

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACION

DIRECCION NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL - 2005

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACION

DIRECCION NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL

La presente Guía es emitida por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Se agradece la colaboración brindada por los siguientes organismos y sociedades científicas:

Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva.

Centro Latinoamericano de Salud y Mujer.

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Ciudad de Buenos Aires.

Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas.

Asociación de Médicos Generalistas.

Sociedad de Obstetricia Psicosomática.

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires.

Aprobado por Resolución Ministerial N°... , del ... en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, implementado por Resolución (MSyAS) N° 1459, del 1° de junio de 1993.

Junio 2005

Distribución gratuita
Prohibida su venta

Introducción

El presente documento procura acercar a los profesionales del Equipo de Salud algunos instrumentos que le permitan ofrecer a las mujeres una mejor calidad de atención desde una perspectiva integral, que va desde el episodio mismo hasta poner en práctica consejería y alternativas anticonceptivas, evitando el recurso a los abortos repetidos.

Este abordaje de la atención de las complicaciones del aborto debe enmarcarse en el respeto de los derechos reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos de la mujer y como un deber de todo profesional de la salud (Ver en Anexo Derechos Sexuales y Reproductivos).

Epidemiología

El aborto representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo.

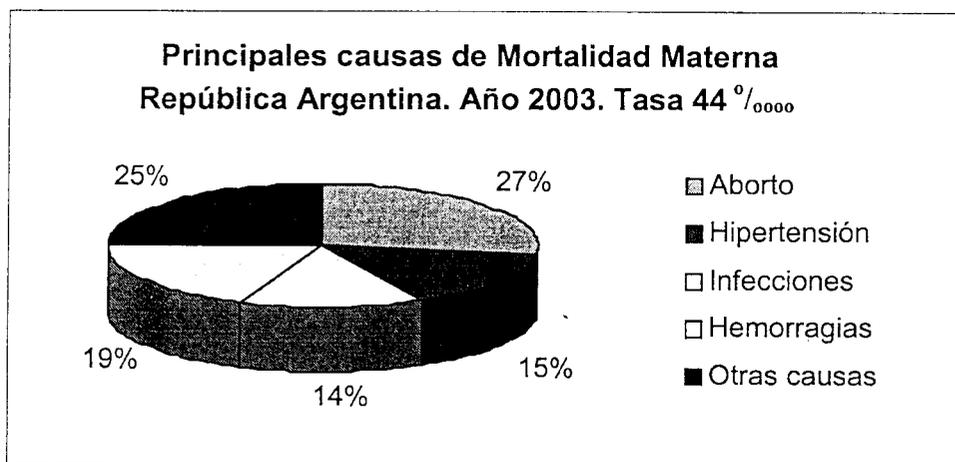
Para un gran número de mujeres, el aborto resulta de necesidades no satisfechas de planificación familiar y pone de relieve la falta de información sobre anticoncepción, dificultades de acceso a los métodos, fallas de los mismos o discontinuidad en la provisión por parte de los programas. Afecta particularmente a las mujeres que, por su condición socio-económica, dependen del sistema público de salud¹.

Es difícil inferir la magnitud del aborto, ya que factores culturales, religiosos y legales influyen para que las mujeres oculten la interrupción de un embarazo. Según cifras de la OMS, la mitad de las gestaciones que ocurren en el mundo son indeseadas, y 1 de cada 9 mujeres recurre al aborto como única solución posible².

En América Latina y el Caribe ocurren anualmente 182 millones de embarazos. De éstos, 36% no fueron planeados, y un 20% termina en un aborto³.

En Argentina, el aborto es la primera causa de muerte materna, como se observa en el gráfico N° 1 y por ello mueren un número considerable de mujeres muy jóvenes. (Ver Gráfico N° 2.)

Gráfico N° 1: Principales causas de Mortalidad Materna. República Argentina, año 2003. Tasa 44 ‰



Fuente: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud y Ambiente, 2004.

Gráfico N° 2: Número de muertes por complicaciones de aborto por edad. Argentina, 2003

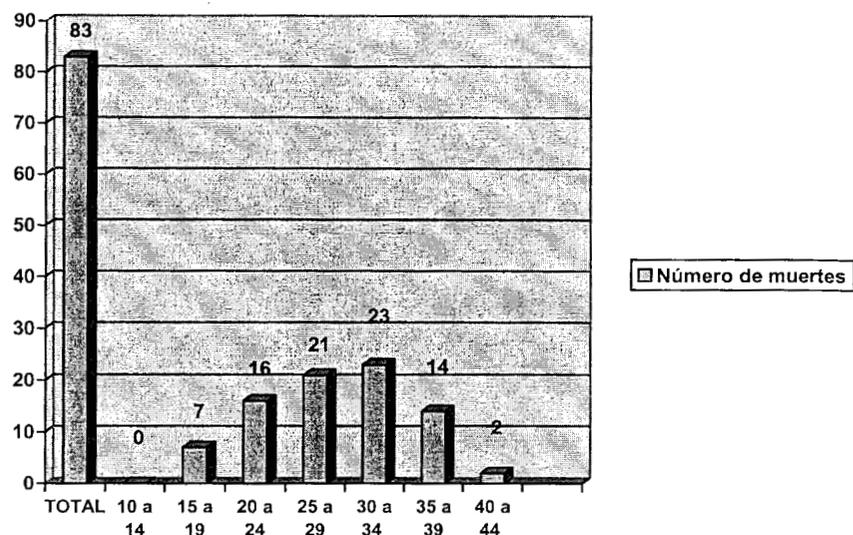
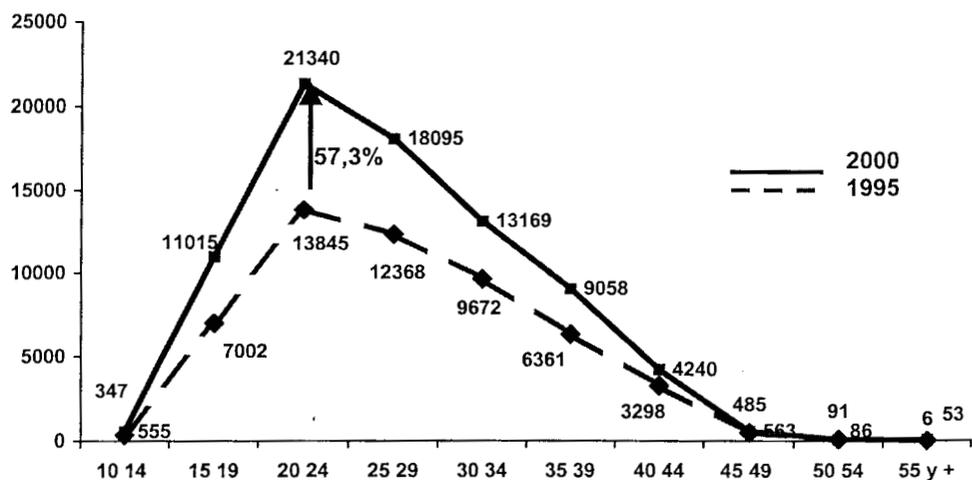


Gráfico N° 3: Número de egresos por aborto, según edad. Argentina, 1995 y 2000



Fuente: CEDES, sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación (1998 y 2002)

La hospitalización por aborto se ha incrementado en nuestro país en un 57% desde 1995 a 2000 (Gráfico N° 3) y el 40% de ellas corresponde a mujeres menores de 20 años. Considerando que la mortalidad representa apenas "la punta del iceberg", estos datos de hospitalización confirman la magnitud del problema. Debe tenerse en cuenta, por otra parte, que esta cifra corresponde sólo al sector público, ya que el sector privado no reporta datos.

Se infiere que en nuestro país se producen entre 450.000 y 500.000 abortos por año⁴. El legrado post-aborto es la segunda causa de hospitalización de las mujeres en edad fértil, en el país⁵.

La trascendencia social del problema debe ser tenida en cuenta en la medida en que atañe a mujeres jóvenes, en plena edad productiva y reproductiva, llevándolas a una muerte evitable, o dejando secuelas en su salud física y mental, así como sobre sus condiciones reproductivas posteriores.

Otras complicaciones —como hemorragias, infecciones, perforaciones de órganos, etc.— son muy frecuentes.

Por todo lo enunciado, resulta extremadamente necesaria una atención oportuna y humanizada de las mujeres que llegan a los servicios en estas circunstancias.

En una investigación realizada sobre datos de 1987 de la mortalidad materna en Argentina, la Dra. Cortigiani y sus colaboradores encontraron un subregistro de un 40%^{6,7}. Al investigar sobre los abortos hospitalizados encontraron que:

"La revisión de la Historia Clínica permitió observar como un aspecto reiterado la utilización inadecuada de antibiotioterapia (tipo y dosis), mostrando una brecha importante entre el avance infectológico y la utilización de dichos conocimientos en las prácticas asistenciales".

Definiciones^{8,9}

Aborto es la interrupción de un embarazo antes de las 22 semanas, con un producto de la concepción eliminado con peso menor a 500 gr. Si es menor de 12 semanas, se denomina precoz y si ocurre entre las 12 a 22 semanas, se denomina tardío.

Las causas pueden ser múltiples, pero la mayoría de las veces, son muy difíciles de determinar. Es importante destacar que muchas gestaciones son interrumpidas por decisión de las mujeres. (Ver Anexo Uso de Misoprostol.)

Los estadios del aborto pueden ser clasificados en:

- Amenaza de aborto
- Aborto completo
- Aborto incompleto
- Aborto retenido
- Aborto infectado
- Aborto habitual

Diagnóstico y tratamiento en los distintos estadios del aborto^{8,9}

Amenaza de aborto:

- Se caracteriza por sangrado genital de pequeña o moderada intensidad, pudiendo existir dolores tipo cólicos, generalmente poco intensos.
- Al examen genital, el orificio interno del cuello uterino permanece cerrado, el volumen uterino es compatible con la edad gestacional y no existen signos de infección.
- La prueba inmunológica es (+).
- El examen ecográfico es normal, pudiendo encontrar un área pequeña de desprendimiento ovular.
- La indicación es reposo, utilización de analgésicos si hay dolor, evitar relaciones sexuales durante la pérdida sanguínea y concurrir en un lapso adecuado a la consulta prenatal.
- En caso de continuar con la sintomatología o surgir fiebre, dolor pelviano localizado o pérdidas sanguíneas con fetidez, proceder a su internación y tratamiento.

Aborto completo:

- Generalmente se produce en gestaciones menores de 8 a 10 semanas.
- El dolor y las pérdidas hemáticas cesan después de la expulsión del material ovular.
- El orificio interno del cuello (OCI) puede estar abierto o cerrado, y el tamaño uterino es menor a lo esperado a la edad gestacional.
- En la ecografía se observa la cavidad vacía o con imágenes sugestivas de coágulos.
- La conducta en este caso es observación y seguimiento para evaluar sangrado o posible infección. En caso de persistir el sangrado debe realizarse el legrado instrumental, bajo anestesia o aspiración manual endouterina (AMEU).

Aborto incompleto:

- El sangrado es mayor que en la amenaza de aborto y disminuye en el momento de la salida de los coágulos y restos ovulares.
- Los dolores son también más intensos y el OCI se encuentra abierto.
- La ecografía confirma el diagnóstico, pero no es imprescindible.
- En gestaciones de menos de 12 semanas por el tamaño uterino, se realizará si es posible la AMEU por ser una técnica más segura y más rápida.
- En caso de no tener implementada esta técnica, realizar el legrado uterino instrumental (LUI) bajo anestesia.

- En gestaciones mayores a 12 semanas por tamaño uterino, utilizar primero Ocitocina y luego las técnicas anteriormente nombradas.

Aborto retenido:

- En general, el aborto retenido cursa con regresión de los síntomas y signos de gestación.
- El OCI, se encuentra cerrado y no hay pérdidas sanguíneas.
- La ecografía revela ausencia de signos vitales o presencia de saco gestacional sin embrión (huevo anembrionado).
- Cuando el tamaño uterino es menor a 12 semanas de gestación utilizar la técnica de AMEU o legrado uterino instrumental (LUI).

Aborto infectado:

- Con frecuencia está asociado a manipulación de la cavidad uterina por uso de técnicas inadecuadas e inseguras.
- Estas infecciones son polimicrobianas y provocadas generalmente por bacterias de la flora vaginal, intestinal u oportunistas.
- Son infecciones graves y deben ser tratadas independientemente de la vitalidad del feto.
- Las manifestaciones más frecuentes son, sangrado genital con (o sin) olor fétido, acompañado de dolores abdominales o eliminación de material purulento por OCI.

• Al tactar a la paciente, esta puede referir dolor importante, debiendo pensarse siempre en la posibilidad de una perforación uterina, compromiso peritoneal o lesión de otro órgano.

Los siguientes estudios deben ser realizados de acuerdo a las características del cuadro clínico y las condiciones de la paciente:

- Hemograma con conteo de plaquetas.
- Coagulograma.
- Hemocultivo.
- Urea, Creatinina.
- Cultivo de secreción vaginal y material endometrial, incluyendo anaerobios.
- Rx de abdomen.
- Ecografía pelviana y de abdomen total.
- Tomografía para definir colecciones intracavitarias (eventualmente).
- En el tratamiento es fundamental el soporte de las condiciones vitales:
- Si la Hemoglobina (Hb) es inferior a 8 g%, transfundir sangre.
- Antibióticoterapia:
 - Ampicilina, 2 g I.V. cada 6 hs, más
 - Metronidazol, 500 mg. a 1 g I.V. cada 8 horas, más
 - Gentamicina, 3-5 mg/kg I.V. cada 24 hs.

Si la paciente ha mejorado y está afebril, a las 72 hs puede pasarse a Amoxicilina oral (500 mg cada 8 hs.) y Metronidazol vía oral, hasta totalizar 7 a 10 días.

Para su evacuación, en úteros menores a 12 semanas, se puede utilizar la técnica de AMEU, o el legrado uterino instrumental.

En ambos casos debe realizarse con infusión permanente de Ocitocina, 20 U en Dextrosa al 5%, cada frasco, a 28 gotas por minuto.

En casos más graves, acompañados de reacción peritoneal y que no responden a las 24hs. de tratamiento, debe realizarse laparotomía exploratoria, evaluando la posibilidad de histerectomía. La persistencia de fiebre después de los cuidados iniciales puede significar la presencia de abscesos pélvicos o tromboflebitis.

En el último caso evaluar la utilización de Heparina.

- Aborto habitual:
 - Se caracteriza por la pérdida del producto de la concepción, espontánea y consecutiva de 3 o más gestaciones antes de las 22 semanas.
 - Se considera primaria, cuando la mujer jamás consiguió una gestación a término, y secundaria cuando hubo una gravidez a término.
 - Deben explorarse causas hormonales, genéticas, infecciosas o malformaciones, antes de que la mujer decida una nueva gestación, derivándola al consultorio preconcepcional para su estudio y tratamiento.

Diagnóstico en el primer nivel de atención

Tipo de aborto	Datos clínicos
Amenaza de aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea secundaria. • Prueba inmunológica de embarazo positiva. • Presencia de vitalidad fetal. • Hemorragia de magnitud variable. • Dolor tipo cólico en hipogástrico de magnitud variable. • Volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente.
Aborto inevitable	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea. • Hemorragia abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico. • Puede haber o no dilatación cervical.
Aborto incompleto	<ul style="list-style-type: none"> • Expulsión parcial del producto en concepción. • Hemorragia y dolor tipo cólico de magnitud variable. • Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea.
Aborto en evolución o aborto inminente	<ul style="list-style-type: none"> • Expulsión inminente del tejido ovular. • Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia. • Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea. • Hemorragia persistente. • Dilatación cervical ostensible.

Tipo de aborto	Datos clínicos
Aborto completo	<ul style="list-style-type: none"> • Expulsión completa del producto de la concepción. • Disminución de la hemorragia y del dolor. • Es frecuente el cierre del orificio cervical.
Aborto diferido o huevo muerto retenido	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen uterino menor que por amenorrea. • Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardíacos fetales). • No hay modificaciones cervicales.
Aborto séptico	<ul style="list-style-type: none"> • Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto. • Existe escurrimiento intrauterino de secreción hematópurulenta a través del cérvix con olor fétido. • Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección. • Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdómino-pélvico a la movilización del cérvix y útero. • Alteraciones del estado general.

Tratamiento en primer nivel de atención

Tipo de aborto	Manejo
Amenaza de aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la actividad física, psíquica y sexual. • Reposo en cama. • Hidratación vía oral. • Puede administrarse analgésicos V.O. • Solicitar prueba de embarazo y los siguientes exámenes hemograma, glucemia en ayunas, examen general de orina, grupo sanguíneo y Rh (en caso de no estar en la HC) y VDRL. • Si continúa la hemorragia, referir a la paciente al segundo nivel de atención para su tratamiento.
Aborto incompleto Aborto en evolución Aborto inevitable Aborto diferido o huevo muerto retenido	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar para hospitalización para realizar aspiración manual endouterina o legrado uterino.
Aborto séptico	<ul style="list-style-type: none"> • Referir a la paciente al segundo nivel de atención independientemente de la edad gestacional. • Iniciar esquema de antibiótico con Ampicilina, 2 g I.V. cada 6 hs, más Metronidazol, 500 mg. a 1g I.V. cada 8 horas, más Gentamicina, 3-5 mg/kg I.V. cada 24 hs.

Diagnóstico y tratamiento en el segundo nivel de atención

Tipo de aborto	Manejo
Amenaza de aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización a todas las pacientes que continúan con hemorragia transvaginal. • Solicitar dosificación de fracción beta de hormona Gonadotrofina Coriónica y ultrasonido pélvico para valorar condiciones fetales, placentarias y cervicales. • Solicitar exámenes de laboratorio: hemograma, glucemia en ayuno, examen general de orina, grupo sanguíneo y RH, VDRL. • Hidratación oral o parenteral. • Administrar analgésicos.
Aborto diferido o huevo muerto Aborto incompleto Aborto en evolución Aborto completo Aborto inevitable	<ul style="list-style-type: none"> • Previa valoración clínica, se hospitalizará a la paciente independientemente de las semanas de gestación. • Se realizarán estudios básicos de laboratorio y ultrasonido para corroborar el diagnóstico y valorar la condición hemodinámica de la paciente. • Se realizará aspiración manual endouterina (AMEU) o legrado uterino instrumental (LUI) como procedimientos de primera y de segunda opción respectivamente: En abortos completos confirmar que la cavidad uterina está vacía y ante la duda manejarlo como aborto incompleto. En embarazos mayores de 12 semanas, se realizará legrado uterino instrumental de acuerdo al lineamiento de cada unidad de salud. • En caso de hemorragia abundante y dilatación cervical mínima, realizar la extracción del huevo por fragmentación. • Sugerir el mejor método anticonceptivo post aborto, previa orientación (consejería).

Tipo de aborto	Manejo
	<ul style="list-style-type: none"> • Si la paciente es Rh Negativa con anticuerpos irregulares negativos, gammaglobulina anti D, 1 ampolla. • Aplicar vacuna doble viral (rubéola-sarampión) si la paciente no la recibió previamente • Aplicar vacuna antitetánica/toxoide tetánica si no hay esquema completo de vacunación previo y documentado.

Procedimientos para el tratamiento del aborto incompleto

Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

Método por el cual el contenido uterino es evacuado a través de una cánula.

Lgrado Uterino Instrumental (LUI)

Procedimiento por el cual a través del cérvix y del uso de una cureta de metal se raspan las paredes del útero bajo anestesia general.

DIFERENCIA LUI – AMEU

VARIABLE	LUI	AMEU
Tasa de complicación/riesgo	Alta	Baja
Costo	Alto	Bajo (25% del costo del LUI)
Instrumental	Cureta metálica	Cánula de plástico semirígida
Dilatación cervical	Mayor	Mínima
Tipo de sedación	Anestesia general	Bloqueo paracervical
Personal mínimo requerido	Equipo médico con anestesista	Equipo médico
Estancia hospitalaria	Más prolongada	Menos prolongada
Ausencia del hogar	Probable	No

Protocolo para la orientación de las mujeres con complicaciones de aborto^{10, 11}

Propósito

Establecer un proceso de comunicación, facilitando un contacto directo y privado con las personas, que permita entender en forma más profunda su situación para identificar y responder a sus necesidades emocionales, clínicas y otras preocupaciones referidas a la salud, promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos así como la toma de decisiones basada en la elección libre e informada.

Líneas de acción

Al momento de recibir a una mujer con una complicación de aborto, se debe iniciar la prestación de servicios con información y orientación, optimizando todas las acciones durante su hospitalización. Por razones prácticas, se dividen en:

- Orientación previa al procedimiento.
- Orientación durante el procedimiento.
- Orientación posterior al procedimiento.

En cada uno de estos momentos, se deben aplicar los siguientes pasos:

1. Establecer una relación cordial.
2. Identificar las necesidades de la mujer.
3. Responder a estas necesidades.
4. Verificar la comprensión de los mensajes.

Resultado esperado

Usuarías informadas sobre su estado clínico, procedimientos a ser realizados y decisión libre e informada sobre sus opciones anticonceptivas.

Autorización firmada del consentimiento informado, como toda práctica hospitalaria.

Responsables

Equipo de médicos(as) especialistas, generalistas, obstétricas, licenciadas y auxiliares de enfermería, psicólogos(as) y/o trabajadores(as) sociales capacitados(as).

Trato y comunicación entre la mujer y el/la proveedor/a de servicios

El trato entre la mujer y el personal de salud, desde el momento en que llega al establecimiento de salud hasta que se le da de alta, influye en la satisfacción de la mujer sobre la atención que recibe, en su recuperación y en el auto cuidado después de que abandona el establecimiento de salud.

Cada miembro del equipo de salud puede contribuir al mejoramiento de la calidad de atención que reciben las mujeres, estimulando la comunicación abierta, asegurando la confidencialidad, privacidad de lo que expresan y manteniendo siempre un trato de apoyo humanizado y respetuoso hacia la mujer.

El trato y la comunicación entre la mujer y el personal de salud debe caracterizarse por:

- Respeto, apoyo y trato humanizado de su situación personal mientras se atienden sus necesidades clínicas inmediatas.
- Actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios.
- Actitud positiva del personal aplicando los elementos de la comunicación interpersonal, utilizando lenguaje sencillo.

- Un ambiente de confianza entre el personal de salud y las mujeres que solicitan la atención clínica.

- Respeto a la confidencialidad que necesitan las mujeres.

- Brindar información sobre su condición de salud, el retorno de su fertilidad y el autocuidado.

- Respeto por el derecho que tienen las mujeres para tomar decisiones sobre su salud y fertilidad.

- Responder a las inquietudes de las mujeres para que expresen libremente sus puntos de vista, dudas y preguntas.

a) Orientación previa al procedimiento

Pretende estructurar una relación en la cual la mujer pueda adquirir confianza, expresar sus sentimientos, temores, dudas, etc., y prepararla para el procedimiento proporcionándole información sobre el mismo.

El proveedor debe:

- Saludar, presentarse y preguntar el nombre a la mujer.

- Buscar un sitio tranquilo donde pueda hablar con privacidad y explicar que la conversación será confidencial.

- Sentarse a su lado, si la mujer está acostada.

- Si la mujer está acompañada, preguntar si ella desea hablar en privado o con la participación de su acompañante.

- Preguntar qué le pasó, cómo se siente, indagar sobre sus miedos, temores, su situación actual y escuchar atentamente la situación expuesta.

- Facilitar que la mujer considere sus propias necesidades y sentimientos dándole a conocer sus derechos sexuales y reproductivos para el ejercicio de los mismos.

- Informar sobre su responsabilidad con respecto al cuidado de su salud.

- Indagar la meta reproductiva y los métodos anticonceptivos que conoce/usa la mujer, o si desea quedar embarazada.

- Informar a la mujer a cerca de:

— Su condición física general.

— Los resultados de su examen físico y de las pruebas de laboratorio si las tiene.

— El tiempo necesario para el tratamiento.

— Procedimiento(s) a ser utilizado(s), así como sus riesgos y beneficios.

— La necesidad de referirla a otro centro si el caso lo requiere.

— El tiempo de hospitalización estimado.

- Hacer firmar la autorización de la mujer para su tratamiento. En caso de no estar en condiciones de otorgarla, es válida la firma de un miembro de su familia u otro adulto responsable.

b) Orientación durante el procedimiento

Consiste en acompañar y brindar apoyo emocional a la mujer para el manejo conductual del dolor, facilitando así la labor del proveedor.

El proveedor debe:

- En caso de contar con personal de apoyo (enfermera, auxiliar u otros) éste deberá brindar apoyo emocional a la mujer durante todo el procedimiento y practicar ejercicios de respiración o hablando de temas interesantes para ella (anestesia conductual).

- Informar a la mujer, en todo momento, los pasos que se realizan (no brindar detalles técnicos).

- En caso de que la mujer se hubiera decidido por un método anticonceptivo, confirme su decisión.

- Una vez concluido el procedimiento informe sobre los resultados, cuidados post procedimiento, señales de alarma y sobre el método anticonceptivo elegido.

c) Orientación post-procedimiento

Se realiza con el fin de verificar el estado emocional, indicar a la usuaria sobre los cuidados que debe tener, e informar sobre las señales de alarma y el uso de anticonceptivos.

El proveedor debe:

- Preguntar a la mujer cómo se siente.

- Brindar la siguiente información:

— Evitar tener relaciones sexuales hasta que cese el sangrado.

— Puede presentar dolor abdominal leve.

— El sangrado o goteo (no mayor al de una menstruación) disminuirá progresivamente hasta los 15 días.

— Identificación de señales de alarma: dolor abdominal intenso, sangrado abundante (mayor al de una menstruación), fiebre y/o escalofríos, malestar general y desvanecimiento.

— No debe colocarse ningún objeto dentro de la vagina (tampones) hasta que cese el sangrado.

— Puede quedar embarazada antes de su próxima menstruación, ya que el retorno a la fertilidad puede ocurrir entre 7 a 14 días (el retorno de la menstruación puede presentarse dentro de las 4 a 8 semanas siguientes).

— Fecha de retorno para su control.

- Verificar la comprensión de las características del método anticonceptivo elegido en caso de haber optado por alguno; asegurarle la provisión y la externación con el método.

- Informar, dónde y cómo obtener servicios y métodos anticonceptivos.
- Orientar a la mujer sobre los riesgos, en caso de desear un embarazo inmediatamente.
- Referir a la especialidad correspondiente, en caso de presentar patología concomitante a su aborto.

Protocolo para el tratamiento de la emergencia

Propósito

Brindar atención integral y resolver la hemorragia de la primera mitad del embarazo y sus complicaciones mediante las técnicas de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y/o Legrado Uterino Instrumental (LUI) con anestesia local o anestesia general.

Líneas de acción

Iniciar la atención de la emergencia con:

- Evaluación clínica de la usuaria e identificación de complicaciones.
- Determinar el tipo de manejo.
- Determinar el procedimiento y la técnica de evacuación uterina.

Resultado esperado

Usuaria con tratamiento especializado de acuerdo a su diagnóstico.

Responsables

Médicos especialistas y/o generalistas y/u obstétricas entrenados y capacitados para el manejo de las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo.

Capacidad resolutive mínima

Primer nivel de atención:

- En caso de hemorragia con compromiso del estado general, canalizar vena con Abbocath Nº 18 y administrar solución fisiológica 1000 ml, con una ampolla de 10 UI de Ocitocina a goteo continuo.

- Referir a la mujer a un centro con mayor capacidad resolutive (referencia acompañada).

Segundo y tercer nivel de atención:

- Canalizar vena con Abbocath Nº 18 y administrar solución fisiológica, 500 ml con una ampolla de 10 UI de Ocitocina a goteo continuo.

- Solicitar inmediatamente exámenes complementarios de laboratorio para realizar eventual transfusión sanguínea, descartar infección y si es necesario y se cuenta con el equipamiento, solicitar ecografía ginecológica.

- Efectuar evacuación uterina por AMEU o LUI de acuerdo a la norma.

Procedimiento:

Evaluación clínica de la mujer:

La evaluación de la mujer es de suma importancia antes de iniciar la evacuación uterina, para lo cual se deben considerar los siguientes pasos:

- Elaborar la historia clínica.
- Detectar y atender otras patologías.
- Evaluar estado emocional de la mujer que permita determinar el tipo de manejo del dolor.

— De acuerdo al diagnóstico del estado emocional de la usuaria se podrá utilizar, si se recurre al AMEU, además del bloqueo paracervical, la sedo analgesia administrando un analgésico o ansiolítico vía oral o intramuscular media hora antes del procedimiento.

- Indagar antecedentes de reacciones alérgicas a sustancias y medicamentos.
- Realizar un examen físico general y solicitar exámenes complementarios.

- Realizar palpación bimanual para determinar el tamaño real del útero, su posición y el grado aproximado de dilatación cervical.

- Diagnóstico clínico: Aborto completo o incompleto, en curso o diferido (retenido), inminente, séptico, embarazo molar, anembrionado y retención de restos placentarios.

- Identificar complicaciones: infección o sepsis, perforación uterina, laceración cervical, lesión intra-abdominal, alteraciones hemodinámicas (shock) y alteraciones hematológicas.

- Informar a la mujer sobre su condición física, el procedimiento y el propósito del mismo.
- Cumplir con las medidas para la prevención de infecciones.

- Determinar la técnica de evacuación uterina

- AMEU

- LUI

Aspiración manual endouterina (AMEU)^{7, 8, 9, 10}

Para realizar la AMEU, considerar las siguientes indicaciones, contraindicaciones y precauciones:

Indicaciones de AMEU

- Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina menor o igual a 12 cm y dilatación cervical menor o igual a 2 cm.

- Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.

- Aborto diferido de tamaño uterino menor o igual a 12 cm.

- En caso de mola hidatiforme, independientemente del tamaño uterino.

- Embarazo anembrionado y/o huevo muerto retenido con tamaño uterino menor o igual a 12 cm y dilatación cervical menor o igual a 2 cm.

- Biopsia de endometrio.

Contraindicaciones de AMEU

- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.

- Aborto incompleto o diferido con tamaño uterino mayor de 12 cm. o dilatación cervical mayor a 2 cm.

- Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.

Requerimientos

Equipamiento:

- Mesa ginecológica con pierneras.

- Mesa auxiliar.

- Taburete.

- Fotóforo.

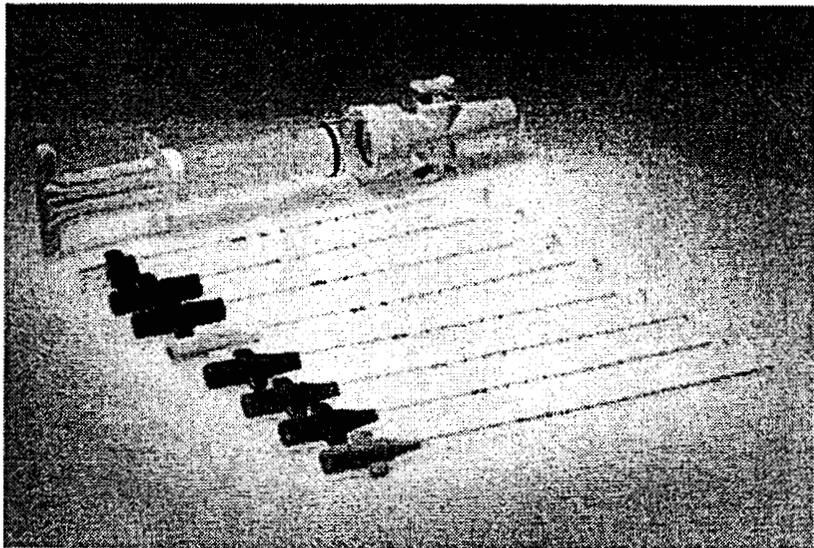
- Tubo de oxígeno, manómetro, máscara de oxígeno o bigotera.

- Bolsa de Ambú.

Instrumental:

- Una jeringa de válvula doble.

- Cánulas semirrígidas de 4 a 10 mm y de 12 mm de diámetro externo.



Jeringa de aspiración manual endouterina y cánulas.

- Bujías de Hegar

- Espéculo mediano.

- Pinza de cuello Pozzi.

- 2 Pinzas de Foerster recta de 25 cm (pinza aro larga).

- Bol.

- Riñonera.

- Extensor de aguja opcional.

Medicamentos:

(Algunos para uso de anestesia general, otros para anestesia paracervical)

- Antiespasmódico: Metil bromuro de Hioscina, u otros disponibles.

- Diazepam 5 mg/ 1 ml o Midazolam.

- Flumazenil

- Citrato de Fentanilo, 0,05mg/1 ml.

- Sulfato de Atropina 1 mg/1 ml.

- Lidocaina HCL al 2% sin epinefrina 10 ml.

- Naloxona 0,4 mg 1 ampolla.

- Difenhidramina 50 mg 1 ampolla.

- Epinefrina 0,4 mg 1 ampolla.

- Ocitocina 5 ui 1 ampolla.

- Solución salina o agua destilada 10 ml.

- Solución fisiológica 500 ml.

Insumos

- Silicona para lubricar la jeringa.

- Solución antiséptica (Iodopovidona).

- Gasas estériles de 5 x 7 cm (pequeñas) o torundas de gasa.

- Par de guantes estériles.

- Guantes de examinación descartables.

- Tres jeringas descartables de 5 ml con aguja 21 G x 1 y medio.

- Una jeringa descartable de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio.

- Balde plástico forrado internamente con bolsa roja de nylon.

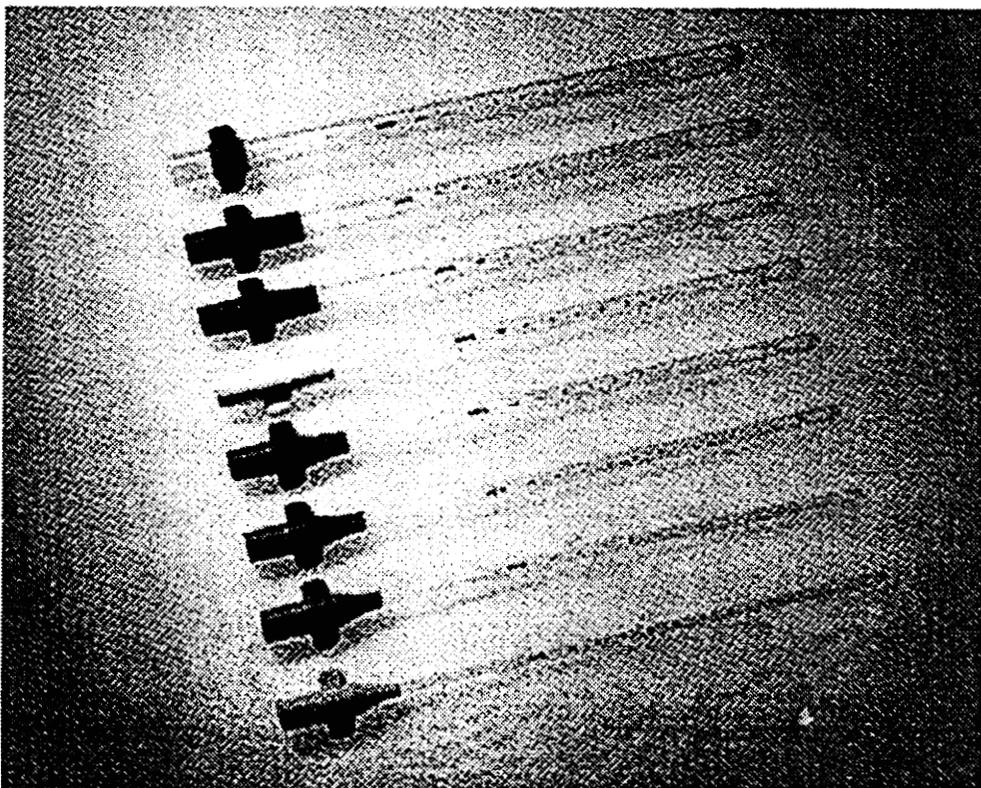
- Abbocath N° 18.

- Equipo de venoclisis.

Selección de la cánula:

- Se hará de acuerdo al tamaño del útero y al grado de dilatación cervical (cánula, generalmente 1 ó 2 diámetros menor que el tamaño del útero).

Las cánulas semi-rígidas se caracterizan por brindar la sensación táctil como la cureta metálica. Tienen el adaptador integrado (base-fija), en forma de asa por lo que no necesita ningún adaptador individual. Esto permite que se conecten directamente a la jeringa de válvula doble.



Juego de cánulas.

Preparación de la jeringa:

- Inspeccionar las jeringas y las cánulas: desechar inmediatamente las que tengan cualquier rotura visible.

- Revisar el émbolo y la válvula: el émbolo deberá estar colocado totalmente dentro del cilindro y con la válvula de seguridad abierta, con el (los) botón (es) de la válvula abierto (s).

- Cuando se utilice la jeringa sencilla, cerrar la válvula de seguridad empujando el botón hacia abajo y adelante hasta que se escuche que encajó en su lugar.

- Cuando se utilice la jeringa de válvula doble, empujar los dos botones de la válvula al mismo tiempo hacia adentro y adelante.

- Preparar la jeringa tomando el cilindro y tirando el émbolo hacia atrás hasta que los brazos de éste hagan un chasquido hacia fuera. Los brazos del émbolo deben estar totalmente asegurados sobre el borde del cilindro, de forma tal que el émbolo no pueda moverse hacia adelante involuntariamente. En la jeringa de válvula doble buscar la simetría entre la válvula de seguridad, la base del cilindro y el asa del émbolo.

- Revisar la jeringa antes de usarla para asegurar la tensión del vacío. Abrir la válvula de seguridad. Deberá escucharse una entrada de aire dentro de la jeringa, indicando que había vacío dentro de ésta. Desechar la jeringa si no mantiene el vacío.

- Volver a preparar la jeringa tomando el cilindro y tirando el émbolo hacia atrás hasta que los brazos de éste hagan un chasquido hacia fuera. Los brazos del émbolo deben estar totalmente asegurados sobre el borde del cilindro, de forma tal que, el émbolo no pueda moverse hacia adelante involuntariamente. En la jeringa de válvula doble buscar la simetría entre la válvula de seguridad, la base del cilindro y el asa del émbolo.

- Depositar la jeringa cargada en el área estéril lista para realizar el procedimiento.

Técnica

1. Preparación de la mesa auxiliar:

- Colocar un campo estéril que cubra toda la superficie de la mesa.

En el área distribuir el instrumental estéril:

- 1 Pinza aro.

- 1 Espéculo.

- 1 Pinza de cuello uterino (Pozzi).

- 1 Extensor de aguja.

- 1 Jeringa de 10 ml con Lidocaína diluida.

- 1 Riñonera.

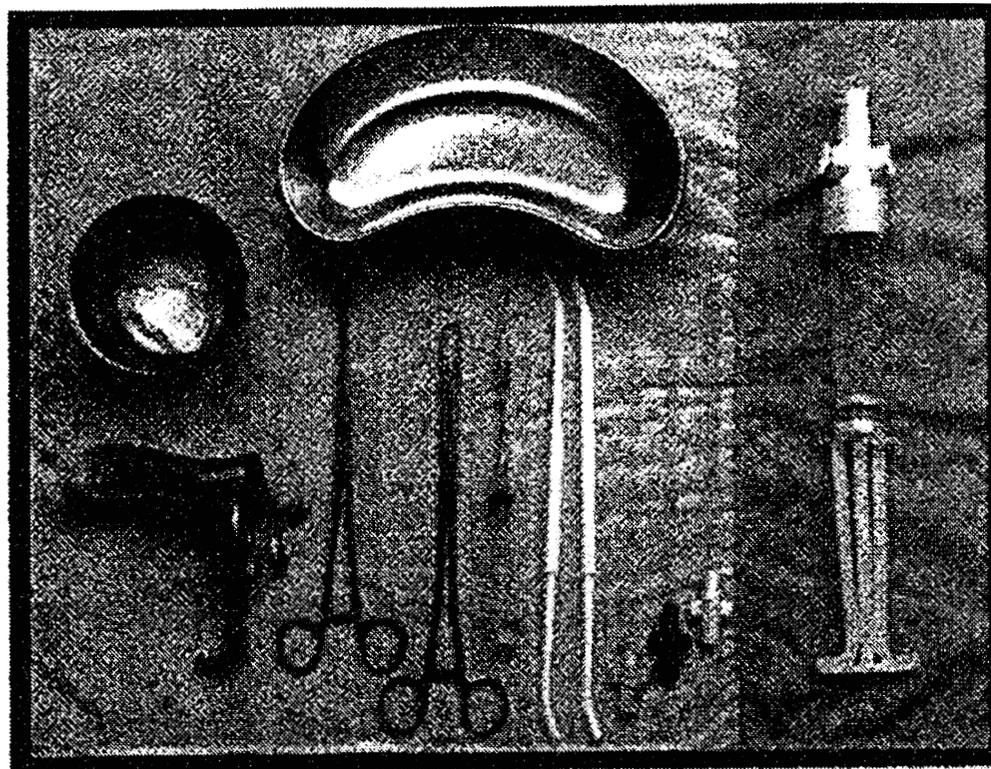
- 1 bol con antiséptico (Iodopovidona).

- 1 Juego completo de cánulas semi-rígidas.

- 1 Juego completo de bujías de Hegar.

- 10 Gasas.

- 1 Jeringa de AMEU.



Mesa auxiliar – Opción A

2. Preparación de la usuaria:

- Solicitarle que evacue la vejiga.

- Trasladarla a la sala de procedimientos.

- Pedirle que se coloque en posición ginecológica, cubriéndola con una sábana de acuerdo a técnica (no realice rasurado).

- Colocarse los guantes estériles descartables.

- Realizar antisepsia de la región vulvar con una gasa embebida en solución antiséptica.

- Realizar el examen pélvico bimanual para determinar el tamaño, posición y características del útero y la dilatación del cuello uterino.

- Desechar los guantes descartables.

- Lavarse cuidadosamente las manos.

- Colocarse los guantes estériles.

- Realizar analgesia parenteral sólo en el caso de que la medicación previa al procedimiento no haya sido suficiente para el manejo del dolor, de la siguiente manera:

— Canalizar una vena con Abbocath N° 18, administrar solución fisiológica 500 ml a 18/24 gotas por minuto.

— Administrar EV Diazepam 5 mg/ml 1 ampolla en forma lenta o Midazolam 0,5-1 mg lento e intermitente.

- Realizar el bloqueo paracervical:

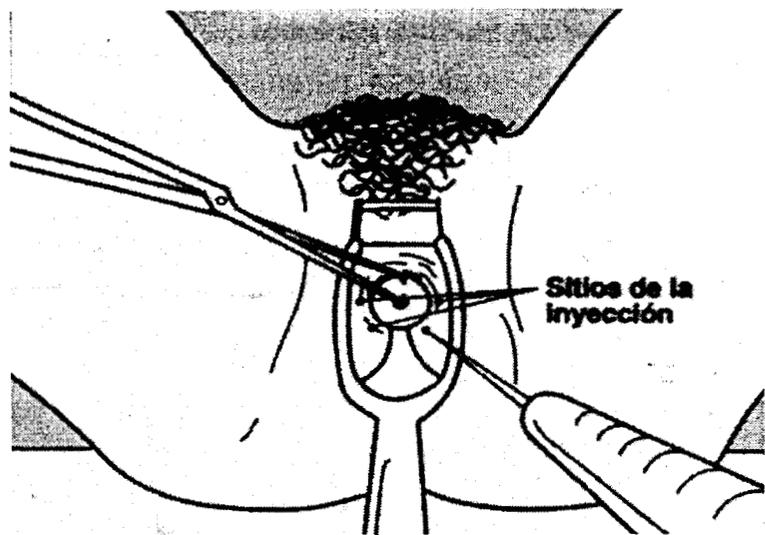
— En una jeringa de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio, cargar 5 ml de Lidocaína al 2% sin epinefrina más 5 ml de solución salina o agua destilada, o bien 10 ml de Lidocaína al 1%, para obtener la concentración de Lidocaína al 1%. Incorporar el extensor de aguja, si está disponible.

— Colocar cuidadosamente el espéculo vaginal adecuado para las características de la mujer.

— Realizar antisepsia del cuello uterino con una gasa embebida en solución antiséptica.

— Estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior de acuerdo a posición del útero con una pinza de cuello (Pozzi) y aplicar una suave tracción que permita observar el repliegue cérvicovaginal posterior.

— Aplicar el bloqueo paracervical en los puntos horarios 5 y 7 con aguja de punción lumbar N° 18, o si se cuenta con extensor de aguja se puede utilizar la misma aguja 21 G x 1 y medio.



Sitios de inyección en el bloqueo paracervical.

— Aspirar para verificar que no se está inyectando en un vaso. Administrar 1 ml para verificar probable reacción alérgica. De no existir, completar la aplicación lentamente.

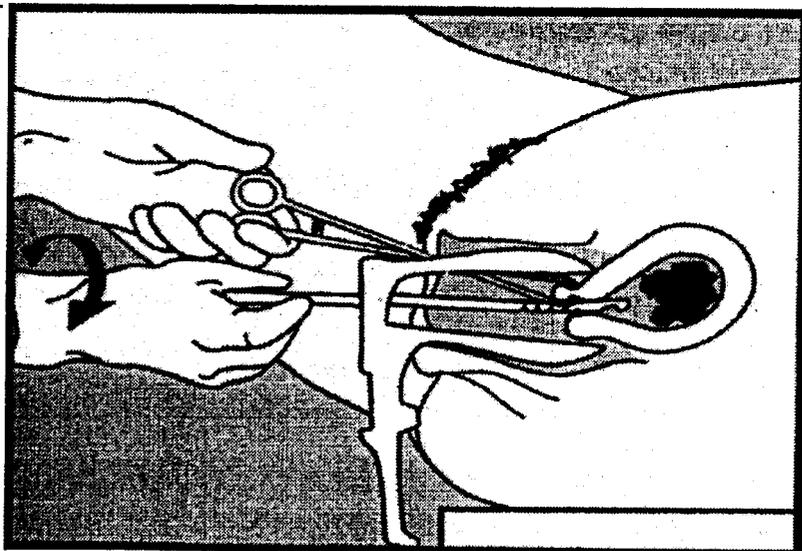
— Esperar 3 a 5 minutos hasta que haga efecto el anestésico.

3. Pasos de la AMEU

• Dilatar el cérvix uterino en los casos en que el cuello está cerrado, para permitir el paso de la cánula de acuerdo al tamaño del útero.

• Para introducir la cánula semirígida elegida tomarla por el extremo distal y empujarla suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno. Rotar la cánula con presión suave para facilitar la introducción.

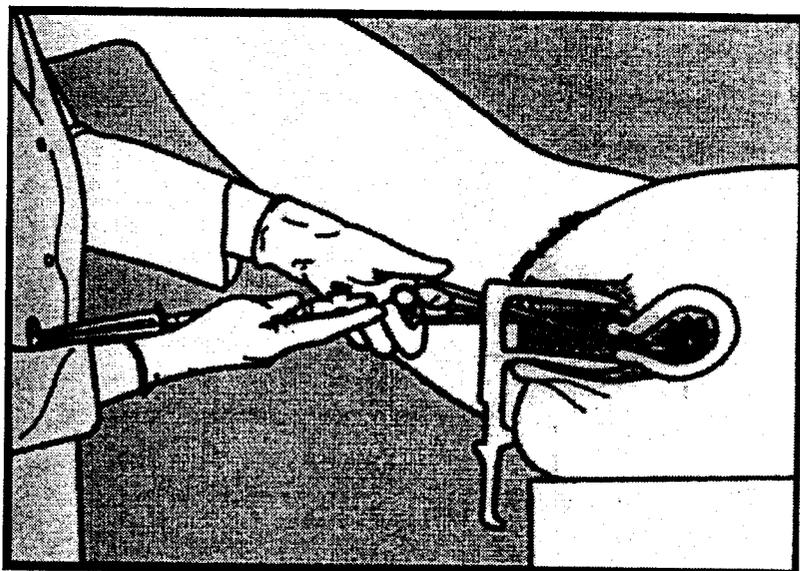
• Empujar la cánula suavemente hasta tocar el fondo de la cavidad uterina. Observar la profundidad uterina por los puntos visibles de la cánula y determinar la histerometría, el primer punto de la cánula se encuentra a 6 cm. del borde romo de la misma. Los otros puntos están a intervalos de 1 cm. Retirar un centímetro antes de conectar a la jeringa.



Introducción de la cánula.

• Tomar el extremo de la cánula que no entra en el útero con los dedos pulgar e índice y la jeringa con la otra mano.

• Conectar la cánula a la jeringa.

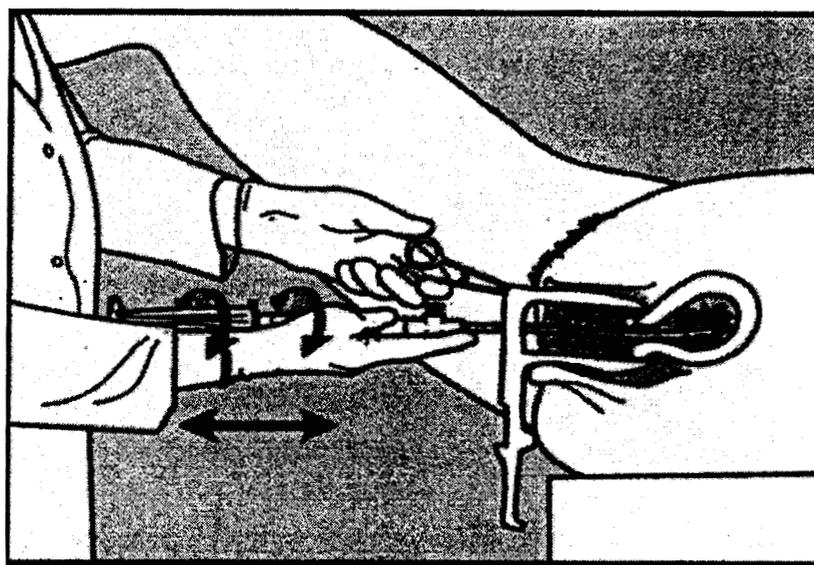


Conexión de la cánula a la jeringa.

• Asegurarse de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras conecta la jeringa.

• Soltar la válvula de seguridad de la jeringa y rotar 360 grados de la jeringa para distribuir el vacío en la cavidad uterina. Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia la jeringa.

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



Extracción del contenido uterino.

• Si la jeringa se llena de restos, cerrar la válvula, desconectar la jeringa de la cánula, dejando la cánula colocada dentro de la cavidad uterina (no empujar el émbolo hacia dentro cuando desconecte la jeringa).

• Abrir la válvula de seguridad y empujar suavemente el émbolo dentro del cilindro para vaciar el contenido de la jeringa en el recipiente o riñonera para inspeccionarlo.

• Restablecer el vacío, reconectar la jeringa a la cánula y continuar la aspiración, o conectar otra jeringa preparada con vacío para completar la aspiración.

• Verificar las señales de haber completado el procedimiento y desconectar la jeringa.

Las señales de haber completado el procedimiento de AMEU son:

- Se observa en la cánula espuma roja o rosada y no se ven más restos en la misma.
- Se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
- Se escucha el paso de la cánula por las superficies ásperas.
- El útero se contrae alrededor de la cánula dificultando su movilización.

• Inspeccionar el tejido para cerciorarse de haber extraído partes fetales y/o vellosidades coriales.

• Retirar la cánula y la pinza de cuello.

• Verificar que no exista sangrado en puntos de agarre de la pinza de cuello (Pozzi). En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.

• Retirar suavemente el espéculo.

• Depositar el instrumental metálico en el balde con solución de Hipoclorito de Sodio al 0,5%, para descontaminación.

• Aspirar la solución de hipoclorito en la jeringa y la cánula mínimamente 3 veces para asegurar que no queden restos en la cánula.

Manejo medicamentoso del dolor

• Anestésicos:

— Local (Bloqueo paracervical).

— Regional (Anestesia raquídea o peridural).

— General.

• Analgésicos:

— No narcóticos: Reducen la sensación de dolor.

— Narcóticos: Bloquean la transmisión del dolor e inducen estupor.

• Sedantes:

— Deprimen las funciones del SNC pero no reducen el dolor.

Anestésico más usado para el bloqueo paracervical

• Xilocaína o Lidocaína (1%).

— Duración: 60 a 90 minutos.

— Ventaja: Pocas reacciones alérgicas.

— Tiempo de latencia corto.

— Mejor efecto terapéutico 5-20 minutos después de administrada.

— Degradación hepática.

— Económico.

Complicaciones del bloqueo paracervical.

• Raras veces convulsiones y/o muerte por dosis excesivas o inyección en vena.

• Para minimizar los riesgos usar dosis eficaces bajas (10 ml al 1%).

• Aspirar antes de inyectar.

Efectos tóxicos

• Leves.

— Parestesias en labios y lengua.

— Sabor metálico.

— Mareo y aturdimiento.

— Zumbido de oídos.

— Dificultad para enfocar la vista.

• Severos.

— Somnolencia.

— Desorientación.

— Temblores.

— Convulsiones.

— Depresión o paro respiratorio.

Tratamiento de los efectos tóxicos.

• Leves.

— Esperar unos minutos, tranquilizar a la paciente y luego continuar con el procedimiento.

• Severos.

— Traslado a Terapia Intensiva. Administrar O₂ con máscara o Ambú, si hay convulsiones: Diazepam (1-5 mg en bolo y eventualmente dosis repetidas).

Reacciones alérgicas:

— Difenhidramina IV (25/50 mg).

— Shock anafiláctico: Traslado a Terapia Intensiva. Sostén hemodinámico. Adrenalina subcutánea (0,4 mg).

Analgésicos

• Narcóticos.

— Meperidina:

· 25-50 mg I.V. ó

· 50-100 mg I.M. 30 minutos antes del procedimiento o

· 100-150 mg V.O. 30-60 minutos antes del procedimiento.

— Antagonista:

· Naloxona 0,4 mg I.V.

• No narcóticos.

— Ibuprofeno:

· 400-800 mg VO, 30 a 60 minutos antes.

— Paracetamol:

· 500-1000 mg VO, 30 a 60 minutos antes.

Sedantes

• Diazepam:

— 5-10 mg I.V., lento e intermitente.

• Midazolam:

— 0,5-1 mg I.V., lento e intermitente.

• Antagonista:

— Flumazenil 0,2 mg I.V. (de ser necesario, repetir al minuto).

Pérdida del vacío

Si el vacío de la jeringa se pierde o disminuye es porque:

• La jeringa está llena.

• Cánula obstruida por restos.

• La cánula ha salido del orificio externo del cérvix.

• La cánula está mal adaptada a la jeringa.

• La dilatación cervical es mayor que la cánula seleccionada.

• Pudiera existir una perforación uterina.

Recuperación post AMEU

• Tomar los signos vitales mientras la mujer aún está en la mesa ginecológica.

• Permitir que la mujer descanse cómodamente donde pueda vigilarse su recuperación.

• Verificar que el sangrado y los cólicos uterinos hayan disminuido.

• Si la mujer es Rh (-), suministre Gamma-globulina anti Rh 1 ampolla, inmediatamente después del procedimiento o dentro de las 72 horas posteriores.

• Aplicar vacuna doble viral (rubeola-sarampión) y antitetánica si la mujer no las ha recibido previamente.

Criterios de alta

• Que la mujer esté estable.

• Pueda caminar sin ayuda.

• Asegurar que recibió información sobre su seguimiento y recuperación (información general, signos de alarma, visita de control y referencia a otro servicio en caso necesario).

• Recibió información sobre el método anticonceptivo seleccionado y dónde obtenerlo.

• Recibió información sobre otros servicios de salud sexual y reproductiva existentes y otros servicios.

• Derivar al servicio respectivo en caso de existir patología concomitante o necesidad de apoyo psicológico.

Lgrado Uterino Instrumental (LUI)

El LUI debe realizarse en ambiente quirúrgico con ANESTESIA GENERAL.

Indicaciones del LUI

• Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina equivalente a igual o menor a 22 cm de altura uterina.

• Aborto séptico 6-8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.

• Aborto diferido hasta las 22 semanas de gestación.

Contraindicaciones del LUI

• Falta de destreza para el manejo del procedimiento.

• Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo

Requerimientos del LUI

Equipamiento:

Sala de quirófano de acuerdo a norma de acreditación.

Instrumental:

• Caja metálica con tapa.

• Juego de curetas uterinas.

• Juego de dilatadores uterinos (bujías de Hegar) de 6 a 15 mm.

• Un espéculo de tamaños mediano y grande.

• Pinza de cuello (Pozzi).

• 2 Pinzas Foerster recta de 20 cm. (pinza aro larga).

• 1 Histerómetro.

• 1 Pinza de restos ovulares 240 mm.

• 1 bol para solución antiséptica (Iodopovidona).

Medicamentos necesarios:

• Tiopental Sódico 1 g (Uso exclusivo de Anestesiólogo).

• Citrato de Fentanilo 0,05 mg/ 1 ml E.V.

• Sulfato de Atropina 1 mg/1 ml.

• Ocitocina 20 UI / 500 ml.

• Solución fisiológica 500 ml.

Insumos:

• Solución antiséptica (Iodopovidona).

• Gasas estériles de 5 a 7 cm o torundas de gasa.

- Par de guantes estériles.

- Bata, barbijo, botas y gorra.

- Campos estériles.

1. Preparación de la paciente:

- Valoración pre-anestésica.

- Ayuno de 4 a 6 horas de acuerdo a condición clínica de la usuaria.

- No debe realizarse rasurado.

- Solicitar a la paciente que evacue la vejiga.

- Traslado al quirófano.

- Canalizar vía venosa con solución fisiológica 500 ml.

- Solicitar a la mujer que se coloque en posición ginecológica.

• Simultáneamente se debe preparar la mesa auxiliar, colocando un campo estéril que cubra toda su superficie.

- Lavado de manos con técnica quirúrgica.

• Colocarse ropa estéril y preparar el instrumental en la mesa auxiliar de acuerdo a técnica quirúrgica.

• Realizar un examen pélvico bimanual para determinar características del útero, tamaño, posición, y la dilatación del cuello uterino con guantes estériles.

- Desechar los guantes y colocarse otro par de guantes estériles.

- Realizar antisepsia de la región vulvo vaginal con una gasa embebida en solución antiséptica.

- Cubrir a la mujer con campos estériles.

- Consultar al anestesiólogo para iniciar el procedimiento.

- Colocar el espéculo suavemente en forma oblicua deprimiendo la pared posterior de la vagina.

- Realizar la antisepsia del cérvix uterino y vagina con solución antiséptica.

• Estabilizar el cérvix uterino tomando el labio anterior o posterior de acuerdo a posición del útero con una pinza de cuello (Pozzi) y traccionar suavemente para corregir el ángulo cérvico uterino.

- Realizar histerometría.

• Dilatar el cérvix uterino, en caso de que esté cerrado para permitir el paso de la legra, tomando el dilatador de menor tamaño por la parte media, e introducir el de menor calibre. Si el dilatador tiene dos diámetros, rotar al lado opuesto del mismo dilatador. Proceder de la misma manera con los siguientes dilatadores hasta un número de dilatador mayor que el diámetro de la legra que va a utilizar.

• Una vez elegido el tamaño de cureta a utilizar, introducir suavemente la misma a través del cuello hasta tocar el fondo del útero.

• Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la legra suave y lentamente de atrás hacia delante dentro de la cavidad uterina, raspando las paredes del útero en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos cuidando de no raspar muy profundamente para evitar secuelas posteriores, hasta percibir una sensación áspera cuando la legra se desliza sobre la superficie del útero evacuado.

- Verificar que la evacuación ha sido completa.

Las señales de haber completado el procedimiento de LUI son:

- Se observa la salida de espuma roja o rosada y no se ven más restos.

- Se percibe una sensación áspera cuando la cureta se desliza sobre la superficie del útero evacuado.

- Retirar la cureta muy suavemente.

- Verificar que no exista sangrado a través del cuello.

- Retirar la pinza de cuello (Pozzi).

• Verificar que no exista sangrado en los puntos de agarre de la pinza de Pozzi. En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.

- Inspeccionar el tejido cerciorándose de haber extraído partes fetales y/o vellosidades coriales.

- Retirar suavemente el espéculo.

- De ser necesario administrar una ampolla de Ocitocina 5 unidades/1 ml E.V.

- Enviar material para estudio anatomopatológico.

Recuperación Post LUI

- Vigilancia estrecha por el anestesiólogo hasta la recuperación de la conciencia.

- Tomar los signos vitales mientras la usuaria aún está en la mesa quirúrgica.

- Pasarla a sala de recuperación.

- Permitirle que descanse cómodamente donde pueda vigilarse su recuperación.

- Verificar que el sangrado y los cólicos uterinos hayan disminuido.

- Si la mujer es Rh (-), suministre Gamma-globulina anti Rh 1 amp, inmediatamente después del procedimiento o dentro de las 72 horas posteriores.

- Aplicar la vacuna doble viral (rubeola-sarampión) y antitetánica si la mujer no las tiene previamente.

Criterios de alta

- Cuando la paciente esté estable (se haya resuelto cualquier complicación).

- Pueda caminar sin ayuda.

• Recibió información sobre su seguimiento y recuperación (información general, signos de alarma, visita de control y referencia a otro servicio en caso necesario).

- Recibió información sobre el método anticonceptivo seleccionado o donde obtenerlo.

- Recibió información sobre otros servicios de salud sexual y reproductiva existentes y otros servicios.

• Derivar al servicio respectivo en caso de existir patología concomitante o necesidad de apoyo psicológico.

Identificación y tratamiento de las complicaciones del aborto		
Signos y Síntomas	Complicaciones	Tratamiento Inicial
<ul style="list-style-type: none"> • Escalofrío, fiebre mayor a 38,5 °C, sudoración, piel pálida y taquicardia. • Flujo vaginal fétido. • Dolor abdominal, dolor a la movilización uterina. • Signo de dolor por rebote. • Abdomen distendido. • Presión arterial baja. • Sangrado prolongado. 	<p>Infección o sepsis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar antibioticoterapia según esquema: • Ampicilina 1g IV cada 6 hs, más • Metronidazol 500 mg. a 1g IV cada 8 horas, más • Gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 hs. • Control de SV cada 30 minutos. • Control y registro de diuresis horaria. • Asegúrese de que la vía respiratoria esté permeable. • Canalizar vena con Abbocath, proporcionar líquidos por vía IV (Solución fisiológica 500 ml/ 42 gotas por minuto). • Administrar 20 UI de Ocitocina diluidas en 500ml de solución glucosada al 5% para 12 horas. • Si la paciente ha mejorado y está afebril, a las 72 hs puede pasarse a Ampicilina oral 500mg cada 6 hs. y Metronidazol vía oral hasta totalizar 7 a 10 días. • Si es necesario, aplique vacuna anti-tetánica / toxoide tetánico si no hay esquema previo de vacunación completo documentado. • Si es necesario administre Oxígeno y refiera a Unidad de Terapia Intensiva en caso necesario.
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso rápido. • Caída de TA. • Sangrado excesivo. • Antecedentes de manipulación previa. 	<p>Perforación uterina antes del procedimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar si existe lesión intra abdominal. • Evaluar la necesidad de realizar laparotomía. • Administrar líquidos por vía EV. • Administrar Ocitocina 20 UI. EV. Diluidas en 500 ml de solución glucosada al 5% goteo continuo. • Antibioticoterapia según anterior esquema de sepsis. • Observación de SV cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente. • Si las condiciones clínicas se estabilizan, concluir la evacuación uterina. En caso de no conseguir la estabilización realizar laparotomía exploratoria.
<ul style="list-style-type: none"> • El instrumento penetra más allá de lo esperado. • Sangrado excesivo durante el procedimiento. • Presencia de tejidos u órganos abdominales en los restos obtenidos. (grasa, epiplón, etc.). 	<p>Perforación uterina durante el procedimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar si existe lesión intra abdominal. • Evaluar la necesidad de realizar laparotomía. • Administrar líquidos por vía EV • Administrar Ocitocina 20 U l. EV diluidas en 500 ml de solución glucosada al 5% goteo continuo. • Antibioticoterapia según anterior esquema de sepsis.

Signos y Síntomas	Complicaciones	Tratamiento Inicial
		<ul style="list-style-type: none"> • Observación de SV cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente. • En caso de no conseguir la estabilización realizar laparotomía exploratoria.
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal, cólicos. • Abdomen distendido • Ruidos hidroaéreos disminuidos o ausentes. • Abdomen tenso y duro. • Dolor a la palpación Blumberg (+). • Náuseas y/o vómitos. • Dolor de hombro. • Fiebre. 	Lesión intra-abdominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que la vía respiratoria esté permeable. • Administrar oxígeno. • Sonda vesical para control de líquidos. • Administrar antibióticos. • Administrar soluciones EV. • Realizar laparotomía de preferencia con participación de cirujano general. • Observación de SV cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Pulso débil, rápido. • Presión arterial baja. • Palidez. • Respiración rápida. • Estado mental de inquietud, confusión o inconsciencia. 	Shock.	<ul style="list-style-type: none"> • Derivación a Unidad de Terapia Intensiva • Asegurar que la vía respiratoria esté permeable. • Administrar Oxígeno. • Administrar líquidos EV (sangre, si hace falta). • Colocar sonda vesical. • Determinar la causa del shock. • Proceder de acuerdo a la etiología.

Protocolo para anticoncepción post aborto

Propósito

Promover durante el proceso de atención integral del aborto, la anticoncepción post aborto, la cual debe ser ofertada respetando la elección libre e informada para prevenir los embarazos no deseados y la recurrencia abortiva fomentando la práctica de espaciamiento óptimo y facilitando el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos.¹²

Líneas de acción

- Orientar sobre las necesidades anticonceptivas identificando las metas reproductivas de las usuarias incluyendo la necesidad de la doble protección (Método anticonceptivo más profiláctico para protección de ITS).

- Informar y orientar sobre los métodos anticonceptivos y sus características en el post aborto remarcando la importancia de la elección informada.

- Informar dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos.

- Orientar sobre el retorno de la fertilidad.

Resultado esperado

Usuaría satisfecha con el método anticonceptivo entregado de acuerdo a su elección libre e informada.

Responsables

Personal capacitado en la oferta de métodos anticonceptivos: Médicos tocoginecólogos/ generalistas.

Capacidad resolutive mínima

Los tres niveles de atención que cuenten con capacidad instalada e insumos de anticoncepción y con personal capacitado.

Procedimientos

Trato y comunicación entre la mujer y el/la proveedor/a de servicios

- Informar que para efecto de la anticoncepción se debe considerar el día de la evacuación uterina como el primer día del ciclo menstrual.

- El post aborto puede ser una de las pocas oportunidades en que la mujer entra en contacto con el personal de salud.

- La anticoncepción post aborto debe incluir todos lo componentes esenciales de una buena atención.

- Es necesario recordar que la ovulación puede ocurrir luego de 11 a 14 días del aborto y que el 75% de las mujeres ovulan dentro de las primeras seis semanas posteriores al aborto.

- De preferencia la orientación sobre anticoncepción debe realizarse antes y después del procedimiento.

- La mujer debe ser externada con un anticonceptivo entregado y referida al programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Pautas para el comienzo de anticoncepción post-aborto¹³

Es recomendable aplazar el reinicio de relaciones sexuales hasta que cese la hemorragia genital y desaparezcan los signos de infección (si los hubiere) y otras complicaciones.

Las mujeres pueden quedarse embarazadas casi inmediatamente después de un aborto. A menudo la ovulación ocurre a las dos semanas tras un aborto del primer trimestre y a las cuatro luego de un aborto del segundo trimestre es por ello que la planificación familiar debe instituirse inmediatamente luego de ocurrido un aborto del 1º ó 2º trimestre de embarazo.

A continuación se detallan la forma de inicio de los diferentes métodos anticonceptivos:

1. Métodos de Abstinencia Periódica (Ogino, Knaus, sintotérmico, Billings)

Comenzar después del 1º sangrado espontáneo posterior al aborto.

Requiere de otro método alternativo (por ejemplo preservativo) o abstinencia total durante el período entre el aborto y el 1º sangrado espontáneo.

2. Anticoncepción Hormonal Oral Combinada de Bajas Dosis

Comenzar el mismo día de la intervención o al día siguiente. Esto es válido tanto para abortos del 1º como del 2º trimestre.

3. Anticoncepción Hormonal Oral sólo con progestágenos.

Comenzar inmediatamente después de la intervención. Esto es válido tanto para abortos del 1º como del 2º trimestre

4. Anticoncepción Hormonal Inyectable mensual o trimestral

La aplicación inicial debe ser inmediata (1º ó 2º día post-evacuación uterina). Esto es válido tanto para abortos del 1º como del 2º trimestre.

5. Preservativos (condones)

Uso sin restricciones. Su utilización debe ser simultánea al reinicio de relaciones sexuales post aborto.

6. Dispositivos intrauterinos (DIU)

La colocación debe ser inmediata, si no se presenta infección. Si su colocación debe postergarse, utilizar otra alternativa anticonceptiva. Postergar en caso de enfermedad trofoblástica gestacional.

7. Métodos vaginales

7.1 Espermicidas

Comenzar inmediatamente y en forma simultánea al reinicio de las relaciones sexuales.

7.2 Diafragmas y capuchones cervicales

Comenzar inmediatamente su utilización luego de un aborto del primer trimestre. En abortos del segundo trimestre se aconseja esperar aprox. 6 (seis) semanas hasta que el cuello regrese a su tamaño normal.

Recordar que...

La Consejería en Anticoncepción es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y la usuaria potencial y/o la usuaria activa, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva.

El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.

- La prestación de los servicios deberá otorgarse de una manera integral con calidad y calidez a toda la población.

- Garantizar que al brindar la información, orientación, consejería y servicios, éste sea en un ambiente privado, libre de interferencias y que la información personal proporcionada sea confidencial.

- Otorgar un trato digno, con respeto, consideración y atención.

- Considerar la opinión y los puntos de vista de los usuarios/as sobre los servicios prestados.

Es vital que toda mujer que ha tenido un aborto reciba consejería anticonceptiva antes de retirarse de la institución de salud.

Un abordaje humano, integral, que incorpore la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos facilitará la adopción de un método adecuado a las necesidades y preferencias de la mujer y evitará que quede expuesta nuevamente a un embarazo no planeado.

Protocolo de vinculación con servicios de salud sexual y reproductiva y salud integral

Propósito

Promover la atención integral de las usuarias refiriéndolas a otros servios de salud dentro de la propia institución o en la red de servicios, para cubrir las necesidades de salud clínicas, emocionales y otras preocupaciones de la mujer, fortaleciendo el sistema de referencia, contrarreferencia y de seguimiento.

Líneas de acción

- Referencia

- Contra-referencia

- Seguimiento

Resultado esperado

- Usuaría que accede y utiliza todos los servicios de salud sexual, reproductiva y salud en general.

Responsables

- Médico especialista, generalista y obstétricas.

Capacidad resolutive mínima

- Todos los niveles de atención.

Sistema de información y registro

- Formulario de referencia y contrarreferencia.

Procedimientos

- Servicios de salud reproductiva y de otros servicios:

- Información y promoción de servicios de ITS/VIH.

- Tamizaje, diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH.

- Identificación casos de anemia y tratamiento.

- Diagnóstico de infertilidad, orientación / consejería y tratamiento.

- Identificación de casos de cáncer y referir conforme sea necesario.

- Identificar víctimas de violencia sexual / o doméstica, dar tratamiento inmediato cuando sea necesario, y servicios de referencia y apoyo médicos/ sociales/ económicos.

- Información y orientación sobre hábitos saludables (nutrición e higiene).

- Mejorar el desempeño de los proveedores de servicio para resolver las complicaciones del aborto y otras necesidades de salud, incluyendo aquellas de los adolescentes y de otras poblaciones especiales de mujeres.

- Mejorar el mantenimiento de registros que contribuyen a la evidencia demostrando incremento en el acceso y utilización de servicios de atención integral a mujeres con complicaciones post aborto de alta calidad y a otros servicios de salud.

- Mejorar los sistemas de referencia y contra-referencia y los mecanismos de seguimiento de atención integral a mujeres con complicaciones del aborto y de otros servicios de salud.

ANEXOS

1. Derechos sexuales y reproductivos*

Si bien la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos adquirieron relevancia internacional en la década del ochenta, en nuestro país comenzaron a debatirse diez años después debido, básicamente, a dos motivos:

1. Las restricciones normativas con relación a la planificación familiar vigentes en la Argentina desde mediados de la década del setenta hasta mediados de los años ochenta.

2. La ausencia de un debate en la sociedad que ubicara en el centro de la agenda pública los intereses y derechos de las mujeres respecto de la sexualidad y la reproducción.

En 1985, la Cámara de Diputados ratificó por ley la Convención sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). En el artículo 10º de esta Convención, los Estados se comprometen a asegurar condiciones de igualdad en la educación para varones y mujeres, especialmente en cuanto al acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

En el artículo 16º del mismo documento, los Estados se comprometen a adoptar medidas que aseguren condiciones de igualdad entre varones y mujeres en lo que respecta al derecho de elegir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo de los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

Si bien tuvieron que transcurrir algunos años de reinstalar el régimen democrático, finalmente las normas restrictivas de las décadas anteriores fueron derogadas. A fines de 1986, mediante el Decreto Nº 2274, se dejó sin efecto el Decreto 659/74 y así se levantaron las prohibiciones que habían regido en los servicios públicos de salud y de obras sociales para la prescripción de métodos anticonceptivos. Sin embargo, este cambio normativo no supuso la inmediata ni generalizada implementación de acciones positivas.

La primera iniciativa de política pública no fue aprobada sino hasta 1988, por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y consistió en la puesta en marcha del Programa de Procreación Responsable, dirigido a suministrar información y asistencia en anticoncepción.

En 1994, la reforma de la Constitución Nacional implicó decisiones que resultaron clave para la defensa y la promoción de los derechos de las mujeres en nuestro país. La más importante fue la incorporación al texto constitucional (en el artículo 75º, inciso 22), de la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer –CEDAW–. De esta forma, los derechos consagrados en la CEDAW, así como las obligaciones del Estado para con su ejercicio, son de aplicación inmediata.

La interrupción voluntaria del embarazo es ilegal en la Argentina y está tipificada en el Código Penal como un delito contra la vida. Las penas previstas son de un mínimo de uno a cuatro años de reclusión o prisión a quien lo cause con consentimiento de la mujer, y un máximo, que podría elevarse hasta quince años, si el hecho tuviera lugar sin ese consentimiento y fuere seguido de la muerte de la mujer. Por su parte, la mujer que causase su propio aborto o consintiese que otro se lo cause puede sufrir una pena de prisión de uno a cuatro años.

* En base a información cedida por el CEDES.

El Código Penal establece dos circunstancias en las cuales el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible. La primera, si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; la segunda, si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente, requiriéndose el consentimiento de su representante legal.

En 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley que creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable, uno de cuyos principales objetivos era asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer sus pautas procreativas libre y responsablemente (artículo 1º). Este proyecto de ley perdió estado parlamentario a fines de 1997, debido a que la Cámara de Senadores se negó a darle tratamiento en los plazos previstos.

A partir de la apertura del debate público que provocó la discusión parlamentaria de esta ley en el plano nacional, de las acciones de sensibilización desarrolladas por el movimiento de mujeres, y de los acuerdos internacionales logrados en la IVª Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) así como en la Vª Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), se abrieron procesos de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva en diversas provincias y municipios del país.

En 1997, el Comité permanente instituido por la CEDAW con facultades de control, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones asumidas por los Estados-parte en el tratado, recomendó al gobierno argentino revisar la legislación sobre el aborto. El gobierno no respondió a esta recomendación en los años posteriores.

En otra iniciativa parlamentaria, en el año 2001, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción al proyecto de ley para crear el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

Luego de reiteradas dilaciones, el proyecto fue aprobado por la Cámara de Senadores en octubre de 2002 (Ley Nº 25.673). El Ejecutivo reglamentó esta Ley a través del Decreto Nº 1282/03, en mayo de 2003.

El Programa Nacional, destinado a la población general, tiene como objetivos:

— alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable a fin de que la población pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia;

— disminuir la morbimortalidad materna e infantil;

— prevenir embarazos no deseados;

— promover la salud sexual de los adolescentes;

— contribuir a la prevención y detección precoz de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y patologías génito-mamarias;

— garantizar el acceso universal a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; y

— potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsable.

Actualmente, la Ciudad de Buenos Aires y todas las provincias —con excepción de Salta— tienen leyes o programas de salud reproductiva. En todas estas jurisdicciones se está llevando adelante, con diferentes grados de implementación, el Programa Nacional (esto significa que se da información y consejería en los efectores y que hay distribución gratuita de insumos). Las Obras Sociales y Servicios de Medicina Prepaga, están obligados a brindar asesoramiento e insumos a sus asociados a raíz de la Resolución Nº 310 del año 2004.

2. Uso de Misoprostol

El presente anexo tiene como finalidad informar sobre las controversias, así como los conocimientos actualizados del uso del Misoprostol.

El Misoprostol es un análogo termoestable de la Prostaglandina E1 (PGE1) activo por vía oral y vaginal.¹⁴

Se utiliza para la prevención de úlceras gástricas producidas por antiinflamatorios no esteroides. En nuestro país se comercializa únicamente con ese fin asociado a diclofenac, en comprimidos con 200 µg de Misoprostol (Oxaprost®)

Su uso en mujeres embarazadas tiene múltiples controversias, según se verá más adelante.

Puede utilizarse en:

— Interrupción electiva de la gestación

— Inducción del parto

— Prevención de la hemorragia postparto

1. Interrupción electiva de la gestación:

El uso de Misoprostol para esta indicación no fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en USA sino hasta septiembre de 2000, cuando se permitió su comercialización asociado a Mifepristone, en un producto conocido como RU486.

En ese país, donde el aborto es legal, las mujeres pueden optar por usar esta droga para realizarse un “aborto médico”. El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ha efectuado recomendaciones favorables al respecto^{15, 16}.

En Inglaterra —donde el aborto también es legal—, el Royal Collage of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) recomienda el uso de Misoprostol como una droga segura y eficaz para la interrupción precoz de la gestación¹⁷.

El uso de Misoprostol asociado a Mifepristona para la interrupción voluntaria de la gestación presenta las siguientes características¹⁸:

- Debe ser usado en amenorrea de 49 días como máximo.

- Resulta eficaz en un 92-95%.

- En un 3-5% de los casos produce un aborto incompleto que requiere cirugía.

- En un 1-2% de los casos la gestación no se interrumpe.

Se describen efectos indeseados tales como: hemorragia, infección, riesgo de consecuencias emocionales a largo plazo y mayor frecuencia de malformaciones congénitas en aquellos casos en que la gestación no se interrumpa (ver luego).

En los países donde el aborto es ilegal, como en Brasil y Argentina, se está generalizando su uso como abortivo en forma no controlada, con dosis y vías diversas, recomendado por las propias mujeres o por distintos integrantes del equipo de salud.

En Argentina, el Departamento de Farmacovigilancia de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica —ANMAT—, recibió información sobre el uso indebido del Misoprostol, ya sea por vía oral o vaginal, lo que motivó la Disposición N° 3646/98: que exige: ... “unificar el modo de expendio bajo la condición de VENTA BAJO RECETA ARCHIVADA y agregar información adicional para los prospectos”...

Esta medida no limitó el acceso de la población a la droga. Solana y cols. en un trabajo reciente¹⁹, encontraron treinta sitios en Internet que ofrecen la droga fuera de los lugares de comercialización (Droguerías, Farmacias) —sin contar las páginas de contenido científico— y cinco sitios web sobre consultas de uso o disponibilidad del Misoprostol.

Anomalías congénitas asociadas al uso de Misoprostol:

Varios estudios asocian el uso de Misoprostol en el primer trimestre de la gestación a la aparición de anomalías congénitas. Habría una asociación causal entre el uso de esta droga y la aparición del Síndrome de Moebius. Los estudios más importantes provienen de Brasil²⁰, aunque también han comenzado a registrarse casos en nuestro país²¹.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes del Síndrome de Moebius son la parálisis de los pares craneanos (el Facial y el Motor Ocular Externo son los más frecuentemente afectados, seguidos por el Hipogloso y Glossofaríngeo), pie equino-varo, hidrocefalia y calcificaciones cerebrales.

La hipótesis sobre el mecanismo de producción es la disrupción vascular en el feto, producida por las intensas contracciones; la isquemia afectaría además a las células neuronales.

El Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) propone en su página web²² diversas medidas preventivas para evitar las malformaciones congénitas. Dentro del punto “Medicamentos” menciona sólo seis drogas que producen efectos adversos en el embarazo: Talidomida, Isotretinoína, Antiepiléticos, Hormonas, Cumarínicos y Misoprostol.

Respecto al Misoprostol enuncia:

“Como su uso más frecuente es como abortivo, el uso del Misoprostol en el primer trimestre de la gestación está vinculado a la falta de una planificación familiar efectiva y a la prohibición del aborto. Una mejor política de distribución de ingresos y la mejoría de las condiciones familiares serían más efectivos que los esfuerzos para controlar la venta de medicamentos”.

2. Inducción del parto

Una reciente revisión de Cochrane registró 26 trabajos donde se utilizó Misoprostol para inducir el parto o madurar el cuello uterino²³. Se concluye que el Misoprostol es más efectivo que la Prostaglandina E2 para lograr un parto vaginal y reduce el uso de Ocitocina, pero se asocia a una mayor incidencia de hipertensión y eventualmente rotura uterina y meconio en líquido amniótico. Estas complicaciones son más comunes cuando se utilizan dosis altas (mayores a 25 µg).

El RCOG no recomienda el uso de Misoprostol para la inducción del parto²⁴.

El ACOG afirma que el Misoprostol es una droga segura y efectiva para madurar el cuello e inducir el parto cuando se usa apropiadamente. Para minimizar los riesgos de rotura uterina o hiperdinamia propone las siguientes medidas:

— Dosis de un cuarto de tableta vaginal de 100 µg (aprox. 25 µg) como dosis inicial para la inducción del parto o la maduración del cuello en el tercer trimestre de la gestación.

— Las dosis no deben administrarse más frecuentemente que cada 3 a 6 hs.

— No debería administrarse Ocitocina antes de 4 horas luego de la última dosis de Misoprostol.

— El Misoprostol no debe usarse en mujeres con cesárea previa o con una cirugía uterina mayor.

3. Prevención de la Hemorragia postparto

En una revisión Cochrane sobre el uso de prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto²⁵, luego de analizar 17 trabajos se concluye que es preferible el uso de uterotónicos inyectables (Ocitocina), en lugar de prostaglandinas intramusculares o el Misoprostol como parte del manejo activo del tercer estadio del parto.

En situaciones en que los Ocitócicos no están disponibles, el Misoprostol puede ser una alternativa.

Bibliografía

¹ Winnikof B and Sullivan M. Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Studies in Family Planning* 18:128-143.1987

² Safe Motherhood Initiative, 2004 <http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm>.

³ UNFPA (<http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm>)

⁴ Aller Atucha L, y Pailles J. La práctica del aborto en la Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema. *Marketing Social*, Buenos Aires, 1996.

⁵ Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Hospitalarias. Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico, Serie N° 4, N° 18 y N° 19. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 1998 y 2002.

⁶ Cortigiani MR y cols. “Estudio de la Mortalidad materna. Análisis del subregistro de las muertes maternas en Capital Federal, Buenos Aires, Mimeo, 1986

⁷ Vinacur J y col La Mortalidad Materna en la Argentina, Serie 8, Análisis de datos N° 4. Buenos Aires, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 1987

⁸ OMS. Manejo de las complicaciones del embarazo y parto: Guía para obstétricas y médicos (IMPAC). OMS, 2002

⁹ Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetricia, normalidad y complicaciones en el embarazo*. Madrid, Marbán, 2000

¹⁰ Ministerio de Salud y Deportes, Dirección de Servicios de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bolivia. Manual de normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo. La Paz, Ministerio de Salud y Deportes, 2004

¹¹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. Guía de procedimientos en anticoncepción post evento obstétrico y aspiración manual endouterina (AMEU). Asunción, Ministerio de Salud y Bienestar Social, 2003

¹² Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2002.

¹³ OMS. Planificación Familiar postaborto: Guía práctica para administradores de programas, Cap.3. OMS,1997

¹⁴ Darney PD. Misoprostol: The boom to safe matherhood ...or not? Lancet 2001, 358: 682-683

¹⁵ American College Obstetricians and Gynecologist. Recommendations on Medical Abortions Issued to US Obstetrician-Gynecologists. www.acog.org/from-home/publications/press-releases

¹⁶ ACOG New Release: ACOG writes FDA on safety of misoprostol (oct 27,2000) www.acog.org/from-home/publications/press-releases

¹⁷ Royal College of Obstetricians and Gynecologist. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Guideliness. London, RCOG, 2000

¹⁸ Elul B, Hajri S, Nguyen thi Ngoc y col.: Can women in less developed country use a simplify medical abortion regimen? Lancet, 2001. 357: 1402-1405

¹⁹ Solana C, Dinerstein A, Rittler M, Scacchi M, Casaco G, Dericco ME. Acceso de la población al Misoprostol a través de Internet, Hospital MI Ramón Sardá, Libro resúmenes del Congreso de SOGBA, Mar del Plata, Argentina 2004.

²⁰ Gonzalez Ch, Marques-Dias MJ: Congenital abnormalities in Brazilian children associated with Misoprostol misuse first trimester of pregnancy, Lancet, 1998;351(9116):1624-7

²¹ Dericco ME, Scacchi M, Casaco G, Rojas M, Dinerstein A, Rittler M, Solana C. Asociación entre el complejo de Moebius y exposición a Misoprostol. Hospital MI Ramón Sardá. Libro resúmenes del Congreso de SOGBA, Mar del Plata, Argentina, 2004.

²² ECLAMC: <http://eclamc.ioc.fiocruz.br>

²³ Hofmeyr GJ, Gulmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and labour induction in late pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

²⁴ Royal College of Obstetricians and Gynecologist. RCOG Information Briefing on misoprostol (16 Feb 2001) www.rcog.org.uk/press-releases.asp.

²⁵ Gulmezoglu AM, Forna F, VillarJ, Hofmayer GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto (Rev. Cochrane traducida) En: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & sons, UTP