

2013 LINEAMIENTOS
SOBRE
POLÍTICAS
CLÍNICAS



naf

NATIONAL
ABORTION
FEDERATION



Lineamientos sobre Políticas Clínicas 2013

©2013 National Abortion Federation
1660 L Street, NW, Suite 450
Washington, DC 20036
www.prochoice.org

Se puede acceder a los Lineamientos sobre Políticas Clínicas de la Federación Nacional del Aborto en el sitio Web: www.guidelines.gov.

La Federación Nacional del Aborto es la asociación profesional de proveedores de aborto de América del Norte. Nuestra misión es garantizar la provisión de servicios de aborto seguro, legal y accesible que promuevan la salud y la justicia para las mujeres.

Agradecemos a Ipas México su apoyo para la revisión de este documento al español.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	iii
NOTA SOBRE EL FORMATO	v
QUIÉN PUEDE PROPORCIONAR UN ABORTO.....	1
CONSENTIMIENTO INFORMADO, EDUCACIÓN Y CONSEJERÍA PARA LAS PACIENTES.....	3
PREVENCIÓN DE INFECCIONES	5
PRUEBA DE Rh Y ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINA Rh.....	7
LIMITACIONES AL USO DE LA SONOGRAFÍA EN SERVICIOS DE ABORTO.....	9
ABORTO CON MEDICAMENTOS EN ETAPAS TEMPRANAS DEL EMBARAZO.....	13
ABORTO QUIRÚRGICO EN EL PRIMER TRIMESTRE	19
ACCIONES PREVIAS AL PROCEDIMIENTO	19
PROCEDIMIENTO	19
MANEJO DEL EMBARAZO DE LOCALIZACIÓN DESCONOCIDA	21
ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE POR DILATACIÓN Y EVACUACIÓN	25
ACCIONES PREVIAS AL PROCEDIMIENTO	25
PROCEDIMIENTO	25
ACCIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO.....	26
ABORTO CON MEDICAMENTOS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE	29
ANALGESIA Y SEDACIÓN	33
DEFINICIONES	33
PERSONAL Y MONITOREO	34
INSTALACIONES Y EQUIPO.....	36
ESPECTRO CONTINUO DE LOS NIVELES DE PROFUNDIDAD DE SEDACIÓN.....	38

DEFINICIÓN DEL ESTADO FÍSICO.....	39
USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL ABORTO.....	41
COMPLICACIONES: HEMORRAGIA.....	43
HEMORRAGIA PREVIA AL PROCEDIMIENTO	43
HEMORRAGIA PERIPROCEDIMIENTO.....	43
HEMORRAGIA TARDÍA.....	44
COMPLICACIONES: PERFORACIÓN	47
ATENCIÓN POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO.....	49
EVALUACIÓN DEL CONTENIDO EVACUADO DEL ÚTERO	51
MANEJO, ALMACENAMIENTO Y DISPOSICIÓN DEL TEJIDO FETAL.....	53
PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA PARA CENTROS DE SALUD QUE OFRECEN/PROPORCIONAN SEDACIÓN MÍNIMA.....	55

LINEAMIENTOS SOBRE POLÍTICAS CLÍNICAS PARA 2013

INTRODUCCIÓN

La misión de la Federación Nacional del Aborto (NAF, por sus siglas en inglés) es garantizar que la atención al aborto sea segura, legal y accesible y promueva la salud y la justicia para las mujeres. Parte importante de su labor es desarrollar y mantener lineamientos y normas basados en evidencia y educar a los proveedores en el uso de las técnicas y tecnologías más recientes. Los programas de la NAF permiten a las mujeres recibir servicios de aborto de la más alta calidad.

Como en versiones anteriores, la edición 2013 de los *Lineamientos sobre Políticas Clínicas* fue desarrollada por consenso y con fundamento en una revisión rigurosa de literatura médica relevante y en resultados observados en pacientes. Su propósito es ofrecer bases para asegurar niveles continuos de calidad, contribuir a la disminución de costos y servicios innecesarios, ayudar a proteger a los proveedores contra demandas por malas prácticas, proporcionar educación médica continua y promover la investigación.

Los *Lineamientos sobre Políticas Clínicas* de la NAF se publicaron por primera vez en 1996 y se actualizan anualmente; se basan en la metodología descrita por el Dr. David Eddy en *A Manual for Assessing Health Practices and Designing Practice Policies: The Explicit Approach* (Manual para evaluar prácticas de salud y diseñar políticas para la práctica: Un enfoque explícito). Los lineamientos sobre políticas clínicas se definen como una serie de enunciados desarrollados sistemáticamente que ayudan a pacientes y proveedores a tomar decisiones que redunden en una atención adecuada a la salud. Representan un intento por extraer la esencia de un enorme conjunto de conocimientos médicos y plasmarlos en un formato conveniente y fácil de usar.

Cuando se conocen los resultados de una intervención, las opciones de los proveedores son limitadas, pero cuando dichos resultados y/o cuando las preferencias de los pacientes por esos resultados son inciertas o variables, se debe proporcionar a los proveedores la flexibilidad de adaptar una política dada a casos individuales. Para ello, se puede contar con tres tipos de políticas en función a la flexibilidad deseada: normas, recomendaciones y opciones.

- 1) Las **NORMAS** se deben aplicar rigurosamente y se deben observar prácticamente en todos los casos. Habrá pocas excepciones y difíciles de justificar.
- 2) Las **RECOMENDACIONES** tienen el propósito de orientar; aunque no poseen la fuerza de las normas, debe existir una justificación clínica, documentada y racional en los casos en que no se cumplan. Permiten cierta flexibilidad en el manejo clínico.
- 3) Las **OPCIONES** son neutrales con respecto a una decisión terapéutica; simplemente expresan que existen distintas intervenciones y que se pueden elegir distintas opciones. Pueden contribuir al proceso educativo y no requieren justificación.

Los *Lineamientos sobre Políticas Clínicas* de la NAF incluyen, de ser necesario, una lista alfabética de referencias citadas y bibliográficas en cada sección, así como material de discusión sobre las áreas más controvertidas. Los lineamientos son documentos activos que se someten a revisión cada tres años o antes si se cuenta con nueva evidencia médica.

Nota: Los Lineamientos sobre Políticas Clínicas no pretenden educar a los integrantes de la NAF en cuestiones legales y regulatorias que podrían afectar la práctica del aborto. Se espera que administradores, personal y proveedores estén al tanto de su legislación local, estatal/provincial/territorial y nacional pertinente, de los requerimientos y limitaciones de sus responsabilidades individuales y del alcance de su práctica profesional. Se recomienda a los proveedores integrantes de la NAF asegurar que todo empleado tenga acceso a recursos adecuados de información y apoyo.

Referencias:

1. Eddy, DM. Clinical decision making: From theory to practice. Designing a practice policy: Standards, guidelines, and options. *JAMA* 1990, 263:3077.
2. Eddy, DM. A Manual for Assessing Health Practices and Designing Practice Policies: The Explicit Approach. Philadelphia: American College of Physicians, 1992.
3. Field, M & Lohr, K (Eds). *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
4. Garnick, D, *et al*. Can practice guidelines reduce the number and costs of malpractice claims? *JAMA* 1991, 266:2856.
5. Hadorn, D, *et al*. An annotated algorithm approach to clinical guideline development. *JAMA* 1992, 267:3311.
6. Hayward, RS, *et al*. Users' guide to the medical literature VIII: How to use clinical practice guidelines; A. Are the recommendations valid? *JAMA* 1995, 274:570.
7. James, BC. Implementing Practice Guidelines through Clinical Quality Improvement. *Frontiers of Health Services Management* 1993, 10: 1.
8. Leape, LL. Practice guidelines and standards: An overview. *Qual Rev Bull*. 1990, 161:42.
9. Meeker, CI. A consensus-based approach to practice parameters. *Obstet Gynecol* 1992, 79:790.
10. Walker, RD, *et al*. Medical Practice Guidelines. *West J Med* 1994, 161: 39.
11. Woolf, SH. Practice Guidelines: A New Reality in Medicine. I. Recent Developments. *Arch Intern Med* 1990, 150: 1811.
12. Woolf, SH. Practice Guidelines: A New Reality in Medicine. II. Methods of Developing Guidelines. *Arch Intern Med* 1992, 152: 946.
13. Woolf, SH. Practice Guidelines: A New Reality in Medicine. III. Impact on Patient Care. *Arch Intern Med* 1993, 153: 2646.

rev. octubre de 2010

NOTA SOBRE EL FORMATO

De acuerdo con lo presentado en esta publicación, las Normas, las Recomendaciones y las Opciones son de carácter jerárquico. Por consiguiente, se espera que las prácticas clínicas ofrezcan el mayor nivel de orientación disponible respecto a una situación determinada. Para aclarar las relaciones de Recomendaciones y/u Opciones subordinadas a Normas y/o Recomendaciones de mayor nivel, los lineamientos de la NAF se enumeran y formatean de acuerdo al siguiente esquema:

Dentro de cada tema principal, las Normas se enumeran de manera consecutiva (por ejemplo: Norma 1).

Las Recomendaciones también se enumeran consecutivamente dentro de cada tema principal. La numeración la expresan los números colocados a la derecha del punto decimal (por ejemplo: Recomendación 0.1). Cuando una Recomendación aparece a continuación de una Norma o se relaciona con ella, la Recomendación aparece con sangría debajo de la Norma y el número de esa Norma se presenta a la izquierda del punto decimal (por ejemplo: Recomendación 1.1). Cuando la Recomendación es independiente y no se relaciona con una Norma específica, no se usa sangría y se utiliza un cero a la izquierda del punto del decimal (por ejemplo: Recomendación 0.1).

Los números consecutivos que denotan a las Opciones dentro de cada tema principal se representan con el segundo número que aparece a la derecha del punto decimal (por ejemplo: Opción 0.01). Cuando una Opción se presenta a continuación de una Norma o Recomendación, aparece con sangría debajo de esa Norma o Recomendación y el número que la identifica es el que se encuentra a la izquierda del punto decimal. Si la Opción se relaciona con una Norma o Recomendación, aparece con sangría debajo de esa Norma o Recomendación y el número que la identifica es el primero que se encuentra a la derecha del punto decimal (por ejemplo: Opción 1.01, Opción 1.11, Opción 0.11). Cuando la Opción es independiente y no se relaciona con una Norma o Recomendación específica, no se usa sangría y aparecen ceros en esas posiciones (por ejemplo: Opción 0.01).

QUIÉN PUEDE PROPORCIONAR UN ABORTO

Política: El aborto es un procedimiento seguro cuando lo proveen profesionales calificados.

Norma 1: El aborto lo deben proveer profesionales autorizados,^A categoría que incluye a médicos de diversas especialidades, así como a parteras enfermeras, enfermeras especialistas, asistentes médicos, enfermeras tituladas y otros profesionales de la salud.

Recomendación 1.1: De exigirse por ley, se deberá conservar la documentación donde se especifiquen los privilegios de los profesionales de acuerdo al alcance de la práctica de cada uno de ellos.

Norma 2: Todo proveedor que proporcione un aborto debe haber recibido una capacitación eficiente en atención al aborto que incluya la prevención, el reconocimiento y el manejo de complicaciones.

Recomendación 0.1: Se recomienda contar con servicios de referencia adecuados para pacientes que no puedan recibir atención de parte de un profesional en el centro de salud al que acudan.^B

rev. diciembre de 2011

^A El término “autorizado” se utiliza para indicar que una persona se encuentra facultada por ley para desempeñar su profesión en el lugar donde se lleva a cabo la práctica. Existen distintas leyes en los Estados Unidos, Canadá y la ciudad de México.

^B Dichos servicios podrían incluir la Línea de Referencias de la NAF.

CONSENTIMIENTO INFORMADO, EDUCACIÓN Y CONSEJERÍA PARA LAS PACIENTES

Política: Obtener el consentimiento informado de la paciente y determinar si tomó libremente la decisión de someterse a un aborto, son partes esenciales del proceso de aborto.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Norma 1: El profesional debe asegurarse de que personal adecuado tenga una plática con la paciente durante la cual se proporcione información precisa sobre el procedimiento y sus opciones, así como sobre los posibles riesgos y beneficios. Se debe ofrecer a la paciente la oportunidad de recibir a su entera satisfacción respuesta a todas sus preguntas antes de la intervención.

Opción 1.01: Dicha información se puede proporcionar individualmente o en sesiones de grupo.

Norma 2: Se debe documentar que la paciente dice entender el procedimiento y sus opciones, así como los posibles riesgos y beneficios, y que su decisión es voluntaria.

EDUCACIÓN Y/O CONSEJERÍA PARA LAS PACIENTES

Norma 3: Se debe ofrecer a toda paciente la oportunidad de tratar en privado aspectos e inquietudes relacionados con su aborto.

Norma 4: Las pacientes se deben someter al aborto lo más rápidamente posible, de conformidad con prácticas médicas adecuadas.

Norma 5: El centro de salud debe contar con información sobre procedimientos clínicos, atención postaborto y anticoncepción y ponerla a disposición de las pacientes.

Norma 6: Debe tomarse toda precaución posible, dentro de lo razonable, para garantizar la confidencialidad de la paciente.

Discusión: El consentimiento informado y la consejería para pacientes de aborto son dos procesos diferentes. El objetivo del primero es asegurar que la decisión de la mujer sea voluntaria e informada y obtener el permiso legal para la realización del aborto.

El servicio de educación o consejería consiste en hablar con la paciente sobre sus sentimientos e inquietudes y puede incluir apoyo para la toma de decisiones y la elección de métodos anticonceptivos, clarificación de valores o servicios de referencia a otros profesionales de la salud. Se recomienda contar con la posibilidad de referir a la mujer a servicios comunitarios en caso necesario o cuando sus necesidades rebasen las habilidades del personal clínico.

Cuando un tercero esté relacionado con el pago de un aborto, se le deberán proporcionar algunos datos confidenciales. De conformidad con leyes y reglamentos aplicables, podría ser necesario informar a la paciente que se revelarán algunos de sus datos y obtener su autorización para ello.

Referencias:

1. Baker, A. *Abortion and Options Counseling: A Comprehensive Reference*. Granite City, Illinois: The Hope Clinic for Women, 1995.
2. Benson Gold, R. & Nash, E. State abortion counseling policies and the fundamental principles of informed consent, *Guttmacher Policy Review*, 2007, 10(4), 8-13.
3. Needle, R. & Walker, L. *Abortion Counseling: A Clinician's Guide to Psychology, Legislation, Politics, and Competency*. Springer Publishing Co., 2008.
4. Baker, A, et al. Informed Consent, Counseling and Patient Education. In Paul, M. et al. (Eds.), *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999.

rev. octubre de 2011

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

Política: El personal de salud y sus pacientes corren el riesgo de exponerse a patógenos de transmisión sanguínea y a materiales potencialmente infecciosos. Dichos materiales pueden llegar a las pacientes cuando no se observan controles adecuados de ingeniería y prácticas de trabajo que eliminen dicho riesgo.^A

Norma 1: Deben establecerse y observarse planes de control de exposición, de conformidad con reglamentos locales, estatales/provinciales/territoriales y federales aplicables.

Discusión: Las políticas de agencias regulatorias (véase Referencias) pueden ayudar a desarrollar planes para proteger al personal y a las pacientes contra la exposición a materiales potencialmente infecciosos. Dichos planes deben incluir técnicas adecuadas para recolección, etiquetado y desecho de materiales biológicos peligrosos y para el procesamiento de instrumental. Las clínicas deben proteger a empleados y pacientes contra la exposición inadvertida a materiales biológicos peligrosos. Deben proporcionar sin costo para los empleados equipo de protección personal, programas de capacitación anual y vacunas contra la hepatitis B. Asimismo, se deberían ofrecer evaluaciones después de la exposición, profilaxis (según el caso) y seguimiento a pacientes o personal expuestos para protegerlos contra cualquier agente potencialmente infeccioso, sin importar el origen del mismo.

Referencias:

1. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Universal Precautions and Routine Practices (2011). Available at: <http://www.ccohs.ca/oshanswers/prevention/universa.html>.
2. Centers for Disease Control, U.S. Department of Health and Human Services (2003). Exposure to blood: What healthcare personnel need to know. Available at: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/bbp/Exp_to_Blood.pdf.
3. Centers for Disease Control, U.S. Department of Health and Human Services (July 2011). Infection Prevention Checklist for Outpatient Settings: Minimal Expectations for Safe Care. Available at: <http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/ambulatory-care-checklist-07-2011.pdf>.
4. Claflin, N, Hayden, C (1998). National Association for Healthcare Quality Guide To Quality Management, Glenview, IL.
5. Occupational Safety and Health Administration, U.S. Department of Labor (last reviewed 2011). Blood borne pathogens and needlestick prevention. Available at: <http://www.osha.gov/SLTC/bloodbornepathogens/index.html>.
6. Occupational Safety and Health Administration, U.S. Department of Labor (2001; last amended April 2012) Standard 1910.1030: Blood borne Pathogens. Available at: http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadispl.show_document?p_table=STANDARDS&p_id=10051.

^A Control de ingeniería: Tecnología y equipo disponibles que aíslan o eliminan riesgos del lugar de trabajo, tales como contenedores de desecho de objetos punzocortantes.

Control de prácticas de trabajo: Cambio en la manera de efectuar una tarea para reducir la probabilidad de exposición de los empleados a sangre o a materiales potencialmente infecciosos.

7. Ontario Hospital Association (2010). Blood-Borne Diseases Surveillance Protocol for Ontario Hospitals. Pub#206. Available at:
<http://www.oha.com/Services/HealthSafety/Documents/Blood%20Borne%20Diseases%20Protocol%20-%20Reviewed%20and%20Revised%20November%202012.pdf>.
8. Public Health Ontario. Best Practices for Cleaning, Disinfection and Sterilization of Medical Equipment/Devices in All Health Care Settings (2010). Available at: <http://www.oahpp.ca/resources/pidac-knowledge/>.
9. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. 51(RR16); 1-44.

rev. septiembre de 2012

PRUEBA DE Rh Y ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINA Rh

Política: La aloimmunización Rh podría poner en peligro la salud de un embarazo subsiguiente.

Norma 1: Para toda mujer que se someta a un aborto, se debe documentar si son Rh positivas o negativas.

- Ese dato se puede obtener mediante pruebas realizadas en el centro de salud o por proveedores externos.
- No es necesario realizar una prueba para descartar la presencia de Du (“D débil”). Tampoco se requieren pruebas para determinar la presencia de antígenos eritrocitarios con excepción del antígeno D (Rho).

Opción 1.01: Se consideran aceptables para la realización de pruebas en el centro de salud los métodos aprobados que empleen portaobjetos/tubos de ensayo/gotas de sangre.

Norma 2: No se requieren pruebas adicionales para sensibilización ni para detectar otros anticuerpos en pacientes que se sometan a la interrupción del embarazo.

Norma 3: Se debe ofrecer y documentar la administración* de inmunoglobulina Rh a las mujeres con Rh(-).

Norma 4: Si no se administra inmunoglobulina Rh en el centro de salud, se requerirá contar con alguno de los siguientes documentos:

- Exención de responsabilidad firmado por la paciente que se rehúsa a recibir inmunoglobulina Rh;
- Documentación que confirme que la paciente hizo otros arreglos para su administración

Discusión: A la fecha no se cuenta con datos que respalden que omitir la administración de inmunoglobulina Rh es una práctica segura en embarazos muy tempranos (menos de ocho semanas) o que indiquen daños asociados a dicha administración. A menos que se cuente con ese tipo de información o hasta que se encuentre disponible, las Normas sobre la Prueba de Rh de la NAF se deben aplicar a embarazos en cualquier etapa de gestación.

*En pacientes con Rh(-), la inmunoglobulina Rh se administra mediante una inyección intramuscular estándar; algunos médicos la inyectan en el cuello uterino.

Referencias:

- ACOG practice bulletin. Prevention of Rh D alloimmunization. Number 4, May 1999. *Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists*. American College of Obstetrics and Gynecology.
- Baskett, TF. Prevention of Rh alloimmunization: A cost-benefit analysis. *Can Med Assoc J* 1990, 142:337.

3. Bowman, J. *The prevention of Rh immunization. Transfusion Med Rev* 1988, 2:129.
4. Chavez, GFP. Epidemiology of Rh hemolytic disease of the newborn in the United States. *JAMA* 1991, 263:3270.
5. Commentary: Immunoprophylaxis for Rhesus disease - Expensive but worth it. *Brit J Obstet Gynecol* 1991, 98:509.
6. Gibble, JW. Maternal immunity to red cell antigens and fetal transfusion. *Cl Lab Med* 1992, 12:553.
7. Jabara, S. Barnhart, K. Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion? A review. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188 (3): 623-7. Review.
8. Roberts, H. The use of anti-D prophylaxis in the management of miscarriage in general practice. *Health Bull* 1991, 49:245.
9. Socol, M. Northwestern University Hospital, MFM. Personal communication.

rev. diciembre de 2011

LIMITACIONES AL USO DE LA SONOGRAFÍA EN SERVICIOS DE ABORTO

Política: El uso adecuado del ultrasonido puede orientar la toma de decisiones clínicas y mejorar la seguridad y eficacia de los servicios de aborto.

Norma 1: Los miembros del personal que realicen estudios de ultrasonido y los proveedores que los interpreten deben mostrar documentos que confirmen que han concluido el programa de capacitación correspondiente o deberán capacitarse mediante un curso desarrollado por el centro de salud donde laboren. La capacitación debe incluir un periodo de supervisión directa. Se debe conservar la documentación de la capacitación recibida y después del programa inicial se deberá implantar y documentar un sistema de evaluación continua de habilidades.

Opción 1.01: El CD-ROM de Capacitación en el Uso de Ultrasonido en los Servicios de Aborto, desarrollo por ARMS, NAF y CAPS, es un buen recurso de capacitación y se puede utilizar como parte de cualquier programa.⁵

Norma 2: Se debe contar con un sistema de privilegios clínicos para personal que realice exploraciones ecográficas y proveedores que las interpreten. El sistema debe incluir la revisión y renovación periódica de los privilegios.

Norma 3: Se debe informar a las pacientes sobre el propósito y limitaciones de los estudios de ultrasonido utilizados como parte de los servicios de aborto.

Opción 3.01: Dicha información se proporcionará por escrito y se podría solicitar a la paciente que firme un formato como acuse de recibo de la misma.

Norma 4: Los hallazgos de todos los estudios de ultrasonido y su interpretación se deben incluir en el archivo médico, junto con fotografías o imágenes ecográficas almacenadas mediante cualquier otro método.³ La documentación debe incluir también el nombre del miembro o miembros del personal que realizaron e interpretaron el estudio.

Recomendación 4.1: Se recomienda utilizar un formato estándar para documentar los hallazgos y la interpretación de los estudios.

Norma 5: Durante el primer trimestre, el estudio de ultrasonido debe incluir lo siguiente:

- examen completo del útero, incluidos cortes en los planos longitudinal y transversal;
- mediciones para documentar la edad gestacional;
- vistas para documentar la localización del embarazo;
- determinación del número de fetos, y
- determinación de la presencia o ausencia de actividad cardíaca fetal.

Recomendación 5.1: De ser indicado desde el punto de vista clínico, se recomienda realizar y documentar una evaluación de las demás estructuras pélvicas (i.e. anexos del útero y fondo de saco).

Recomendación 5.2: Se recomienda contar con tecnología para realizar exámenes abdominales y transvaginales.

Norma 6: En el segundo trimestre, el estudio de ultrasonido debe incluir lo siguiente:

- mediciones fetales para documentar la edad gestacional;
- vistas para documentar la localización intrauterina del embarazo;
- determinación del número de fetos;
- determinación de la presencia o ausencia de actividad cardíaca fetal, y
- ubicación de la placenta.

Recomendación 6.1: Si se sospecha placenta previa en una paciente con cicatriz uterina previa o la existencia de otra anomalía placentaria, se debería referir a la paciente para estudios más detallados de imagenología diagnóstica.

Norma 7: Se debe contar con un procedimiento para referir o evaluar más detalladamente a una paciente en quien no se haya identificado plenamente un embarazo intrauterino o para la cual los hallazgos iniciales del ultrasonido pudieran afectar el manejo del aborto o la atención que se le proporcione en el futuro.

Norma 8: Se deben utilizar ecógrafos que operen en tiempo real y se les debe calibrar y dar mantenimiento de manera adecuada.

Norma 9: Los transductores de los ecógrafos se deben desinfectar antes de examinar a una nueva paciente de acuerdo con las normas aplicables de control de infecciones.⁴ Se deben tomar precauciones adecuadas para proteger tanto al personal como a las pacientes contra la posible toxicidad de los agentes químicos.

Discusión: El uso de ultrasonido no es un requerimiento para la provisión de servicios de aborto en el primer trimestre. Sin embargo, al paso de los años y en especial en escenarios de mayores recursos, se le ha utilizado de manera generalizada. Cumplir con las normas de la NAF sobre las limitaciones del uso de ultrasonido dentro de los servicios de aborto mejorará la precisión y confiabilidad de los hallazgos ecográficos para ese fin y por ende la calidad de la atención.

Según el Instituto Americano del Ultrasonido en Medicina (AIUM, por sus siglas en inglés), en colaboración con el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y el Colegio Americano de Radiología (ACOG y ACR, por sus siglas en inglés, respectivamente),³ se realiza un “examen ecográfico limitado” cuando se requiere investigar una cuestión específica. Además de usarse para

determinar la edad y ubicación gestacionales, el examen limitado también puede resultar de utilidad en la atención intraprocedimiento y postaborto, bajo ciertas circunstancias.^A

Referencias:

1. ACOG Practice Bulletin # 101, February 2009: Ultrasonography in Pregnancy. American College of Obstetrics and Gynecology.
2. AIUM Official Statement: Limited Obstetrical Ultrasound. Approved November 2009. American Institute of Ultrasound in Medicine.
3. AIUM Practice Guideline for the Performance of Obstetric Ultrasound Examinations. 2007. American Institute of Ultrasound in Medicine.
4. AIUM Guidelines for Cleaning and Preparing Endocavitary Ultrasound Transducers Between Patients. 2003. American Institute of Ultrasound in Medicine.
5. Deutchman M, Reeves M, M Fjerstad et.al. Ultrasound in Abortion Care Training Program (CD-ROM and Workbook). 2007. Affiliates Risk Management Services, Inc.
6. Menihan, CM. Limited Sonography in Obstetric and Gynecologic Triage. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1998.
7. Nursing Practice Competencies and Educational Guidelines for Limited Ultrasound Examinations in Obstetric and Gynecologic/Infertility Settings. 1993. Carol Ann Gorman, Chairperson. Association of Women's Health, Obstetric and Gynecologic and Neonatal Nursing.

rev. diciembre de 2010

^A Véase lineamientos para “Aborto con Medicamentos en Etapas Tempranas del Embarazo”, “Aborto en el Segundo Trimestre por Dilatación y Evacuación” y “Evaluación del Contenido Evacuado del Útero”.

ABORTO CON MEDICAMENTOS EN ETAPAS TEMPRANAS DEL EMBARAZO

Política: La inducción con medicamentos es un método eficaz para realizar un aborto en etapas tempranas del embarazo. La consejería y seguimiento adecuados mejorarán los niveles de seguridad y aceptabilidad del procedimiento.

Norma 1: Se debe obtener y documentar la historia clínica pertinente.

Norma 2: Se debe documentar la confirmación del embarazo.

Norma 3: La paciente debe recibir información sobre la eficacia, efectos secundarios y riesgos del procedimiento, especialmente los riesgos de hemorragia severa e infección.

Norma 4: La paciente debe recibir información sobre la necesidad de asegurarse de que ya no está embarazada y sobre la teratogenicidad asociada a los medicamentos que se utilizarán.

Norma 5: En las instrucciones proporcionadas a las pacientes se debe incluir información oral y por escrito sobre el uso de medicamentos en casa y los síntomas de las complicaciones del aborto.

Norma 6: Se debe informar a la paciente que se le recomendará someterse a un aborto quirúrgico en caso de fallar el aborto con medicamentos y se debe documentar la respuesta de la paciente.

Norma 7: El centro de salud debe proporcionar un servicio de emergencia disponible las veinticuatro horas al que la paciente se pueda comunicar. También se debe ofrecer o asegurar la referencia de las pacientes a servicios de aspiración uterina de ser necesario.

Norma 8: Debe comprobarse y documentarse la edad gestacional.

Recomendación 8.1: Cuando existan discrepancias sustanciales entre lo observado en la exploración física y la FUM, se usará ultrasonografía y un cuadro consistente de medidas fetales que haya sido publicado, para confirmar y documentar la edad gestacional.

Opción 8.01: Se podría utilizar ultrasonografía de manera rutinaria.

Norma 9: De no haberse confirmado con ultrasonido la presencia de un embarazo intrauterino, se debe considerar la posibilidad de un embarazo ectópico. Como mínimo, la evaluación incluirá la historia clínica y el examen físico de la paciente y podría requerir también serología, sonografía y examen del contenido evacuado del útero por aspiración, así como seguimiento documentado mediante la resolución del caso clínico o la transferencia de la atención médica.^A

^A Véase lineamientos para “Manejo del Embarazo de Localización Desconocida”.

Norma 10: Los esquemas combinados resultan más eficaces que el uso de sólo prostaglandina. Donde se cuente con mifepristona, se debe usar un esquema basado en evidencia de mifepristona/misoprostol.^B

Recomendación 10.1: Se recomienda usar el esquema de mifepristona y misoprostol vaginal, bucal o sublingual para gestaciones de hasta 70 días.^{2, 9, 16, 24}

Recomendación 10.2: Cuando se use mifepristona y misoprostol oral, se recomienda el esquema para gestaciones de hasta 56 días.²⁴

Recomendación 10.3: Cuando no se disponga de mifepristona y se utilice metotrexato y misoprostol, se recomienda el esquema de misoprostol vaginal, bucal o sublingual para gestaciones de hasta 63 días.¹

Recomendación 10.4: Cuando no se disponga de mifepristona ni metotrexato y se utilice sólo misoprostol, se recomienda el esquema de misoprostol vaginal, bucal o sublingual para gestaciones de hasta 63 días.^{1, 11, 12}

Norma 11: Se debe considerar el nivel de comodidad de la paciente durante el procedimiento de aborto.

Opción 11.01: Se podría utilizar analgesia u otras medidas de alivio de ser necesario, a menos que existan contraindicaciones.

Norma 12: Cuando concluya el proceso de aborto, la evacuación se deberá documentar con ultrasonografía, pruebas hCG o por medios clínicos. Si la paciente no se presenta al seguimiento según lo previsto, el personal clínico debe documentar las veces que haya intentado comunicarse con ella para asegurar que el proceso de aborto haya concluido. Todos los intentos de comunicación con la paciente (llamadas telefónicas y cartas) se deben documentar en su expediente médico.

Recomendación 12.1: Se recomienda utilizar ultrasonografía para determinar si el proceso de aborto ha concluido, en los casos en que no se presente el sangrado esperado después del uso de los medicamentos.

Opción 12.01: Se podría utilizar ultrasonografía de manera rutinaria.

Norma 13: Se debe ofrecer inmunoglobulina Rh de conformidad con los lineamientos de políticas sobre el Rh.^C

^B Se deben usar abortivos solamente dentro de esquemas establecidos, de conformidad con protocolos de demostrada aceptabilidad, seguridad y eficacia presentados en publicaciones de investigación clínica. Si desea mayor información, consulte el protocolo de la NAF para el uso de mifepristona/misoprostol para el aborto con medicamentos en etapas tempranas del embarazo.

^C Véase lineamientos para “Pruebas de Rh y para la Administración de Inmunoglobulina Rh”.

Norma 14: Se deben observar las Normas 6, 7 y 8 de los *Lineamientos sobre Políticas Clínicas* para la Atención Posterior al Procedimiento.^D

Recomendación 0.1: Se deben obtener los valores del hematocrito o la hemoglobina en mujeres con antecedentes importantes de anemia o por indicación específica.

Recomendación 0.2: Se debería considerar la realización de un recuento sanguíneo completo (CBC, por sus siglas en inglés) en mujeres que reciben metotrexato.

Recomendación 0.3: Se debe llevar a cabo la revisión de los signos vitales (por ejemplo: presión arterial, pulso y temperatura) y la exploración física de acuerdo con la historia clínica y los síntomas de la paciente.

Discusión: Muchas pacientes prefieren los métodos farmacológicos para la interrupción de un embarazo temprano en lugar de la aspiración. El aborto con medicamentos tiene varias ventajas para las pacientes. Evita la cirugía y la anestesia y ofrece a las mujeres una participación y control más activos del proceso de aborto. Por otro lado, el aborto con medicamentos es menos efectivo que el aborto quirúrgico (90 a 98% versus 99% o más de efectividad), es más prolongado y puede requerir más visitas al centro de salud.

Los resultados de estudios de gran alcance han demostrado la seguridad y eficacia de un esquema combinado de mifepristona con misoprostol para la interrupción temprana del embarazo. También se ha encontrado que el esquema de metotrexato y misoprostol resulta efectivo y se le utiliza en algunos servicios que no cuentan con mifepristona. Si bien el uso de sólo misoprostol resulta menos eficaz que los métodos combinados para la interrupción del embarazo^{1,11,12} en áreas donde no se consigue mifepristona ni metotrexato, podría constituir una alternativa aceptable.¹⁸

La mifepristona se administra por vía oral. Los primeros ensayos clínicos exploraron una dosis de 600 mg, pero numerosos estudios indican que 200 mg son de eficacia comparable. El esquema con metotrexato más estudiado incluye 50 mg/m² (área de superficie corporal) administrado por vía intramuscular, la misma dosis que se usa en el tratamiento del embarazo ectópico temprano sin ruptura. La investigación también indica que administrar metotrexato oral en dosis de 25 a 50 mg es de eficacia aceptable.⁵

Asimismo, se observa una evolución en la información sobre tipos, dosis y vías de administración de prostaglandinas utilizadas en los esquemas de aborto con medicamentos. Actualmente, la prostaglandina preferida es el misoprostol por ser eficaz, de precio accesible y estable sin refrigeración, además de haber sido aprobado por la FDA para otras indicaciones.

La administración del misoprostol por vía bucal produce un efecto fisiológico en el útero similar al producido con la administración vaginal y también es muy efectivo para inducir abortos. La administración sublingual del misoprostol también resulta muy eficaz al combinarse con mifepristona para inducir el aborto pero se asocia a una mayor presencia de escalofríos. Los resultados de un estudio

^D Véase lineamientos para “Atención Posterior al Procedimiento”.

retrospectivo a gran escala sugieren que cambiar la vía de administración del misoprostol de vaginal a bucal después de usar mifepristona se asoció a una menor incidencia de casos de infección severa, aunque el riesgo absoluto es en extremo bajo.⁸ La efectividad del aborto con medicamentos disminuye muy gradualmente al avanzar la edad gestacional y dicha disminución resulta más evidente al administrar el misoprostol por vía oral.^{17,24}

Referencias:

1. Aldrich T, Winikoff B. Does methotrexate confer a significant advantage over misoprostol alone for early medical abortion? A retrospective analysis of 8678 abortions. *BJOG* 2007 May; 114(5):555-62.
2. Boersma AA, Meyboom-de Jong B and Kleiverda G. Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a general practice in Curaçao. *Eur J Contraception and Repro Health Care* 2011; 16: 61-66.
3. Bracken H, Clark W, Lichtenberg ES, Schweikert SM, Tanenhaus J, Barajas A, Alpert L, Winikoff B. Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. *BJOG* 2011; 118: 17-23.
4. Cameron ST, Glasier A, Dewart H, Johnstone A and Burnside A. Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: a service evaluation. *Contraception* 2012; 86: 67-73.
5. Carbonell Esteve JL, Varela L, Velazco A, Tanda R, Sanchez C. 25 mg or 50 mg of oral methotrexate followed by vaginal misoprostol 7 days after for early abortion: a randomized trial. *Gynecol Obstet Invest* 1999; 47: 182-7.
6. Chong E, Tsereteli T, thi Nguyen NN, Winikoff B. A randomized controlled trial of different buccal misoprostol doses in mifepristone medical abortion. *Contraception* 2012; 86: 251-56.
7. Clark W, Bracken H, Tanenhaus J, Schweikert S, Lichtenberg ES and Winikoff B. Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstet Gynecol* 2010; 115: 264-72.
8. Fjerstad, M, Trussell, J, Sivin, I, Lichtenberg, ES, & Cullins, V. Rates of serious infection after changes in regimen for medical abortion. *NEJM* 2009, 361(2):145.
9. Gouk EV, Lincoln K, Khair A, Haslock J, Knight J and Cruickshank DJ. Medical termination of pregnancy at 63-83 days gestation. *BJOG* 1999; 106: 535-39.
10. Gracia CR, Barnhart KT. Diagnosing ectopic pregnancy: Decision analysis comparing six strategies. *Obstet Gynecol* 2001 Mar; 97(3):464-70.
11. Kuiler R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmer GJ, Cheng L, Compana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No: CD002855. DOI: 10.1002/14651858. CD002855.pub4.
12. Ngoc NTN, Blum J, Raghavan S, Nga NTB, Dabash R, Diop A and Winikoff B. Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone + misoprostol vs misoprostol alone. *Contraception* 2011; 83: 410-417.
13. Paul, M & Creinin, MD (Eds). Supplement on Medical Abortion. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 183:S1-S94.
14. Perriera LK, Reeves MF, Chen BA, Hohmann HL, Hayes J and Creinin MD. Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception* 2010; 81: 143-9.

15. Raghavan S, Comendant R, Digol R, Ungureanu S, Dondiu I, Turcanu S, Winikoff B. Comparison of 400 mcg buccal and 400 mcg sublingual misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' LMP: a randomized control trial. *Contraception* 2010; 82: 513-519.
16. Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Friptu V, Bracken H, Winikoff B. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception* 2009 Feb; 79(2):84-90.
17. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA and Winikoff B. First Trimester Medical Abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. 2012, submitted to *Contraception*.
18. Rodriguez MI, *et al.*, the World Health Organization Research Group on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Acceptability of misoprostol-only medical termination of pregnancy compared with vacuum aspiration: an international, multicentre trial. *BJOG* 2012; 119: 817-23.
19. Shannon, C, Wiebe, E, Jacot, F, Guilbert, E, Dunn, S, Sheldon, W, Winikoff, B. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: A randomised trial. *BJOG* 2006; 113:621-628.
20. Speroff, L, Fritz, MA (2005). Ectopic pregnancy. In *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 7th ed., pp. 1275-1302. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
21. Stovall, TG, Ling, FW, Buster, JE. Nonsurgical diagnosis and treatment of tubal pregnancy. *Fertility and Sterility* 1990; 54; 537-538. Algorithm adapted by the University of Tennessee Medical Center and reproduced in Paul, M, et al (Eds.), *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999:163.
22. von Hertzen H, *et al.*, for the World Health Organization Research Group on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomized controlled noninferiority trial. *BJOG* 2010; 117:1186-96.
23. Wiebe ER. Oral methotrexate compared with injected methotrexate when used with misoprostol for abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1999 Jul; 18: 149-52.
24. Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, Crowden WA, Goldberg AB, Gonzales J, Howe M, Moskowitz J, Prine L, Shannon CS. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008 Dec; 112(6):1303-10.
25. World Health Organization (2012) Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed. Available at: http://apps.who.int/rhl/guidelines/safe_abortion_technical_policy_guidance/en/index.html.

rev. septiembre de 2012

ABORTO QUIRÚRGICO EN EL PRIMER TRIMESTRE

Política: El aborto legal es uno de los procedimientos quirúrgicos más seguros y al observar los siguientes lineamientos se incrementa su nivel de seguridad.

ACCIONES PREVIAS AL PROCEDIMIENTO

Norma 1: Se debe obtener y documentar la historia clínica pertinente.

Norma 2: Se debe documentar la confirmación del embarazo.

Norma 3: Se debe verificar y documentar la edad gestacional.

Opción 3.01: El uso de ultrasonografía y de un cuadro consistente de medidas fetales que haya sido publicado puede ser de valor clínico para verificar la presencia de un embarazo intrauterino y la edad gestacional.

Norma 4: Si no se confirma con ultrasonido la presencia de una gestación intrauterina, el proveedor debería observar el Lineamiento sobre Políticas Clínicas titulado Manejo del Embarazo de Localización Desconocida.

Norma 5: Se debe tomar el pulso y la presión arterial a todas las pacientes antes del procedimiento.

Recomendación 0.1: Se recomienda determinar los niveles de hemoglobina o hematocrito y efectuar un examen físico según se indique, de conformidad con la historia clínica y los síntomas de la paciente.^A

Norma 6: Se deben analizar con la paciente las opciones de manejo del dolor.

PROCEDIMIENTO

Norma 7: Se debe monitorear el nivel de comodidad de la paciente durante el procedimiento. Se deberá ofrecer analgesia u otras medidas para ayudarle a sentirse cómoda, cuando sea necesario.^B

Norma 8: Se deberán esterilizar todos los instrumentos que se introduzcan a la cavidad uterina.

Opción 8.01: Se podría limpiar la vagina con un agente bactericida.

^A Al hacer un balance de riesgos, costos y resultados, se encontró que el valor preprocedimiento de Hct tenía una significancia estadística relativamente cuestionable en la prevención de morbilidad y mortalidad en el primer trimestre del embarazo, en mujeres sanas, sin antecedentes de anemia ni procesos de enfermedad importantes.¹

^B Véase el lineamiento para “Analgesia y Sedación”.

Recomendación 0.2: Se recomienda dilatar el cuello uterino suave y gradualmente.

Opción 0.21: Se podría facilitar la dilatación cervical con dilatadores osmóticos o misoprostol, en particular en adolescentes o mujeres con riesgo de estenosis cervical.

Opción 0.22: A una edad gestacional muy temprana (menos de siete semanas), se podría retrasar el procedimiento para facilitar la dilatación cervical en casos difíciles. En su defecto, se puede ofrecer aborto con medicamentos.^c

Norma 9: Se debe comprobar y documentar que se haya completado el procedimiento.^d

Opción 9.01: El uso de ultrasonografía durante el procedimiento puede resultar de utilidad para localizar partes fetales y ayudar a su extracción, así como para ayudar a verificar que la evacuación uterina haya concluido y que el útero se encuentre intacto.

Norma 10: Se debe ofrecer inmunoglobulina Rh de conformidad con los lineamientos de políticas sobre el Rh.^e

Norma 11: Se deben observar los Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Atención Posterior al Procedimiento.^f

Referencias:

1. Gracia CR, Barnhart KT. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies. *Obstet Gynecol* 2001 Mar; 97(3):464-70.
2. Paul M, et al. (Eds), *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2009:80.
3. Speroff L, Fritz MA (2005). Ectopic pregnancy. In *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 7th ed., pp. 1275–1302. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
4. Stovall, TG, Ling, FW, Buster, JE. Nonsurgical diagnosis and treatment of tubal pregnancy. *Fertility and Sterility* 1990;54; 537-538. Algorithm adapted by the University of Tennessee Medical Center and reproduced in Paul, M, et al. (Eds.), *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999:163.

rev. diciembre de 2012

^c Véanse los lineamientos para “Aborto con Medicamentos en Etapas Tempranas del Embarazo”.

^d Véanse los lineamientos para “Evaluación del Contenido Evacuado del Útero”.

^e Véanse los lineamientos para “Prueba de Rh y Administración de Inmunoglobulina Rh”.

^f Véanse los lineamientos para “Atención Posterior al Procedimiento”.

MANEJO DEL EMBARAZO DE LOCALIZACIÓN DESCONOCIDA

Política: La identificación temprana de un embarazo ectópico reducirá la morbilidad asociada a la ruptura del mismo y aumentará las probabilidades de éxito del manejo no quirúrgico.

Norma 1: Se debe evaluar la historia clínica y el examen físico de la paciente para determinar el riesgo de implantación ectópica de un embarazo temprano. Ciertos signos y síntomas, como el sangrado vaginal y/o el dolor pélvico, deberían alertar a los proveedores acerca de la importancia de apegarse a políticas y procedimientos diseñados para descartar un embarazo ectópico.

Opción 1.01: Además del examen físico, la evaluación podría incluir:

- sonografía;
- aspiración uterina, y
- análisis cuantitativos seriados de hCG.

Recomendación 1.1: Todo centro de atención médica debería contar con un protocolo por escrito para evaluar casos de embarazo ectópico.

Opción 1.11: Los algoritmos clínicos para la evaluación de un posible embarazo ectópico pueden ser útiles para la preparación de los protocolos de práctica.^{10,11,12}

Recomendación 1.2: Se recomienda que todo el personal relevante del centro de salud se encuentre familiarizado con el protocolo.

Norma 2: Se debe evaluar a la paciente para determinar la presencia de embarazo ectópico en los siguientes casos:

- la ultrasonografía transvaginal no muestra embarazo intrauterino y el análisis cuantitativo de hCG en suero excede los 2000 mUI/ml;^A o
- la ultrasonografía abdominal no muestra embarazo intrauterino y el análisis cuantitativo de hCG en suero excede los 3600 mUI/ml; o
- se encuentra una masa anexial sospechosa en el ultrasonido o en el examen pélvico; o
- no se llevó a cabo ninguna sonografía antes del aborto que revele la presencia de un embarazo intrauterino y se observa sangrado mínimo o ninguno en respuesta a los medicamentos para aborto o no se identifican productos de la concepción en el contenido del útero evacuado por aspiración.^B

Norma 3: Todas las pacientes con embarazo de localización desconocida deben recibir información sobre la posibilidad de presentar un embarazo ectópico y sus síntomas y peligros

^A Todos los valores hCG usados en este documento se basan en la Tercera Norma Internacional, conocida originalmente como la Primera Preparación Internacional de Referencia.

^B Se confirma un embarazo intrauterino cuando el ultrasonido revela la presencia de saco gestacional con saco vitelino o cuando se identifican vellosidades coriónicas en el contenido del útero evacuado por aspiración. La confirmación sonográfica o tisular de un embarazo intrauterino disminuye considerablemente las probabilidades de un embarazo ectópico concurrente en gestaciones concebidas de manera natural (1/4,000 – 1/8,000).⁴⁻⁶

asociados, así como contar con un plan que establezca cuándo y cómo solicitar atención médica de emergencia. Todo ello se debería documentar en el expediente clínico.

Recomendación 3.1: Se recomienda que todo centro de atención cuente con folletos educativos para las pacientes, donde se describan los signos de alerta de un embarazo ectópico; en el expediente clínico se debería registrar que la paciente ha recibido el folleto.

Norma 4: No se debe eximir a la paciente del seguimiento hasta que:

- se haya descartado un diagnóstico de embarazo ectópico,
- se haya asegurado la resolución clínica de un posible embarazo ectópico, o
- se haya realizado y documentado la transferencia de atención a un proveedor adecuado.

Norma 5: Se deberá valorar de emergencia a las pacientes que presenten síntomas de un un embarazo ectópico roto a fin de determinar si se requiere manejo quirúrgico.

Norma 6: Si se practica un aborto por aspiración o con medicamentos en una paciente con embarazo de localización desconocida, se debe verificar y documentar la resolución del embarazo. La comprobación se puede realizar mediante un examen del tejido obtenido por aspiración o mediante el monitoreo de niveles seriados de BhCG de acuerdo con esquemas basados en evidencia.^c

Discusión: Para distinguir entre un embarazo intrauterino temprano, un aborto espontáneo y un embarazo ectópico, frecuentemente se requiere una combinación de valoración clínica, ultrasonido pélvico, determinación cuantitativa de hCG sérica e inspección del contenido evacuado del útero por aspiración.⁶ En etapas tempranas de la gestación, es posible que un estudio de ultrasonido previo al procedimiento no identifique un embarazo intrauterino y que el proveedor tenga dudas sobre la viabilidad y localización del embarazo. Si bien por lo general en un ultrasonido en plano transvaginal se puede observar el saco gestacional entre las semanas 4 y 5 medidas desde la FUM, éste se podría confundir con un pseudo saco asociado a un embarazo ectópico.¹ Por consiguiente, es necesario localizar en el ultrasonido el saco vitelino o el embrión para confirmar de manera definitiva la presencia de un embarazo intrauterino.

Se ha encontrado que del 7 al 20% de las mujeres con embarazo de localización desconocida presentan un embarazo ectópico y que aproximadamente 25 a 50% de las mujeres con embarazos ectópicos se presentaron inicialmente con un embarazo de localización desconocida.¹ Aunque se le considera una causa importante de morbilidad y mortalidad relacionadas con el embarazo, se ha reportado que la implantación ectópica ocurre en menos del 1% de los embarazos entre mujeres que se presentan para someterse a un aborto inducido.^{3,5}

^c Véanse los lineamientos para “Evaluación del Contenido Evacuado del Útero”.

Referencias:

1. Barnhart KT. Ectopic pregnancy. *NEJM* 2009, 351:379-87.
2. Bello GV, Schonholz D, Moshirpur J, *et al.* Combined pregnancy: The Mount Sinai experience. *Obstet Gynecol Surv* 1986, 41;603-13.
3. Edwards J, Carson SA. New technologies permit safe abortion at less than six weeks' gestation and provide timely detection of ectopic gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1997, 176:1101-6.
4. Gracia CR, Barnhart KT. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies. *Obstet Gynecol* 2001, Mar 97(3):464-70.
5. Hakim-Elahi E, Tovell H. Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990, 76:129-35.
6. Kulp JL, Barnhart KT. Ectopic pregnancy. In Paul M, *et al* (Eds.) *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy – Comprehensive Abortion Care*. Chichester: Blackwell Publishing, 2009.
7. Nama V, Manyonda I. Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Arch Gynecol Obstet* 2009, 279:443-53.
8. Paul M, *et al.* (Eds), *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2009:283.
9. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, *et al.* Combined intrauterine and extrauterine gestations: A review. *Am J Obstet Gynecol* 1983, 146:323-30.
10. Seeber BE, Barnhart KT (2006). Suspected ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 107:399-413. *Algorithm adapted with permission in Paul M, et al (Eds.) Management of unintended and abnormal pregnancy – comprehensive abortion care*, p. 283. Chichester: Blackwell Publishing, 2009.
11. Speroff L, Fritz MA. Ectopic pregnancy. In *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 7th ed., pp. 1275–1302. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005.

rev. diciembre de 2010

ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE POR DILATACIÓN Y EVACUACIÓN

Política: El aborto en el segundo trimestre^A realizado mediante dilatación y evacuación (D&E) es un procedimiento quirúrgico ambulatorio seguro cuando lo lleva a cabo personal clínico calificado y en consultorios médicos, clínicas independientes o centros de cirugía ambulatoria.

ACCIONES PREVIAS AL PROCEDIMIENTO

Norma 1: Se debe obtener y documentar la historia clínica pertinente.

Recomendación 0.1: Se recomienda evaluar a una paciente con sospecha o diagnóstico de placenta previa y con cicatriz uterina de procedimientos anteriores para determinar si padece anomalías placentarias como placenta acreta.

Recomendación 0.2: Se recomienda efectuar la exploración física de acuerdo con la historia clínica y los síntomas de la paciente.

Recomendación 0.3: Se recomienda realizar un estudio preoperatorio de Hgb o Hct.

Norma 2: Se debe verificar la edad gestacional usando ultrasonografía y un cuadro consistente de medidas fetales que haya sido publicado, antes de iniciar la interrupción de un embarazo de más de 14 semanas medidas desde la FUM y conforme a parámetros clínicos.

Opción 0.01: En abortos de finales del segundo trimestre, se podría administrar una inyección intraamniótica o intrafetal para provocar la defunción fetal dentro del útero antes del aborto. (Ver Discusión).

PROCEDIMIENTO

Norma 3: Se debe asegurar la comodidad de la paciente durante el procedimiento de aborto.^B

Recomendación 3.1: Se recomienda ofrecer analgesia u otras medidas de alivio, a menos que existan contraindicaciones. Dichas medidas se deberían utilizar de acuerdo a las necesidades de la mujer y al contexto médico.

Norma 4: Se debe dilatar apropiadamente el cuello uterino.

Recomendación 4.1: Se recomienda dilatar el cuello uterino suave y gradualmente.

^A Para efectos de los presentes lineamientos, el segundo trimestre empieza aproximadamente a las 14 semanas medidas a partir de la FUM. (Cunningham, FG, y cols. Williams' Obstetrics; 22nd Ed. Columbus OH: McGraw-Hill Inc., 2005: Capítulo 4).

^B Véanse los lineamientos para "Analgesia y Sedación".

Recomendación 4.2: Se recomienda usar dilatadores osmóticos, misoprostol y/u otros agentes de maduración cervical para facilitar la adecuada dilatación del cuello uterino.

Norma 5: Cuando se usen dilatadores osmóticos, misoprostol y/u otros agentes de maduración cervical, se debe haber implementado un plan de atención de emergencia antes de la realización del procedimiento y se debe informar a la paciente la existencia de dicho plan.

Recomendación 0.4: Se recomienda establecer acceso IV antes de efectuar la evacuación.

Norma 6: Se deberán esterilizar todos los instrumentos que se introduzcan a la cavidad uterina.

Norma 7: Se debe disponer de agentes uterotónicos para ayudar a controlar el sangrado uterino.

Opción 0.02: Se podría administrar vasopresina profiláctica por vía intracervical o paracervical para disminuir la pérdida de sangre.

Opción 0.03: Se puede usar ultrasonografía durante el procedimiento para localizar partes fetales y ayudar a su extracción, así como para verificar que el contenido uterino haya sido evacuado y para ayudar a diagnosticar casos de perforación uterina.

ACCIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Norma 8: El proveedor deberá verificar y documentar que el procedimiento se ha completado.^c

Norma 9: Se deben observar los *Lineamientos sobre Políticas Clínicas* para la Atención Posterior al Procedimiento.

Opción 0.04: Se pueden prescribir agentes uterotónicos al dar de alta a la paciente.

Discusión: Los abortos de segundo trimestre representan alrededor del 10% de los procedimientos realizados actualmente en los Estados Unidos. El procedimiento de dilatación y evacuación requiere capacitación, técnicas y equipo especiales y adecuados a la edad gestacional. Hoy en día, la D&E es el método predominante para abortos en el segundo trimestre en los Estados Unidos.

El personal clínico que proporciona abortos mediante D&E en el segundo trimestre debería realizarlos con el mayor nivel de seguridad posible para sus pacientes. La Suprema Corte de los Estados Unidos ha ratificado una ley que prohíbe algunos procedimientos de aborto. Aunque la ley no establece el uso de inyecciones feticidas, algunos proveedores podrían decidir usarlas para evotar infringir la ley.

^c Véanse los lineamientos para “Evaluación del Contenido Evacuado del Útero”.

El personal clínico debe adaptar las técnicas quirúrgicas para adecuarlas a las circunstancias de cada paciente, prestando atención a las implicaciones legales actuales y a la necesidad de mantener la seguridad de la paciente. Como siempre, es responsabilidad de cada miembro del personal de salud conocer las leyes pertinentes a su práctica clínica.

Referencias:

1. Bartlett, LA.; Berg, CJ.; Shulman, HB.; et.al. Risk Factors for Legal Induced Abortion-Related Mortality in the United States. (2004) *Obstet. Gynecol* 103(4): 729-737.
2. Berkowitz, RL, et al. First-trimester transabdominal multifetal pregnancy reduction: A report of two hundred completed cases. *Am J Obstet Gynecol* 1993, 169:17.
3. Bryant, AG.; Grimes, DA.; Garrett, JM., et.al. Second-Trimester Abortion for Fetal Anomalies or Fetal Death: Labor Induction Compared With Dilatation and Evacuation (2011) *Obstet Gynecol* 117(4): 788-792.
4. Clark, SL, et al. Placenta previa, accreta and prior caesarian sections. *Obstet Gynecol* 1985, 66:89.
5. Crawford, J, Edelman, A, Pereira, L, Bednarek, P, Buckmaster, J. The effects of vasopressin on uterine artery blood flow during dilation and evacuation. *Am J Obstet Gynecol* 2007, 196(5):e38-e39.
6. Dillon, TF. Vasopressin as a hemostatic in gynecology surgery. *Am J Obstet Gynecol* 1989, 78:1285.
7. Fletcher, JC, et al. Fetal intracardiac potassium chloride injection to avoid the hopeless resuscitation of an abnormal abortus: II. Ethical issues. *Obstet Gynecol* 1992, 80:310.
8. Goldberg AB, Drey EA, Whitaker AK, et.al. Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005 Aug; 106(2):234-41.
9. Grimes, DA & Schulz, KF. Morbidity and mortality from second-trimester abortions. *J Reprod Med* 1985, 30:505.
10. Hern, WM. Serial multiple laminaria and adjunctive urea in late outpatient dilatation and evacuation abortion. *Obstet Gynecol* 1984, 63: 543.
11. Julian, TM. Vasopressin use during vaginal surgery. *Contemp Obstet Gynecol* 1993, 38:82.
12. Lawson, HW, et al. Abortion mortality: United States, 1972 through 1987. *Am J Obstet Gynecol* 1994, 171:1365.
13. Newmann SJ, Dalve-Endres A, Diedrich JT., et.al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. (2010) Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8.
14. Phillips, DR, et al. The effect of dilute vasopressin solution on the force needed for cervical dilatation: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 1997, 89:507.
15. Rashbaum WK, Gates EJ, Jones J, et.al. Placenta accreta encountered during dilation and evacuation in the second trimester. *Obstet Gynecol* 1995 May;85(5 Pt 1): 701-3.
16. Schultz, KF, et al. Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Lancet* 1985, 2:353.
17. SFP Clinical Guidelines: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation. (2007) *Contraception* 76: 486-495
18. SFP Clinical Guidelines: Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks gestation. (2008) *Contraception* 77: 308-314.

19. SFP Clinical Guidelines, Induction of fetal demise before abortion. (2010) *Contraception* 81(6): 462-473.
20. Townsend, DE, *et al.* Vasopressin and operative hysteroscopy in the management of delayed post abortion and postpartum bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1991, 165(3) 616-8.

rev. abril de 2011

ABORTO CON MEDICAMENTOS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

Política: Cuando se realiza en escenarios clínicos apropiados, con personal clínico capacitado y fármacos adecuados, el aborto con medicamentos es un método seguro y eficaz para la interrupción de embarazos después del primer trimestre^A. Al aumentar la edad gestacional, aumentan también las complicaciones y los riesgos.

Norma 1: En todo momento y hasta el alta de la paciente, se debe contar con personal adiestrado en manejo quirúrgico y con el equipo necesario. Cuando se requiera efectuar una intervención quirúrgica, se deben observar los *Lineamientos sobre Políticas Clínicas para el Aborto en el Segundo Trimestre por Dilatación y Evacuación* de la NAF.

Norma 2: Un proveedor debe estar disponible para prestar atención de emergencia desde el inicio de la preparación del cuello uterino hasta el alta de la paciente en el periodo postaborto.

Norma 3: Se debe obtener y documentar la historia clínica y realizar y documentar también un examen físico según se indique, de conformidad con la historia clínica y los síntomas de la paciente.

Norma 4: Se debe verificar la edad gestacional usando ultrasonografía y un cuadro consistente de medidas fetales que haya sido publicado, antes de iniciar la interrupción de un embarazo de más de 14 semanas medidas desde la FUM y conforme a parámetros clínicos.^B

Recomendación 0.1: Cuando se sospeche la presencia de anomalías placentarias,⁵ se recomienda realizar un diagnóstico por imagen.

Recomendación 0.2: Se recomienda realizar un estudio de Hgb o Hct antes del procedimiento.

Norma 5: Se debe monitorear el nivel de comodidad de la paciente durante el procedimiento de aborto y ofrecerle analgesia u otras medidas para ayudarla a sentirse cómoda, mismas que responderán a las necesidades de la mujer y al contexto médico.^C

Opción 0.02: Se ha demostrado que administrar un tratamiento previo con mifepristona 48 horas antes del misoprostol reduce el tiempo que transcurre entre la inducción y el aborto (ver Discusión).

Opción 0.03: En abortos realizados hacia el final del segundo trimestre, se pueden administrar inyecciones intrafetales o intraamnióticas para producir la defunción fetal dentro del útero (ver Discusión).

^A Para efectos de los presentes lineamientos, el segundo trimestre empieza aproximadamente a las 14 semanas medidas a partir de la FUM. (Cunningham, FG, et al. *Williams' Obstetrics*; 22nd Ed. Columbus OH: Mc-Graw-Hill, Inc., 2005: Capítulo 4).

^B Véanse los lineamientos para "Limitaciones al Uso de la Sonografía en Servicios de Aborto".

^C Véase los lineamientos para "Analgesia y Sedación".

Opción 0.04: Se pueden usar prostaglandinas y/u oxitocina para inducir el trabajo de parto.

Norma 6: Se debe informar a las pacientes que reciban prostaglandinas u otros agentes de preparación o inducción que la administración de tales medicamentos podría precipitar el rápido inicio de contracciones y evacuación uterinas.

Norma 7: Se debe indicar detalladamente a las pacientes cómo contactar al centro de salud y cómo proceder cuando observen signos de trabajo de parto. Las indicaciones deben incluir un plan para manejar la expulsión no programada del feto/placenta y reconocer sus complicaciones.

Norma 8: Una vez confirmada la presencia de contracciones periódicas en la paciente, un proveedor capacitado debe observarla para monitorear las contracciones y la expulsión e identificar casos de emergencia.

Recomendación 0.3: Se recomienda establecer un acceso IV antes de la expulsión.

Norma 9: El miembro del personal clínico, responsable de la paciente, debe verificar y documentar que se haya completado el procedimiento.^D

Norma 10: Se recomienda contar con uterotónicos para ayudar a controlar hemorragias uterinas.

Norma 11: Se deben observar los Lineamientos sobre Políticas Clínicas de la NAF para Atención Posterior al Procedimiento.^E

Recomendación 0.4: Se recomienda utilizar esquemas de aborto con medicamentos basados en evidencia.

Opción 0.4.1: Se podría ofrecer pretratamiento con mifepristona 24 a 48 horas antes de la administración del misoprostol para disminuir el tiempo transcurrido entre la inducción y el aborto (véase Discusión).

Opción 0.4.2: En abortos realizados hacia el final del segundo trimestre, se podría administrar una inyección intraamniótica o intrafetal para provocar la muerte fetal dentro del útero (véase Discusión).

Opción 0.4.3: Se podrían utilizar prostaglandinas y/u oxitocina para inducir las contracciones.

Discusión: En el escenario de la inducción en el segundo trimestre, los abortos, la preparación cervical, los esquemas farmacológicos y los antecedentes de cicatrices uterinas, así como la cuestión de las inyecciones para producir la muerte fetal son consideraciones importantes de carácter clínico y pragmático. Con respecto a la preparación cervical y los correspondientes esquemas farmacológicos, se

^D Véanse los lineamientos para “Evaluación del Contenido Evacuado del Útero”.

^E Véanse los lineamientos para “Atención Posterior al Procedimiento”.

han utilizado dilatadores osmóticos o mecánicos, prostaglandinas y/o mifepristona para preparar el cuello para la inducción y la expulsión.

Datos proporcionados por publicaciones actuales soportan el uso de una dosis de 200 mg de mifepristona oral, seguida a las 24-48 horas por dosis repetidas de 200-400µg de misoprostol cada tres horas por vía sublingual o bucal. Posteriormente se podrían usar 400µg de misoprostol oral o vaginal hasta en un máximo de cinco dosis.^{4,6,14}

No existe evidencia de que el riesgo de ruptura uterina en pacientes con cicatrices de cesáreas previas sea mayor al utilizar misoprostol en el segundo trimestre que con otros agentes de inducción. Si bien se desconoce el riesgo de ruptura uterina asociado a abortos en el segundo trimestre en ese tipo de pacientes, se reconoce que existe riesgo cuando el embarazo llega a término y se han reportado algunos casos en el segundo trimestre. Cuando el embarazo llega a término, las mujeres con placenta previa y cicatriz uterina—especialmente aquellas con varias cicatrices o cicatrices verticales de cesárea—corren mayor riesgo de presentar acretismo placentario, que es un padecimiento poco frecuente.⁵

A la luz del contexto médico y legal relevante en el que se realiza el aborto, el uso de las inyecciones intrafetales o intraamnióticas para producir la defunción fetal dentro del útero podría resultar de utilidad en abortos de finales del segundo trimestre. Además de las referencias presentadas al final de esta sección, los miembros de la NAF que deseen mayor información pueden consultar *NAF Clinical Practice Bulletin for Digoxin Administration* (Boletín de Práctica Clínica de la NAF para la Administración de Digoxina).

Como siempre, es responsabilidad de cada miembro del personal clínico conocer las leyes pertinentes a su práctica clínica.

Referencias:

1. Ashok, PW, *et al.* Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception* Jan 2004; 69(1):51-8.
2. Berkowitz, RL, *et al.* First-trimester transabdominal multifetal pregnancy reduction: A report of two hundred completed cases. *Am J Obstet Gynecol* 1993, 169:17.
3. Blumenthal, PD, *et al.* Abortion by labor induction. In Paul, M, *et al.* (Eds.), *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999.
4. Borgatta L, Kapp N; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*. 2011 Jul; 84(1):4-18. E-pub 2011 Mar 30.
5. Clark, SL, *et al.* Placenta previa, accreta and prior caesarian sections. *Obstet Gynecol* 1985, 66:89.
6. Ellis SC, Kapp N, Vragpov O, Borgata L. Randomized trial of buccal versus vaginal misoprostol for induction of second trimester abortion. *Contraception*. 2010 May; 81(5):441-5. Epub 2010 Feb 1.
7. Fletcher, JC, *et al.* Fetal intracardiac potassium chloride injection to avoid the hopeless resuscitation of an abnormal abortus: II. Ethical issues. *Obstet Gynecol* 1992, 80: 310.
8. Goh, SE, *et al.* Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: A review of 386 consecutive cases. *Contraception* May 2006; 73(5):516-9.

9. Goldberg, AB, *et al.* Misoprostol and pregnancy. *NEJM* 2001, 344:1.
10. Hern, WM. Serial multiple laminaria and adjunctive urea in late outpatient dilatation and evacuation abortion. *Obstet Gynecol* 1984, 63:543.
11. Ho PC, Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Gómez Ponce de León R, Mittal S, Tang OS. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007 Dec;99 Suppl 2:S178-81. Epub 2007 Oct 24. Review.
12. Hou SP, Fang AH, Chen QF *et al.* Termination of second-trimester pregnancy by mifepristone combined with misoprostol versus intra-amniotic injection of ethacridine lactate (Rivanol®): a systematic review of Chinese trials. *Contraception* 2011 Sept; 84 (3):214-223.
13. Ngoc NT, Shochet T, Raghavan S, Blum J, Nga NT, Minh NT, Phan VQ, Winikoff B. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2011 Sep;118(3):601-8.
14. Nilas, L, *et al.* One or two day mifepristone-misoprostol interval for second trimester abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(9):1117-21.

rev. abril de 2012

ANALGESIA Y SEDACIÓN

Política: Se debería proporcionar ansiolisis, analgesia o anestesia durante el procedimiento de aborto a cualquier paciente cuando los beneficios superen a los riesgos.

SOBRE EL USO DE LA ANESTESIA EN GENERAL. Todo medicamento utilizado en sedación para un procedimiento conlleva un potencial de riesgo severo que se puede reducir al mínimo al observar lineamientos prácticos establecidos. Los lineamientos desarrollados por otras organizaciones se ocupan del uso de la anestesia y de la sedación principalmente en ambientes hospitalarios y en pacientes que difieren ampliamente en edad y estado general de salud. Independientemente de que se trate de anestesia local, analgesia oral o sedación para el procedimiento, el grado de depresión del SNC más que la modalidad de anestesia en sí determina la base para establecer los lineamientos de la NAF.

NOTA: Dichos lineamientos no se ocupan del uso de anestesia profunda o general excepto para identificar a proveedores apropiados de ese tipo de atención, de quienes se espera se apeguen a normas profesionales para la prestación de servicios de anestesia.

La promulgación de lineamientos para el suministro y monitoreo de la anestesia publicados por organizaciones como la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), la Sociedad Canadiense de Anestesiólogos (CSA), la Sociedad Americana de Anestesiólogos Dentales (ADSA), la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE), entre otras, han aclarado muchas cuestiones relacionadas con la provisión de anestesia.

Se reconoce que la comodidad de las pacientes y la disminución de la ansiedad no dependen sólo de medidas farmacológicas, sino que se ven afectadas de manera importante por la consejería y el apoyo recibido por las pacientes de parte del personal. Asimismo, se reconoce que existe una gran variedad de modalidades alternativas (como acupuntura, yoga, hipnosis) que resultan de utilidad para muchas pacientes. Sin embargo, los lineamientos de la NAF sobre analgesia y sedación se centran en la provisión segura de métodos farmacológicos que generalmente se utilizan en establecimientos que ofrecen servicios de aborto.

DEFINICIONES^A

1. Anestesia local - Eliminación o disminución de la sensación, especialmente del dolor, en una parte del cuerpo mediante aplicación tópica o inyección local de un medicamento. En el contexto de la práctica del aborto, este tipo de anestesia casi siempre significa bloqueo paracervical.
2. Sedación mínima (ansiolisis) – Estado inducido con medicamentos durante el cual los pacientes responden normalmente a órdenes verbales. Aunque la función cognitiva y la coordinación física

^A Tomado de *Contiuum of Depth Sedation: Definition of General Anesthesia and levels of Sedation/Anesthesia*, 2009, reimpresso con el permiso de la Sociedad Americana de Anestesiólogos. Si desea obtener un ejemplar del texto completo, puede solicitarlo a: ASA, 520 N. Northwest Highway, Park Ridge, Illinois, 60068-2573

pueden encontrarse impedidas, los reflejos de las vías respiratorias, la ventilación y las funciones cardiovasculares no se ven afectadas.

3. Sedoanalgesia moderada (“sedación consciente”) – Depresión de la conciencia inducida por medicamentos durante la cual los pacientes responden deliberadamente* a órdenes verbales aisladas o acompañadas de estimulación táctil débil. No se requiere de ninguna intervención para mantener permeable la vía aérea y la ventilación espontánea es adecuada. Generalmente, se conserva la función cardiovascular pero se puede encontrar afectada.
4. Sedoanalgesia profunda - Depresión de la conciencia inducida por medicamentos durante la cual los pacientes no pueden ser despertados fácilmente pero responden deliberadamente a estímulos repetidos o dolorosos. La capacidad para mantener la ventilación de forma independiente puede encontrarse disminuida. Los pacientes podrían requerir ayuda para mantener permeable la vía aérea y la ventilación espontánea podría resultar inadecuada. Generalmente se conserva la función cardiovascular pero se puede encontrar afectada.
5. Anestesia general – Pérdida de la conciencia inducida por medicamentos durante la cual los pacientes no pueden ser despertados ni siquiera por estímulos dolorosos. La capacidad para mantener la ventilación de forma independiente a menudo se encuentra disminuida. Los pacientes frecuentemente requieren ayuda para mantener permeable la vía aérea y se podría requerir ventilación con presión positiva debido a una depresión en la ventilación espontánea o en la función neuromuscular inducida por los medicamentos. La función cardiovascular podría verse disminuida.

Como la sedación es un proceso continuo, no siempre es posible predecir cómo responderá un paciente en particular. Por consiguiente, los proveedores que buscan producir cualquier nivel de sedación deberían también poder rescatar** a pacientes cuyo nivel de sedación llegue a ser más profundo del que se pretendía lograr originalmente.

* El reflejo de flexión o retirada ante un estímulo doloroso NO se considera una respuesta voluntaria.

** El rescate evita las consecuencias fisiológicas adversas de un nivel de sedación más profundo de lo contemplado, tales como hipoventilación, hipoxia e hipotensión, y regresa al paciente al nivel de sedación buscado inicialmente.

PERSONAL Y MONITOREO

Norma 1: Cuando se ha de administrar a las pacientes sedación mínima, moderada, profunda o anestesia general, se les debe informar de los riesgos, beneficios y efectos secundarios de los medicamentos que se utilizarán.

Recomendación 1.1: Se recomienda que dicha información incluya las precauciones relevantes a un estado mental disminuido temporalmente.

- Norma 2: El proveedor a cargo de la supervisión se debe encontrar totalmente disponible cuando se administre sedación.
- Norma 3: Cuando se proporcione anestesia local o sedación, el proveedor responsable del tratamiento de la paciente y/o de la administración de los medicamentos debe contar con capacitación adecuada.
- Norma 4: Se debe considerar la posible necesidad de establecer un acceso IV antes de administrar cualquier nivel de sedación.
- Recomendación 4.1: Se debería mantener el acceso IV cuando se utilice sedación mayor a la mínima.
- Norma 5: Cuando se proporcione sedación, el monitoreo debe ser tal que permita detectar los efectos respiratorios, cardiovasculares y neurológicos de los medicamentos que se administran y se debe documentar dicho monitoreo.
- Recomendación 5.1: Se recomienda contar con oximetría de pulso para mejorar el monitoreo.
- Recomendación 5.2: Se recomienda verificar frecuentemente que la paciente sea capaz de responder verbalmente.
- Recomendación 5.3: Se recomienda considerar la provisión de atención por parte de un anestesista profesional para pacientes P-3, P-4 y P-5 conforme a las definiciones de ASA (véase “Definición de Estado Físico” de ASA en este documento).
- Norma 6: Debe encontrarse presente otra persona además del proveedor que practica el procedimiento. Dicha persona debe haber sido capacitada para monitorear parámetros fisiológicos apropiados y no debe desempeñar otras responsabilidades aparte de monitorear si la capacidad de respuesta de la paciente ha disminuido respecto de la observada al inicio del procedimiento y se debe encontrar preparada para brindarle apoyo respiratorio.^B
- Norma 7: El profesional que administra sedación profunda o anestesia general no debe ser el mismo que realiza el aborto.
- Norma 8: El profesional que administra sedación profunda o anestesia general debe haberse certificado de acuerdo con reglamentos aplicables y observar normas establecidas de atención profesionales.
- Norma 9: La paciente se deberá auto administrar el N2O/O2

^B Véanse los lineamientos para “Procedimientos de Emergencia para Centros de Salud que Ofrecen/Proporcionan Sedación Mínima”.

Norma 10: La provisión de N₂O/O₂ se debe apegar a los lineamientos de monitoreo de pacientes, consistentes con las Normas 7 y 8 arriba descritas, y requiere personal de monitoreo dedicado.

Norma 11: El equipo para administrar N₂O/O₂:

- debe proporcionar una concentración de N₂O no mayor al 70% en las inspiraciones;
- debe proporcionar una concentración de O₂ del 100% como máximo y del 30% como mínimo, y
- se debe revisar y calibrar periódicamente.

Recomendación 11.1: El equipo para la provisión de N₂O/O₂ debería contar con un analizador de oxígeno.

Recomendación 11.2: Debido a la posibilidad de exposición ocupacional, se debería llevar a cabo un monitoreo ambiental o de personal para determinar los niveles de gases presentes (ver la sección de Discusión que se encuentra a continuación).

INSTALACIONES Y EQUIPO

Véanse los lineamientos para “Procedimientos de Emergencia para Centros de Salud que Ofrecen/Proporcionan Sedación Mínima”.

Discusión:

SOBRE EL USO DE LA OXIMETRÍA DE PULSO. No se han realizado ensayos clínicos para evaluar los beneficios del uso de la oximetría de pulso en jóvenes que se someten a procedimientos ambulatorios de aborto, mismas que rara vez presentan compromiso respiratorio o hemodinámico. Dado el bajo riesgo de morbilidad y mortalidad asociadas al procedimiento, resulta poco probable que se realicen estudios de la escala requerida para evaluar la oximetría de pulso con base en resultados. La correlación principal con la desaturación prolongada de oxígeno se asocia con el envejecimiento y las deficiencias en las funciones cardiovasculares. Sin embargo, el uso de la oximetría de pulso se ha convertido en la norma de atención para toda paciente que haya recibido medicamentos que alteren el nivel de conciencia o el impulso respiratorio.

SOBRE EL USO DE N₂O/O₂. El óxido nitroso se ha utilizado por años para producir analgesia y sedación y posee un historial de seguridad excelente cuando lo utilizan tanto anestesiólogos como otros proveedores. Se debe prestar atención al nivel de sedación proporcionado a la paciente y el proveedor debe estar preparado para reconocer y atender los cambios que se presenten en dicho nivel. La exposición ocupacional al N₂O se ha asociado a un mayor riesgo de daño neurológico, aborto espontáneo, disminución de la fecundidad y enfermedades renales y hepáticas. Aunque no existe ninguna norma de la OSHA para el N₂O, la NIOSH recomienda que los niveles de concentración de N₂O en el aire se mantengan por debajo de 25 ppm (1995) mediante el uso de sistemas de eliminación de gases residuales, bien diseñados, y otros controles de ingeniería, mantenimiento de equipo, monitoreo de la exposición y prácticas de trabajo seguras.

Referencias:

1. ADAS Newsletters, 1988, 20:2, as reported in Rosenberg, MB, & Campbell, RL, Guidelines for intraoperative monitoring of dental patients undergoing conscious sedation, deep sedation, and general Anesthesia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991, 71:2.
2. Atrash, HK, *et al.* Legal abortion mortality and general anesthesia. *Am J Obstet Gynecol* 1988, 158:420.
3. Bailey, PL, *et al.* Frequent hypoxemia and apnea after sedation with midazolam and fentanyl. *Anesth* 1990, 73:826.
4. Bell, GD, *et al.* Recommendations for standards of sedation and patient monitoring during gastrointestinal endoscopy. *Gut* 1991, 32:823.
5. *Continuum of Depth of Sedation, Definitions of General Anesthesia and Levels of Sedation/Analgesia.* (Approved by the ASA House of Delegates on October 27, 2004, and amended on October 21, 2009.)
6. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. The use of pulse oximetry during conscious sedation. *JAMA* 1993, 270:1463.
7. Dodson, SR, *et al.* Continuous oxygen saturation monitoring during cardiac catheterization in adults. *Chest* 1988, 94:28.
8. Eichhorn, JH, *et al.* Standards for patient monitoring during anesthesia at Harvard Medical School. *JAMA* 1986, 256:1017.
9. Guidelines for Ambulatory Anesthesia and Surgery, IN: *ASA Standards Guidelines: Statements.* Park Ridge, IL: American Society of Anesthesiologists, 2008.
10. Holzman, RS, *et al.* Guidelines for sedation by non-anesthesiologists during diagnostic and therapeutic procedures. *J Clin Anesth* 1994, 6:265.
11. Lavies, NG, *et al.* Arterial oxygen saturation during upper gastrointestinal endoscopy: Influence of sedation and operator experience. *Am J Gastroenterol* 1988, 83:618.
12. Morlote, EB, *et al.* Hemodynamic monitoring and pulse oximetry during percutaneous gastrostomy and jejunostomy: Necessity or nuisance? *Surg Endosc* 1991, 5:130.
13. *Physical Status Classification.* 2012 ASA Relative Value Guide.
14. Raemer, DB, *et al.* Hypoxemia during ambulatory gynecologic surgery as evaluated by the pulse oximeter. *J Clin Monitoring* 1987, 3:244.
15. Singer, R & Thomas, PE. Pulse oximeter in the ambulatory anesthetic surgical facility. *Plast Reconstr Surg* 1988, 82:111.
16. *Standards for Basic Anesthetic Monitoring.* (Approved by ASA House of Delegates on October 21, 1986, and last amended on October 25, 2005.)

rev. diciembre de 2011

ANALGESIA Y SEDACIÓN

Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA)

ESPECTRO CONTINUO DE LOS NIVELES DE PROFUNDIDAD DE SEDACIÓN DEFINICIÓN DE ANESTESIA GENERAL Y NIVELES DE SEDOANALGESIA^c

Comité de Origen: Manejo de Calidad y Administración Departamental
(Aprobado por la Cámara de Delegados de la ASA el 27 de octubre de 2004 y modificado el 21 de octubre de 2009)

	<i>Sedación Mínima / ansiolisis</i>	<i>Sedoanalgesia moderada / "sedación consciente"</i>	<i>Sedoanalgesia profunda</i>	<i>Anestesia general</i>
<i>Capacidad de respuesta</i>	Respuesta normal a estímulos verbales	Respuesta deliberada** a estímulos verbales o táctiles	Respuesta deliberada** ante estímulos repetidos o dolorosos	El paciente no despierta aun con estímulos dolorosos
<i>Vía aérea</i>	No afectada	No se requiere intervenir	Se podría requerir una intervención	Frecuentemente se requiere una intervención
<i>Ventilación espontánea</i>	No afectada	Adecuada	Podría ser inadecuada	Frecuentemente es inadecuada
<i>Función cardiovascular</i>	No afectada	Por lo general se conserva	Por lo general se conserva	Podría encontrarse disminuida

** El reflejo de flexión o retirada ante un estímulo doloroso NO se considera una respuesta voluntaria.

^c Tomado de *Contiuum of Depth Sedation: Definition of General Anesthesia and levels of Sedation/Anesthesia*, 2009, reimpresso con el permiso de la Sociedad Americana de Anestesiólogos. Si desea obtener un ejemplar del texto completo, puede solicitarlo a: ASA, 520 N. Northwest Highway, Park Ridge, Illinois, 60068-2573.

ANALGESIA Y SEDACIÓN

Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA)

DEFINICIÓN DEL ESTADO FÍSICO^D

A continuación se presenta la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiólogos, misma que se debería utilizar para evaluar a las pacientes.

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO FÍSICO

- P-1- Paciente normal y saludable.
- P-2- Paciente con enfermedad sistémica leve.
- P-3- Paciente con enfermedad sistémica grave.
- P-4- Paciente con enfermedad sistémica grave que constituye una amenaza constante para su vida.
- P-5- Paciente moribundo que no se cree que pueda sobrevivir sin cirugía.
- P-6- Paciente declarado clínicamente muerto y cuyos órganos se extraen para donar los.

^D *ASA Relative Value Guide*. 2012. Reimpreso con el permiso de la Sociedad Americana de Anestesiólogos, 520 N. Northwest Highway, Park Ridge, Illinois 60068-2573.

USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL ABORTO

Política: La prevención y el tratamiento de infecciones disminuye la morbilidad en el postaborto.

Recomendación 0.1: Todas las mujeres deben recibir antibióticos al momento de realizarse un aborto quirúrgico.

Opción 0.01: Se podrían administrar antibióticos a las pacientes que elijan un aborto con medicamentos.

Recomendación 0.2: Se debería considerar la administración de un tratamiento empírico para Chlamydia a pacientes con alto riesgo de infección preexistente.^A

Recomendación 0.3: Se recomienda seguir los lineamientos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) en el caso de infecciones documentadas del tracto reproductivo.³

Opción 0.02: Se podría iniciar un tratamiento con antibióticos al momento de la inserción de los dilatadores osmóticos.

Opción 0.03: Se podrían administrar antibióticos en la fase perioperatoria a mujeres sin prótesis en el corazón.^B

Discusión: Al revisar la literatura, encontramos que se justifica la administración universal de antibióticos a todas las mujeres a quienes se practique un aborto quirúrgico. Existe un análisis retrospectivo a gran escala que apoya el uso de antibióticos en el aborto con medicamentos.⁵

^A Se define a una paciente con alto riesgo de contraer infección por Chlamydia a la que tiene las siguientes características:

- a. 25 años de edad o menos;
- b. nuevas o numerosas parejas sexuales;
- c. flujo mucopurulento;
- d. presencia de alguna ETS;
- e. antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria.

^B "La declaración concluye que no se indica la profilaxis con antibióticos en pacientes con pernos, placas o implantes dentales ni se indica rutinariamente para la mayoría de las pacientes con reemplazo articular total sometidas a tratamiento odontológico. Sin embargo, se recomienda considerar la administración previa de medicamentos a un número reducido de pacientes que pudieran correr mayor riesgo de experimentar infecciones articulares hematógenas totales [1. Todas las pacientes que se encuentren dentro de los primeros dos años posteriores a un reemplazo articular; 2. Pacientes con compromiso inmunológico/inmunosupresión, y 3. Pacientes con comorbilidad (infecciones articulares previas, malnutrición, hemofilia, infectadas por VIH, diabetes tipo 1 dependientes de insulina, procesos malignos)]"o que padezcan infecciones hematógenas articulares totales.¹

Referencias:

1. Advisory Statement: Antibiotic prophylaxis for dental patients with total joint replacements. *Journal of the American Dental Association* 2003, 134:895.
2. Blackwell, AL. Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. *Lancet* 1993, 342:206.
3. Centers for Disease Control and Prevention. STD Treatment Guidelines (2010) MMWR 59 (no. RR-12).
4. Darj, E, *et al.* The prophylactic effect of doxycycline on postoperative infection rate after first-trimester abortion. *Obstet Gynecol* 1987, 70:755.
5. Fjerstad, M, Trussell, J, Sivin, I, Lichtenberg, ES, & Cullins, V. *NEJM* 2009, 361(2):145.
6. Grimes, DA, *et al.* Prophylactic antibiotics for curettage abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1984, 150:689.
7. Hakim-Elahi, E & Tovell, H. Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990, 76:129.
8. Larsson, PG, *et al.* Incidence of pelvic inflammatory disease after first-trimester legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metronidazole: A double-blind randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 1992, 166:100.
9. Levallois, P & Rioux, J. Prophylactic antibiotics for suction curettage: Results of a clinical controlled trial. *Obstet Gynecol* 1988, 158:100.
10. McGregor, JA. Prophylactic antibiotics unjustified for unselected abortion patients. *Am J Obstet Gynecol* 1985, 152:722.
11. Moller, BR, *et al.* Pelvic infection after elective abortion associated with *Chlamydia trachomatis*. *Obstet Gynecol* 1982, 59:210.
12. Osser, S & Persson, K., Postabortal pelvic infection associated with *Chlamydia trachomatis* and the influence of humoral immunity. *Am J Obstet Gynecol* 1984, 150:699.
13. Qvigstad, E, *et al.* Pelvic inflammatory disease associated with *Chlamydia trachomatis* after therapeutic abortion: A prospective study. *Brit J Vener Dis* 1983, 59:189.
14. Sawaya, GF, *et al.* Antibiotics at the time of induced abortion: The case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996, 87:884.
15. Sawaya, GF & Grimes, DA. Preventing postabortal infection. *Contemp Obstet Gynecol* 1994, 15:53.

rev. octubre de 2009

COMPLICACIONES: HEMORRAGIA

Política: Una de las complicaciones más graves de un aborto es la hemorragia. El reconocimiento temprano del origen de la misma puede ayudar a disminuir la morbilidad y la mortalidad.

HEMORRAGIA PREVIA AL PROCEDIMIENTO

Recomendación 0.1: Se recomienda considerar la posibilidad de un embarazo ectópico o de un aborto espontáneo.

HEMORRAGIA PERIPROCEDIMIENTO

Norma 1: De presentarse una hemorragia excesiva, el proveedor deberá tomar medidas para identificar la etiología de la misma y controlarla.

Recomendación 1.1: Se recomienda establecer un acceso IV.

Recomendación 1.2: El proveedor debería considerar la posibilidad de un aborto incompleto, atonía, fibromas, laceraciones, perforaciones, acretismo placentario, embarazo cervical o cornal y coagulopatía.^A

Opción 1.21: Podría resultar de utilidad emplear ultrasonografía para determinar si el contenido del útero ha sido evacuado y para detectar hemorragias ocultas.

Opción 1.22: Cuando se sospeche la existencia de un punto de hemorragia cervical, se puede lograr la hemostasia al comprimir los fórnicos laterales del cuello uterino con fórceps de anillo o mediante sutura.

Opción 1.23: Podría resultar de utilidad administrar masaje uterino y uterotónicos cuando se sospeche atonía.^B

Opción 1.24: De sospecharse la presencia de coagulopatía, se podría hacer una prueba de sangre para determinar los parámetros de coagulación. Quizás se requiera administrar una transfusión o productos sanguíneos.

^A Véanse los lineamientos para “Complicaciones: Perforación”.

^B Metergina (intracervical o IM); oxitocina (intracervical, IM o IV); prostaglandinas (por ejemplo: prostin intracervical o IM)

Recomendación 0.2: De continuar el sangrado excesivo, se recomienda tomar las siguientes medidas:

- monitorear y documentar la presión arterial, el pulso y el estado clínico;
- administrar uterotónicos;
- mantener el acceso IV;
- iniciar reposición de volumen, y
- preparar el traslado a un hospital de ser necesario.^C

Norma 2: Se debe transferir a la paciente a un centro hospitalario cuando la hemorragia no responda a las medidas terapéuticas utilizadas o presente inestabilidad hemodinámica.^C

HEMORRAGIA TARDÍA

Norma 3: Cuando una paciente reporte sangrado excesivo^D después de haber sido dada de alta, se le deberá evaluar en el centro donde fue atendida o en un servicio de urgencias.

Discusión: Por lo general, la hemorragia excesiva en los periodos peri y postprocedimiento es ocasionada por atonía uterina, a menudo complicada por la evacuación incompleta del contenido del útero. Por tanto, los esfuerzos iniciales más importantes se deberían centrar en asegurar la evacuación completa del útero y en aumentar el tono uterino mediante el uso de uterotónicos.

Surgen problemas cuando se ignora o subestima la gravedad de una hemorragia. Al enfrentarse a una hemorragia en desarrollo el personal clínico siempre debe recordar atender lo simple: evaluar continuamente la pérdida de sangre, medir y registrar con frecuencia la presión arterial y el pulso y asegurar el acceso intravenoso.

Como medida preventiva, muchos proveedores administran uterotónicos y vasoconstrictores. Aunque existe información que apoya el uso rutinario de vasopresina en el bloqueo paracervical, existe poca evidencia en la literatura que justifique el uso de otras estrategias profilácticas rutinarias. Sin embargo, médicos experimentados han encontrado que los siguientes esquemas resultan de utilidad.

Para el bloqueo paracervical:

- De 2 a 6 unidades de vasopresina;
- De 4 a 8 unidades de oxitocina (por ejemplo, 10 unidades en 50 cc de lidocaína, usando 20 cc de la lidocaína para el bloqueo o una dosis total de 4 unidades);
- Epinefrina (20 cc de 1:200 000 en lidocaína, equivalente a 0.1 cc de 1:1000), o
- Ninguno de los anteriores.

^C Véanse los lineamientos para “Procedimientos de Emergencia para Centros de Salud que Ofrecen/Proporcionan Sedación Mínima”.

^D La hemorragia empapa por completo más de una toalla sanitaria por hora, durante más de tres horas.

Se podrían tomar las siguientes medidas en la etapa posterior al procedimiento para el tratamiento de la hemorragia postaborto:

- a. 0.2mg de metergina oral, IM, intracervical o IV;
- b. 10 unidades de oxitocina IM ó 10-40 unidades IV;
- c. 800-1000mcg de misoprostol por vía rectal u 800mcg por vía sublingual (se ha utilizado para la hemorragia posparto);
- d. 0.25mcg de hemabate IM;
- e. Presión intrauterina (por ejemplo, sonda de Foley o balón de Bakri o empaquetamiento), o
- f. Taponamiento vaginal.

De continuar la hemorragia tras asegurar que ha concluido la evacuación uterina y de no existir laceraciones cervicales o vaginales visibles, el proveedor debe considerar la posibilidad de complicaciones como perforación, coagulopatía o acretismo placentario.^E

Referencias:

1. Hakim-Elahi, E. & Tovell, H. Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990, 76:129.

rev. octubre de 2009

^E Véanse los lineamientos para “Complicaciones: Perforación”.

COMPLICACIONES: PERFORACIÓN

Política: La perforación uterina es una complicación del aborto que puede generar porcentajes significativos de morbilidad.

Norma 1: Si a juicio del proveedor un instrumento penetra más allá de lo esperado, se debe considerar la posibilidad de una perforación uterina.

Norma 2: De ocurrir una perforación, incluso si la paciente es asintomática, se le deberá observar y dar seguimiento minuciosamente.

Opción 2.01: Se podría establecer cobertura con antibióticos.

Opción 2.02: Se podrían administrar uterotónicos.

Opción 2.03: Se podría transferir a la paciente a un hospital.

Opción 2.04: De ocurrir una perforación que no altere el embarazo, se podría finalizar el procedimiento inmediatamente, esperar un poco o referir a la paciente a otro proveedor.

Recomendación 2.1: De ocurrir una perforación que altere el embarazo, se debería completar el proceso de aborto tan pronto como sea posible.

Opción 2.05: Se podría completar el proceso de evacuación uterina bajo ultrasonografía directa.

Opción 2.06: Se podría completar el aborto bajo visualización laparoscópica.

Norma 3: Se debe hospitalizar a la paciente para que reciba atención definitiva cuando:

- se detectan vísceras intrabdominales en la cavidad uterina, el cuello del útero, la vagina, los tubos de succión o en el examen tisular;
- se detectan partes fetales en la cavidad abdominal;
- se detecta un hematoma en expansión en la región intrabdominal o retroperitoneal, o
- se detecta inestabilidad hemodinámica.

Norma 4: Si se sospecha perforación uterina y se ha insertado la cánula en la cavidad uterina, se debe detener la succión inmediatamente antes de la remoción de la cánula.

Discusión: La identificación precisa de perforaciones puede ser difícil. Cuando se sospeche la existencia de una perforación, lo más seguro es proceder como si realmente existiera hasta descartarla.

La mayoría de las perforaciones se localizan en la línea media o en el fondo del útero, especialmente en el primer trimestre. Generalmente, las perforaciones se encuentran ocultas y no representan un problema, pero en abortos del segundo trimestre existe mayor riesgo de perforaciones graves porque el miometrio es más vascular y menos resistente a cualquier daño provocado por instrumentos de mayores

dimensiones. Las perforaciones laterales tienden a dañar los vasos uterinos. Existen mayores probabilidades de que ocurran perforaciones en los siguientes casos:

- a. marcada anteflexión o retroflexión uterina;
- b. estenosis de la os cervical interna que requiere aplicar más fuerza para producir la dilatación;
- c. anomalías uterinas;
- d. evacuación uterina difícil y prolongada.

Es probable que haya ocurrido una perforación uterina cuando:

- a. un instrumento penetra en la cavidad uterina más profundamente de lo esperado y sin encontrar resistencia;
- b. la paciente experimenta más dolor del esperado durante el procedimiento;
- c. la paciente presenta dolor excesivo y persistente en el período inmediato de recuperación.

Varios factores pueden ayudar a evitar perforaciones:

- a. valorar con exactitud la edad gestacional;
- b. valorar con exactitud la posición uterina;
- c. enderezar el eje uterino, y
- d. efectuar la preparación cervical después del primer trimestre.^A

Referencias:

1. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation. *Contraception* 2007, 76:486.
2. Cervical preparation for surgical abortion from 20-24 weeks' gestation. *Contraception* 2008, 77:308.
3. Elchalal, *et al.* Ultrasound-directed diagnosis and treatment of pelvic hematoma after therapeutic abortion. *J Clin Ultrasound* 1993, 21:55.
4. Freiman, SM & Wulff, GJ Jr. Management of uterine perforation following elective abortion. *J Obstet Gyn* 1977, 50:647.
5. Kaali, SG, *et al.* The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1989, 161:406.
6. Lajinian, S, *et al.* Sonographic appearance of suspected iatrogenic uterine perforation. *J Reprod Med* 1994, 39:911.
7. Lauersen, NH & Birnbaum, S. Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1973, 117:522.
8. White, MK, *et al.* A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1977, 129:623.

rev. octubre de 2009

^A Véanse los lineamientos para “Aborto en el Segundo Trimestre por Dilatación y Evacuación”.

ATENCIÓN POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO

Política: Se pueden detectar las complicaciones más graves de un aborto en el periodo inmediato al procedimiento. Resulta esencial para el bienestar de las pacientes proporcionar atención adecuada y seguimiento accesible.

- Norma 1: Se debe ofrecer inmunoglobulina Rh de conformidad con los lineamientos de Rh.^A
- Norma 2: Un proveedor de salud capacitado en atención posterior al procedimiento debe observar a todas las pacientes durante el período de recuperación.
- Norma 3: Un miembro del personal clínico^B debe permanecer en el centro de salud hasta que todas las pacientes se encuentren estables desde el punto de vista médico.
- Norma 4: Antes de dar de alta a la paciente, se debe documentar lo siguiente: la paciente debe encontrarse bajo atención ambulatoria y con presión arterial y pulso estables; se debe haber controlado el sangrando y el dolor.
- Norma 5: Se deben proporcionar a la paciente instrucciones verbales y por escrito sobre qué esperar después del procedimiento, el autocuidado y los signos y síntomas de complicaciones.
- Norma 6: El centro de salud debe ofrecer acceso a un servicio de emergencia disponible las 24 horas, donde las llamadas se prioricen de acuerdo con políticas por escrito y reglamentos aplicables. Ofrecer solamente un mensaje pregrabado se considera inaceptable.
- Norma 7: Cualquier miembro del personal de salud no médico que participe en el primer triage debe encontrarse capacitado para tomar el historial de salud postaborto y para seguir lineamientos claros y por escrito que señalen en qué casos es necesario acudir de inmediato con un médico.
- Norma 8: Toda paciente con historial que sugiera la presencia de una complicación posterior al procedimiento debe tener acceso a un médico. La clínica debe establecer mecanismos para remitir a la paciente a personal médico, cuando la situación lo amerite.

rev. diciembre de 2012

^A Véanse los lineamientos para “Prueba de Rh y Administración de Inmunoglobulina Rh”.

^B La definición de personal clínico incluye a médicos, enfermeras de atención primaria, asistentes médicos y enfermeras obstetras.

EVALUACIÓN DEL CONTENIDO EVACUADO DEL ÚTERO

Política: La remoción completa e identificación de los productos de la concepción ayudan a evitar complicaciones del aborto.

Norma 1: Se debe confirmar que haya concluido el proceso de aborto antes de que la paciente salga del centro de salud.

- a. Si no se observa un polo fetal en el ultrasonido previo al procedimiento, se debe examinar el contenido evacuado del útero antes de que la paciente salga del centro de salud.
- b. En otros casos, se debe examinar el tejido o usar ultrasonido para confirmar la evacuación.

Recomendación 1.1: Se recomienda examinar el contenido evacuado del útero antes de que la paciente salga del centro de salud.

Recomendación 1.2: En abortos efectuados en el primer trimestre del embarazo, se recomienda inspeccionar por flotación y a contraluz los tejidos evacuados para verificar la presencia de productos de la concepción, incluido el saco gestacional.

Opción 1.01: No se requiere realizar un estudio de patología del contenido evacuado del útero.

Norma 2: De obtenerse tejido insuficiente o productos incompletos de la concepción o si los hallazgos del ultrasonido son inciertos, se debe reevaluar a la paciente.

Recomendación 2.1: Se recomienda considerar la posibilidad de efectuar un estudio ultrasonográfico de la pelvis como medida de seguimiento.

Recomendación 2.2: Se recomienda considerar la posibilidad de repetir la aspiración.

Recomendación 2.3: Se podría considerar la realización de análisis cuantitativos seriados de hCG o pruebas sensibles de embarazo en orina.^A

Norma 3: Si la paciente presenta tejido insuficiente después de una evaluación adecuada, se debe seguir un protocolo para descartar la posibilidad de embarazo ectópico y se debe informar a la paciente sobre los síntomas y riesgos de ese tipo de embarazo.

Recomendación 3.1: Si se determina que la cavidad uterina se encuentra vacía, se recomienda efectuar análisis cuantitativos seriados de hCG.

^A La prueba sensible de embarazo en orina da positivo cuando alcanza 25 MUI de -hCG.

Norma 4: No se debe eximir a la paciente de la atención de seguimiento hasta que se haya descartado la posibilidad de un embarazo ectópico o se haya documentado que la paciente fue referida apropiadamente.

Recomendación 4.1: Se recomienda realizar una prueba cuantitativa de hCG sérico a las 48 horas del procedimiento. Si se observa una disminución del 50% o más, no se requerirá seguimiento para un posible embarazo ectópico.¹

Recomendación 4.2: Si las pruebas cuantitativas de hCG sérico a las 48 horas del procedimiento no muestran cambios o revelan un aumento de valor por debajo de lo normal, se debería proporcionar y documentar una evaluación y tratamiento definitivo para embarazo ectópico o referir a la paciente y documentarlo.

Norma 5: En abortos del segundo trimestre, se deben evacuar del útero la placenta y todas las partes principales del feto.

Recomendación 5.1: De no identificarse las estructuras arriba mencionadas, se debería considerar la realización de una evaluación ultrasonográfica y repetir la exploración uterina guiada por ultrasonido.

Recomendación 5.2: Se recomienda que el proveedor siga atendiendo a la paciente hasta que se determine que el proceso de aborto ha concluido.

Referencias:

1. Creinin, MD. Change in serum beta-human chorionic gonadotropin after abortion with methotrexate and misoprostol. *Am J Obstet Gynecol* 1996 Feb; 174(2):776-8.

rev. octubre de 2009

MANEJO, ALMACENAMIENTO Y DISPOSICIÓN DEL TEJIDO FETAL

Política: El manejo, almacenamiento y disposición de tejido realizados de manera inadecuada pueden ocasionar la diseminación de enfermedades infecciosas y aumentar el riesgo de robo o extravío del tejido. Debido a la posible naturaleza infecciosa del tejido extraído durante el aborto, se establecen lineamientos para su manejo, almacenamiento y disposición adecuados.

Norma 1: Se debe considerar que todo tejido extirpado quirúrgicamente constituye un riesgo biológico y se debe manejar, almacenar y eliminar de conformidad con los reglamentos oficiales aplicables. Se debe implantar un protocolo adecuado, para el manejo, almacenamiento y disposición de tejidos.

Norma 2: Se debe cumplir con controles adecuados de ingeniería y prácticas de trabajo para el manejo de materiales potencialmente infecciosos.^A

rev. octubre de 2011

^A Control de ingeniería: Tecnología y equipo disponibles que aíslan o eliminan riesgos del lugar de trabajo, tales como contenedores de desecho de objetos punzocortantes.

Control de prácticas de trabajo: Cambio en la manera de efectuar una tarea para reducir la probabilidad de exposición de los empleados a sangre o a materiales potencialmente infecciosos.

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA PARA CENTROS DE SALUD QUE OFRECEN/PROPORCIONAN SEDACIÓN MÍNIMA^A

Política: El manejo óptimo de las emergencias derivadas de un aborto reduce la morbilidad.

Norma 1: Cuando se realizan los procedimientos de aborto, se debe encontrar disponible en el centro de salud un miembro del personal, capacitado y con certificación vigente en soporte vital básico (BLS, por sus siglas en inglés) correspondiente al nivel de proveedor de salud y certificado en un nivel equivalente al de un proveedor de salud de la Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés).

Recomendación 1.1: Se recomienda que todo el personal médico cuente con certificación vigente en soporte vital básico correspondiente al nivel de proveedor de salud.

Norma 2: La clínica debe contar con equipo en buenas condiciones y medicamentos que no hayan caducado para atender emergencias médicas. Se debe contar con oxígeno, vías aéreas orales, uterotónicos, vasopresores, incluidos antihistamínicos y epinefrina.

Recomendación 2.1: El establecimiento debería contar con un área específica para equipo de emergencia que incluya oxígeno, medicamentos y suministros. Se debe contar con un protocolo y programa de verificación del equipo y de remoción de medicinas caducas.

Norma 3: Se deben haber implementado protocolos para el manejo de emergencias médicas, mismos que deben incluir indicaciones para traslado de emergencia e instrucciones por escrito y de fácil acceso para comunicarse con servicios de asistencia externos para casos de emergencia (i.e., ambulancia).

Recomendación 3.1: Se recomienda que todo el personal conozca adecuadamente su función en el manejo de emergencias médicas.

Recomendación 3.2: Los centros de salud deberían considerar la posibilidad de elaborar un convenio para traslados a un hospital, donde se especifiquen los medios de comunicación y transporte y el protocolo de transferencia de la atención en casos de emergencia.

Norma 4: En escenarios donde se utilicen benzodiazepinas y opioides, se debe contar con antagonistas apropiados, broncodilatadores y bolsas Ambu.

rev. diciembre de 2012

^A Donde se proporcione sedación moderada o de mayor profundidad, debe encontrarse presente un proveedor capaz de manejar emergencias asociadas a esos niveles de sedación. Véanse los lineamientos para “Analgesia y Sedación”.

naf

NATIONAL
ABORTION
FEDERATION

