

Nº 742-2013-HNCH/DG



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima 3 de Octubre de 2013

Visto el Expediente con Registro N° 10197, con los Oficios N° 104 y 105-DGOBS-2013-HNCH del Departamento de Ginecología y Obstetricia, y Memorando N° 508-OGC-2013-HNCH de la Oficina de Gestión de la Calidad, sobre aprobación de Guías de Práctica Clínica;

CONSIDERANDO:

Que, con Oficio N° 104-DGOBS-2013-HNCH, de fecha 31 de mayo de 2013, el Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, solicita la aprobación e implementación de la Guía de Práctica Clínica de Aborto Terapéutico, con la finalidad de realizar procedimientos terapéuticos con profesionales y ética, actualizados y conforme a la Literatura Mundial y Nacional, habiendo tomado como referencia la guía del listado priorizado de la patología según el ASIS de la Institución;

Que, mediante Oficio N° 105-DGOBS-2013-HNCH, de fecha 31 de mayo de 2013, el Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, solicita la aprobación e implementación de la Guía de Práctica Clínica de Aborto, manifestando que se ha tomado como referencia la guía del listado priorizado de la patología según el ASIS de la Institución;

Que, a través del Memorando N° 508-OGC-2013-HNCH, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite la Guía de Práctica Clínica de Aborto Terapéutico y la Guía de Práctica Clínica de Aborto, para su aprobación manifestando que las Guías indicadas cumplen la estructura dispuesta en la Norma Técnica N° 027-MINSA-DGSP.V.01, "Norma Técnica para la Elaboración de las Guías de Práctica Clínica y Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA "Normas para la Elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud";

Que, el artículo III del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la Ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", estableciendo que las Guías Técnicas, constituyen documentos con los cuales se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas asistenciales o sanitarias; consolidando con ello las metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo a cumplir el objetivo de un proceso y al desarrollo de una buena práctica asistencial;



Que, la Norma Técnica N° 027-MINSA-DGSP/V.01, "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", aprobada por la Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA, facilita la elaboración de Guías de Práctica Clínica, define que las citadas guías son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud. La Guía de Práctica Clínica debe tener validez, fiabilidad, flexibilidad, reproducibilidad, y aplicación clínica; las cuales constituyen una herramienta eficaz para estandarizar los actos y los procedimientos médicos facilitando la toma de decisiones y la elección de una intervención basada en la mejor evidencia científica existente;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-SA/MINSA, señala como funciones general del Hospital Nacional Cayetano Heredia, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, considerando, que el objetivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia a través de las citadas guías, es la de realizar procedimientos terapéuticos con Profesionales con Ética y actualizados, y advirtiéndose que su contenido está enmarcado dentro de los lineamientos legales acotados, deben ser aprobadas las Guías de Práctica Clínica de Aborto Terapéutico y de Aborto;

Que, estando a lo propuesto por el Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 855-2013-OAJ/HNCH, en el sentido que deben aprobarse las guías indicadas en el párrafo precedente;

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Aprobar las Guías de Práctica Clínica de Aborto Terapéutico y Guía de Práctica Clínica de Aborto, solicitado por el Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, que obran en Anexo adjunto, los mismos que forman parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2º.- Encargar el cumplimiento de la presente resolución a la Jefatura del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

ARTÍCULO 3º.- Disponer que la oficina de Comunicaciones proceda a publicar la presente Resolución en la Página Web de este Hospital.

Regístrese, Comuníquese.

LEDM/ROSV/BIC/bic.

Cc.
Dirección General.
Dpto. DE Ginecología y Obst.
Oficina de Gestión de la Calidad
Oficina de Asesoría Legal
(Archivo: GUIAS)




MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
D. LUIS EDGARDO DULANTO MONTEVERDE
DIRECTOR GENERAL
CMP. 14270

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL

04 OCT. 2013

EMILIANO ELÍAS SUAREZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FEDATARIO TITULAR
TRAMITE INTERNO

**DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA**

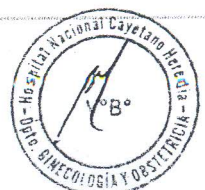
**GUIA DE PRACTICA CLINICA DE ABORTO
TERAPEUTICO**

Doctores:

Javier Mariano Astudillo Gonzales del Valle

Carlos Caparo Farfán

AÑO 2013



GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ABORTO TERAPEUTICO

- I. **Finalidad.**- Mejorar la calidad de atención de las pacientes con diagnósticos de aborto terapéutico que se atienden en el hospital Cayetano Heredia.
- II. **Objetivos.**- Determinar el procedimiento para el diagnóstico y tratamiento de aborto terapéutico.
- III. **Ámbito de Aplicación.**- Iniciar en el conocimiento general de la guía de atención los casos de aborto terapéutico que se atienden en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se aplica para todo el personal del Departamento de Gineco Obstetricia del HNCH.
- IV. **Diagnóstico y Tratamiento de Aborto terapeutico**

4.1.- Nombre : Aborto Terapeutico
Codigo 003

V. Consideraciones Generales

5.1.- Definición

Terminación del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes de que el feto haya alcanzado los 500gr de peso.

5.2.- Etiologia

En el caso de Perú, el Artículo 119° del Código Penal establece que el aborto no es punible cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar un mal grave y permanente en su salud, en tanto el mismo Código penaliza los casos de aborto como consecuencia de malformaciones y violación.

5.3.- Fisis Patologia

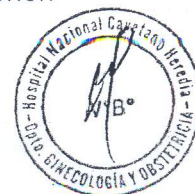
No aplica, por que es una desición de la Junta Médica en función a que la vida de la madre se encuentra en peligro, producto de la gestación.

5.4.- Aspectos Epidemiológicos

Según los registros de Naciones Unidas, el 98% de los países del mundo permiten la práctica del aborto para salvar la vida de las mujeres, 63% para preservar su salud física, 62% para preservar su salud mental, 43% en situaciones de violación e incesto, 39% en casos de malformaciones fetales, 33% en casos de problemas sociales o económicos y 27% a solicitud de la gestante

5.5.- Factores de Riesgo asociados

Se han identificado barreras administrativas que afectan el acceso de las personas a estos servicios, las mismas que se relacionan con el desconocimiento de las principales indicaciones que permiten el aborto legal y con los trámites engorrosos para aprobar y realizar el aborto permitido legalmente. Los obstáculos en el sector salud pasan por el desconocimiento de las obligaciones éticas por parte del médico frente a la mujer que cumple con las condiciones legales para interrumpir su embarazo (el médico no asume su responsabilidad o no quiere integrar una Junta Médica), y por la inexistencia de un protocolo establecido para el manejo de estos casos. También existen barreras de información, en tanto las mujeres y el personal de salud no tienen conocimiento sobre las circunstancias bajo las cuales los servicios de aborto son legales, y barreras económicas, por cuanto el costo de esta prestación está



establecido y se aplica indiscriminadamente tarifas que muchas veces están lejos del alcance de las usuarias.

VI.-Consideraciones Especificas

6.1.- Cuadro Clínico

6.1.1 En relación a Signos y Síntomas del Aborto terapéutico.

Estos no pueden estar presentes (dolor y sangrado puesto que el procedimiento se realiza cuando la paciente no ha expulsado el producto de la gestación)

Los síntomas y signos que están presentes son aquellos producto del estado gestacional tales como : tensión mamaria, nauseas, vómitos, fatiga, cambios en el apetito, frecuencia urinaria y el examen físico ablandamiento del istmocervical, agrandamiento y ablandamiento del útero, orificios cerrados.

6.2.- Diagnóstico

6.2.1.- Criterios de Diagnósticos

Historia Clinica, examen físico, plan de trabajo

6.2.2.- Diagnóstico Diferencial

6.2.2.1 Descartar Embarazo Ectópico y Mola Hidatiforme

- Para el diagnóstico se puede hacer uso de la ecografía y dosaje de beta HCG.
- Si se descubre embarazo ectópico o mola hidatiforme, se debe efectuar tratamiento inmediato de interrupción del embarazo.

6.3.- Exámenes auxiliares

6.3.1 De Patología Clínica:

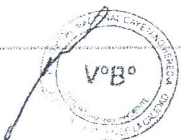
- Medición de hemoglobina o hematocrito
- Grupo sanguíneo y Rh.
- Tiempo de coagulación y sangría.
- Pruebas serológicas: RPR, VIH.
- Cuantificación de betaHCG.
- Se debe aprovechar la oportunidad para hacer un Papanicolau.
- Otros exámenes que contribuyan al diagnóstico de enfermedades concomitantes.
- Dependiente del caso, evaluación del riesgo quirúrgico.

6.3.2 De Imágenes :

- Ecografía transvaginal

6.3.3 De Exámenes especializados Complementarios

- Ecografía transvaginal genética y morfológica y 4D
- Otros exámenes para descartar compromiso Sistémico materno que pudiera comprometer su vida.



6.4.- Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

6.4.1- Medidas Generales y Preventivas

6.4.1.1 Examen Clínico

- Determinar el tamaño y posición del útero.
- Identificar signos de infecciones de transmisión sexual (ITS) u otras enfermedades del tracto genital.
- Identificar signos que puedan hacer sospechar mola hidatiforme o Embarazo ectópico.

6.4.1.2 Identificación de Patologías

- Trastornos hemorrágicos.
- Cuadros alérgicos.
- Presencia de VIH.
- Presencia de ITS u otras infecciones del aparato genital, las que deben ser tratadas de inmediato.

6.4.1.3 Uso de Inmunoglobulina Anti-Rh

- En los casos de mujeres Rh negativo se debe tener a la mano inmunoglobulina anti Rh para aplicarla al momento del procedimiento quirúrgico.
- Si se utiliza prostaglandina para el procedimiento, tener cuidado de aplicar la inmunoglobulina al momento de iniciar la medicación.

6.4.1.4 Información y Consejería

- La información y consejería es una parte esencial de la calidad del servicio y debe hacerse antes, durante y después de la intervención.
- La información debe ser completa, exacta y fácil de comprender. La consejería deberá absolver todo tipo de dudas que la mujer tenga en cualquiera de los tres momentos mencionados (antes, durante y después). Sin embargo es importante priorizar información acerca de:
 - o El embarazo y la situación de salud de la usuaria.
 - o Los procedimientos para la interrupción: lo que se hará durante y después del procedimiento, lo que puede ocurrir (calambres, dolor y sangrado como el que ocurre en la menstruación), el tiempo que dura el procedimiento, cómo se va a manejar el dolor, riesgos y complicaciones asociados al procedimiento a usar.
 - o Momento de continuar con sus actividades habituales y la necesidad de seguimiento, es decir la asistencia a los controles necesarios.
 - o Información sobre su actividad sexual y los métodos de planificación familiar que oferta el establecimiento (incluye la anticoncepción quirúrgica voluntaria), incidiendo en la importancia de la prevención de embarazos, sin que ello interfiera con el derecho a la libre elección de la mujer. Además, debe incluir información sobre ITS y VIH.
- **La información y consejería debe ser dada por el personal de obstetricia, respetando la confidencialidad y privacidad, así como las decisiones que la mujer tome durante todo el proceso.**
- Se ofrecerá a las usuarias soporte psicológico, social y legal por parte de los profesionales respectivos, quienes deberán ofrecer la información y el apoyo que se consideren necesarios.
- La información y consejería debe terminar con la decisión informada por parte de la gestante, la misma que se debe documentar en un **consentimiento informado** suscrito antes de efectuar el procedimiento.



6.4.1.5 Procedimientos Administrativos

- El trámite se inicia con la petición por parte de la gestante a la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia, la misma que debe expresar las razones por las cuales solicita interrupción del embarazo.
- La Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia dará trámite al pedido en un plazo no mayor de dos días y constituirá una Junta Médica, cuidando de que forme parte de la misma el médico ginecoobstetra que evaluó inicialmente el caso, quien lo presentará ante sus otros colegas. En situación de emergencia, la Jefatura del Departamento actuará rápidamente, encargando la solución del caso a uno de los médicos.
- La Junta Médica, constituida por tres profesionales médicos, podrá pedir asesoría de otro(s) profesional(es) de la especialidad correspondiente, deliberará el caso y de ser necesario podrá ampliar la anamnesis o volver a examinar y dictaminar acerca de la procedencia o no de lo solicitado, debiendo dejar constancia escrita de sus conclusiones en la historia clínica.
- Si se declara procedente el caso, se prepara a la paciente para interrupción de la gestación.
- La Jefatura del Departamento asigna al médico que llevará a cabo el procedimiento. Se respeta la *objeción de conciencia* a nivel personal, cuidando de que no se afecte la salud ni la vida de la gestante.
- Desde que se efectúa la solicitud hasta que se inicia el procedimiento de interrupción legal del embarazo no deben pasar más de diez días, debiéndose actuar con más celeridad si el caso lo amerita.
- Cumplido el trámite del procedimiento, la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia informará a la Dirección del hospital.

6.4.1.6. Junta Médica

- La Junta Médica estará constituida por tres médicos Gineco-Obstetras
- La Junta Médica podrá asesorarse con profesional(es) vinculado(s) al caso en consulta.
- La Junta Médica recibirá el informe y analizará el caso, ampliará la anamnesis o volverá a examinar, si así lo estima conveniente, y se pronunciará por la procedencia o no de la interrupción del embarazo.
- Si el caso es dictaminado afirmativamente, deberá cuidarse que exista *consentimiento informado* por parte de la paciente.

6.4.2- Terapeutica

6.4.2.1. Métodos hasta las 12 Semanas de Gestación

6.4.2.1.1. Aspiración manual endouterina

Consiste en la aplicación de una cánula de plástico que se inserta a través del cuello uterino abierto y se conecta a una jeringa de Karman de plástico de 60 ml. de capacidad, la que produce vacío hasta 600 mm. de mercurio. El vacío es transferido a la cavidad uterina a través de la cánula.



- **Instrumental**

Una jeringa de plástico de 60 ml. de capacidad, la que puede ser de una o dos válvulas. Las cánulas de plástico son flexibles y de diferente calibre (de 4 a 10 y 12 mm. de diámetro externo). Se facilita la aplicación de las cánulas a la jeringa con adaptadores de plástico de diferente color, aunque ahora las cánulas disponen directamente de este aditamento.

- **Descontaminación y desinfección del material**

Para asegurar el uso correcto del equipo es necesario que una vez usado, sea puesto en una solución de hipoclorito de sodio al 0.5% durante 10 minutos.

Luego se retira, se enjuaga con agua corriente, se desarma toda la jeringa y el material completo es puesto en desinfección de alto nivel (DAN) utilizando solución de glutaraldehído al 2%, en inmersión durante 20 minutos. Luego, se lava los instrumentos con agua estéril y se los coloca en una cubeta estéril, listos para su uso. Tener cuidado de lubricar el émbolo de la jeringa con silicona.

- **Técnica operatoria**

Luego de colocada la paciente en posición ginecológica se practica la asepsia y antisepsia de la vulva y del periné, se confirma la evacuación vesical y se realiza el examen pélvico. Se puede aplicar analgesia o anestesia local paracervical.

Con el espéculo aplicado en la vagina, se tracciona el cuello del útero con pinza tirabalas. Se selecciona la cánula de plástico cuyo calibre se adapte exactamente al diámetro del cuello uterino abierto. Con la misma cánula se confirma la histerometría y se la deja colocada en el interior de la cavidad uterina, observando la "técnica de no tocar".

Si el cuello lo requiere, se dilata utilizando dilatadores, o de lo contrario, se lo prepara antes de la intervención aplicando Misoprostol 400 ug. vía oral ó vaginal 3 a 4 horas antes del procedimiento.

Se toma luego la jeringa, se cierra la válvula y se produce manualmente el vacío tirando del émbolo. La jeringa es aplicada cuidadosamente en la cánula, se abre la válvula y el vacío se transmite hacia la cánula y la cavidad uterina. Con movimientos giratorios suaves de la jeringa se facilita la evacuación del útero en pocos minutos.

Terminada la aspiración, que puede ser verificada por la presencia en la cánula de secreción espumosa rosada, o al escucharse el "grito uterino", se retira la jeringa con la cánula y se vacía el contenido. El aspirado es revisado cuidadosamente para confirmar la presencia de restos. La jeringa y todo el material son colocados en una solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.

Finalizado el procedimiento, se traslada a la paciente al ambiente de recuperación postoperatoria, se refuerza la consejería iniciada en la admisión y se oferta metodología anticonceptiva. La observación se realiza durante 2 horas.



- **Control del dolor**

La anestesia general no se recomienda para realizar el aborto, por cuanto los riesgos son mayores. Se le asocia con mayor frecuencia de hemorragia que la anestesia local. Por otro lado la anestesia general incrementa los costos, tanto para el establecimiento de salud, como para la paciente. Sin embargo, algunas mujeres prefieren anestesia general y el proveedor puede necesitarla en caso de dificultades técnicas en el procedimiento.

Cada vez que se realiza una AMEU debe utilizarse medicación para controlar el dolor. Se puede emplear tres tipos de medicación, sola o combinada: analgésicos que alivian el dolor, tranquilizantes (como el Diazepam) que reducen el temor y relajan a la paciente, y anestésicos.

En la mayoría de casos, los analgésicos, la anestesia local y la sedación suave complementados con el apoyo verbal son suficientes.

Cuando se usa anestesia local, aplicar Lidocaína al 1% a nivel paracervical (a las 5 y a las 7 de la esfera) o debajo de la mucosa a nivel de los 4 cuadrantes del cuello uterino.

- **Prevención y control de infecciones**

Nada reemplaza el uso de las mejores prácticas de bioseguridad, tomadas permanentemente en el servicio.

Lavarse las manos con agua y jabón antes y después del procedimiento.

Usar barreras protectoras: guantes estériles, mandilón, delantal, máscara y gafas de protección.

Eliminar adecuadamente los desechos.

Lavado y limpieza de pisos, camas, baños y paredes con detergente y agua caliente, usando además hipoclorito de sodio.

Eliminación adecuada de los desechos punzo-cortantes en depósitos adecuados para tal fin.

Descontaminar, lavar y esterilizar ó desinfectar a alto nivel los instrumentos reutilizables.

- **Examen del tejido después de la evacuación**

Después de la AMEU conviene hacer el examen de los productos de la concepción para excluir la posibilidad de un embarazo ectópico, a pesar de los exámenes preoperatorios.

Si el aspirado no contiene el producto esperado, se debe sospechar embarazo ectópico.

Igualmente, estar alerta ante la posibilidad de encontrar tejido molar.

Si el tejido extraído no está de acuerdo a la cronología del embarazo se puede pensar también en una evacuación incompleta.

6.4.2.1.2 Evacuación del contenido uterino con el uso de Misoprostol

El tratamiento es esencialmente ambulatorio.

Los efectos que se buscan con este tipo de aborto médico son similares a aquellos asociados con el aborto espontáneo: presencia de dolor tipo calambre y sangrado prolongado parecido a la menstruación. El aborto inducido generalmente es completo, o sea que no requerirá limpieza de la cavidad uterina.



Usar este método hasta las 12 semanas de edad gestacional, contadas a partir del primer día de la última menstruación.

Precisar si existe alergia al medicamento.

No aplicar el medicamento en caso de alergia, presencia de DIU o embarazo ectópico.

Aplicar una primera dosis de 800 ug. vía intravaginal cada 12 horas, hasta un máximo de tres dosis. Después de la aplicación vaginal, la mujer debe reposar 30 minutos.

En embarazos de 9 semanas o menos se puede aplicar Misoprostol 800 ug. sublingual cada 3 o 4 horas hasta un máximo de 3 dosis.

El aborto ocurrirá en horas, días y hasta dos semanas siguientes a la aplicación del medicamento.

La paciente debe regresar a control a más tardar a las dos semanas para verificar la expulsión. Debe hacerse anamnesis, examen clínico, y, de ser necesario se pedirá HCG y ecografía.

Las pacientes que expulsan el contenido intrauterino deben concurrir al hospital llevando el tejido expulsado.

De confirmarse la expulsión total, se refiere la paciente para anticoncepción u otros servicios de salud.

En los casos en que falla la evacuación, ésta deberá completarse con aspiración manual o legrado uterino.

Se debe intervenir quirúrgicamente en caso de: hemorragia persistente, embarazo ectópico, falla del medicamento (aborto incompleto, aborto frustrado, o persistencia del embarazo, dado que el Misoprostol tiene un riesgo potencial de teratogenicidad), o si la paciente lo solicita.

Cuidar los efectos secundarios: escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos, diarrea, mareos, cefalea, sangrado vaginal y dolor pélvico tipo cólico.

6.4.2.1.3. Métodos para Evacuar el Útero entre las 13 y 20 Semanas

Internar a la gestante.

En estos casos es preferible iniciar el procedimiento con la aplicación farmacológica.

Administrar 400 ug. de Misoprostol vía vaginal, si la gestación es de 13 a 15 semanas, y 200 ug. si es de 16 a 20 semanas.

Repetir igual dosis si no ha habido respuesta a las 12 horas.

Si no hay respuesta a las 24 horas, doblar la dosis inicial (800 ug. Hasta las 15 semanas y 400 ug. entre las 16 y 20 semanas) y repetirla 12 horas después, si no hay evidencia de iniciada la expulsión. No aplicar más de 4 dosis en total.

Producida la expulsión del contenido, generalmente hay que completar con una limpieza de la cavidad uterina.

6.4.3. Efectos Adversos o Colaterales en el Tratamiento

En el caso de uso de Misoprostol hay que tomar en cuenta que los efectos adversos o colaterales son los siguientes :

Broncoespasmo, Diarrea Hipertermia que son raros pero se deben de tomar en cuenta.

La Anestesia ha aplicarse puede también tener efectos colaterales por ejemplo : en el caso de uso de Petidina puede provocar paro cardio respiratorio y en el caso de anestesia Epidural con Xilocaina al 2% pudiera provocar Hipertensión Arterial, en el caso de uso de Ocitóxicos tales como la Oxitocina puede provocar intoxicación hídrica.



6.4.4. Signos de Alarma :

Hipotención Arterial, sangrado vaginal, Broncoespasmo, Diarrea
Hipertermia

6.4.5. Criterios de Alta :

En ausencia de complicaciones, dar alta.

Dar cita en 7 a 10 días.

Debe aconsejarse abstinencia sexual mientras dure el sangrado o existan Molestias.

Mantener el apoyo psicológico.

En caso necesario, administrar supresores de la lactancia.

Informar y ofertar metodología anticonceptiva, que incluye la anticoncepción quirúrgica voluntaria

6.4.6. Pronostico :

En Caso de Evacuación Quirúrgica:

Ofrecer apoyo y monitoreo en la recuperación.

Prestar atención a la presencia de dolor, que puede deberse a perforación o hematometra. Es necesario –y a veces suficiente– administrar ocitócicos.

En este caso, confirmar tamaño uterino, particularmente en el aborto tardío.

En Caso de Evacuación con Misoprostol:

Tener en observación permanente a la gestante dentro del hospital, mientras no aparezcan signos colaterales en caso de presentarse estos manejar según sea el caso.

Consejería y Anticoncepción

El seguimiento requiere reforzar la información y consejería iniciada en la preparación antes del procedimiento.

Ofrecer Metodología Anticonceptiva, lo que debe incluir la posibilidad de la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

Informar sobre la prevención de ITS/VIH.

Informar sobre signos de alarma: sangrado excesivo, dolor intenso que no cede a los analgésicos, fiebre y flujo vaginal maloliente. De estar presente alguno de estos signos, la paciente debe retornar al hospital.

De ser necesario, referir a la paciente para consejo genético y tratamiento preventivo.

Mantener el apoyo psicológico.

Informar de la importancia de regresar a control.

Cuidados Post-Interrupción del Embarazo

Las mujeres deben recibir instrucciones muy claras sobre los cuidados después del procedimiento.

Contactar al médico en cuanto sea necesario, por alguna complicación o signo de alarma.

La mujer debe estar informada de que después del procedimiento va a presentar sangrado y eventualmente dolor, que cede con analgésicos.

En el aborto del primer trimestre las mujeres pueden retornar a su labores muy pronto.

Debe aconsejarse abstinencia sexual mientras dure el sangrado o existan molestias

En caso necesario, administrar supresores de la lactancia.

Informar y ofertar metodología anticonceptiva, que incluye la anticoncepción quirúrgica voluntaria



6.5.-Complicaciones

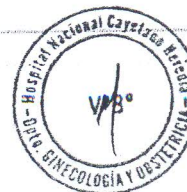
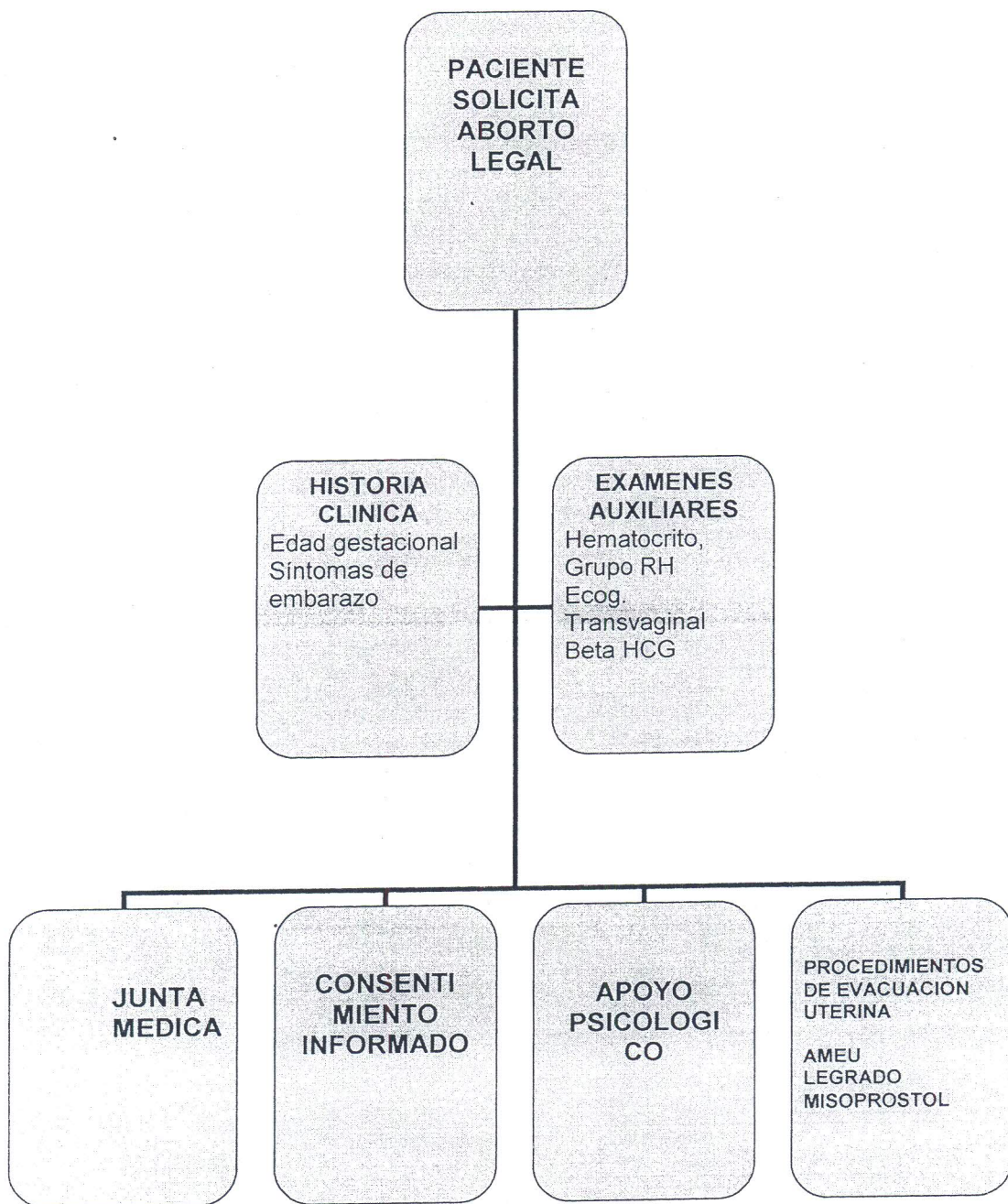
- **Aborto incompleto.** En el caso de AMEU es infrecuente. De ocurrir, es necesario re-evacuar la cavidad uterina.
- **Aborto fallido.** Puede ocurrir con la AMEU, o cuando se ha usado Misoprostol. En estos casos requiere evacuación quirúrgica.
- **Hemorragia.** Puede resultar de productos de la concepción retenidos, traumatismo o desgarro del cervix, o perforación uterina. Según sea la causa, pueda que se necesite: re-evacuación del útero, reemplazo de líquidos o sangre, laparoscopia o laparotomía exploradora.
- **Infección.** Es rara después de una apropiada evacuación. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, flujo cervical o vaginal maloliente, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, útero sensible y glóbulos blancos elevados. Hay que administrar antibióticos y si existe retención de restos será necesario reevacuar el útero.
- **Perforación uterina.** Generalmente no se detecta y en todo caso se resuelve sin necesidad de intervención. Cuando la detectamos, con frecuencia es necesario sólo observar y aplicar antibióticos. Si hay laparoscopia se puede hacer laparoscopia, y si hay lesión de órganos se hará laparotomía.
- **Complicaciones relacionadas a la anestesia.** La anestesia local es más segura que la general. En el caso de aplicar esta última, estar preparado para la eventualidad de convulsiones y complicaciones cardiorrespiratorias.

6.6.- Criterio de Referencia y contra referencia

El manejo del aborto en nuestro hospital requiere la disponibilidad de sala de operaciones, banco de sangre, hospitalización para las pacientes con indicación, así como Unidad de cuidados intensivos (UCI) para pacientes con descompensación hemodinámica severa o signos de shock séptico. En los casos que no se cuente con recursos para la atención de la paciente esta deberá ser compensada y coordinarse su referencia a otro centro hospitalario. Las pacientes que requirieron manejo ambulatorio podrán ser contrarreferidas a su centro de salud de donde procedieron inicialmente para su control posterior.



6.7.- Fluxograma



VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Bongarts J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning* 2000; 31: 193-202.
- 2.-Bugalho A, Mocumbi S, Faundes A, David E. Termination of pregnancy 6 weeks gestation with single dosis of 800 ug. of vaginal misoprostol. *Contraception* 2000; 61: 47-50.
- 3.-Carbonell JL., Varela L., Velazco A., Fernandez C., Sanchez C. The use of misoprostol for abortion at or = 9 weeks' gestation. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2: 181-185.
- 4.-CMP Flora Tristán. Atención humanizada del aborto inseguro. Lima-Perú: CMP Flora Tristán 2003; pp. 30.
- 5.- Colegio Médico del Perú. I Taller Nacional sobre Derechos Sexuales y reproductivos. Lima-Perú: CMP, Marzo 2007; pp. 27.
- 6.- Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital de Belén, Trujillo. Protocolo de Manejo de casos para la interrupción legal del embarazo. Lima: SPOG/PROMSEX, Febrero 2006; pp. 32.
- 7.- Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital General María Auxiliadora. Guía para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo. Lima, Mayo 2008.
- 8.-Dickinson JE, Godfrey M, Evans SF. Eficacy of intravaginal misoprostol in secondtrimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *J Mater Fetal Med.* 1998; 7: 115-119.
- 9.-Decreto Legislativo 635. Código Penal Peruano. Lima Abril 1991.
- 10.- Faundes A., Cecatti, Conde-Agudelo A., Escobedo J., Rizzi R, Távara L., Velazco A. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. *FLASOG* Marzo 2007; pp. 96.
- 11.- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. III Taller Latinoamericano de Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima-Perú: INPPARES/IPPF 2006, pp. 20.
- 12.- Ferrando, D. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Lima: CMP Flora Tristán/Pathfinder Internacional 2002.
- 13.-FLASOG. Taller de Derechos Sexuales y Reproductivos. Santa Cruz de la Sierra-Bolivia: Relato Final 2002.
- 14.-Henshaw SK, Morrow E. Induced abortion: a world review 1990 suplement. New York: The Alan Guttmacher Institute 1990.
- 15.- Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Protocolo de manejo de casos de interrupción legal del embarazo. Lima-Perú: Gráfica Ñañez 2005, pp. 29.
- 16.- Hospital Nacional Hiólito Unanue. Guía para el manejo de casos de interrupción



legal del embarazo. Lima, Diciembre 2007.

17.-Kahn JG., Becker BJ., Maclsa L., Among JK., Neuhaus J., Olkin I., Creinin MD. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception* 2000; 61: 29-40.

18.- Kulier R., Gulmezoglu AM., Hofmeyr GJ., Chen LN., Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Data base Syst Rev* 2004; (1): CD 002855.

19.-Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima-Perú: Dirección General de Salud de las Personas 2004.

20.-Ngai SW., Chan YM., Tang OS., Ho PC. The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Hum Reprod* 1999; 8: 2139-2142.

21.-OMS. Resolución WHA 20.41. Ginebra: Asamblea Mundial de la Salud 1967.

22.-OMS. Complicaciones del aborto. Ginebra: OMS 1995; pp. 152.

23.-Population Council. Medicamentos para la interrupción legal del embarazo temprano. Mexico: Population Council 2003; pp 96.

24.-Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline N° 7. London RCOG Press 2000.

25.-Singh K., Fong YF., Prasad RNV., Dong F. Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for preabortion cervical priming. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 795-798.

26.-Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Seminario-Taller Responsabilidad médica frente a la interrupción legal del embarazo. Relato Final. Lima-Perú: SPOG/ CMP Flora Tristán, Agosto 2004; pp. 38.

27.- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Taller de sociedades médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico. Lima-Perú: POG/PROMSEX, Agosto 2005; pp. 18.

28.- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Taller Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima-Perú: SPOG, Marzo 2007; pp. 27.

29.-Tang OS., Schweer H., Seyberth HW., Lee HW., Ho PC. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. *Hum Reprod* 2002; 17: 332-336.

30.-Távora L. "Evacuación uterina". En: Pacheco J. *Ginecología y Obstetricia*. Lima-Perú: MAD 1999.

31.-Távora L., Orderique L. "Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en salud pública". En: *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2004; 50(3): 176-180.



**DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
NACIONAL CAYETANO HEREDIA**

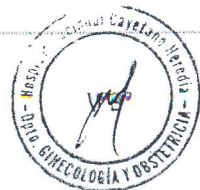
**GUIA DE PRACTICA CLINICA DE
ABORTO**

Doctores:

Javier mariano Astudillo Gonzales del Valle

Carlos Alberto Caparó Farfán

AÑO 2013



GUIA DE PRACTICA CLINICA DE ABORTO

I. Finalidad

Mejorar la calidad de atención de las pacientes con diagnósticos de aborto que se atienden en el hospital Cayetano Heredia.

II. Objetivos

Determinar el procedimiento para el diagnóstico y tratamiento de aborto.

III. Ámbito de Aplicación

Iniciar en el conocimiento general de la guía de atención los casos de aborto que se atienden en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se aplica para todo el personal del Departamento de Gineco Obstetricia del HNCH.

IV. Diagnóstico y Tratamiento de Aborto

4.1.-Nombres y Códigos

CIE 10	
0200	AMENAZA DE ABORTO
0034	ABORTO INCOMPLETO
0039	ABORTO COMPLETO
0021	ABORTO FRUSTRO

V.-Consideraciones Generales

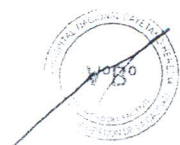
5.1.- Definición

Terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o antes de que el feto haya alcanzado los 500gr de peso. De acuerdo a la evolución se clasifica en:

Amenaza de aborto
Aborto Completo
Aborto Incompleto
Aborto Frustrado

5.2.- Etiología

50% de abortos espontáneos que ocurren en el primer trimestre y 20 -30% en el segundo trimestre presentan un cariotipo anormal (trisomías autosómicas o monosomías X). En un porcentaje significativo de casos la etiología es desconocida. Infecciones, defectos anatómicos, factores endocrinos e inmunológicos y enfermedades maternas sistémicas juegan también un rol importante.



5.3.- Fisiopatología

En el aborto espontáneo, ocurre hemorragia en la decidua basal. Aparece necrosis e inflamación en el área de implantación. Las contracciones uterinas y la dilatación cervical resultan eventualmente en la expulsión de parte o todo el producto de la concepción

5.4.- Aspectos Epidemiológicos

Aunque la incidencia de abortos espontáneos es desconocida, aproximadamente el 15% de los embarazos clínicos y 60% de los embarazos químicos terminan en un aborto espontáneo. El 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas de gestación. La tasa de incidencia de abortos es variable y tiene relación con la edad de la madre y/o los antecedentes obstétricos previos, como abortos previos, hijos vivos o infantes nacidos con defectos genéticos

5.5.- Factores de Riesgo asociados

Mal control prenatal
Exposición a infecciones
Descompensación de enfermedades crónicas como diabetes

VI.-Consideraciones Específicas

6.1.- Cuadro Clínico

6.1.1 Signos y síntomas

	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO INCOMPLETO	ABORTO COMPLETO	ABORTO FRUSTRO
MANIFESTACIONES CLINICAS	Presencia de sangrado vaginal con o sin dolor. Los orificios cervicales permanecen cerrados	Los productos de la concepción han salido parcialmente de la cavidad uterina. Presenta usualmente dolor pélvico y sangrado persistente y muchas veces severo.	Salida completo de los productos de la concepción de la cavidad uterina. Sangrado leve puede continuar por corto tiempo y el dolor cede.	Ocurre la muerte del embrión o feto intra-útero sin producirse su expulsión.



6.2.- Diagnóstico

6.2.1 Criterios de Diagnostico

AMENAZA DE ABORTO.

Clínica.- Sangrado vaginal, dolor pélvico leve, orificios cerrados

Laboratorio.- Beta HCG positiva

Imágenes.- Ecografía Presencia de gestación activa (embrión con actividad cardíaca presente)

Diagnostico Diferencial.- Aborto completo ,Aborto frustrado

ABORTO INCOMPLETO

Clínica.- Sangrado vaginal, dolor pélvico, orificios cervicales abiertos, presencia de restos membranosos o placentarios durante el examen con espéculo.

Laboratorio.- Beta HCG positiva

Imágenes.- Ecografía Presencia de material eco génico irregular que representa el tejido placentario dentro de la cavidad uterina.

Diagnostico Diferencial.- Aborto en curso

ABORTO COMPLETO

Clínica.- Sangrado vaginal escaso, dolor pélvico ocasional, orificios cervicales cerrados

Laboratorio.- Beta HCG positiva (o negativa dependiendo del tiempo de expulsado)

Imágenes.- Ecografía informada como normal o con endometrio regular, no engrosado



Diagnostico Diferencial.- Aborto frustrado, Amenaza de aborto, Retención de restos Embarazo ectópico compensado Hemorragia de causa ginecológica en general

ABORTO FRUSTRO

Clínica.- Sangrado vaginal usualmente escaso, dolor pélvico, orificios cervicales cerrados.

Laboratorio Beta HCG positiva

Imágenes.- Ecografía que confirma la existencia de embrión o feto sin actividad cardíaca.

Diagnostico Diferencial Aborto completo Amenaza de aborto Retención de restos Embarazo ectópico compensado Hemorragia de causa ginecológica en general

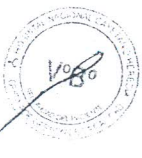
6.2.2 Diagnóstico Diferencial

- Mola Hidatiforme
- Embarazo Ectópico
- Mioma Uterino
- Discrasia Sanguínea
- Pólipo Uterino
- Neoplasia Maligna de Utero

6.3.- Exámenes auxiliares

6.3.1 De Patología Clínica

AMENAZA DE ABORTO	ABORTO INCOMPLETO	ABORTO COMPLETO	ABORTO FRUSTRO
Beta HCG Hematocrito, hemograma. Grupo sanguíneo y factor RH Examen de orina completo, Urocultivo	Beta HCG Hematocrito, hemograma, glucosa, creatinina Grupo sanguíneo y factor RH Examen completo de orina	Beta HCG Hematocrito Grupo sanguíneo y factor RH Examen completo de orina	Beta HCG Hematocrito, hemograma, glucosa, creatinina Grupo sanguíneo y factor RH Examen completo de orina



6.3.2 DE IMÁGENES

En todos los casos de Patología Clínica se deberá Practicar una Ecografía Transvaginal.

6.4.- MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 AMENAZA DE ABORTO

6.4.1.1 Medias generales y preventivas

- Reposo absoluto en cama
- Evitar maniobras de Valsalva (estreñimiento, relaciones sexuales, ejercicios físicos, etc) Sedación.

6.4.1.2 Terapéutica, establecer metas a alcanzar con el Tratamiento.

- Si hay dolor pélvico → Antiespasmódicos
- Si hay evidencia de insuficiencia progesteronal → progesterona mmicronizada 100mg cada 8 horas vía oral o intravaginal
- Si la paciente presenta grupo RH Negativo → Inmunoglobulina anti D 1 ampolla intramuscular (IM) dosis única

6.4.1.3. Signos de alarma a ser tomados en cuenta.

- Sangrado vaginal abundante
- Dolor pélvico intenso
- Mareos, cefaleas

6.4.1.4 Manejo ambulatorio en emergencia

- Si existe abundante sangrado o dolor → se procede a hospitalizar

6.4.1.5 Pronóstico.

- Depende de la magnitud del sangrado y dolor

6.4.2 ABORTO INCOMPLETO

6.4.2.1 Medidas generales y preventivas.

- Colocar una vía endovenosa si la paciente va a ser sometida a legrado uterino o AMEU o si hay signos de descompensación hemodinámica.
- Monitoreo de funciones vitales
- Si hay descompensación hemodinámica, anemia sintomática o hematocrito menor de 20% → Prueba cruzada de dos unidades de sangre como mínimo
- Una vez determinado el grupo sanguíneo, aplicar la inmunoglobulina anti D si el factor Rh es Negativo.



6.4.2.2 Terapéutica

- El manejo del aborto incompleto va a depender de la cantidad de restos encontrados en la cavidad uterina y del estado general de la paciente.
- Luego de tomar ecografía, verificar el "grosor del endometrio"
- Si es menor de 14mm → tratamiento médico
- Si es mayor o igual a 14 mm → tratamiento quirúrgico (Aspiración manual endouterina (AMEU) o Legrado uterino) en paciente ambulatoria u hospitalizada

6.4.2.2.1 Tratamiento médico

- Misoprostol 600ug vía oral o sublingual dosis única
- Luego tomar ecografía de control
- Si se observa persistencia de restos endouterinos → AMEU

6.4.2.2.2 Tratamiento quirúrgico en paciente ambulatoria: AMEU

- Será sometida a AMEU aquella paciente con endometrio mayor de 14mm, pero que se encuentre estable hemodinámicamente y sin signos de infección

6.4.2.2.3 Tratamiento quirúrgico en paciente hospitalizada:

Legrado uterino:

Para pacientes que cumplan con criterios de hospitalización:

- Edad gestacional mayor de 12 semanas.
- Infección: Fiebre, restos con mal olor, hemograma patológico (leucocitosis o leucopenia con/sin desviación izquierda).
- Anemia moderada o descompensada: Hematocrito menor de 25, shock hipovolémico.
- Problema médico legal: Adolescente sin persona responsable de su cuidado.
- Aborto inducido.

6.4.2.2.4 Tratamiento médico en paciente hospitalizada

En el caso que la paciente tenga criterios de Aborto incompleto infectado (fiebre, hemograma patológico, restos endouterinos con mal olor, edad gestacional mayor de 12 semanas) se agregará tratamiento antibiótico con:

- Ampicilina 2 gr vía endovenosa cada 6 horas o Cefalotina 1 gr vía endovenosa cada 6 horas o Penicilina G sódica 4 millones UI EV cada 4 horas
- Cloramfenicol 1 gr vía endovenosa cada 8 horas o Metronidazol 500 mg vía endovenosa cada 8 horas o Clindamicina 600 mg vía endovenosa diluido en 50 mililitros cada 6 horas
- Gentamicina 5 mg/Kg de peso vía endovenosa cada 24 horas o Amikacina 1 gr vía endovenosa cada 24 horas.



6.4.2.2.5 Tratamiento quirúrgico en paciente hospitalizada: Laparotomía exploradora: Histerectomía

- Este se realizará en el caso de la paciente con Diagnóstico de aborto séptico (shock séptico, signos de irritación peritoneal o paciente que en 48 horas posterior a legrado uterino no presenta evolución favorable)
- Luego del procedimiento, la paciente deberá ser manejada en la Unidad de Cuidados Intensivos
- Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo
- Misoprostol: Nauseas, vómitos y diarrea, fiebre. Dolor pélvico

6.4.2.2.6 Criterios de Alta

- Paciente sometida a AMEU: alta en 2 horas post procedimiento
- Paciente sometida a Legrado uterino:
- Paciente asintomática: sin dolor pélvico y con sangrado escaso o ausente
- 24 horas sin fiebre
- Estabilidad hemodinámica

6.4.3 ABORTO COMPLETO

6.4.3.1 Medidas generales y preventivas.

- Monitoreo de funciones vitales
- Una vez determinado el grupo sanguíneo, aplicar la inmunoglobulina anti D si el factor Rh es Negativo

6.4.3.2 Terapéutica

- El manejo del aborto completo solo implica medidas generales y manejo sintomático ambulatorio

6.4.3.2.1 Tratamiento médico

- Antiespasmódicos condicional a dolor pélvico
- Reposo relativo

6.4.4 ABORTO FRUSTRO

6.4.4.1 Medias generales y preventivas.

- Monitoreo de funciones vitales
- Una vez determinado el grupo sanguíneo, aplicar la inmunoglobulina anti D si el factor Rh es Negativo



6.4.4.2 Terapéutica

- En gestaciones menores de 12 semanas
- Misoprostol 600 ug vía oral o sublingual dosis única
- Si ocurre expulsión completa del producto, se manejará como aborto completo
- Si ocurre expulsión incompleta del producto, se manejará como aborto incompleto
- Si no ocurre expulsión, se puede intentar una nueva dosis de misoprostol. De no ocurrir se realizará un AMEU

- En gestaciones mayores de 12 semanas
- Hospitalizar a la paciente
- Misoprostol 600 ug vía oral o sublingual dosis única
- Si ocurre expulsión completa del producto, se manejará como aborto completo
- Si ocurre expulsión incompleta del producto, se manejará como aborto incompleto
- Si no ocurre expulsión, se puede intentar una nueva dosis de misoprostol. De no ocurrir se realizará una dilatación y curetaje

6.5.-Complicaciones

Depende del tratamiento efectuado

- **Hemorragia:** Si hay persistencia del sangrado vaginal con retención de restos, se realiza legrado uterino
- **Infección Pélvica:** Si hay evidencia de signos de enfermedad inflamatoria pélvica, se realiza manejo con antibióticos recomendados
- **Síndrome de Asherman:** Se ve cuando ocurre amenorrea posterior al legrado. Su manejo es con histeroscopia
- **Perforación uterina:** Se presenta aproximadamente en el 2% de legrados uterinos, el manejo inicial es expectante con monitoreo estricto de funciones vitales y de signos peritoneales. De ocurrir descompensación hemodinámica o claros signos de irritación peritoneal se deberá proceder a laparoscopia o laparotomía exploradora así como los procedimientos necesarios para corregir el problema (sutura de perforación, histerectomía, u otros).

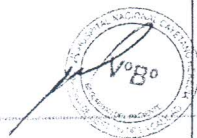
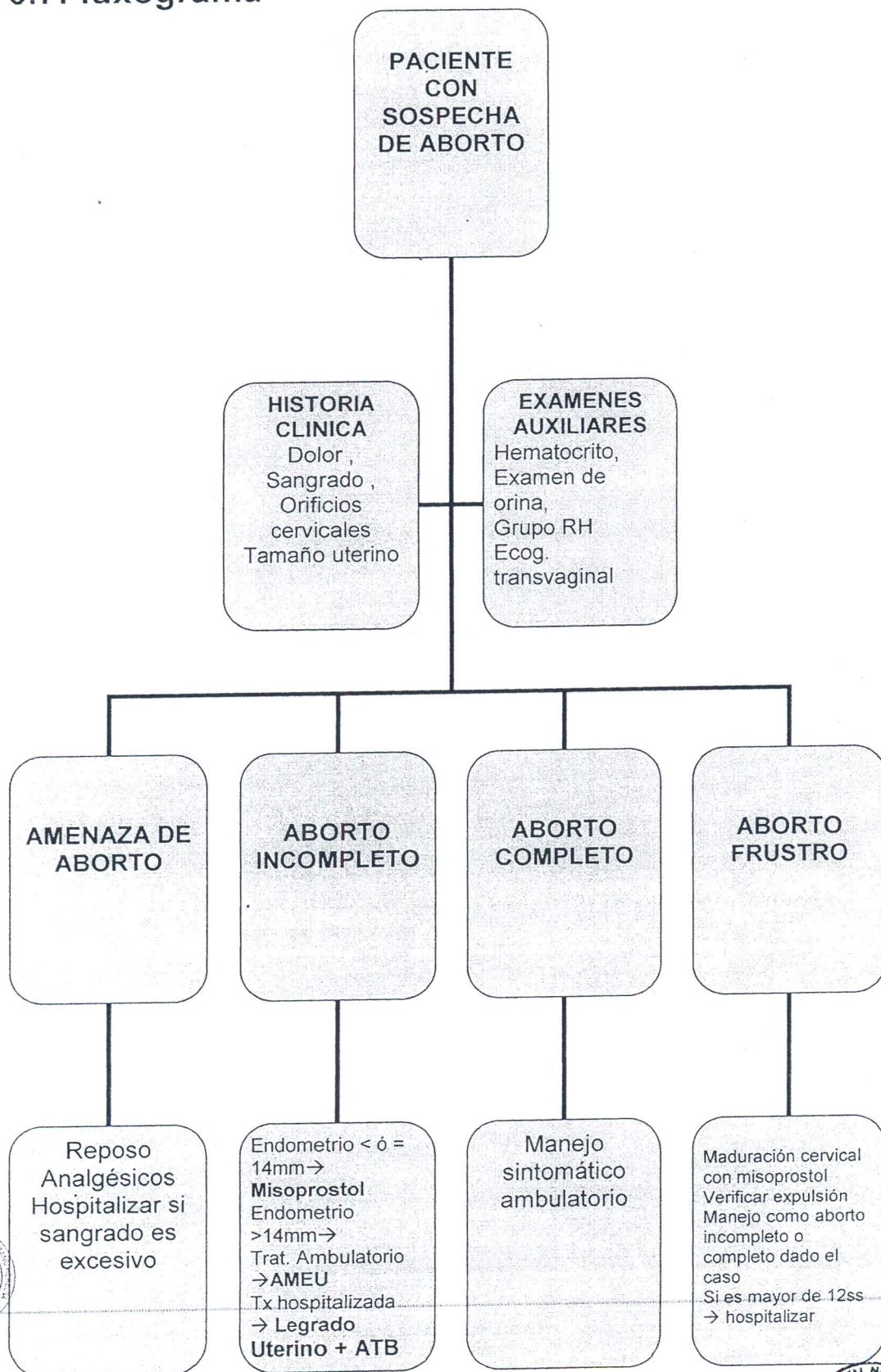
6.6.- Criterio de Referencia y contra referencia

El manejo del aborto en nuestro hospital requiere la disponibilidad de sala de operaciones, banco de sangre, hospitalización para las pacientes con indicación, así como Unidad de cuidados intensivos (UCI) para pacientes con descompensación hemodinámica severa o signos de shock séptico. En los casos que no se cuente con recursos para la atención de la paciente esta deberá ser compensada y coordinarse su referencia a otro centro hospitalario.

Las pacientes que requirieron manejo ambulatorio podrán ser contrarreferidas a su centro de salud de donde procedieron inicialmente para su control posterior.



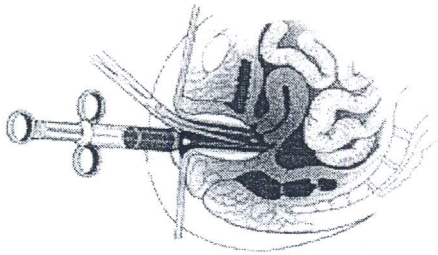
6.7 Fluxograma



VII.-ANEXOS

Procedimiento de AMEU

1. Administrar sedación endovenosa
2. Paciente en litotomía
3. Asepsia y antisepsia perineo-vaginal
4. Evacuación vesical
5. Colocación de campos estériles
6. Examen bajo anestesia (debe ser consignado en el reporte)
7. Tracción cervical con pinza tirabala
8. Colocación de anestesia local intracervical
9. Histerometría directa con la cánula de AMEU
10. Aspiración manual de la cavidad uterina con la jeringa de AMEU
11. Revisión de hemostasia
12. Examen bajo anestesia final



Procedimiento de Legrado Uterino

1. Administrar anestesia elegida a cargo de médico anesthesiologo
2. Paciente en litotomía
3. Asepsia y antisepsia perineo-vaginal
4. Evacuación vesical mediante cateterismo
5. Colocación de campos estériles
6. Examen bajo anestesia (debe ser consignado en el reporte)
7. Tracción cervical con pinza tirabala
8. Histerometría indirecta
9. Exploración de cavidad uterina con pinza Foerster, extracción de restos
10. Curetaje uterino con legra roma pequeña y mediana
11. Escobillonaje de cavidad uterina con gasa
12. Culdocentesis si se trata de un aborto infectado
13. Histerometría final
14. Examen bajo anestesia final

Procedimiento de Dilatación y Curetaje Uterino (D y C)

1. Administrar anestesia elegida a cargo de médico anesthesiologo
2. Paciente en posición de litotomía
3. Asepsia y antisepsia perineo-vaginal
4. Evacuación vesical mediante cateterismo



5. Colocación de campos estériles
6. Examen bajo anestesia (debe ser consignado en el reporte)
7. Tracción cervical con pinza tirabala
8. Histerometría directa
9. Dilatación de Cuello uterino con bujias de Hegar (1 al 10)
10. Exploración de cavidad uterina con pinza Foerster, extracción de restos
11. Curetaje uterino con legra roma pequeña y mediana
12. Escobillonaje de cavidad uterina con gasa
13. Histerometría final
14. Examen bajo anestesia final

VIII.- . REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nanda K, Pelligia A, Grimes D, Lopez L, Nanda G. Tratamiento expectante versus tratamiento quirúrgico del aborto espontáneo. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3.
2. Forna F, Gülmezoglu AM. Procedimientos quirúrgicos para la evacuación del aborto incompleto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3
3. Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3.
4. Brandon J. Bankowski, et al. Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia. Madrid España. 2005.
5. ACOG Practice Bulletin. Medical Management of Abortion. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists.. Number 67. October 2005
6. S. Moodliar, J.S. Bagratee, J. Moodley. Medical vs. surgical evacuation of first-trimester spontaneous abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005 91, 21-26
7. Steven W. Aimbinder, MD, et al . Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment Ninth Edition. The Mc Graw Hill Companies. 2003
8. Carol Havens, et al. Manual of outpatient gynecology, 4th edition. 2002.
9. Andrew Weeks, M, et al. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstet Gynecol* 2005;106:540-547.

