

ATENCIÓN A LA MUJER QUE SOLICITA UNA ILE o IVE

Cuando una mujer acude a nuestro espacio clínico y solicita una interrupción legal del embarazo (ILE) o una interrupción voluntaria del embarazo (IVE), nos plantea un problema de salud física, emocional, social o económica, por lo que es necesario abordar su atención tomando en consideración estos elementos, respetar los protocolos con los más altos estándares de calidad, seguridad y las tecnologías más avanzadas. En este marco de referencia proponemos un esquema de atención que incluya todos los antecedentes antes mencionados.

I. CONSULTA DE PRIMERA VEZ

Objetivos

- Iniciar llenado de expediente clínico suficientemente documentado
- Confirmar el embarazo
- Comprobar la edad gestacional
- Valorar el riesgo biológico, psicológico, social y/o económico

No se requiere una exploración ecográfica como parte de la rutina para realizar un aborto. Si está disponible, una ecografía puede ayudar a identificar un embarazo intrauterino y descartar un embarazo ectópico a partir de las seis semanas de gestación. También puede servir para determinar la edad gestacional y diagnosticar patologías o la inviabilidad del embarazo.

II. ORIENTACION: La orientación es una intervención necesaria para atender las dudas de la mujer, revisar el formato y recolectar la firma del consentimiento informado y, en algunos casos, apoyar para resolver las dificultades que generan malestar emocional, que se relacionan con su situación actual y que podrían dificultar la toma de decisiones.

2.1.8.1 Información y asesoramiento para la toma de decisiones (OMS)

“El asesoramiento y la información pueden ser muy importantes para ayudar a la mujer a considerar sus opciones y asegurar que puede tomar una decisión sin ningún tipo de presión. El asesoramiento para las mujeres que lo deseen debe ser voluntario, confidencial, imparcial y brindado por una persona capacitada y debe incluir información en metodología anticonceptiva”....

Si la mujer opta por un aborto, el profesional de la salud deberá informarle el marco legal que permite el aborto y los requerimientos necesarios para realizarlo. Debe darse a la mujer el tiempo que necesite para tomar su decisión, aun si significa que deberá volver al consultorio más tarde. Una vez que la mujer tome una decisión, se le debe realizar el aborto tan pronto como sea posible y empleando la técnica que la mujer elija entre las opciones pertinentes a su situación específica. El profesional de la salud también debe ofrecer información y una derivación para recibir atención antenatal a las mujeres que decidan continuar con el embarazo a término o que consideren la adopción.

En algunas circunstancias, la mujer puede estar bajo la presión de su pareja, un miembro de la familia, un profesional de la salud u otra persona para que se someta a un aborto. Las adolescentes solteras, las mujeres en relaciones abusivas y las mujeres con VIH pueden ser especialmente vulnerables a este tipo de presión. Si los profesionales de la salud sospechan de coerción, deberán hablar con la mujer en un espacio privado y sin compañía o derivarla para que obtenga asesoramiento adicional. Si el personal de salud sabe o sospecha que la mujer fue víctima de violencia o abuso sexual, debe conocer los protocolos de atención y derivarla a los servicios de asesoramiento y tratamiento que correspondan. Los directores deben asegurarse de que todo el personal sepa de la disponibilidad de dichos recursos en el sistema de salud y en la comunidad.

III. PROCEDIMIENTO DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

Métodos de aborto (OMS)
(http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=85B774B74E70382089DD59BAA20D5C7B?sequence=1)

Los siguientes son los métodos recomendados para el aborto durante el primer trimestre:

— **Aspiración de vacío manual o eléctrica:** para embarazos de hasta 12 a 14 semanas de Gestación.

— **Método de aborto medicado**, específicamente, mifepristona por vía oral seguida de una dosis única de misoprostol, para embarazos de hasta 9 semanas de gestación (63 días)

— **Método de aborto medicado** para embarazos de más de 9 semanas de gestación mifepristona por vía oral seguida de dosis repetidas de Misoprostol o si no se dispone de mifepristona: misoprostol solo, en dosis repetidas.

- **La dilatación y curetaje (DyC) es un método obsoleto de aborto quirúrgico y debe reemplazarse por la aspiración de vacío o por los métodos médicos**

A. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

(ILE por dilatación y aspiración)

La dilatación y aspiración al vacío es la técnica quirúrgica de elección para embarazos hasta 12 semanas completas. La OMS recomienda esta técnica como el procedimiento de 1ª elección y sugiere que puede utilizarse hasta la semana 14 en manos expertas. La alta eficacia de la aspiración al vacío ha sido probada en varias pruebas aleatorizadas. Se han reportado tasas de ILE completa entre 95% y 100% (Greensdale1993).

Dependiendo de las semanas gestacionales, la ILE mediante aspiración al vacío lleva entre 3 y 10 minutos y se realiza de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y anestesia local. Generalmente, antes de la inserción de la cánula se requiere de dilatación cervical mediante dilatadores mecánicos y/o prostaglandinas.

La mayoría de las mujeres a las que se les practica una ILE bajo anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber

permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación post atención. Por lo general son necesarios períodos más largos de recuperación en embarazos con más edad gestacional o cuando se utilizó sedación.

La aspiración al vacío es un procedimiento muy seguro. Un estudio sobre 170.000 ILE de primer trimestre llevado a cabo en Nueva York, USA (la mayoría mediante aspiración al vacío) indicó que menos de un 0.1% de las mujeres experimentaron complicaciones serias que requirieran hospitalización (Hakim-Elahi, 1990). Si bien son infrecuentes, las complicaciones de la aspiración al vacío incluyen infecciones pélvicas, sangrado excesivo, lesión cervical, evacuación incompleta, perforación uterina, complicaciones de la anestesia y embarazos que continúan (Grimes y Cates 1979). Los cólicos abdominales o el dolor y el sangrado similar al de la menstruación son efectos colaterales de cualquier procedimiento de ILE.

Contraindicaciones para realizar una interrupción inmediata:

- Enfermedad pélvica inflamatoria activa: se indica tratamiento y se programa.
- Cuadro febril de origen no determinado
- Enfermedades sistémicas descompensadas: diabetes, hipertensión.
- Coagulopatías o tratamiento anticoagulante.
- Masa anexial no diagnosticada y embarazo ectópico

NO es contraindicación el hallazgo de placenta de implantación baja antes de la semana 12. El hallazgo de placenta de implantación anterior baja en mujeres con antecedente de cesárea tampoco es una contraindicación; sin embargo se debe advertir sobre la posibilidad de riesgo de un mayor sangrado y el riesgo de acretismo, (Rausbaum 1995, Imudia 2008, Clark 1985, Harden 1990, Woolcott 1987, Ecker 1993) Sin embargo, varios estudios recomiendan el uso de ultrasonido doppler color para disminuir los riesgos y canalizar al segundo nivel a mujeres con diagnóstico de sospecha de acretismo placentario. (Chou MM 2000; Chen YJ, Wang PH, Liu WM, Lai CR, Shu LP, Hung JH. 2002)

(NOM-047-SSA2-2015) En cada Estado del país se debe actuar de acuerdo con las leyes vigentes y en concordancia con las Declaraciones de Derechos de la Infancia.

Administrar la primera dosis de antibiótico profiláctico (doxiciclina 100 mg vía oral) u otra tetraciclina disponible, como primera elección. Si la paciente cursa con gastritis activa con o sin tratamiento, tiene alergia conocida a las tetraciclinas o está lactando, se puede optar por la administración de metronidazol 1 gramo intrarrectal en dosis única antes del procedimiento. Otros antibióticos como los macrólidos y las quinolonas no han demostrado eficacia y los betalactámicos solo han sido estudiados en esquemas que incluyen la administración parenteral; por lo tanto, no se recomiendan otros antibióticos diferentes a los ya mencionados (Sawaya 2005, CDC 2006, Mariek datos sin publicar). En caso de existir contraindicación para la doxiciclina y el metronidazol, no administrar antibiótico profiláctico

Aclaración: Dada la situación personal de la usuaria y el hecho de que se encuentra consciente cuando es atendida con bloqueo paracervical, el/la prestador/a de servicios deberá reforzar en el ánimo de la mujer los sentimientos de apoyo y comprensión hacia su problema y tener mucha prudencia con los comentarios y actitudes que asuma.

VER MANUAL DE PRACTICA CLINICA PARA EL ABORTO SEGURO (OMS-2014)

Profilaxis de isoimmunización: Indicar y aplicar inmunoglobulina anti-D si el factor Rh de la usuaria es negativo o no se conoce su Rh, en dosis de 50 mcg para usuarias con edades gestacionales hasta las 11 semanas y 300 mcg para usuarias con edades gestacionales de 12 semanas o más. (Fung 2003)

B. TRATAMIENTO MÉDICADO (ILE o IVE CON MEDICAMENTOS)

El misoprostol sólo se emplea para la interrupción legal del embarazo hasta las 10 semanas de gestación, con una tasa de efectividad entre 60 y 85%.

En los lugares en los que está permitido, se puede usar en asociación con la Mifepristona con una efectividad hasta de 97%; a nivel mundial se le conoce como el ESTANDAR DE ORO para la ILE hasta las 10 semanas de gestación.

Contraindicaciones para el misoprostol

- Sospecha o confirmación de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada
- Alergia a las prostaglandinas.
- Coagulopatías o uso de terapia anticoagulante
- Asma en periodo agudo

Contraindicaciones para la Mifepristona

- Terapia simultánea con corticoesteroides a largo plazo
- Insuficiencia adrenal crónica
- Historia de alergia a Mifepristona
- Coagulopatías o uso de terapia anticoagulante
- Hipertensión arterial descontrolada

NO son contraindicaciones para el uso del misoprostol:

La miomatosis, la estenosis cervical, el antecedente de conización cervical y las malformaciones uterinas (Creinin 1996, Borgatta 2009)

El antecedente de cesárea tanto para casos de primer como de segundo trimestre (Berghella 2009, Goyal 2009, Chen, 2008, Xu 2001).

Precauciones

Si existe un DIU en cavidad uterina, retirar antes de iniciar el misoprostol, previa exclusión de la posibilidad de embarazo ectópico.

En período de lactancia se recomienda suspenderla en el momento de aplicación del misoprostol y reanudar 4 horas después.

INFORMACIÓN

Dar información exacta, imparcial, completa y comprensible sobre el tratamiento con medicamentos en cuanto a:

Efectividad del tratamiento

Misoprostol solo: informar que con este tipo de tratamiento el porcentaje de éxito es entre 60 y 85%

Mifepristona+Misoprostol es del 95% a 98%. En caso de no ser efectivo(s), se debe proceder a la evacuación por aspiración de la cavidad uterina.

Efectos esperados:

Sangrado transvaginal, dolor abdominal, fiebre y escalofrío, diarrea, cefalea.

Signos de alarma y seguimiento

Vigilar: sangrado mayor a dos toallas empapadas por más de dos horas, fiebre mayor de 38°C después de 24 horas de la última dosis de misoprostol, dolor pélvico que no cede con los analgésicos formulados o que va en aumento luego de la expulsión.

Teléfonos a los que la usuaria puede comunicarse en caso de presentar signos de alarma o dudas.

Importancia de la cita de control para verificar el éxito del tratamiento y evaluar el estado físico y emocional de la usuaria.

CONTROL

Realizar una cita de constatación del término del embarazo 15 días después de haber iniciado el tratamiento con misoprostol. Interrogar sobre episodio de sangrado, desaparición de los síntomas de embarazo, evaluar los signos vitales y los signos físicos de tratamiento exitosos como involución uterina, cuello cerrado.

Evaluar las características del sangrado mediante el interrogatorio y el examen físico y clasificar como sigue:

Aborto completo: Si después de la exploración física y tacto bimanual se encuentra útero de tamaño normal, cuello cerrado y sangrado ausente o mínimo:

Dar de alta, previa asesoría en anticoncepción e inicio del método anticonceptivo en caso de así desearlo ese mismo día, si opta por un método hormonal o inserción de DIU. Informar sobre autocuidado, tamizaje de cáncer cervical y prevención de ITS. Informar sobre el retorno de la fertilidad.

Falla del tratamiento: Embarazo viable determinado por la visualización de la embriocardia.

Aborto incompleto: Caracterizado por sangrado persistente de moderado a abundante con o sin dolor persistente, con o sin cuello abierto, sin importar grosor endometrial, ya que no existe una medida de grosor endometrial que defina aborto incompleto, pero teniendo en cuenta que las pacientes con grosor endometrial menor de 15 mm tienen solo un 2% de posibilidad de requerir aspiración (Reeves 2008).

Aborto retenido: Por presencia de saco no viable (sin embriocardia o colapsado) o con disminución del tamaño con respecto a la medida inicial.

Ofrecer tres opciones:

- Observación durante 7 días más, aclarando que se trata de una respuesta tardía.
- Cuando se usó protocolo de misoprostol solo: dar 3a dosis de misoprostol de 800 mcg vía sublingual y evaluación a los 7 días y con protocolo de Mifepristona + Misoprostol, dar 2a dosis de 800 mcg de misoprostol sublingual.
- Aspiración manual endouterina.

Si opta por segunda dosis de misoprostol u observación y en el control al 7º día persiste con signos de aborto incompleto o hallazgos de aborto retenido, proceder a aspiración manual endouterina.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN (OMS) PARA 2DO. TRIMESTRE

Dilatación y curetaje

La DyC implica dilatar el cuello uterino con dilatadores mecánicos o agentes farmacológicos y usar curetas de metal filosas para raspar las paredes del útero.

La DyC es menos segura que la aspiración al vacío y es considerablemente más dolorosa para la mujer. Por lo tanto, la aspiración al vacío debe reemplazar la DyC.

Dilatación y evacuación

La DyE se aplica después de las 12 o 14 semanas de embarazo. En aquellos lugares donde se dispone de profesionales con experiencia y capacitados es la técnica quirúrgica más eficaz y segura para embarazos avanzados.

Al igual que cualquier procedimiento médico-quirúrgico, los profesionales requieren la capacitación, los equipos y las habilidades necesarias para realizar la DyE en forma segura.

El procedimiento de DyE en general puede realizarse en forma ambulatoria.

También se debe capacitar al personal para ofrecer asesoramiento e información específica sobre el aborto durante el segundo trimestre.

Las y los profesionales deben estar alertas para detectar tejidos indicativos de un embarazo molar, en especial en los países donde este es frecuente (Asia). Si entre los contenidos de la aspiración hay menos tejidos que lo previsto, deben considerarse la posibilidad de un aborto incompleto y el tratamiento con una nueva aspiración.

No es necesario realizar un examen de rutina de los productos de la concepción mediante un examen patológico en el laboratorio cuando el examen de los tejidos está a cargo de profesionales capacitados.

Métodos médicos (Medicados, nota de nosotros) de aborto

Se ha demostrado que los métodos médicos (medicados) de aborto son seguros y eficaces. Los regímenes de tratamiento implican una dosis inicial de mifepristona seguida de la administración de un análogo sintético de la prostaglandina, en general el misoprostol, que aumenta las contracciones uterinas y ayuda a expulsar el producto de la concepción. (ver protocolos recomendados por FLASOG: https://www.researchgate.net/publication/280446391_MANUAL_FLASOG_USO_MISOPROSTOL_EN_GINECOBSTETRICIA) y OMS: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=85B774B74E70382089DD59BAA20D5C7B?sequence=1)

