

ABORTO: GUÍA DE ATENCIÓN

Dras. Gabriela Casasco¹ y Evangelina Di Pietrantonio²

Introducción y consideraciones generales sobre el problema del aborto

Existe consenso que el aborto realizado en condiciones inadecuadas, produce elevada morbi-mortalidad que significa un grave problema social y de salud pública. Los médicos deben ejercer un rol apropiado en la resolución de este problema.

En todo el mundo debe ser función de los médicos el prevenir los embarazos no deseados y **reducir el número de abortos** y así la morbi-mortalidad materna.

La experiencia mundial ha demostrado que la penalización del aborto no disminuye su frecuencia, pero aumenta la morbi-mortalidad materna, contribuye a la discriminación y humillación de la mujer, perpetuando de este modo la desigualdad y la injusticia social.

Es importante que los médicos *conozcan los determinantes y las consecuencias sociales, culturales y económicas del embarazo indeseado*, entre ellas su salud física y mental.

Afecta particularmente a las mujeres que, por su condición socio-económica, dependen del sistema público de salud.¹

Por otra parte, educar a hombres y mujeres en temas de salud sexual y reproductiva y mejorar el acceso a métodos anticonceptivos aceptables y seguros **constituye la estrategia más eficaz para combatir el aborto**.

Es difícil inferir la magnitud del aborto, ya que factores culturales, religiosos y legales influyen

para que las mujeres oculten la interrupción de un embarazo. Según cifras de la OMS, la mitad de las gestaciones que ocurren en el mundo son indeseadas, y 1 de cada 9 mujeres recurre al aborto como única solución posible.²

En América Latina y el Caribe ocurren anualmente 182 millones de embarazos. De éstos, 36% no fueron planeados, y un 20% termina en un aborto.³

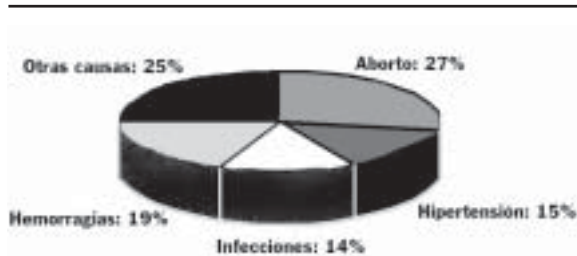
En Argentina, **el aborto es la primera causa de muerte materna**, como se observa en la *Figura 1* y por ello mueren un número considerable de mujeres muy jóvenes (*Figura 2*).

La hospitalización por aborto se ha incrementado en nuestro país en un 57% desde 1995 a 2000 (*Figura 3*) y **el 40% de ellas corresponde a mujeres menores de 20 años**. Considerando que la mortalidad representa apenas “la punta del iceberg”, estos datos de hospitalización confirman la magnitud del problema. Debe tenerse en cuenta, por otra parte, que esta cifra

corresponde sólo al sector público, ya que el sector privado no reporta datos.

Para un gran número de mujeres, el aborto resulta de necesidades no satisfechas de planificación familiar y pone de relieve la falta de información sobre anticoncepción, dificultades de acceso a los métodos, fallas de los mismos o discontinuidad en la provisión por parte de los programas.

Figura 1. Principales causas de Mortalidad Materna. República Argentina, 2003. Tasa 44 ‰.



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

¹ Médica, Instructora de Residentes del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

² Médica, Jefa de Residentes del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Se infiere que en nuestro país se producen entre 450.000 y 500.000 abortos por año.⁴

En Argentina el legrado post-aborto es la segunda causa de hospitalización de las mujeres en edad fértil.⁴

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

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

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

Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos reconocen la facultad de las personas de tomar decisiones libres acerca de su vida sexual y de su capacidad reproductiva. Suponen el ejercicio de la sexualidad y de su orientación sexual *libre de discriminación, coacción o violencia*, así como el acceso de información sobre el cuerpo la educación y la salud sexual.

El ejercicio de estos derechos implica la posibilidad de decidir respecto de tener hijos en condiciones que hagan posible elecciones libres y seguras.

Los derechos sexuales y reproductivos son condición indispensable del ejercicio de una ciudadanía plena y se sustentan en el reconocimiento y respeto a los derechos humanos universales y de

las garantías establecidas en nuestra Constitución nacional, en la de la ciudad de Buenos Aires y en los convenios y tratados internacionales ratificados por el estado.

Guía de atención de mujeres que consultan por aborto

Las mujeres que consultan en los servicios de salud durante el proceso de aborto **no deben ser consideradas culpables ni víctimas, no deben ser juzgadas ni criminalizadas**, suponiendo que el aborto fue provocado.

Las mujeres tienen derecho a una atención digna con respecto a su privacidad, individualidad y libertad de elección.

El médico no debe juzgar, sólo debe dedicarse a la atención de la mujer teniendo en cuenta tanto los problemas físicos como emocionales de la paciente.

Para esto es necesario un amplio cambio cultural de todo el equipo de salud, propinando espacios de reflexión en el personal involucrado en la atención de pacientes con aborto para discutir sus valores y actitudes en relación a este problema.

Estos cambios deber realizarse en función de priorizar la atención de la mujer integralmente, en lugar de considerar solo sus problemas físicos.

Evaluación y plan de tratamiento del aborto

Introducción

Los estadios del aborto pueden ser clasificados en:

- Amenaza de aborto
- Aborto inevitable

Figura 2. Número de muertes por complicaciones de aborto por edad. Argentina, 2003.

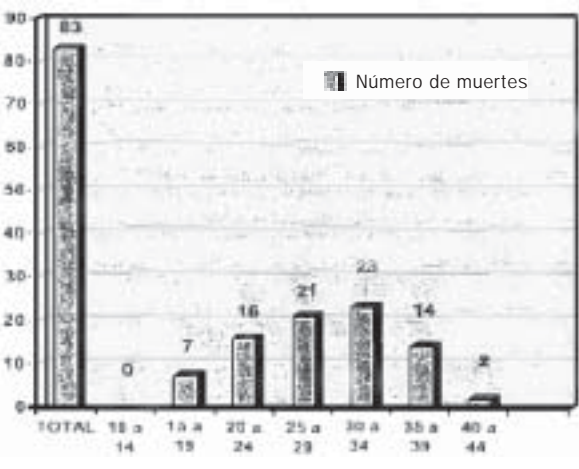
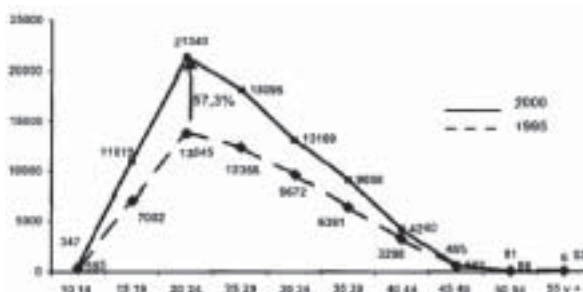


Figura 3. Número de egresos por aborto, según edad. Argentina, 1995 y 2000.



Fuente: CEDES, sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación (1996 y 2002).

- Aborto incompleto
- Aborto inminente
- Aborto completo
- Aborto diferido o Huevo Muerto y Retenido (HM y R)
- Aborto séptico
- Aborto habitual

Las preguntas de la historia clínica deben ser hechas con el objetivo de orientar la conducta terapéutica, jamás de carácter inquisitorio o con la finalidad de colaborar con investigaciones policiales, no se debe emitir juicio de valor y preferentemente debe ser una sola persona quien recoja la información.

Los hallazgos clínicos y los síntomas identificados en la evaluación clínica orientan el diagnóstico y tratamiento de cada mujer.

Los síntomas que indican una posible entidad clínica relacionada con el aborto son:

1. Antecedentes de atraso menstrual.
2. Dolor cólico en hipogastrio.
3. Genitorragia.

En pacientes en edad reproductiva que presentan estos síntomas se deben considerar otros **diagnósticos diferenciales de metrorragia del primer trimestre** del embarazo como embarazo ectópico, aborto incompleto, enfermedad trofoblástica gestacional.

Las mujeres que presentan un aborto suelen presentarse estables desde el punto de vista hemodinámico; no obstante, algunas mujeres llegan al establecimiento de salud en estado grave y requieren intervención urgente, por lo tanto *toda mujer que presente síntomas de aborto debe ser evaluada sin demora.*

La mayoría de las mujeres que requieren atención post aborto presentan solo síntomas menores y necesitarán tratamiento de un aborto incompleto, estas pacientes **pueden ser tratadas en forma ambulatoria mediante un procedimiento de evacuación uterina.** Sin embargo algunas presentan síntomas mas graves y requieren un manejo urgente y atención de alto nivel.

Siempre la atención por parte del equipo de salud debe ser en un marco de respeto y confidencialidad.

Evaluación clínica

1. Antecedentes médicos y quirúrgicos.
2. Evaluación psicosocial.
3. Examen físico.
4. Realizar diagnóstico de entidad clínica.

1. Antecedentes médicos y quirúrgicos

- Motivo de consulta.
- FUM.
- Si está embarazada ¿es un embarazo deseado?
- Inicio, duración y cantidad del sangrado.
- Presencia de dolor abdominal, duración y características.
- Antecedente de fiebre, equivalentes febriles, nauseas, vómitos.
- Atención médica o medicación recibida reciente.
- Antecedente de enfermedades actuales o previas.
- Antecedentes ginecológicos y obstétricos.
- Embarazos anteriores y sus resultados.
- Historia de uso de anticonceptivos.

2. Evaluación psicosocial

La comunicación abierta, confidencial y libre entre la paciente y el médico ayuda a que el profesional cuente con la información y elija el mejor plan de tratamiento. El estado emocional de la paciente puede estar relacionado con el aborto, el dolor físico o el estado emocional.

3. Examen físico

- Toma de signos vitales.
- Examen cardiovascular.
- Examen respiratorio.
- Examen abdominal.
- Examen pélvico.
- Especuloscopia
 - Inspección de genitales externos y periné.
 - Introducción delicada del espéculo inspeccionando el cuello y el canal vaginal.
 - Determinar las características del sangrado (origen, cantidad y presencia de fetidez)
 - Presencia de restos ovulares visibles.
 - Presencia de tejido adiposo, intestino o epiplón indica perforación uterina.
- Examen bimanual
 - Determinar consistencia altura y posición del útero.
 - Determinar si hay dolor.
 - Determinar si el cuello uterino esta abierto o cerrado.

Tipos y etapas del aborto

1. Amenaza de aborto

Datos clínicos

- Amenorrea secundaria.
- Prueba de embarazo +.
- Presencia de vitalidad fetal.
- Hemorragia de variable magnitud.
- Dolor cólico en hipogastrio de magnitud variable.
- Volumen uterino acorde con amenorrea. Sin dilatación cervical.

Manejo

- Disminuir actividad física psíquica y sexual.
- Reposo en cama.
- Hidratación.
- Realizar prueba de embarazo, hemograma, glucemia, orina, G y F y VDRL.
- En caso de continuar con la sintomatología o surgir fiebre, dolor pelviano localizado o pérdidas sanguíneas con fetidez, proceder a su internación, cuantificar sub B HCG en sangre y realizar ecografía ginecológica.

2. Aborto inevitable

Datos clínicos

- Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea.
- Hemorragia abundante.
- Puede haber o no dilatación cervical.

3. Aborto incompleto

Datos clínicos

- Expulsión parcial del producto en concepción.
- Hemorragia y dolor cólico de magnitud variable.
- *La ecografía confirma el diagnóstico.*
- Dilatación cervical y volumen no acorde con amenorrea.

4. Aborto en evolución o aborto inminente

Datos clínicos

- Expulsión inminente de tejido ovular.
- Dolor cólico progresivo en intensidad y frecuencia.
- Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea.
- Hemorragia genital persistente.
- Dilatación cervical.

5. Aborto completo

Datos clínicos

- Expulsión completa del producto de la concepción.

- Generalmente se produce en gestaciones menores de 8 a 10 semanas.
- Disminución de la hemorragia y el dolor.

El orificio interno del cuello (OCI) puede estar abierto o cerrado, y el tamaño uterino es menor a lo esperado por la edad gestacional.

En la ecografía se observa la cavidad vacía o con imágenes sugestivas de coágulos.

La conducta en este caso es observación y seguimiento para evaluar sangrado o posible infección. En caso de persistir el sangrado, igual manejo que situaciones 2,3,4,6.

6. Aborto diferido o HMyR

Datos clínicos

- Volumen uterino menor que por amenorrea.
- Ausencia de vitalidad fetal.

El OCI se encuentra cerrado y no hay pérdidas sanguíneas.

La ecografía revela ausencia de signos vitales o presencia de saco gestacional sin embrión (huevo anembrionado).

7. Aborto séptico

Datos clínicos

Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas de aborto.

Con frecuencia está asociado a manipulación de la cavidad uterina por uso de técnicas inadecuadas e inseguras.

Estas infecciones son polimicrobianas y provocadas generalmente por bacterias de la flora vaginal, intestinal u oportunistas.

- Existe secreción hematopurulenta fétida a través del cervix.
- Fiebre sin otro foco evidenciable.
- Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdominopélvico a la movilización del cervix y el útero.
- Alteración del estado general.

8. Aborto habitual

Se caracteriza por la pérdida del producto de la concepción, espontánea y consecutiva de 3 o más gestaciones antes de las 22 semanas.

Se considera primaria, cuando la mujer jamás consiguió una gestación a término, y secundaria cuando hubo una gravidez a término.

Manejo de las situaciones clínicas antes descritas: (ítems 2-3-4-6)

- Hospitalización de la paciente.
- Estudios de laboratorio y ultrasonido.

- Realizar evacuación uterina.
- En embarazos mayores a 12 semanas realizar LUI.
- Si la paciente es RH negativa con coombs negativa indicar gammaglobulina anti D 1 ampolla.
- Aplicar vacuna doble viral.
- Aplicar vacuna ATT (gammaglobulina + toxoide) si la paciente no presenta esquema completo documentado.
- Sugerir el mejor método anticonceptivo post aborto.

Técnica de evacuación uterina

La evacuación endouterina es la extracción del contenido del útero. Existen varios métodos para la evacuación endouterina:

- la aspiración endouterina (AEU),
- el legrado uterino instrumental (LUI),
- los métodos farmacológicos.

El estado clínico de la paciente, la altura uterina y la edad gestacional de la paciente es determinante para el tipo de método a utilizar.

Según la OMS, la aspiración manual endouterina (AMEU) es el método recomendado de evacuación endouterina para la atención postaborto.

- En gestaciones de menos de 12 semanas se realizará si es posible la AMEU por ser una técnica más segura y más rápida.
- En caso de no tener implementada esta técnica, realizar el legrado uterino instrumental (LUI) bajo anestesia.
- En gestaciones mayores a 12 semanas utilizar primero **Ocitocina** y luego las técnicas anteriormente nombradas.
- No existe evidencia suficiente para realizar profilaxis antibiótica de rutina antes de la evacuación uterina, siempre que no existan signos infección.

Aspiración endouterina

La AEU es un método de evacuación del contenido uterino por medio de una **cápsula plástica o metálica conectada a una fuente de vacío**.

La principal diferencia entre las opciones de AEU es la fuente de vacío. En AMEU utiliza un aspirador manual portátil y en AEEU emplea una bomba eléctrica creando el vacío con la ayuda de una bomba.

El procedimiento consta de la *dilatación del cuello uterino*, si es necesaria; la *introducción de la cánula* en la cavidad merina, la *conexión de la cánula a la fuente de vacío*; y la *aspiración* de los restos ovulares, la cual dura entre 3 y 10 minutos según la cantidad de restos ovulares.

Eficacia clínica y seguridad

La tasa de eficacia es del 95 al 100%. Presenta **pocas complicaciones** sobre todo si es utilizada antes de la semana 12 de gestación. Permite *reducir los riesgos de infección de lesión cervical y de lesión uterina*. Acorta los tiempos de hospitalización y disminuye la utilización de medicamentos anestésicos.

Indicaciones de AMEU

- Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina menor o igual a 12 cm y dilatación cervical menor o igual a 2 cm.
- Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.
- Aborto diferido de tamaño uterino menor o igual a 12 cm.
- En caso de mola hidatiforme, independientemente del tamaño uterino.
- Embarazo anembrionado y/o huevo muerto retenido con tamaño uterino menor o igual a 12 y dilatación cervical menor o igual a 2 cm.
- Biopsia de endometrio.

Contraindicaciones de AMEU

- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- Aborto incompleto o diferido con tamaño uterino mayor de 12 cm o dilatación cervical mayor cm.
- Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.

Costo

Menor utilización de los recursos en salud tales como personal, anestesia general, camas hospitalarias y quirófano, ya que **es un procedimiento ambulatorio**.

Legrado uterino instrumental (LUI)

El LUI debe realizarse en ambiente quirúrgico con **anestesia general**.

Indicaciones del LUI

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

- Aborto séptico 6-8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.
- Aborto diferido hasta las 22 semanas de gestación.

Contraindicaciones del LUI

- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.

Manejo del aborto séptico

- Hemograma con conteo de plaquetas.
- Coagulograma.
- Hemocultivo.
- Urea, creatinina.
- Cultivo de secreción vaginal y material endometrial, incluyendo anaerobios.
- Rx de abdomen.
- Ecografía pelviana y de abdomen total.
- Tomografía para definir colecciones intracavitarias (eventualmente).

En el tratamiento es fundamental el soporte de las condiciones vitales:

- Si la Hemoglobina (Hb) es inferior a 8 g%, transfundir sangre.

Antibióticoterapia

- Ampicilina, 2 g I.V. cada 6 hs, más.
- Metronidazol, 500 mg a 1 g I.V. cada 8 horas, más.
- Gentamicina, 3-5 mg/kg I.V. cada 24 hs.

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

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

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

En casos más graves, acompañados de reacción peritoneal y que no responden a las 24hs. de tratamiento, debe realizarse *laparotomía exploratoria*, evaluando la posibilidad de histerectomía.

La persistencia de fiebre después de los cuidados iniciales puede significar la presencia de abscesos pélvicos o tromboflebitis.

En el último caso evaluar la utilización de Heparina.

Manejo del aborto habitual

Deben explorarse causas hormonales, genéticas, infecciosas o malformaciones, antes de que la mujer decida una nueva gestación, derivándola al consultorio preconcepcional para su estudio y tratamiento.

Consejería post aborto

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

Líneas de acción

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

Por razones prácticas, se dividen en:

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

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

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

Resultado esperado

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

Autorización firmada del consentimiento informado, como toda práctica hospitalaria.

Responsables

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

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

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

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

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

- Respeto, apoyo y trato humanizado de su situación personal mientras se atienden sus necesidades clínicas inmediatas.
- Actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios.
- Actitud positiva del personal aplicando los elementos de la comunicación interpersonal, utilizando lenguaje sencillo.
- Un ambiente de confianza entre el personal de salud y las mujeres que solicitan la atención clínica.
- Respeto a la confidencialidad que necesitan las mujeres.
- Brindar información sobre su condición de salud, el retorno de su fertilidad y el autocuidado.
- Respeto por el derecho que tienen las mujeres para tomar decisiones sobre su salud y fertilidad.
- Responder a las inquietudes de las mujeres para que expresen libremente sus puntos de vista, dudas y preguntas.

Orientación previa al procedimiento

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

El proveedor debe:

- Saludar, presentarse y preguntar el nombre a la mujer.
- Buscar un sitio tranquilo donde pueda hablar con privacidad y explicar que la conversación será confidencial.
- Sentarse a su lado, si la mujer está acostada.

- Si la mujer está acompañada, preguntar si ella desea hablar en privado o con la participación de su acompañante.
- Preguntar qué le pasó, cómo se siente, indagar sobre sus miedos, temores, su situación actual y escuchar atentamente la situación expuesta.
- Facilitar que la mujer considere sus propias necesidades y sentimientos dándole a conocer sus derechos sexuales y reproductivos para el ejercicio de los mismos.
- Informar sobre su responsabilidad con respecto al cuidado de su salud.
- Indagar la meta reproductiva y los métodos anticonceptivos que conoce/usa la mujer, o si desea quedar embarazada.
- Informar a la mujer a cerca de:
 - Su condición física general.
 - Los resultados de su examen físico y de las pruebas de laboratorio si las tiene.
 - El tiempo necesario para el tratamiento.
 - Procedimiento(s) a ser utilizado(s), así como sus riesgos y beneficios.
 - La necesidad de referirla a otro centro si el caso lo requiere.
 - El tiempo de hospitalización estimado.
- Hacer firmar la autorización de la mujer para su tratamiento. En caso de no estar en condiciones de otorgarla, es válida la firma de un miembro de su familia u otro adulto responsable.

Orientación durante el procedimiento

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

El proveedor debe:

- En caso de contar con personal de apoyo (enfermera, auxiliar u otros) éste deberá brindar apoyo emocional a la mujer durante todo el procedimiento y practicar ejercicios de respiración o hablando de temas interesantes para ella (anestesia conductual).
- Informar a la mujer, en todo momento, los pasos que se realizan (no brindar detalles técnicos).
- En caso de que la mujer se hubiera decidido por un método anticonceptivo, confirme su decisión.
- Una vez concluido el procedimiento informe sobre los resultados, cuidados post procedimiento, señales de alarma y sobre el método anticonceptivo elegido.

Orientación post-procedimiento

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

El proveedor debe:

- Preguntar a la mujer cómo se siente.
- Brindar la siguiente información:
 - Evitar tener relaciones sexuales hasta que cese el sangrado.
 - Puede presentar dolor abdominal leve.
 - El sangrado o goteo (no mayor al de una menstruación) disminuirá progresivamente hasta los 15 días.
 - Identificación de señales de alarma: dolor abdominal intenso, sangrado abundante (mayor al de una menstruación), fiebre y/o escalofríos, malestar general y desvanecimiento.
 - No debe colocarse ningún objeto dentro de la vagina (tampones) hasta que cese el sangrado.
 - Puede quedar embarazada antes de su próxima menstruación, ya que el retorno a la fertilidad puede ocurrir entre 7 a 14 días (el retorno de la menstruación puede presentarse dentro de las 4 a 8 semanas siguientes).
 - Fecha de retorno para su control.
- Verificar la comprensión de las características del método anticonceptivo elegido en caso de haber optado por alguno; asegurarle la provisión y la externación con el método.
- Informar, dónde y cómo obtener servicios y métodos anticonceptivos.
- Orientar a la mujer sobre los riesgos, en caso de desear un embarazo inmediatamente.
- Referir a la especialidad correspondiente, en caso de presentar patología concomitante a su aborto.

La consejería debe ser responsabilidad de un profesional que tenga aptitudes para esto, debe haber un equipo con mas de un profesional de diferentes disciplinas.

Anticoncepción post aborto

El uso debe comenzar en el propio hospital, el control posterior dependerá de cada método.

El seguimiento post aborto debe cuidar tanto la complicaciones físicas como debe dar apoyo psicológico a la paciente y preocuparse de la continuidad en el uso de anticonceptivos.

- Informar que para efecto de la anticoncepción se debe considerar el día de la evacuación uterina como el primer día del ciclo menstrual.
- El post aborto puede ser **una de las pocas oportunidades** en que la mujer entra en contacto con el personal de salud.
- La anticoncepción post aborto debe incluir todos los componentes esenciales de una buena atención.
- Es necesario recordar que la ovulación puede ocurrir luego de 11 a 14 días del aborto y que *el 75% de las mujeres ovulan* dentro de las primeras seis semanas posteriores al aborto.
- De preferencia la orientación sobre anticoncepción debe realizarse **antes y después** del procedimiento.
- La mujer debe ser externada con un anticonceptivo entregado y referida al programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Pautas para el comienzo de anticoncepción post-aborto⁶

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

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

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

1. Métodos de abstinencia periódica (Ogino, Knaus, sintotérmico, Billings)
 - Comenzar después del 1º sangrado espontáneo posterior al aborto.
 - Requiere de otro método alternativo (por ejemplo preservativo) o abstinencia total durante el periodo entre el aborto y el 1º sangrado espontáneo.
2. Anticoncepción hormonal oral combinada de bajas dosis.
 - Comenzar el mismo día de la intervención o al día siguiente. Esto es válido tanto para abortos del 1º como del 2º trimestre.
3. Anticoncepción hormonal oral sólo con progestágenos

- Comenzar inmediatamente después de la intervención. Esto es válido tanto para abortos del 1º como del 2º trimestre.
4. Anticoncepción hormonal inyectable mensual o trimestral
 - La aplicación inicial debe ser inmediata (1º o 2º día post-evacuación uterina). Esto es válido tanto para abortos del 1º como del 2º trimestre.
 5. Preservativos (condones)
 - Uso sin restricciones. Su utilización debe ser simultánea al reinicio de relaciones sexuales post aborto.
 6. Dispositivos intrauterinos (DIU)
 - La colocación debe ser inmediata, si no se presenta infección. Si su colocación debe postergarse, utilizar otra alternativa anti-conceptiva. Postergar en caso de enfermedad trofoblástica gestacional.
 7. Métodos vaginales

Espermicidas

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

Diafragmas y capuchones cervicales

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

Aborto complicado

Perforación uterina

Clínica

- pulso rápido,
- disminución brusca de la tensión arterial,
- sangrado excesivo
- antecedentes de manipulación previa,
- el histerómetro penetra más allá de lo esperado,
- presencia de tejidos u órganos abdominales en los restos obtenidos (grasa, epiplón).

Manejo

- Evaluar la necesidad de realizar laparotomía.

- Plan hidratación parenteral.
- Ocitocina 20 UI diluidas en 500 ml de solución glucosada al 5%, goteo continuo intravenoso.
- Antibioticoterapia según anterior esquema de aborto séptico.
- Evaluación de signos vitales cada 15 minutos.
 - si la paciente se estabiliza concluir la evacuación uterina,
 - si no se estabiliza realizar laparotomía exploratoria.

Lesión intraabdominal

Clínica

- Dolor abdominal tipo cólico.
- Distensión abdominal.
- Ruidos hidroaéreos ausentes o disminuidos.
- Abdomen tenso y duro.
- Dolor a la palpación abdominal.
- Signo de Blumberg positivo.
- Nauseas o vómitos.
- Dolor en el hombro.

Manejo

- Asegurar permeabilidad en la vía aérea.
- Administrar oxígeno por máscara.
- Sonda vesical para control de líquidos.
- Igual manejo que perforación uterina.
- Laparotomía exploratoria en presencia de cirujano general.

Bibliografía

1. Salud Pública. Resolución 989/2005. MSA. Guía para el mejoramiento de la atención Post Aborto. Buenos Aires, 9/8/2005.
2. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Hospitalarias. Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico, Serie N° 4, N° 18 y N° 19. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 1998 y 2002.
3. Stubbefield P. Septic abortion. The New England Journal of Medicine 1994; 331:310-314.
4. OMS. Planificación familiar postaborto: Guía práctica para administradores de programas. OMS, 1997: Cap.3.
5. May W. Antibióticos para el aborto incompleto: Cochrane review, Issue 2, 2005.
6. Grimes D. Inserción inmediata post aborto de dispositivos intrauterinos: Cochrane review, Issue 2, 2005.