conduce a la paciente a la muerte.

El objetivo principal del tratamiento de shock es la estabilización de la condición de la paciente, es decir, el restablecimiento del volumen de fluidos y la eficiencia del sistema circulatorio. La atención de emergencia se debe iniciar de inmediato aplicando las **medidas universales** detalladas en el inicio del capítulo. Asimismo, es esencial tratar de inmediato la causa subyacente para evitar que la condición de la paciente se deteriore aun más. En caso de falla renal o condición no estable de la paciente, es preciso referirla de inmediato a un servicio de atención de tercer nivel (ver esquema 5).

5. Transfusión de sangre

En caso de pérdida excesiva de sangre y estado de shock originado en el aborto, la transfusión de sangre puede salvar la vida de la paciente. Además de lo mencionado en las medidas universales, deberemos tomar en cuenta los siguientes riesgos.

Entre los riesgos graves asociados con la transfusión de sangre destacan: la probabilidad de transmisión de agentes infecciosos, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis. Los problemas asociados con el sistema inmune, por ejemplo, hemólisis intravascular y sobrecarga circulatoria.

Por lo tanto, la decisión de realizar la transfusión de sangre o productos de la sangre se debe basar en la evaluación cuidadosa de la condición de la paciente, que indique su necesidad de salvar la vida o prevenir una morbilidad mayor.

La decisión en cuanto a la necesidad de la transfusión de sangre, depende no solo del volumen de sangre perdida, sino también de la velocidad de la pérdida y la condición física de la paciente. Una mujer en buena condición física puede tolerar mejor la pérdida de sangre que una mujer en deficiente estado de salud. La pérdida de un litro de sangre puede ser bien tolerada por una mujer sana, mientras la pérdida de solo 200 ml de sangre puede ser fatal para una mujer anémica.

Un nivel de hemoglobina de 8 g/100 ml o menos, o de hematócrito de 15 % o menos, es un nivel que pone a riesgo la vida de la paciente y requiere transfusión de sangre.

NOTAS

ESQUEMA 5

MANEJO DE SHOCK*

Shock Primario	**Shock Diferido o Retardado**
Pulso > 110	
Presión sanguínea sistólica de 90	Pulso muy rápido
Palidez y sudor	Presión sanguínea muy baja
Respiración > 30	Palidez y frialdad
Despierta	Respiración extremadamente rápida
Alerta, consciente	Confundida
Pulmones limpios	Inconsciente
Ht > 8 g/100ml	Edema pulmonar
Producción de orina > de 30 cc/hora	Ht < 26%
	Producción de orina < 30 cc/hora

Tratamiento Inicial

Universal: Asegurar vías respiratorias libres
Verificar signos vitales
Elevar piernas de la paciente
Mantenerla abrigada
Colocar a la mujer de lado
No administrar fluidos vía oral

Oxígeno: 6-8 litros/ minuto

Fluidos: fluidos IV, solución isotónica o lactato de Ringer 1 litro/20 minutos. No dar fluidos PO, medir la producción de orina.

Medicamentos: Iniciar antibióticos si se observa signos de sepsis (de preferencia IV)

Adicional: Escuchar corazón y pulmones. Realizar examen vaginal y remover los productos visibles de la concepción. Administrar sangre si Hb < 5 g o Ht <15%.

Laboratorio: grupo, hemograma, plaquetas, electrólitos, urea, creatinina. RX de tórax si se sospecha edema del pulmón.

Evaluar respuesta a los fluidos a los 30 minutos

Signos de estabilización:

- Aumento de la presión sanguínea sistólica > 100
- Estabilización del nivel de hematócrito
- Mejoramiento del estado mental
- Mayor producción de orina > 100 ml c/4 horas

Si se ha estabilizado:

- Ajustar los fluidos IV y el oxígeno
- Completar evaluación clínica
- Iniciar tratamiento de la causa del shock
- Observar

Proceder a evacuación uterina

Si no se ha estabilizado:

- Continuar con fluidos y oxígeno
- Reevaluar los signos de sepsis y la necesidad de antibióticos
- Completar la evaluación clínica
- Iniciar el tratamiento de la causa subyacente del shock

Evaluar después de dos horas

Signos de estabilización:

- Presión sanguínea aumentada, sistólica >100
- Estabilización del nivel de hematocrito
- Mejoramiento del estado mental
- Mayor producción de orina > 100 ml c/4 horas

Si la condición es estable

- Ajustar los fluidos IV y el oxígeno
- Completar evaluación clínica
- Continuar Tx. de paciente estabilizada

- Observar
- Evacuación uterina

Si la condición no es estable:
Referir a la paciente a un hospital de segundo o tercer nivel

* Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Manejo clínico de las complicaciones post-aborto. Washington, DC: OPS; 1996.



Sin embargo, el reemplazo de sangre por medio de la transfusión no siempre es necesario en todo caso de pérdida de sangre; los expansores del volumen plasmático, las soluciones de plasma seco y aún la solución salina fisiológica son también opciones eficaces. No obstante, la pérdida de sangre produce agotamiento de las reservas de hierro, que se recuperan mejor por medio de la infusión de dosis totales de hierro durante los tres días siguientes a la pérdida de sangre, y antes de dar de alta a la paciente.

6. Medicamentos

Antes de la administración de un medicamento es conveniente indagar si la paciente ha sufrido una reacción alérgica a ese medicamento en particular. Es asimismo importante **no** administrar medicamento vía oral a una mujer en estado de shock, ya que puede vomitar e inhalar el vómito.

7. Deficiencia en la Estabilización

Cuando no se logra estabilizar la condición de la paciente después de 20-30 minutos, se recomienda continuar los esfuerzos para estabilizar y evaluar la condición de la paciente con base en las siguientes indicaciones:

- Continuar la administración de oxígeno y fluidos intravenosos.
- Observar su condición muy de cerca.
- Evaluar la necesidad de antibióticos.
- Realizar una evaluación clínica completa (consultar el Capítulo II).
- Hacer un diagnóstico e iniciar de inmediato el tratamiento de la causa o causas subyacentes del shock.
- Cuando no se dispone de servicios para el manejo definitivo de la causa subyacente (incluyendo fluidos IV para reemplazo del volumen) proceder a referir a la paciente.

Si después de dos horas la condición de la paciente no se ha estabilizado o la paciente presenta fallo renal, referirla de inmediato a un servicio de segundo nivel, un hospital especializado o un hospital de salud de tercer nivel.



NOTAS



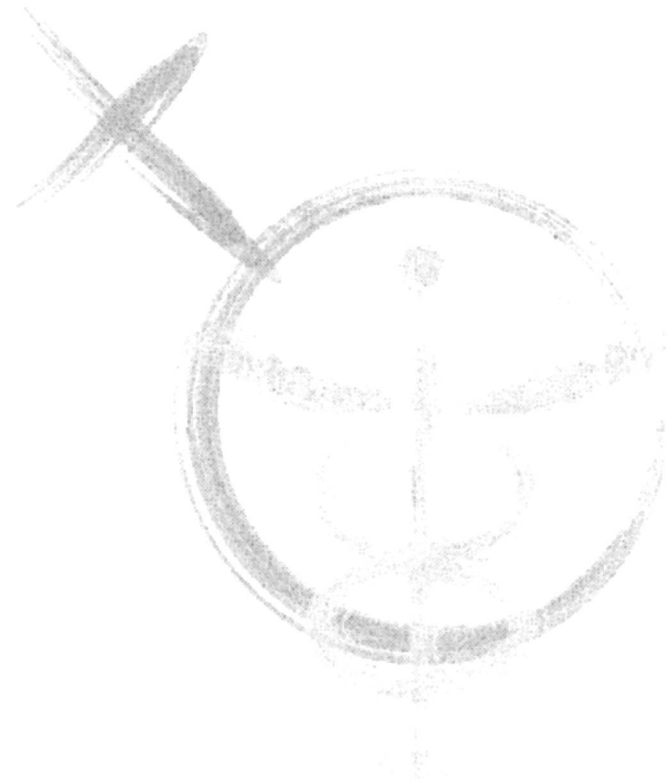
8. Estabilización

Cuando la paciente muestra signos de mejoría y su condición se estabiliza, pero no se ha tratado aún la causa subyacente de shock, es conveniente tomar las siguientes medidas:

- Ajustar la frecuencia de los fluidos intravenosos y el oxígeno.
- Realizar una evaluación clínica completa.
- Iniciar el tratamiento de la causa o causas subyacentes del shock. Si no se dispone de servicios para el manejo definitivo (incluyendo evacuación uterina) proceder a referir a la paciente.

NOTAS





VI. ATENCIÓN POSTABORTO Y ANTICONCEPCIÓN



Las mujeres que buscan servicios de urgencia para la atención de un aborto deberían ser un grupo prioritario para los programas de salud reproductiva. Frecuentemente estas mujeres reciben servicios de mala calidad que no cubren sus necesidades de salud.

Las mujeres que han tenido un aborto inducido debido a un embarazo no deseado, probablemente tendrán otro aborto si no reciben una adecuada consejería y servicios de planificación familiar adecuados. Las mujeres con aborto espontáneo, deben también recibir información sobre su pronto regreso a la fertilidad, y la necesidad de estudios que permitan identificar la causa del aborto para evitar futuras pérdidas.

La atención postaborto (APA) es una estrategia que comprende tres elementos clave:

- Tratamiento de urgencia para las complicaciones médicas derivadas de un aborto espontáneo o inducido (visto en los capítulos anteriores).
- Consejería y referencia a los servicios de planificación familiar.
- Vínculos con otros servicios de salud reproductiva.

Muchas muertes maternas podrían ser prevenidas si se diera una adecuada atención postaborto, ayudando a las parejas a obtener información y servicios de planificación familiar. Esto además ayudaría a evitar la repetición de abortos.

El dolor físico y el trauma emocional como resultado de un aborto inseguro o espontáneo podría reducirse proporcionando una atención médica compasiva y de alta calidad.

El manejo pronto y adecuado de las complicaciones postaborto puede significar para las instituciones de salud un ahorro sustancial de recursos en términos de personal, suministros, anestesia, transfusiones sanguíneas, antibióticos, camas y quirófanos.



NOTAS



Cada una de estas pacientes no debiera darse de alta sin haber recibido consejería en recuperación postoperatoria, planificación familiar y otros aspectos de salud reproductiva.

A. Interacción entre la Paciente y el Personal de Salud

Este elemento comprende todas las interacciones entre la mujer y el personal de salud cuando ella procura y recibe servicios de APA. Todo profesional de salud puede ayudar en las siguientes formas:

- Creando un ambiente de confianza entre el personal de salud y la mujer.
- Manteniendo la orientación privada y la información confidencial.
- Respetando del derecho de la paciente a tomar decisiones informadas sobre su salud y su fertilidad.
- Mostrando interés por la situación, los sentimientos y la experiencia de la mujer.

NOTAS

Los cinco pasos clave para mejorar la atención postaborto[4] son:

1. Mejore la atención clínica

- Use la técnica de tratamiento de urgencia más apropiado para el medio y la usuaria.
- Maneje apropiadamente el dolor antes, durante y después del procedimiento clínico.
- Acate los protocolos de prevención de infecciones.
- Asegure la disponibilidad de medicamentos esenciales y equipo necesario.
- Mejore la interacción entre las usuarias y los prestadores de servicios.

[4] Huntington D. Cómo satisfacer las necesidades de atención a la salud de la mujer después de un aborto. New York: Population Council (Síntesis Programática No.1); 2001.



2. Proporcione consejería y servicios de planificación familiar

- Informe a las usuarias sobre el regreso inminente de la fecundidad después de un aborto.
- Ofrezca consejería y servicios de planificación familiar a pacientes postaborto antes de dar de alta.

3. Amplíe el acceso a los servicios de atención postaborto

- Establezca los servicios de APA en el primer nivel de atención y en puntos cercanos a donde se encuentra la demanda.
- Capacite a los prestadores de salud en técnicas de consejería y planificación familiar, y asegúrese que los prestadores puedan referir a las usuarias a otros servicios de salud reproductiva (control de ITS, Papanicolaou, detección de cáncer de mama, control nutricional, etc.).
- Asegúrese que los promotores comunitarios refieran a las mujeres a los servicios obstétricos de emergencia.

4. Planifique servicios integrales de atención postaborto

- Planifique los servicios de APA como un elemento rutinario de la atención gineco-obstétrica.
- Consolide el tratamiento de APA y la consejería misma en la misma área de servicio para mejorar la eficiencia.
- Ofrezca servicios de APA ambulatorios, especialmente el tratamiento del aborto incompleto.

5. Participación de la pareja

- Con el consentimiento previo de la mujer, informe a la pareja sobre el tratamiento proporcionado en la APA y los cuidados postoperatorios que debe tenerse.



NOTAS



La información y orientación son aspectos fundamentales de la atención a la salud reproductiva. En los servicios de APA, la mujer necesita que el profesional de salud:

- Indague sobre su situación y necesidades individuales preguntándole:
  - Si quiere volver a quedar embarazada pronto.
  - Sobre los métodos anticonceptivos que ha usado y si hubo algún problema en usarlos.
  - Si ella prefiere un método específico.
- Proporcione información apropiada que cubra sus necesidades y preferencias individuales.
- Use la orientación para ayudar a la mujer a tomar decisiones y llevarlas a la práctica.
- Proporcione información sobre todos los aspectos de su atención, incluso su condición actual, plan de tratamiento, síntomas de advertencia relacionados con las complicaciones postaborto y qué hacer si ocurren.
- Asegúrese de que cada mujer esté enterada sobre los tres factores clave relacionados con la planificación familiar postaborto:
  - Ella puede volver a quedar embarazada inmediatamente.
  - Ella puede retrasar o evitar otro embarazo si usa métodos anticonceptivos.
  - Cómo puede ella obtener ayuda para comenzar a utilizar un método anticonceptivo.
- Ofrezca toda la gama de alternativas en métodos anticonceptivos. Casi todos los métodos pueden iniciarse inmediatamente.
- Ayude a cubrir todas sus necesidades de salud reproductiva (detección de cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, ITS/VIH/SIDA, nutrición, etc.), proporcionando información, servicios y referencia.

NOTAS



B. Anticoncepción

Después del aborto, la fertilidad de la mujer regresa casi de inmediato. En una recopilación de estudios se describe que 75% de las mujeres habían ovulado a las seis semanas postaborto. Por tanto, es necesario que la mujer tome en consideración si desea o no embarazarse de nuevo de inmediato. En caso de aborto espontáneo, es probable que la mujer decida embarazarse rápidamente, y en ese caso, si no se ha observado ninguna complicación de salud, no hay razón para disuadirla.

Sin embargo, el aborto hace que muchas mujeres no deseen embarazarse de nuevo por un tiempo. Por consiguiente, la mujer y su pareja, si así lo desean, deben recibir asesoramiento e información sobre el regreso de la fertilidad y la escogencia de métodos anticonceptivos.

El personal de salud debe recordar que el tiempo de tratamiento de las complicaciones del aborto es por lo general un período difícil para la mujer y que puede no ser el momento oportuno para tomar decisiones permanentes o duraderas en ese respecto. La selección o escogencia de método anticonceptivo, especialmente de métodos dependientes del proveedor, se debe hacer con el **consentimiento total e informado** de la paciente.

1. Opciones anticonceptivas

El uso de la mayor parte de los métodos anticonceptivos se puede iniciar luego del tratamiento del aborto, a menos que se hayan originado graves complicaciones. Todo proveedor de salud puede ayudar:

- Tratando respetuosamente a la mujer:
  - Si ella no se siente bien, bríndele orientación cuando se sienta mejor.
  - Muestre interés en sus sentimientos y su experiencia.
  - Proporcione un ambiente privado durante la sesión de orientación.
- Informándose sobre la situación y las necesidades de la paciente:
  - Pregúntele si desea volver a quedar embarazada pronto.



NOTAS



- Pregúntele si ha usado algún método anticonceptivo y si hubo algún problema en su uso.
- Pregúntele si prefiere algún método específico.

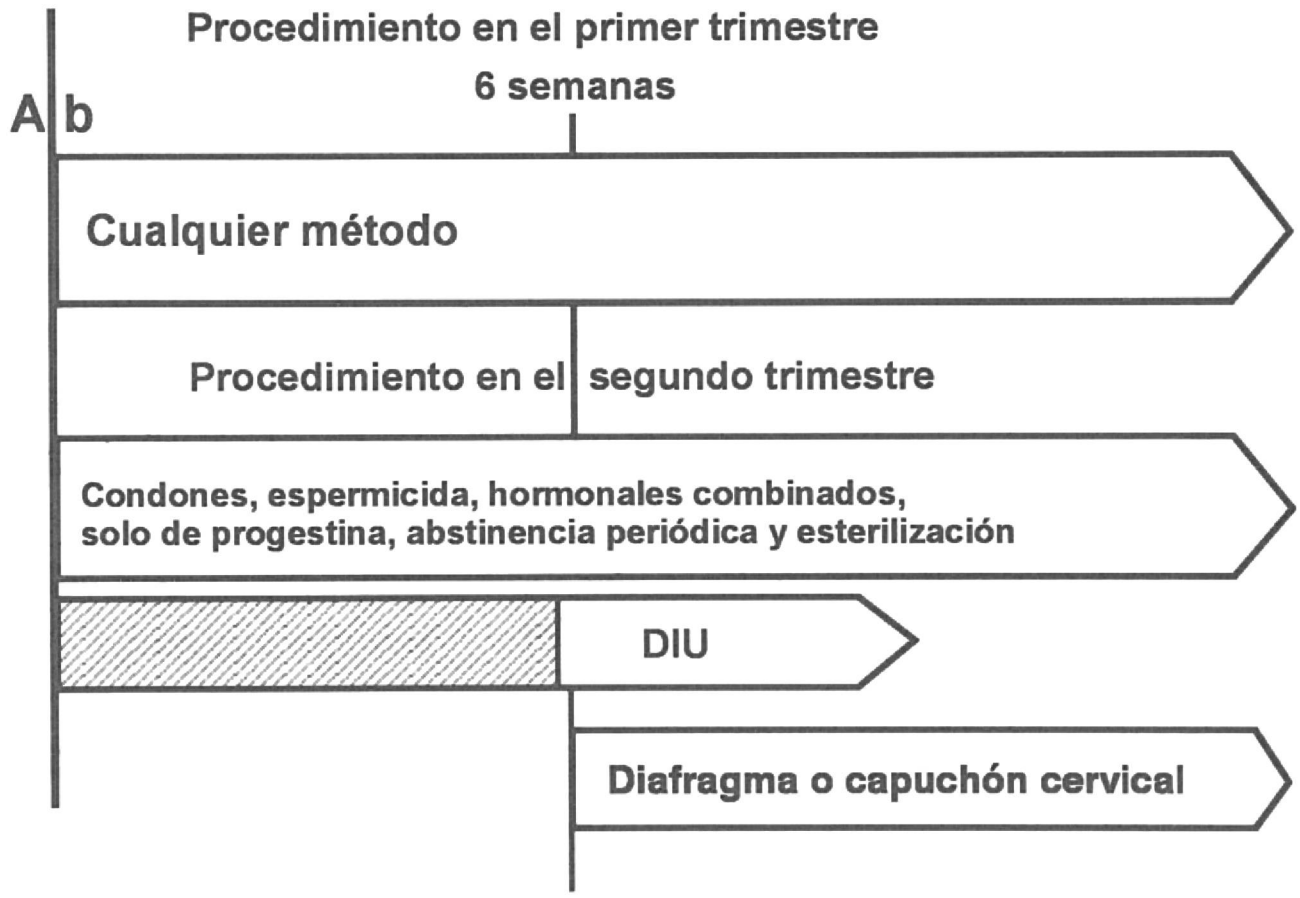
- Proporcione la información adecuada para la paciente:
  - Ayúdele a obtener el método que prefiera, siempre y cuando no esté contraindicado.
  - No la presione a aceptar un método anticonceptivo si ella desea volver a embarazarse pronto.
  - Proporcione una cita de seguimiento o refiérala si ella tiene cualquier otra necesidad relacionado con su salud reproductiva.

El cuadro 10 muestra algunos puntos de consideración sobre ciertos métodos anticonceptivos de uso postaborto.

NOTAS



CUADRO 10
OPCIONES ANTICONCEPTIVAS EN EL POSTABORTO



En la Unidad sobre Metodología Anticonceptiva, se estudiarán los diferentes métodos con el objetivo de brindarle orientación sustentada en conocimientos científicos a cada una(o) de sus pacientes.

> En ningún caso, se debe promover el aborto como método de planificación familiar.
>
> Párrafo 8.25 del Plan de Acción
> Conferencia Internacional de Población y Desarrollo

2. Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)

El término anticoncepción de emergencia abarca una serie de métodos utilizados por las mujeres dentro de unas horas o escasos días después de haber tenido contacto sexual sin protección con el fin de prevenir el embarazo.

Las PAE son inocuas y no tienen contraindicaciones médicas adicionales a las que los métodos hormonales tienen (definidas por la OMS[5]). Están aprobadas por la OMS, y por agencias reguladoras de medicamentos en Europa, Estados Unidos y América Latina. Pueden prevenir el aborto al prevenir embarazos no intencionados. En algunos países donde la PAE ha estado disponible por décadas se ha observado una baja significativa en el índice de abortos.

En los países donde el aborto es ilegal, los abortos de riesgo constituyen la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. En estas situaciones, la disponibilidad de PAE podría prevenir muchas muertes y sufrimientos innecesarios. También podría reducir el costo que genera la ocupación de camas de hospital, personal médico, suministros y medicinas que se necesitan para tratar las complicaciones médicas que amenazan la vida de la mujer que se somete a abortos realizados por personas no entrenadas y/o en condiciones no sanitarias.

En el ámbito mundial uno de los usos más críticos de la PAE ha sido para casos de violación y abuso sexual. La PAE es también un respaldo importante cuando la anticoncepción regular falla, como cuando se rompe un condón o el DIU se desplaza. Otro uso importante es en las relaciones sexuales no programadas en las que no se tiene a mano un anticonceptivo.

La PAE es un método utilizado por las mujeres dentro de unas horas o escasos días después de haber tenido contacto sexual sin protección anticonceptiva para prevenir un embarazo. El método más común, utilizado en numerosos países por más de 20 años, se basa en tomar una dosis elevada de píldoras anticonceptivas (anticonceptivos orales que contienen estrógeno (etinil estradiol) y progestina (levonorgestrel o norgestrel) dentro de 72 horas luego del contacto sin protección, seguido por una segunda dosis 12 horas más tarde (gráfico 3). Las dosis altas de solo estrógeno o progestina también pueden ser utilizadas para el mismo fin, pero la experiencia clínica es menor.

NOTAS

[5] Ver criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. OPS/OMS, julio 1997.



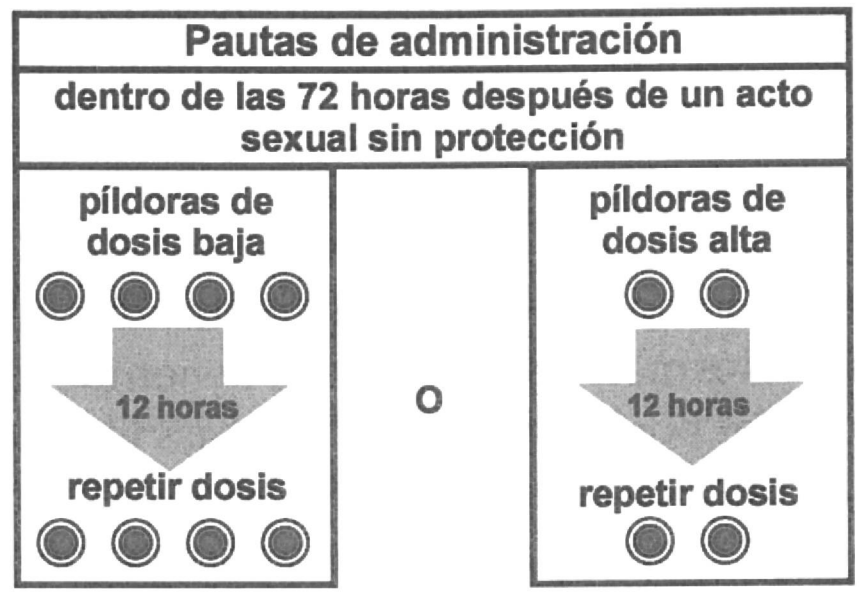
GRÁFICO 3

¿Cómo tomar las PAE?

Píldoras combinadas: dosificación

Cada dosis contiene al menos 0,1 mg de etinil-estradiol y 0,5 mg de levonorgestrel

En Guatemala, la mayoría de los anticonceptivos orales son de baja dosis, por ejemplo, el Neogynon.



Conocido como "Pauta Yuzpe"

Fuente: Family Health International. *Píldoras anticonceptivas de emergencia: de la serie de actualización de técnicas anticonceptivas*. North Carolina: FHI; 1998.

NOTAS



El mecanismo de acción de este método anticonceptivo es similar al de las pastillas orales, la diferencia es el momento de la administración, la cual es después en lugar de antes o durante el coito.

Muchas personas creen que la fecundación se produce inmediatamente después de una relación sexual, pero no es así. Después del coito, los espermatozoides pueden permanecer dentro de la mujer en un estado capaz de fecundar hasta aproximadamente seis días. Si el coito ocurre cinco días antes en que ocurra la ovulación, la fecundación ocurrirá al sexto día después del coito. Si el coito ocurre el mismo día de la ovulación, la fecundación puede ocurrir en la mujer en cualquiera de los días comprendidos entre el primero y sexto día después del coito.

Las investigaciones demuestran que las PAE cuando se usan en la primera fase del ciclo (fase folicular), pueden alterar el desarrollo del folículo e inhibir o retrasar la ovulación (la alta carga hormonal que brindan hacen que se pierda la posibilidad de hacer un pico de LH, lo que inhibe la ovulación). Cuando una mujer toma la píldora anticonceptiva de emergencia dentro de las primeras 72 horas después del coito, es posible que ésta impida la ovulación si aún no ha ocurrido, interfiere con la migración de grupos de espermatozoides desde el cuello uterino hasta la trompa o que interfiera con el proceso de adhesión y captación de los espermatozoides en la trompa. Si el cigoto es normal y viable, la píldora no impedirá ni alterará su desarrollo, pues la sustancia que contiene es una progestina sintética. Esto explica que el método sea poco eficaz para prevenir el embarazo cuando se usa tardíamente.



La PAE no es un método para uso rutinario ni de planificación familiar. No es eficaz si se usa después que la implantación se ha llevado a cabo, ya que en este caso, el embarazo sigue su curso.

3. Mensajes educativos

La Salud Reproductiva, es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Organización Mundial de la Salud

"Hay dos formas de reducir la mortalidad materna, una consiste en hacer los embarazos más seguros y la otra que las mujeres tengan menos hijos. Donde las tasas de fecundidad y mortalidad materna son elevadas, la reducción de la fecundidad (por medio de los servicios de planificación familiar) o el mejoramiento de la atención obstétrica ayudará a reducir las muertes maternas".

Dra. Judith Fortney
Directora Centro para la Salud Materna y Neonatal
Family Health International



NOTAS



EJERCICIO INTRATEXTO 4

Frecuentemente salen publicados en periódicos artículos o comentarios sobre anticoncepción de emergencia. Recorte uno de ellos, analícelo y estructure un comentario de prensa corrigiendo las falacias o confirmando la evidencia de lo publicado, con fines de educación e información asertiva a los lectores.

No se adjunta la respuesta dadas las características del ejercicio.

NOTAS





En este punto le recomendamos que regrese a los objetivos de aprendizaje y los vuelva a leer detenidamente…
¿Cree que los alcanzó?

Este análisis le permitirá autoevaluarse y definir si hay temas que debe volver a repasar. Si considera que alcanzó los objetivos propuestos, usted está listo para resolver su hoja de autoevaluación.

VII. EVALUACIÓN

Instrucciones

Para obtener los créditos correspondientes a esta unidad, usted debe asistir a la sesión presencial de ésta, de acuerdo al calendario, y entregar ese día la hoja de respuestas.

Recuerde que la autoevaluación es un ejercicio para que usted refuerce su aprendizaje. Por lo tanto, lea cuidadosamente cada una de las preguntas sin marcar las respuestas. Si usted no conoce las respuestas en varias de ellas, regrese nuevamente a estudiar la unidad. Si no es éste su caso, siga adelante.



NOTAS



Primera Serie

A continuación encontrará 10 preguntas de Falso o Verdadero. Escriba dentro de la casilla **F** o **V**, de acuerdo a lo que conoce de cada enunciado. Valor de cada pregunta: 5 puntos, para un total de: 50 puntos.

NOTAS



	F	V
1. En todo embarazo, la paciente debe ser advertida que notifique de inmediato la aparición de cualquier hemorragia vaginal.	☐	☐
2. Se debe iniciar tratamiento con antibióticos inmediatamente después de haber hecho diagnóstico de aborto en curso.	☐	☐
3. La distensión abdominal es un signo que puede significar lesión intraabdominal	☐	☐
4. Es poco frecuente que una mujer con diagnóstico de aborto, refiera un aborto anterior.	☐	☐
5. La anomalía genética más frecuentemente encontrada en el Ab espontáneo es la traslocación cromosómica.	☐	☐
6. La presencia de un DIU en una paciente con diagnóstico de aborto, debe hacernos pensar en un aborto séptico.	☐	☐
7. Está indicado ofrecer métodos anticonceptivos inmediatamente después de un aborto, debido a que la fertilidad se recupera casi de inmediato	☐	☐
8. El tratamiento con antibióticos debe iniciarse de inmediato en toda paciente a quien se le diagnostique lesión intraabdominal	☐	☐
9. El uso de calmantes no se justifica en una paciente con Dx de aborto, pues en pocas horas habrá sido realizado un LUI.	☐	☐
10. Luego de R-X, la presencia de aire en el abdomen es indicativo de laparotomía de emergencia.	☐	☐



Segunda Serie

A continuación encontrará diez preguntas de selección múltiple. Marque una sola respuesta en la hoja de respuestas. Valor de cada pregunta: 10 puntos, para un total de: 50 puntos.

1. La probabilidad de un embarazo ectópico es mayor en pacientes que en su historia clínica refieren:

   a) Embarazo gemelar previo
   b) Infección pélvica
   c) Debilidad generalizada
   d) Aborto anterior

2. ¿Cuál de los siguientes enunciados no es una medida universal de atención inicial?

   a) Asegurar vías respiratorias libres
   b) No dar fluidos vía oral
   c) Referir de inmediato
   d) Calcular fluidos con base en pérdidas

3. La baja producción de orina puede encontrarse en una paciente:

   a) En estado de schock
   b) Con hemorragia severa
   c) Falla renal
   d) Todas son correctas

4. ¿Cuál no es causa de muerte materna?

   a) Aborto
   b) Hemorragia cerebral
   c) Sepsis
   d) Toxemia

5. Todos los siguientes son causa de aborto, excepto:

   a) Anomalías de la placenta
   b) Anemia
   c) Sífilis
   d) *Brucellas abortus*



NOTAS



6. Cuando el producto de la concepción queda retenido por un largo período de tiempo, hablamos de:

   a) Amenaza de aborto
   b) Aborto inminente
   c) Aborto diferido
   d) Aborto habitual

7. ¿Qué no se espera observar en el sangrado vaginal severo?

   a) Hemorragia roja con o sin coágulos
   b) Toalla sanitaria empapada en menos de cinco minutos
   c) Dolor en el hombro
   d) Palidez

8. Una paciente con sudoración, hipotensión, palidez, confusa y con pulso rápido y débil, debe hacernos pensar en:

   a) Lesión intraabdominal
   b) Sepsis
   c) Shock
   d) Aborto inminente

NOTAS



9. Antes de proceder a tratar a una paciente debemos asegurarnos de:

   a) Tener su número de afiliada al IGSS
   b) Determinar el diagnóstico correcto
   c) Asegurarnos que haya sangre del mismo grupo
   d) Sala de operaciones disponible

10. ¿Qué información no es básica para establecer el diagnóstico de aborto?

    a) Duración de la amenorrea
    b) Intensidad y duración del dolor
    c) Características de la hemorragia
    d) Alergia a medicamentos

MÓDULO I
UNIDAD 4
Aborto: Manejo Ético y Humano

Punteo Obtenido ☐

Nombre y Apellidos Completos: _____

_____ No. de Colegiado: _____

Lugar de Trabajo: _____

_____ Tel.: _____

Nombre del Facilitador: _____

_____ Departamento: _____

HOJA DE RESPUESTAS

1a. Serie

	F	V
1.	☐	☐
2.	☐	☐
3.	☐	☐
4.	☐	☐
5.	☐	☐
6.	☐	☐
7.	☐	☐
8.	☐	☐
9.	☐	☐
10.	☐	☐

2a. Serie

1. ☐
2. ☐
3. ☐
4. ☐
5. ☐
6. ☐
7. ☐
8. ☐
9. ☐
10. ☐

MÓDULO I
UNIDAD 4
Aborto: Manejo Ético y Humano

Punteo Obtenido

Nombre y Apellidos Completos: _____

_____ No. de Colegiado: _____

Lugar de Trabajo: _____

_____ Tel.: _____

Nombre del Facilitador: _____

_____ Departamento: _____

1a. Serie

	F	V
1.	☐	☐
2.	☐	☐
3.	☐	☐
4.	☐	☐
5.	☐	☐
6.	☐	☐
7.	☐	☐
8.	☐	☐
9.	☐	☐
10.	☐	☐

2a. Serie

1. ☐
2. ☐
3. ☐
4. ☐
5. ☐
6. ☐
7. ☐
8. ☐
9. ☐
10. ☐



VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Bengtsson L. Missed abortion: The etiology, endocrinology and treatment. *Lancet* 1982; 1:339.

2. Berg C, Danel I, Mora G. *Guía para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996.

3. Bewley C. Coping with domestic violence during pregnancy. *Nursing Standard* 1994; 8.

4. *Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos*. Guatemala: COLMED; 1997

5. *Constitución Política de la República de Guatemala. Reformada por Acuerdo Legislativo 18-93*. Guatemala: Congreso de la República; 1993.

6. *Declaración de Guatemala para una maternidad segura. Adoptada el 31 de enero de 1992 en la Conferencia Centroamericana para una Maternidad Sin Riesgos*. Managua; 1992.

7. *Essential elements of obstetric care at first referral level*. Geneva: WHO; 1991.

8. Family Health International. *Píldoras anticonceptivas de emergencia: de la serie de actualización de técnicas anticonceptivas*. North Carolina: FHI; 1998.

9. Fathalla MF, Harrison KA, Kwast BE, Rao KB. Prevention of maternal mortality / Forum interview [with Mahmoud Fathalla ... [et al.]] *World Health Forum* 1986; 7(1): 50-55.

10. Grajeda R, Ruel M, Misago Ch, Kestler E, Vargas R. *Estudio multicentro sobre el aborto: Organización Mundial de la Salud, país Guatemala*. Guatemala: INCAP/OPS; 1995.

11. *Guatemala: encuesta nacional de salud materno infantil 1995*. Guatemala: INE/ MSPAS/USAID/ UNICEF/DHS; 1995.

12. *Guatemala: encuesta nacional de salud materno infantil 1998-1999*. Guatemala: INE/ MSPAS/USAID/ UNICEF/FNUAP/DHS; 1999.

13. Heise L. Reproductive freedom and violence against women: What are the intersections? *J Law Med and Ethics* 1993; 27:18.

14. Hellman L, Prichard J. *Obstetricia*. México: Salvat Mexicana de Ediciones; 1988.

15. Hertig A, Livingstone R. Medical progress: Spontaneous threatened and habitual abortion; its pathogenesis and treatment. *New England J Med*; 1986 230:797.

16. Huntington D. *Cómo satisfacer las necesidades de atención a la salud de la mujer después de un aborto*. New York: Population Council (Síntesis Programática No.1, marzo); 2001.

17. King T et al. *Atención postaborto en América Latina: resumen de investigación operativa*. New York: Population Council; 1998.

NOTAS



18. Loudon J, Liggins G. The use of high concentration of oxitocyn IV drips in the management of missed abortion. *J Obstet Gynecol Brit Emp*; 1979 66:277.

19. Margolis A et al. Control del dolor en el tratamiento del aborto incompleto con AMEU. *Adv Abortion Care* 1993; 3(1):1-8.

20. McLaurin KE, Senanyake P, Toubia N, Ladepo OA. Post-abortion family planning. *World Health Forum* 1995; 16(1):52-55.

21. Medina H. *Estudio de mortalidad materna en Guatemala*. Guatemala: MSPAS-DGSS; 1989.

22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, Departamento Materno Infantil. *Conocimientos sobre riesgo reproductivo y planificación familiar de las mujeres con complicaciones de aborto y post legrado*. Guatemala: MSPAS/DGSS; 1995.

23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Encuesta nacional de micronutrientes Guatemala, 1995*. Guatemala: MSPAS/INCAP/UNICEF/CUE/ MOTHERCARE-USAID/CONAPLAM; 1995.

24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Materno Infantil. *Plan nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal*. Guatemala: MSPAS; 1997.

25. Nertwork Family Health International. *Salud Materna* 1994; 9(2).

26. Organización Mundial de la Salud. *Píldoras anticonceptivas de emergencia*. Ginebra: OMS, Consorcio sobre Anticoncepción de Emergencia; 1998.

27. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Mejorando el acceso a la calidad de atención en planificación familiar: criterios de elegibilidad médica para el uso de los anticonceptivos*. Ginebra: OPS/OMS; 1997.

28. Organización Panamericana de la Salud. *Manejo clínico de las complicaciones postaborto. Una guía práctica*. Washington, DC: OPS; 1996.

29. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva. *Comunicación para la Salud* No.8; 1995.

30. Population Reports. *El tratamiento de las complicaciones post-aborto: una intervención para salvar la vida de la mujer*. Baltimore, MD: Population Reports; Serie L, No.10, Vol. XXV, No. 1 1998.

31. Remez LC. Confrontando la realidad del aborto en América Latina. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*; 1995:29-33.

32. Simpson L. Genetic causes of spontaneous abortion. USA: IRH; 1993.

33. Whalley P, Pritchard J. Sickle cell trait and urinary tract infection during prengnancy. *JAMA* 1983; 189:601.

34. Winkler J, Leonard A. Adelantos en el tratamiento del aborto. Carboro, NC Volumen 6, No. 2, 1997 [ISSN 1083-1665].

35. World Health Organization. *Global blood safety initiative: Guidelines for the appropriate use of blood*. Geneva: WHO; 1989.

NOTAS

Fe de Errata

EJERCICIO INTRATEXTO 2

USO DEL PARTOGRAMA EN EL TRABAJO DE PARTO NORMAL

A continuación se completa la información necesaria para resolver el Ejercicio Intratexto en la pagina 30 de la Unidad 2, correspondiente al uso del partograma. Por favor resuélvalo nuevamente y discútalo con sus compañeros en la próxima sesión presencial.

A las 05:00 horas
- Multípara admitida en la fase latente del trabajo de parto
- Cabeza fetal 4/5 palpable
- Cuello uterino dilatado 2 cm
- Tres contracciones en 10 minutos, cada una de 20 segundos de duración
- Estado de la madre y feto normales
- Membranas intactas

Nota: Esta información, todavía no se registra en el partograma, porque la madre está en la fase latente.

A las 09:00 horas
- Cabeza fetal 3/5 palpable
- Cuello uterino dilatado 5 cm
- Cuatro contracciones en 10 minutos de más de 40 segundos de duración

(Asuma que midió las contracciones cada media hora y permanecieron constantes en frecuencia y duración hasta las 14:00)

A las 14:00
- Cabeza fetal 0/5 palpable
- Cuello uterino totalmente dilatado
- Cinco contracciones en 10 minutos de más de 40 segundos de duración
- El parto vaginal espontáneo se produjo a las 14:20 horas
- Los signos vitales a registrar en el ejercicio son:

Pulso de la madre:
- Medido cada media hora a partir de las 09:00:
  - 80 por minuto, 88, 76, 88, 90, 95, 90,80, 90, 94, 88. Grafique con un punto y luego una los puntos.

P/A
- Medida cada cuatro horas: marcar con flechas indicando sistólica y diastólica.
  - Aproximadamente a las 09:30 110/70 y a las 13:30 110/70.

Frecuencia cardíaca fetal:
- Debe registrarse cada media hora. Los valores son los siguientes a partir de las 09:00 horas:
  - FCF 120 por minuto, 130, 120, 140, 125, 120, 130, 140, 150, 140, 150.

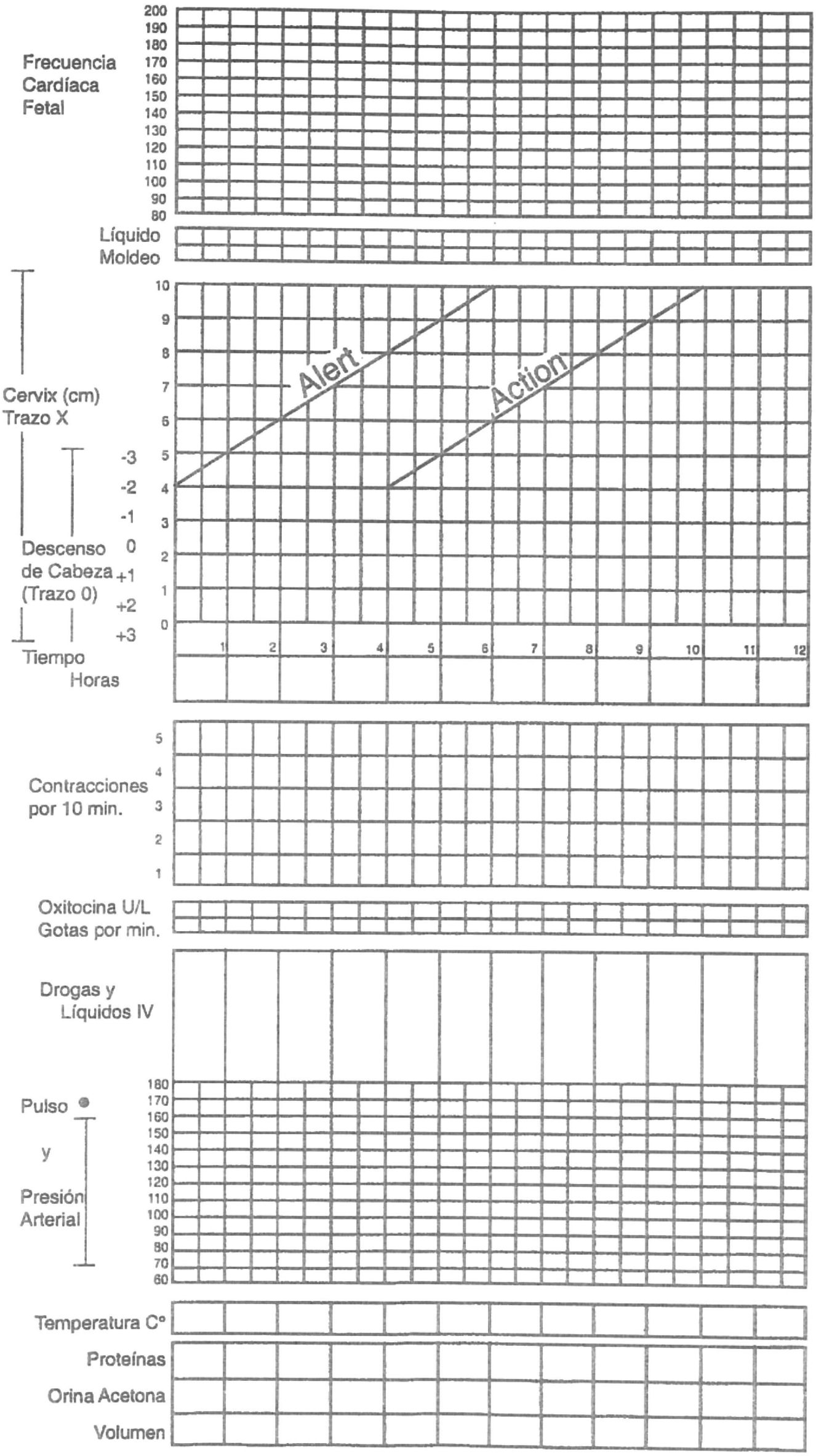
Temperatura:
- Se debe registrar cada dos horas.
- Los valores son:
  - 09:00 36.8 oC
  - 11:00 37 oC
  - 13:00 37 oC

Orina:
- Medir cada vez que la madre orine y analizar, si hay recursos disponibles.
- Los valores del ejercicio son:
  - 09:00 200 ml
  - 12:00 150 ml

PARTOGRAMA

Nombre _____ **Embarazos**_____ **Partos**_____ **Hospital** _____

Fecha de Admisión _____ **Hora de Admisión**_____ **Ruptura de membranas** _____ **Horas** _____



RESPUESTA EJERCICIO INTRATEXTO 2

PARTOGRAMA

Nombre Sara Lee Embarazos 3 Partos 2 Hospital Monte Real

Fecha de Admisión 12.5.2000 Hora de Admisión 5:00 A.M Ruptura de membranas 1 Horas _____

