

Guía para la

Atención Integral de la Hemorragia del Primer y Segundo Trimestre y del Post-aborto y sus Complicaciones

Primera Edición
2011





Esta publicación se logró con el apoyo técnico de
Las Sigüientes Organizaciones



Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Ludwig Ovalle Cabrera
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dra. Silvia Palma
Viceministra de Hospitales

Dr. Guillermo Echeverría
Viceministro Administrativo

Dr. Pedro Rosales
Viceministro Técnico

Dra. Xiomara Castañeda
Directora del Sistema Integral de Atención en Salud

Dr. Salomón López
Director General de Regulación Vigilancia y Control de la Salud

Lic. Cesar González
Director General de Recursos Humanos

Lic. Albertico Orrego Góngora
Gerente General Administrativo y Financiero

Dr. Rafael Haeussler
Jefe del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas DRPAP

Dra. Miriam Bethancourt
Coordinadora del Programa Nacional de Salud Reproductiva

Guía para la

Atención Integral de la Hemorragia del Primer y Segundo Trimestre y del Post-aborto y sus Complicaciones

Primera Edición

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa Nacional de Salud Reproductiva

2011

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como el ente rector en salud y el Programa Nacional de Salud Reproductiva como un ente comprometido en dar cumplimiento al marco de derechos sexuales y reproductivos, promoviendo normas que mejoren la atención de las mujeres en los servicios de salud. El aborto requiere por su complejidad un enfoque integral para su abordaje en los servicios y por parte de los proveedores de la salud. Sus múltiples dimensiones involucran una serie de aspectos relacionados con los derechos humanos, de tipo legal y ético, clínico, psicológico, social y económico.

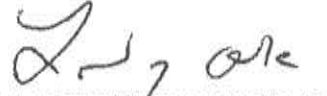
En Guatemala, las hemorragias constituyen la primera causa de muerte materna, de estas la hemorragia ante parto constituye el 6.5%. , la mortalidad materna por aborto, representa la cuarta causa con un 6.3 % . El aborto en condiciones de riesgo y sus complicaciones ha sido la cuarta causa de mortalidad materna durante los últimos diez años. Se estima que unos 65,000 abortos inducidos ocurren cada año en Guatemala, lo que se traduce en una tasa anual de 24 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva. Las dos regiones de Guatemala que tienen las tasas más altas de aborto son la Metropolitana y Suroccidente (30 y 29 abortos por 1,000 mujeres, respectivamente), son las dos regiones más habitadas del país.


Las étnias tan diferentes de estas regiones, sugieren que las mujeres tanto indígenas como no indígenas, recurren al aborto en condiciones de riesgo en el caso de un embarazo no planeado.

Con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad en el primer y segundo trimestre del embarazo, en especial el aborto en condiciones de riesgo y sus complicaciones, es prioritario reducir una de sus causas principales, el embarazo no planeado, para ello se proporcionará a la mujer y a las parejas consejería balanceada y oferta sistemática en métodos de planificación familiar, así como el acceso a educación integral en sexualidad. Por otro lado es prioritario que los servicios de salud cuenten con personal sensibilizado y capacitado en el abordaje integral de esta urgencia obstétrica.

La presente "Guía de atención integral de la hemorragia del primer y segundo trimestre y de post-aborto y sus complicaciones", es una herramienta para los equipos de atención en salud de los tres niveles de atención que provee los lineamientos de atención diagnóstica y terapéutica. Para abordar esta problemática la guía incluye los cinco pilares de atención post-aborto.

Toda la información vertida en la presente Guía ha sido actualizada de acuerdo a evidencia científica actual, por lo que se enfatiza en el abordaje de las pacientes que cursan con esta morbilidad, el uso de tecnología moderna para la atención de los casos, por ejemplo la Aspiración manual Endouterina para el caso de abortos incompletos menores de 13 semanas; también; se incluyen aspectos relacionados a la atención de las complicaciones; consejería balanceada y acceso a métodos de planificación familiar y referencia oportuna, promoviendo la mejora continua de la calidad en los servicios de salud.


Dr. Ludwig Werner Ovalle Cabrera
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



ÍNDICE

Introducción	5
Objetivos	6
Definiciones	7
♦ Aborto.	7
♦ Amenaza de aborto.	7
♦ Aborto en curso.	8
♦ Aborto completo.	8
♦ Aborto incompleto.	8
♦ Aborto diferido.	9
♦ Aborto séptico.	9
♦ Aborto terapéutico.	9
♦ Aborto habitual.	10
Diagnóstico diferencial	11
♦ Embarazo ectópico.	11
♦ Enfermedad Trofoblástica Gestacional.	12
Modelo de atención post-aborto	13
♦ Tratamiento.	14
♦ Consejería.	21
♦ Servicios de planificación familiar.	22
♦ Referencia a servicios de salud reproductiva.	25
♦ Alianzas con la comunidad.	25
Complicaciones del Aborto	26
♦ Infección o sepsis.	26
♦ Perforación uterina.	26
♦ Lesión intraabdominal.	27
♦ Shock hipovolémico.	27
Equipo Técnico APA	28
Anexos	29
♦ Métodos de evacuación intrauterina.	31
♦ Técnica de AMEU.	31
♦ Técnica de LUI.	34
♦ Medicamentoso-Misoprostol.	35
♦ Desinfección de alto nivel.	37
♦ Equipamiento.	38
♦ Marco Conceptual.	39
♦ Instrumento de monitoreo.	42
♦ Glosario	45
Bibliografía	46

INTRODUCCIÓN

Dado que la hemorragia ante parto y el aborto en condiciones de riesgo y sus complicaciones contribuyen a la cuarta causa de mortalidad materna en el país con un 6.3 % según el Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007, la presente guía pretende fortalecer las competencias y actualizar el recurso humano a través de estandarizar el proceso de atención integral a las mujeres que presentan hemorragia del primer trimestre del embarazo y del post-aborto y sus complicaciones, de tal manera que se contribuya a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna mejorando el acceso y la calidad de los servicios que atienden evento obstétrico.

La presente Guía inicia presentando las definiciones relacionadas a la hemorragia del primer y segundo trimestre del embarazo y del aborto, incluyéndose los diagnósticos diferenciales de embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica del embarazo, dichas definiciones hacen énfasis en los hallazgos clínicos, de laboratorio y las posibles complicaciones que pudieran surgir de no recibir el tratamiento adecuado.

El abordaje del tratamiento está desarrollado de acuerdo a los niveles de atención y a la capacidad resolutoria de la red de servicios de salud que atienden evento obstétrico.

Como parte de la normativa para el abordaje de esta morbilidad se describe y desarrolla el modelo de atención post-aborto (APA), que incluye cinco pilares los cuales son: tratamiento, consejería, servicio de planificación familiar, referencia a servicios de salud reproductiva y alianzas con la comunidad. Lo importante de incluir los pilares del APA, es que los servicios sean centrados en las necesidades de las mujeres y que contribuyan a dar respuesta sus demandas de salud sexual y reproductiva.

Finalmente se presenta el instrumento que servirá para las visitas de monitoreo a los servicios y que pretende establecer el cumplimiento de la normativa y mejoras en el sistema, lo que contribuirá a la mejora de la calidad de la atención en las pacientes, que debe ser integral, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.

OBJETIVOS

El Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Salud Reproductiva, en respuesta al plan de Acción para la reducción de la mortalidad materna y neonatal 2010-2015, dado que la hemorragia ante parto, el aborto en condiciones de riesgo y sus complicaciones son la cuarta causa de mortalidad materna en el país, se propone a través de esta guía los siguientes objetivos

- ✓ *Estandarizar el proceso de atención integral a las mujeres que presentan hemorragia del primer y segundo trimestre del embarazo y sus complicaciones, que son atendidas en la red de servicios que atienden evento obstétrico.*
- ✓ *Reducción de la morbi-mortalidad materna secundaria a complicaciones post aborto, mejorando el acceso y la calidad de los servicios.*
- ✓ *La caracterización de las mujeres atendidas en la red de servicios por esta urgencia obstétrica a través de la historia clínica de llenado y el análisis de la información para la toma oportuna de decisiones.*

DEFINICIÓN Y CUADRO CLÍNICO

A continuación se describe la definición técnica y los hallazgos clínicos diferenciales, así como ayudas diagnósticas de las patologías que causan con mayor frecuencia hemorragia en el primer y segundo trimestre del embarazo.

ABORTO

Terminación de la gestación espontánea o natural, inducida o provocada de un embarazo antes de la vigésima semana, o un peso menor de 500 gramos.⁵

Situación del aborto en América latina

Abortos inducidos 19%

Nacimientos no deseados 50%

Abortos espontáneos 15%

Embarazos no deseados 16%

La incidencia del aborto es de 15 % de total de los embarazos clínicamente diagnosticados (5). No siempre son evidentes los mecanismos que causan el aborto en las primeras 12 semanas del embarazo, generalmente se deben a muerte del embrión debido a anomalías genéticas y cromosómicas o alteraciones del trofoblasto, enfermedades maternas de origen endocrinos, infecciones, hipertensión arterial, entre otras. Las causas pueden ser múltiples, pero la mayoría de las veces es difícil de determinar.

A su vez se estima que a nivel mundial 46 millones de embarazos finalizan en un aborto cada año y aproximadamente 20 millones son inseguros. El 13 % de las muertes maternas se atribuyen a las complicaciones de abortos inseguros.

Con respecto a la edad, dos de cada tres ocurren en mujeres entre 15 y 30 años. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15 % de las gestaciones y más del 80 % de abortos ocurren antes de las 12 semanas.

CLASIFICACIÓN

Amenaza de Aborto

Aborto Incompleto

Aborto Diferido

Aborto Terapéutico

Aborto Completo

Aborto en Curso

Aborto Séptico

Aborto Habitual

AMENAZA DE ABORTO

Embarazo en curso, presencia de contracciones uterinas, dolores tipo cólico generalmente poco intensos, con o sin sangrado genital que puede ser de leve a moderada cantidad y orificios cervicales cerrados.

Hallazgos Clínicos	Hallazgos de Laboratorio	Complicaciones
Retraso menstrual, sangrado genital escaso, dolor pélvico leve, útero aumentado de tamaño, ultrasonido revela frecuencia cardiaca del producto	Prueba de HCGB positiva ya sea en sangre u orina. Examen de orina positivo para ITU	Anemia. Aborto espontáneo. Infección.

⁵ <http://www.mujeresaloeste.org.ar/aborto/2004/zulema.html>

ABORTO EN CURSO (INEVITABLE)

Aumento progresivo del dolor, de contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales importantes e irreversibles, y ruptura de membranas ovulares con o sin modificaciones cervicales, palpación de partes fetales en canal cervical y/o vaginal.

Hallazgos Clínicos	Hallazgos de Laboratorio	Complicaciones
Retraso menstrual, útero acorde o menor al tamaño esperado para la edad gestacional, dolor pélvico severo, sangrado vaginal de intensidad moderado a severo, orificios cervicales abiertos, frecuencia cardíaca fetal puede estar presente o ausente.	Prueba de HCG B positiva ya sea en sangre u orina. Ultrasonido: (dónde exista el recurso) El ultrasonido puede evidenciar frecuencia cardíaca fetal presente o ausente, y líquido amniótico ausente, medición de longitud cervical.	Anemia. Aborto espontáneo. Infección.

ABORTO INCOMPLETO

Expulsión parcial del producto y tejidos ovulares o líquido amniótico a través del cuello uterino, sangrado vaginal de moderado a severo, y dolores tipo cólico que suelen ser intensos.

Hallazgos Clínicos	Laboratorios y ayudas diagnósticas	Complicaciones
Tamaño uterino menor a lo esperado para edad gestacional, dolor pélvico de intensidad moderada a severa, evidencia clínica de la expulsión parcial del producto de la gestación, sangrado vaginal de intensidad moderada a severa y persistente, orificios cervicales abiertos.	Prueba de HCGB positiva. Hallazgos ultrasonográficos: útero con presencia de restos de la gestación.	Shock Hipovolémico. Infección.

ABORTO COMPLETO

Expulsión completa del producto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor. El orificio cervical interno puede estar abierto o cerrado, y el tamaño uterino es menor a lo esperado para la edad gestacional y sin presencia de tejidos gestacionales en su interior cuando se valora por ultrasonido.

Hallazgos Clínicos	Laboratorios y ayudas diagnósticas
Retraso menstrual o amenorrea secundaria, evidencia clínica de la expulsión completa del producto, tamaño uterino menor al esperado para la edad gestacional calculada, disminución o ausencia del dolor uterino, sangrado vaginal ausente o escaso, orificios cervicales abiertos o cerrados.	Prueba de HCGB positiva o negativa dependiendo del tiempo de la expulsión. Ultrasonido reporta útero vacío, no evidencia de restos ovulares.

ABORTO DIFERIDO (frustrado, retenido)

Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto, o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no, de sangrado variable. El ultrasonido revela ausencia de frecuencia cardíaca fetal, saco gestacional con o sin embrión.

Hallazgos Clínicos	Laboratorios y ayudas diagnósticas	Complicaciones
Volumen uterino menor que por amenorrea, dolor pélvico leve o ausente, sangrado vaginal leve o ausente, ausencia de frecuencia cardíaca del producto, no hay modificaciones cervicales.	Prueba de HCGB positiva. Ultrasonido demuestra ausencia de frecuencia cardíaca del producto, saco gestacional sin evidencia de embrión o feto.	Infección.

ABORTO SÉPTICO

Aborto que cursa con signos y síntomas de infección: temperatura menor de 36 grados o más de 38 grados, dolor pélvico, secreción vaginal sanguino-purulenta con presencia o no de fetidez.

Hallazgos Clínicos	Hallazgos de Laboratorio	Complicaciones
Alteración del estado general de la paciente, temperatura menor de 36 grados o más de 38 grados, taquicardia superior a 90 latidos/min., taquipnea mayor de 20 respiraciones/min., tamaño uterino que no corresponde a la edad gestacional esperada, hipersensibilidad suprapubica, dolor pélvico de intensidad moderada a severa, secreción vaginal con mal olor, presencia de pus, hemorragia vaginal de cantidad leve a moderada.	Leucocitosis y neutrofilia, Prueba de HCGB positiva o negativa. El ultrasonido evidencia presencia de restos o signos de endometritis con o sin parametritis.	Shock hipovolémico.

ABORTO TERAPÉUTICO

"Es aquel que se realiza cuando se considera que el embarazo afecta la vida de la mujer"⁶.

En Guatemala de acuerdo al Código Penal según Artículo 137 se considera el Aborto Terapéutico como:

"Es la interrupción del embarazo, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, con el fin de evitar un peligro, debidamente establecido, para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos".

⁶ http://www.misoprostol.org/File/Other_G_FLASOG_Misoprostol_guidelines_Espanol.pdf

Indicaciones ⁷

- ✓ Cardiopatía congénita o adquirida con insuficiencia cardíaca congestiva.
- ✓ Hipertensión inducida por el embarazo con compromiso materno o empeoramiento clínico o por exámenes de laboratorio.
- ✓ Eclampsia
- ✓ Síndrome de Hellp
- ✓ Hipertensión arterial crónica con daño en órganos blanco.
- ✓ insuficiencia renal crónica en diálisis.
- ✓ Insuficiencia renal crónica y severa.
- ✓ Tuberculosis pulmonar avanzada multi-drogo resistente, que compromete la vida de la mujer.
- ✓ Insuficiencia respiratoria severa, (que compromete la vida de la mujer)
- ✓ Lupus eritematoso sistémico
- ✓ Trastornos hemorrágicos
- ✓ Radioterapia o quimioterapia
- ✓ Síndrome convulsivo que no responde a tratamiento médico
- ✓ Hiperemesis gravídica grave con desnutrición proteica calórica severa que no responde a tratamiento médico.
- ✓ Mola Hidatidiforme parcial.
- ✓ Coagulación intravascular diseminada de presentación temprana.
- ✓ Leucemia.

ABORTO HABITUAL

Presencia de dos o más abortos espontáneos.

Las usuarias que presentan este hallazgo deberán ser referidas al nivel de mayor complejidad para su estudio y tratamiento.

⁷ Protocolos de atención en Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Guatemala.

Protocolo para el manejo de la interrupción legal del embarazo, Arequipa, diciembre 2007, Gobierno Regional de Arequipa, Gerencia de Salud Dr. Miguel Alanza Algles.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe considerar la placenta previa sangrante y el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, los cuales son abordados en la Guía de atención integral materna y Neonatal.

Embarazo Ectopico

Definición

Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la tubarica con 98 %. Las localizaciones abdominal, ovarica, cervical, cornual en intraligamentosa son muy raras.

Diagnóstico

Amenorrea.
Sangrado genital escaso.
Dolor abdominal inferior.
Factores de riesgo: enfermedad pélvica inflamatoria o salpingitis crónica, ITS, especialmente gonorrea, antecedente de embarazo ectopico anterior, cirugía abdominal o tubarica previa, uso de DIU o píldoras de progestina.

Hallazgos Clínicos	Hallazgos de laboratorio	Complicaciones
Sangrado genital escaso. Masa anexial dolorosa a la palpación (no siempre presente al examen). Dolor unilateral en hemiabdomen inferior. Dolor a la movilización lateral del cervix. Utero blando o ligeramente aumentado de tamaño pero no acorde con el tiempo de amenorrea. Signos de hemoperitoneo.	Hematología completa TP, TPT, plaquetas Grupo y Rh. HCG-B cuatificada positiva. Ecografía vaginal o transabdominal.	Embarazo ectopico roto. Shock Hipovolémico.

Signos de Hemoperitoneo
Abdomen distendido con matidez
Silencio abdominal
Masa o plastrón abdominal
Dolor referido de hombro
Fondo de saco posterior abombado
Hipotensión, taquicardia, sudoración.

Tratamiento

- ✓ Canalice dos vías periféricas con angiocath número 16 o 18.
- ✓ Si se encuentra en un CAP o CAIMI, refiera a la paciente previa estabilización, a un centro de mayor resolución.
- ✓ Manejo del Shock hipovolémico si aplica.
- ✓ Si la ecografía no está disponible realice culdocentesis.
- ✓ Transfusión sanguínea si hemoglobina por debajo de 7 gramos.
- ✓ El tratamiento definitivo es quirúrgico: realice laparotomía.

Enfermedad Trofoblástica Gestacional

Definición

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) agrupa un conjunto de malformaciones proliferativas de origen placentario relacionadas con el embarazo.

Las ETG tienen clínica, conducta potencial maligno y pronóstico diferentes con un factor común que es la producción aumentada de HCG-B.

Mola Hidatidiforme Completa

Vellosidades coriales con degeneración hidropica avascular del cito y sincitiotrofoblasto. Ausencia de tejido embrionario o fetal. Patrón 46 XX (90%) o 46XY.

Mola Hidatidiforme Parcial

Vellosidades coriales con degeneración hidropica del sincitiotrofoblasto. Presencia de tejido embrionario o fetal. Patrón de triploidia (69XXY, 69XXX, 69XYY).

Mola Invasora

Neoplasia trofoblástica gestacional con vellosidades coriales que crecen en el miometrio. De difícil diagnóstico se sospecha ante una hemorragia severa vaginal o peritoneal.

Coriocarcinoma

Neoplasia trofoblástica gestacional maligna de proliferación rápida, forma una masa circunscrita que invade los vasos sanguíneos determinando su carácter metastásico a pulmones (50%), vagina (30-40%), pelvis, hígado y cerebro. Se puede presentar tras un embarazo molar (50-60%), un aborto espontáneo (25%) o un embarazo a término (25%).

Tumor Trofoblástico del sitio placentario

Neoplasia trofoblástica gestacional de rara presentación de crecimiento lento. Se origina después de un embarazo a término (95%), de un aborto o embarazo molar (5%).

Diagnóstico

Sintomatología de la amenaza de aborto o aborto.
Dolor hipogástrico.
Náuseas y vómitos (20-26%).
Preeclampsia temprana < de 20 semanas (12-27%)
Hipertiroidismo 7%.

Hallazgos Clínicos	Hallazgos de Laboratorios	Complicaciones
Sangrado genital (90-97%). Dolor hipogástrico. Discordancia de crecimiento uterino (38-51%) aumentado en un 50% de los casos y disminuido en un tercio de los casos. Ausencia de partes fetales a la palpación o ausencia de frecuencia cardíaca fetal. Hiperemesis gravídica. A nivel del ultrasonido se puede observar imagen en panal de abejas, ausencia de producto y frecuencia cardíaca fetal. Quistes ováricos teca-luteínicos uni o bilaterales (15-25%).	HCG-B CUANTIFICADA: superior a lo esperado para la edad gestacional, Rx de tórax. Ecografía revela: imagen en panal de abejas, ausencia del producto y de frecuencia cardíaca fetal, quistes ováricos teca-luteínicos uni o bilaterales.	Shock Hipovolémico. Coriocarcinoma.

Tratamiento

El tratamiento base es la evacuación uterina por aspiración eléctrica o manual. Debe realizarse en un servicio de mayor complejidad, ya que necesitará seguimiento especial a corto, mediano y largo plazo post procedimiento.

MODELO DE ATENCIÓN POST-ABORTO -APA-

La atención post-aborto consiste en una serie de intervenciones del personal de salud destinadas a abordar integralmente las complicaciones post-aborto. Los cinco pilares de la atención post-aborto son:



Tratamiento:

Del aborto y de las complicaciones relacionadas con el mismo, que constituyen una posible amenaza para la vida y la salud de la mujer.

Consejería:

Para identificar y responder a las necesidades de salud mental y física, así como a otras inquietudes de las mujeres.

Servicios de planificación familiar:

Para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados o no planificados y a practicar el espaciamiento de los embarazos.

Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud:

De acuerdo a las necesidades de cada usuaria se deben identificar otros servicios de salud que ameriten ser atendidos, preferiblemente, son prestados en el mismo establecimiento de salud o por medio de referencia a otros establecimientos de la red.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud:

Para movilizar los recursos a fin de ayudar a las mujeres a recibir atención apropiada y oportuna para las complicaciones del aborto, y garantizar que los servicios de salud reflejen y cubran las expectativas y necesidades de la comunidad.

Qué resultados podemos esperar del modelo de atención post-aborto

- ✓ Que en la red de Servicios de Salud se atienda con el modelo APA.
- ✓ Aumento en la calidad de los servicios APA y otros servicios.
- ✓ Mejora continua de la calidad al contar con proveedores calificados para satisfacer las necesidades de salud de las mujeres.
- ✓ Mejorar los registros estadísticos.
- ✓ Mejorar los sistemas de referencia y contra referencia.

A. Tratamiento

IMPORTANTE: Todo servicio de Primer nivel y CAP* debe: **identificar, estabilizar, referir, establecer comunicación al servicio de mayor complejidad y dar seguimiento a la referencia. De acuerdo a las normas de atención de primer y segundo nivel vigentes.**

* Centro de Atención Permanente

Amenaza de Aborto

CAIMI	HOSPITAL
<p>Queda a criterio médico el ingreso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ observación, encamamiento o casa materna. ✓ Reposo en cama. ✓ Hidratación vía oral. ✓ Solicite exámenes de laboratorio: hematología, orina, grupo y Rh, VDR. ✓ Si encuentra patología añadida como causa de la amenaza de aborto inicie tratamiento. ✓ Analgésicos: Acetaminofen 500 mg vía oral cada 6 horas por 48 a 72 horas máximo. <p>Criterios de Traslado</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No cese de hemorragia o incremento de la misma. ✓ Dolor pélvico persistente. ✓ Presencia de fiebre. ✓ Signos de deterioro materno. <p>Criterios de Alta</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Signos vitales estables. ✓ No dolor pélvico. ✓ Ausencia de hemorragia vaginal por 24 horas. ✓ Verifique que la familia cuente con un medio de transporte adecuado para la paciente. ✓ Plan Educacional. ✓ Reposo en cama (no indispensable, considere factores socioculturales). ✓ No relaciones sexuales hasta que se supere el riesgo de la amenaza de aborto. ✓ Continuar con tratamiento. ✓ Dejar cita de seguimiento en 8 días. ✓ Continuar con el control prenatal. 	<p>Ingreso a encamamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dieta: evalúe la dieta de acuerdo al estado general y clínico de la paciente. ✓ Reposo en cama. ✓ Llene la historia clínica (CLAP) y la ficha de vigilancia epidemiológica de la mujer embarazada. ✓ Evaluación clínica que incluya como mínimo, P/A, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. ✓ Evaluación obstétrica que incluya: confirmación de edad gestacional, frecuencia cardíaca fetal si corresponde, examen vaginal con espéculo, tacto vaginal y altura uterina si corresponde. ✓ Establezca si existe expediente clínico del embarazo actual. ✓ Solicite los laboratorios: hematología, orina, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL. ✓ consejería, oferta sistemática para la prueba de VIH y consentimiento informado.

No administre de rutina tratamiento hormonal (progesterona) ni tocolítico (Indometacina), pues no impiden un aborto.

Si la paciente tiene antecedentes de dos o más abortos previos consecutivos disponga la referencia a otra unidad de mayor resolución con hoja de referencia para sus estudios posteriores y seguimiento.

Aborto Incompleto abordaje en CAIMI y Hospitales

Sin shock Hipovolémico

Realice evacuación uterina por cualquiera de los siguientes métodos:

Tratamiento médico con misoprostol:

Pacientes con tamaño uterino menor o igual a 12 semanas de embarazo:

Esquema de misoprostol recomendado para el tratamiento del aborto incompleto

Dosis de Misoprostol	Vía de administración
600 mcg dosis única	Oral
400 mcg dosis única	sublingual

Fuente: uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, Gynuity, 2009

Cita de seguimiento: a los 7 días para verificar el éxito del tratamiento.

Previa consejería y consentimiento informado se dará tratamiento médico cumpliendo con los requisitos básicos para el mismo

Tratamiento Quirúrgico

- ✓ Ingrese a la paciente.
- ✓ Llene la historia clínica incorporando la pestaña de aborto del CLAP.
- ✓ Deje en NPO HNO.
- ✓ Canalice una vía endovenosa con angiocat número 16 o 18.
- ✓ Administre soluciones cristaloides 1,000cc para 8 horas (s/s 0.9 % o lactato de Ringer).
- ✓ Manejo del dolor.
- ✓ Aspiración manual endouterina (AMEU) en embarazo menor o igual a 12 semanas (ver protocolo mas adelante).
- ✓ Legrado Uterino Instrumental (LUI), en embarazo 12 semanas a 20 semanas, luego de expulsión del producto. (ver protocolo más adelante).
- ✓ Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas, post evacuación y luego cada 8 horas hasta el alta.
- ✓ Llene de manera correcta y completa la solicitud del estudio histopatológico. Asegúrese de que la muestra es correctamente conservada para su envío.

Si la paciente es Rh negativa, con anticuerpos negativos, administre gammaglobulina anti D, 1 ampolla antes de las 72 horas post-aborto, brinde consejería sobre anticoncepción post-aborto inmediata.

Con signos de shock hipovolémico**ES UNA URGENCIA OBSTÉTRICA****TENGA EN MENTE LOS SIGNOS CLÍNICOS DE SHOCK HIPOVOLÉMICO**

Pulso débil y rápido (110 latidos por minuto o más)
 ansiedad, confusión o inconsciencia
 producción de orina escasa (<de 30 ml por hora)
 sudoración o piel fría y húmeda.

Abordaje:

- ✓ Movilice urgente el personal necesario para la atención de la paciente.
- ✓ Monitoree signos vitales (Pulso, presión arterial, respiración, temperatura), evaluar estado de conciencia.
- ✓ Muchas acciones se hacen simultáneamente, el objetivo es salvar la vida de la paciente.

Manejo de HIPOVOLÉMIA:

- ✓ Establecer dos vías para infusión intravenosa con catéter #16 - 18.
- ✓ Laboratorios: realizar compatibilidad, Hb, Ht, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno, recuento de plaquetas, gases arteriales
- ✓ Colocar Sonda de Foley: medir excreta urinaria cada hora. Mantener excreta en 30 ml / hora. (recuerde colocar bolsa recolectora de orina)
- ✓ Colocar catéter central para medición de presión venosa central.
- ✓ Oxigenoterapia: administrar de 4-6 litros de oxígeno por minuto con mascarilla ó 6-8 litros de oxígeno por minuto por cánula binasal.

En casos de atonía uterina:

- ✓ Oxitocina: 20 Unidades en 1,000 ml de cristaloides (S/S ó Hartman) a 125 cc por hora o más. No emplear en bolus ya que ocasiona hipotensión arterial.
- ✓ Metilergonovina: 0.2 mg IM dosis única. No emplear IV ya que produce incremento de presión arterial.
- ✓ Misoprostol 800 microgramos vía rectal.^(*)

Manejo de líquidos**Cristaloides:**

Solución salina normal o Hartman. Reponer 3,000 cc. por cada 1,000 cc. de sangre perdida. De preferencia a temperatura ambiente para evitar hipotermia. Si no hay respuesta adecuada en signos vitales con los primeros 3,000 cc, considerar pérdida mayor del 20% de volumen y debe transfundirse.

Transfusión:

Sangre fresca: si no hay tipificación pedir sangre **Grupo O, factor Rh negativo.** Glóbulos rojos de acuerdo a Hb y Ht después de crisis Plasma fresco congelado si hay hipofibrinogenemia. Plaquetas dependiendo de número y necesidad de cirugía: Unidad por 10 Kg. De peso. (C/Unidad incrementa entre 6,000 a 8,000 plaquetas/mm³). Crio precipitado o plaquetas PRN dependiendo de consulta a hematólogos por el tipo de coagulopatía.

Fuente: Guía para la Implementación de la Atención Integral Materno Neonatal. MSPAS 2011.

Evacuación uterina:

Debe ser urgente y puede ser: AMEU, LUI, (histerotomía, histerectomía dependiendo del caso)

⁸ Guía para la Implementación de la Atención Integral Materno Neonatal, MSPAS 2011.

Indicaciones de alta:

- ✓ Paciente clínicamente estable.
- ✓ Nivel de hemoglobina 10.
- ✓ Actividad ambulatoria progresiva.
- ✓ Dar analgesia tipo acetaminofen 500 mg c/8h o ibuprofeno 400 mg c/8hrs. por 3 días.
- ✓ Orientación sobre signos de alarma: fiebre, dolor o sangrado.
- ✓ Brinde consejería y proporcione un método de anticoncepción acorde a las necesidades de la paciente.

**Aborto Diferido
abordaje en CAIMI Y Hospitales**

- ✓ Ingrese a la paciente.
- ✓ AMEU si embarazo menor o igual a 12 semanas.
- ✓ LUI si embarazo mayor de 12 e igual a 20 semanas.
- ✓ Refiera a servicio de mayor resolución (si se encuentra en un CAP) para continuar con el tratamiento.(CAIMI u hospital).
- ✓ Tratamiento medicamentoso con misoprostol 600 mcg o 400 mcg sublingual dosis única.
- ✓ Analgesia con acetaminofen 500 a 1000 mg, o ibuprofeno 400 a 800 mg vía oral.

**Aborto Séptico
abordaje CAIMI****Estabilice a la paciente y refiera a hospital**

- ✓ Estabilice en servicio de emergencia
- ✓ NPO HNO
- ✓ Canalice una vía endovenosa con angiocath numero 16 o 18
- ✓ Administre soluciones cristaloides 1,000cc para 8 horas (s/s 0.9 % o lactato de Ringer).

Medicamentos:

1. Penicilina cristalina 3 millones UI, IV stat o ampicilina 2 gramos IV stat (si la paciente es alérgica a penicilina administrar ceftriaxona 1 gramo IV stat)
+
 2. Gentamicina 80 mg IV o IM stat o amikacina 15 mg/kg/día, stat
+
 3. Clindamicina 600 mg IV cada STAT o metronidazol 500 mg IV stat
 4. Administrar ATT y toxoide tetánico.
- ✓ Coloque sonda Foley con bolsa de recolección.

Con el diagnóstico probable, disponga el traslado a la unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con personal calificado e incluya la hoja de referencia llena, con firma nombre y sello legible del responsable.

- ✓ Realice contacto telefónico con el servicio a donde referirá a la paciente.
- ✓ Verifique antes del traslado signos vitales de la paciente.
- ✓ Tranquilice a la paciente y familia e informe sobre su condición.

Aborto Séptico abordaje Hospitalares

- ✓ Ingrese inmediatamente a la paciente.
- ✓ NPO HNO.
- ✓ Toma de signos vitales a su ingreso y cada 30 minutos.
- ✓ Realice historia clínica.
- ✓ Canalice acceso venoso con solución cristaloide (como en el abordaje de shock hipovolemico).
- ✓ Oxígeno por cánula binasal a 3 litros si el caso lo amerita.
- ✓ Realice estudios de laboratorio básicos, pruebas de compatibilidad sanguínea, pruebas de coagulación, hemocultivo, cultivos de secreción uterina para gérmenes aerobios y anaerobios.
- ✓ Coloque sonda vesical con bolsa recolectora para cuantificar diuresis.
- ✓ Realizar ultrasonido pélvico abdominal para descartar la presencia de abscesos, hematomas, líquido libre en cavidad, datos de perforación uterina, cuerpo extraño, peritonitis o perforación de víscera hueca.
- ✓ Radiografía de abdomen simple y tórax sentada si es necesaria.
- ✓ Interconsulta a medicina interna si es necesaria.
- ✓ Inicie terapia antibiótica así:
 1. Penicilina cristalina 3 millones UI, IV stat o ampicilina 2 gramos IV stat (si la paciente es alérgica a penicilina administrar ceftriaxona 1 gramo IV stat)
 - +
 2. Gentamicina 80 mg IV o IM stat o amikacina 15 mg/kg/día, stat
 - +
 3. Clindamicina 600 mg IV cada STAT o metronidazol 500 mg IV stat
 4. Administrar ATT y toxoide tetánico.
 5. Hidrocortisona 200 a 300 mg IV cada 24 horas.

El tratamiento antibiótico intravenoso se debe dar por 48 hrs mínimo y luego evaluar de acuerdo a la evolución de la paciente iniciar vía oral.

Evacuación Uterina.

- ✓ AMEU o LIU según criterio médico luego de 6 horas de iniciado el tratamiento antibiótico.
- ✓ Y pasar simultáneamente 1000 cc de solución cristaloide mas 20 unidades de UI oxitocina para 4-6 horas o 400 mcg de misoprostol sublingual para disminuir riesgo de perforación durante el procedimiento si tamaño uterino mayor o igual a 20 semanas y presenta atonía uterina.

Aborto Completo abordaje en CAIMI y Hospitalares

- ✓ Toma de signos vitales a su ingreso a la emergencia.
- ✓ Realice historia clínica.
- ✓ Rea lice evaluación obstétrica que incluya examen vaginal con espéculo y tacto vaginal bimanual.
- ✓ Determine como diagnostico diferencial el embarazo ectópico y solicite ultrasonido pelvico.
- ✓ Si cuenta con el insumo rea lice niveles de sub unidad beta cuantificada.

Aborto Terapéutico abordaje Hospital⁹

Tratamiento intrahospitalario

- ✓ NPO HNO (solo si es evacuación quirúrgica)
 - ✓ Toma de signos vitales a su ingreso y cada 30 minutos
 - ✓ Llène historia clínica
- (los laboratorios y manejo dependerán del estado general de la paciente y patología asociada).

⁹ Guía para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo, hospital nacional Hipólito unanue departamento de ginecología y obstetricia, Ilima Perú, 2007.

- ✓ Medición de hemoglobina o hematocrito.
- ✓ Grupo sanguíneo y Rh.
- ✓ Tiempo de coagulación y sangría.
- ✓ Otros exámenes que contribuyan al diagnóstico de enfermedades concomitantes.

Dependiendo del caso, evaluación del riesgo quirúrgico.

Evacuación Uterina

Los procedimientos para la evacuación uterina dependerán de la edad gestacional y estado general de la paciente.

En esta edad gestacional los métodos preferidos son la aspiración manual endouterina (AMEU) y el uso de Misoprostol.

Esquema de Misoprostol recomendado para el tratamiento del aborto terapéutico hasta las 12 semana

Dosis de Misoprostol	Vía de administración
800 mcg cada 6 horas por 3 dosis	Sublingual
800 mcg cada 12 hora por 3 dosis	bucal (entre los carrillos bucales)

Fuente: http://www.misoprostol.org/File/Other_G_FLASOG_Misoprostol_guidelines_Espanol.pdf

Métodos para evacuar el utero entre las 13 y 20 semanas.¹⁰

- ✓ Ingrese a la paciente.
- ✓ Administrar 400 microgramos de misoprostol vía vaginal si la gestación es de 13 a 15 semanas y 200 microgramos 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, evaluar si amerita tratamiento quirurjico (AMEU-LIU)

A.1 Manejo medicamentoso del dolor

Fuentes de dolor de las mujeres que reciben APA

El grado de dolor que las mujeres experimentan durante el tratamiento del post-aborto, varía de acuerdo a cada persona. Algunas mujeres pueden experimentar pocas molestias mientras que otras pueden sentirse muy incómodas. Por lo general, existen tres fuentes de molestia durante la evacuación endouterina: la ansiedad, la dilatación del cuello uterino y los cólicos uterinos. Cada una de éstas debe ser contemplada en el plan para el manejo del dolor.

Métodos no farmacológicos para el manejo del dolor

Los métodos no farmacológicos pueden disminuir considerablemente la ansiedad de la paciente y su percepción de dolor. Estos métodos deben emplearse en cada procedimiento de evacuación uterina como parte de un tratamiento de APA de alta calidad. Estos métodos son:

Apoyo verbal: el cual se da mediante la consejería integral.

Técnica clínica gentil y delicada: El prestador de servicios de salud debe siempre ser atento y brindar un trato amable y gentil al hacer los procedimientos.

¹⁰ http://www.misoprostol.org/File/Other_G_FLASOG_Misoprostol_guidelines_Espanol.pdf

Las tres categorías de medicamentos empleados para el control del dolor son:

Analgésicos:

Medicamentos que alivian la sensación de dolor en los receptores de la médula espinal y el cerebro. Usados principalmente para mejorar el dolor al momento de Manipulación uterina y cervical.

Ibuprofeno

vía oral: 400-800 mg 1 hora antes del procedimiento quirúrgico y de la administración de cada dosis del misoprostol.
Vida media y duración del efecto 4 a 6 horas.

Acetaminofen

500 a 1000 miligramos 30-60 minutos antes del procedimiento.
Vida media y duración del efecto 4 a 6 horas.

Anestésicos:

Son fármacos que bloquean completamente la sensibilidad de forma local, regional o general. La anestesia local bloquea la sensibilidad al dolor en un área pequeña del cuerpo. La anestesia regional, administrada por vía raquídea o epidural, bloquea completamente la sensibilidad por debajo de un punto específico de la columna vertebral. La anestesia general afecta los receptores del dolor en el cerebro y su efecto produce en la paciente un estado transitorio (mientras dura el procedimiento) de pérdida completa de la conciencia.

Para la Dilatación cervical

Lidocaína

15-20 ml de una solución al 0.5-1% en el bloqueo paracervical
No exceder de 4.5 mg/Kg (c) como dosis total
Vida media y Duración del efecto 60-90 minutos.

Ansiolíticos:

medicamentos que deprimen las funciones del sistema nervioso central y se utilizan para disminuir la ansiedad e inducir relajación y a veces amnesia

Diazepam (Valium)

- * Vía oral: 10 mg 1 hora antes del procedimiento
- * IV: 2-5 mg IV(c) 20 minutos antes del procedimiento
- * Vida Media/duración del efecto de 21 a 37 horas.

Meperidina (Demerol)

- * Vía oral: 100-150 mg 30-60 minutos antes del procedimiento
- * IM: 50-125 mg 15-30 minutos antes del procedimiento
- * IV: 25-50 mg 5-15 minutos antes del procedimiento
- * Vida media y duración del efecto 4-6 horas.

Midazolam

- * IM: 0.07-0.08 mg/Kg o aproximadamente 5 mg (usando una dilución de 5 mg/ml)
- * IV: 1-2 mg iniciales, y luego 0.5-1 mg IV cada 5 minutos según sea necesario, no exceder de 5 mg (c) como dosis total
- * Vida media y duración del efecto 1 a 4 horas.

B. Consejería

La experiencia en la atención post-aborto (APA) es tanto física como emocional. Cuando los prestadores de servicios de salud brindan apoyo emocional además de atención médica, la mujer tiene más capacidad para entender y aceptar su estado médico, el tratamiento recomendado, la posible evolución de su caso, así como los otros problemas de salud afines que puedan presentarse.

La consejería debe brindarse en tres momentos importantes: **ANTES, DURANTE Y DESPUÉS** del tratamiento y se prestará a lo largo del continuo de la atención de la paciente.

Importante: brindar privacidad y confidencialidad durante la consejería

Estará a cargo de todo el personal que tenga contacto con la paciente lo que significa que todo el personal de salud que presta el servicio de atención post-aborto estará capacitado para ofrecerla. Cada miembro del equipo de salud puede contribuir al mejoramiento de la calidad de atención que reciben las pacientes, estimulando la comunicación abierta, **asegurando la confidencialidad y privacidad.**

Antes del Procedimiento

El trato y la comunicación entre la paciente y el personal de salud se caracterizara por:

<p>Ética. Respeto, apoyo y trato humanizado. Actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios. Actitud positiva del personal. Lenguaje sencillo y respetando los momentos de silencio de las pacientes. Respeto a la confidencialidad que necesitan las mujeres. Brindar información sobre su condición de salud, el retorno de su fertilidad y el auto cuidado. Responder a las inquietudes de las pacientes respecto a sus puntos de vista, dudas y preguntas.</p>	<p>El proveedor debe: Saludar, presentarse y preguntar el nombre de la paciente. Preguntar como se siente, si dice que triste o algún argumento emocional hay que escucharla primero antes de abordar lo demás. Buscar un sitio privado donde pueda hablar con privacidad y explicar que la conversación será confidencial. Si la mujer está acompañada, preguntarle si desea hablar en privado o con la participación de su acompañante.</p>
--	---

Durante el procedimiento la paciente recibirá consejería sobre:

<p>Cuidados Básicos Vigilar por fiebre, color, cantidad y olor de las secreciones vaginales, presencia de dolor y trastornos de tránsito digestivo. La presencia de algunas o varias alteraciones en estos parámetros u otros signos que sean preocupantes se deberá acudir inmediatamente al servicio de salud. La actividad sexual se podrá reiniciar cuando desaparezcan las pérdidas de las secreciones genitales.</p>	<p>Signos de Alarma Se deberá instruir a la paciente a reconocer estos signos y consultar inmediatamente frente a la persistencia del dolor, aumento del sangrado, fiebre mayor o igual a 38 grados centígrados, cambio en la cantidad, color, olor y aspecto de las pérdidas, secreciones genitales fetidas, loquios con restos ovulares, palidez cutáneo-mucosas, mareos, lipotimia, pérdida de la conciencia.</p>	<p>Cita de seguimiento Se coordinará una cita de seguimiento a los 10 días post-aborto, para establecer recuperación de la paciente, no signos de complicaciones y cumplimiento de tratamiento. Además se dará seguimiento a complicaciones en resolución para verificar la mejoría de las mismas. Se podrá tener una segunda oportunidad de dar consejería en planificación familiar para aquellas pacientes que al momento del egreso no hayan decidido un método anticonceptivo.</p>
---	---	--

Consejería específica para Adolescentes

Objetivos:

1. Apoyar para que la adolescente supere el problema actual y enfoque su proyecto de vida, es decir continúe con sus estudios, sueños, ilusiones y metas a corto, mediano y largo plazo.
2. Ayudar a la familia a comprender y aceptar el evento, para afrontar adecuadamente y contribuir a la recuperación y logro de su proyecto de vida.

Mujeres que viven con vih/sida

Las mujeres que reciben atención post-aborto y son vih-positivas necesitan información específica sobre su condición, apoyo, consejería, atención médica y otros servicios. Si los consejeros no han recibido formación extensa con respecto al vih, deben remitir a las pacientes vih-positivas a los servicios correspondientes, donde estén disponibles. A dichas pacientes se les debe brindar la información con el fin de ayudarlas a entender mejor su estado médico y a mejorar su propia salud, así como la salud de su pareja sexual y la de sus hijos.

C. Servicios de Planificación Familiar

Toda consejería eficaz empieza con la evaluación y el abordaje de las necesidades únicas de cada mujer, e incluye una comunicación bidireccional respetuosa centrada en la paciente.

La consejería en planificación familiar es una actividad que deben desarrollar todos los proveedores de servicios de salud. El propósito fundamental de la consejería es lograr que las pacientes y sus parejas conozcan el derecho que tienen a decidir por sí mismos, de una manera responsable, su vida sexual y reproductiva.

La consejería balanceada consiste en diagnosticar las necesidades de planificación de la paciente y ofrecer la misma cantidad de información inicial sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, para que luego ella elija el método que considere más conveniente.

Consejería específica para adolescentes

Por lo general la motivación de los y las adolescentes para usar anticoncepción no es planificar la familia, ya que muchos no están en unión estable o y ni siquiera están pensando en constituir una familia; desean poder tener el derecho de ejercer su sexualidad libre y sin riesgos. Además, con cierta frecuencia, los prestadores de servicios de salud para adultos tienen una actitud de censura para las y los adolescentes que solicitan servicios de anticoncepción, les atemorizan sobre el uso de métodos anticonceptivos y en general les recomiendan que posterguen el inicio de las relaciones sexuales o que practiquen la abstinencia sexual.

Siempre se debe promover la doble protección; independientemente del método anticonceptivo elegido, con el objetivo de prevención de ITS incluido el riesgo de vih.

Aspectos sobre los cuales se debe informar:

- ✓ Factores de riesgo: uso de alcohol, drogas, relaciones sexuales sin protección, violencia sexual, múltiples parejas, parejas vih positivas, escasa educación sexual.
- ✓ Los derechos sexuales y reproductivos y la elección libre e informada.

- ✓ El reconocimiento personal y de la pareja acerca de sus conductas sexuales, creencias y sentimientos.
- ✓ Los conceptos de género en relación con el poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos.
- ✓ El conocimiento y uso de los diferentes métodos anticonceptivos, importancia de la regularidad y el uso sistemático de cada método.
- ✓ Efectos secundarios, incluyendo los efectos en el retorno de la fertilidad.
- ✓ La necesidad de consultas médicas a fin de complementar la información, dar seguimiento al método elegido.
- ✓ Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (método del ritmo, método del collar o días fijos, temperatura basal, moco cervical). No son adecuados para prevenir embarazos en esa edad por la alta frecuencia de ciclos irregulares que presentan las adolescentes, por el tipo de comportamiento sexual y por la práctica y conocimiento que se requiere para su uso. Estos métodos pueden ayudar al personal de salud para que las adolescentes conozcan el ciclo fértil.

Retorno a la fertilidad

Por lo regular una mujer retorna a la fertilidad

- ✓ Durante las dos semanas después de un aborto en el primer trimestre
- ✓ Durante las siguientes cuatro semanas luego de un aborto en el segundo trimestre.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD POR METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Condición de Aborto / Método	Anticonceptivos orales combinados	Injectable mensual	Injectable trimestral	Jadelle	DIU	Condón	Esterilización femenina
Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	*
Segundo trimestre	1	1	1	1	2	1	*
Inmediatamente después del Aborto séptico	1	1	1	1	4	1	*

Fuente: Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores

*Esterilización Femenina:

La OMS no indica la condición para ese método, no afecta la elegibilidad para usar el método. La esterilización es apropiada para mujeres y hombres de cualquier edad, pero sólo si están seguros de que no desearán hijos en el futuro. Puede considerarse categoría 3 si la paciente es anémica. Además, el sangrado demasiado intenso puede indicar una afección general grave.

Método	Tiempo desde el aborto	Notas
DIU	El DIU puede colocarse si se descartan el riesgo o presencia de infección Retrasar la colocación hasta que se controle la hemorragia y mejore la anemia aguda.	Si no se puede garantizar un asesoramiento adecuado y toma de decisión informada, retrasar la colocación y mientras tanto proveer preservativos No brinda protección contra VIH/ITS Existe cierta preocupación sobre un riesgo mayor de expulsión después de abortos del segundo trimestre Durante su inserción puede haber perforación uterina Si hay infección, el DIU no debe colocarse, al menos hasta 3 meses después del aborto.
Preservativos	Utilizarlos tan pronto como se reinicien las relaciones sexuales.	Buen método interino, si se ha elegido otro método que no puede iniciarse inmediatamente; buen método permanente si se usa regular y correctamente.
Anticonceptivos Orales combinados	Pueden iniciarse inmediatamente inclusive el día del procedimiento.	No brindan protección contra infecciones por VIH/ITS Pueden iniciarse inmediatamente, aún en presencia de infección.
Inyectables (mensual o trimestral)	Pueden iniciarse inmediatamente	No brindan protección contra infecciones por VIH/ITS Pueden iniciarse inmediatamente, aún en presencia de infección.
Jadelle	Pueden aplicarse inmediatamente	Se requiere un proveedor para la colocación y remoción No brindan protección contra VIH/ITS Puede colocarse inmediatamente, aún en presencia de infección.
Esterilización femenina	Puede realizarse inmediatamente después de un aborto sin complicaciones En casos de sepsis pos aborto o fiebre, hemorragia pos aborto, trauma del tracto genital o hematometra, el procedimiento debe retrasarse hasta finalizar el tratamiento.	Un adecuado asesoramiento, toma de decisión informada y consentimiento deben llevarse a cabo antes del procedimiento voluntario de esterilización (ligadura de trompas) No brinda protección contra VIH/ITS.

Para oferta de métodos, indicaciones, ventajas, desventajas, dosis efectos secundarios refiérase a las Guías Nacionales de Planificación Familiar.

D. Referencia servicios de Salud Reproductiva

Es la referencia que el proveedor debe hacer, secundario a la identificación de problemas o necesidades, de las mujeres a los servicios de salud incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva.

Cáncer cervico uterino
Cáncer de mama
Enfermedades crónicas

Depresión
Enfermedad psiquiátrica

La referencia deberá realizarse luego de que la paciente haya salido de la situación crítica y se encuentre estable, si es necesario inmediatamente antes del egreso, y si la condición lo amerita posterior al egreso. Informe a la paciente sobre el diagnóstico y la necesidad de la referencia y de continuar con el tratamiento necesario.

E. Alianza con la comunidad

Para el modelo integral de APA en las comunidades se recomienda emprender acciones de información y sensibilización comunitaria mediante las cuales se reconozca que el aborto es un problema de salud en las comunidades, que se fomente una actitud más solidaria y una respuesta organizada para enfrentar las urgencias que se presenten, y que se resalten los cambios positivos en los servicios de APA. Para evaluar el impacto de las actividades sobre los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud reproductiva de los habitantes de las comunidades, se recomienda llevar a cabo encuestas antes y después de implementar las acciones del programa de sensibilización.

La capacitación inicial de los líderes comunitarios debe responder a las necesidades de la comunidad en los temas de promoción de los servicios, reconocimiento de las señales de peligro, incluir los temas de salud sexual y reproductiva, abogacía y gestiones para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, así como la función de los comités comunitarios de salud. La capacitación permitirá a los líderes organizar grupos de manera eficaz, realizar gestiones ante las autoridades locales e idear formas para mantener motivados a los miembros de los grupos comunitarios.

Las necesidades y problemas identificados y priorizados en los planes de Emergencia comunitarios, deben visualizar las fortalezas y deficiencias, para dar respuesta a problemas como por ejemplo el transporte para traslado de pacientes.

El empoderamiento de los líderes y de los participantes comunitarios se refleja igualmente en el ámbito privado, al interior del hogar, donde las relaciones de poder de género tienen raíces fuertes y los cambios suelen ocurrir de manera lenta y difícil.

IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO

Infección o Sepsis

Signos y síntomas	Tratamiento inicial
Escalofríos, fiebre mayor a 38.5 C, sudoración, piel pálida y taquicardia. Flujo vaginal fétido. Dolor abdominal, dolor a la movilización uterina. Signo de dolor por rebote. Abdomen distendido. Presión arterial baja. Sangrado prolongado.	Antibióticos como esquema descrito en aborto séptico en pag. No. 16. Control de S/V cada 30 min. Control y registro de diuresis por hora. Asegurese de que la vía aera este permeable. Canalizar vena con angiocat, proporcionar líquidos por vía IV, según esquema de reposición de líquidos. Administrar 20 UI de ocitocina diluidas en 500 ml de solución glucosada al 5 % para 12 horas. Si la paciente ha mejorado y esta afebril, a las 72 horas puede pasarse los antibióticos a vía oral. Si es necesario aplique ATT y toxoide tetanico si no esta inmuniada.

Perforacion Uterina

Signos y síntomas	Tratamiento inicial
Antes del procedimiento: Pulso rapido. Caida de Presion Arterial. Sangrado excesivo. Antecedentes de manipulacion previa.	Valorar si existe lesión intra abdominal. Evaluar la necesidad de realizar laparotomia. Administrar líquidos por vía endovenosa. Administrar occitocina 20 UI endovenosas diluidas en 1000 ml de solucion Hartman y pasar a goteo continuo.
Durante el procedimiento: El instrumento penetra mas alla de lo esperado. Sangrado excesivo durante el procedimiento. Presencia de tejidos u organos abdominales en los restos obtenidos (grasa, epopiplon etc.).	Antibioticoterapia según anterior esquema de sepsis. Observación de Signos vitales cad 15 min hasta la estabilización de la paciente. Si las condiciones clínicas se estabilizan concluir la evacuación uterina. En caso de no conseguir la estabilización realizar laparotomia exploratoria.

Lesión Intraabdominal

Signos y síntomas	Tratamiento inicial
Dolor abdominal, cólicos. Abdomen distendido. Ruidos gastrointestinales disminuidos o ausentes. Abdomen tenso y duro. Dolor a la palpación. Náusea y/o vómitos. Dolor de hombro y fiebre.	Asegurar que la vía respiratoria este permeable. Administrar oxigeno. Sonda vesical para control de líquidos. Administrar antibióticos. Administrar soluciones endovenosas Realizar laparotomia de preferencia con la participación de cirujano general. Observación de signos vitales cada 15 min. hasta estabilización de la paciente.

Shock hipovolémico

Signos y síntomas	Tratamiento inicial
Pulso debil, rapido. Presión arterial baja. Palidez Respiración rapida Estado mental de inquietud. Confusión o inconsciencia.	Reposición de líquidos y transfusión de acuerdo al recuadro del abordaje del aborto incompleto con signos de shock. (Pagina 16)

EQUIPO TÉCNICO DE ATENCIÓN POST-ABORTO -APA-

El equipo APA, es aquel que está a cargo de dar cumplimiento a los lineamientos de atención post-aborto en las instituciones y que está constantemente en comunicación para establecer acciones de mejoramiento continuo para dar atención de calidad. El equipo deberá reunirse mensualmente para:

- ✓ Análisis de la producción del programa APA, y verificar que se incluya en la sala situacional del servicio de salud.
- ✓ Análisis del cumplimiento de la normativa de atención post aborto.
- ✓ Análisis de casos importantes, complicaciones que hayan surgido con alguna paciente, casos de mortalidad si los hubiera, mejoras del servicio.
- ✓ Presentaran a la autoridad máxima del servicio de salud las necesidades del programa para la continuidad del mismo.

Está compuesto por:

- ✓ Jefe del departamento de ginecología y obstetricia del servicio de Salud.
- ✓ Jefa de enfermeras del departamento de obstetricia.
- ✓ Enfermera a cargo de planificación familiar.
- ✓ Encargado de Estadística.
- ✓ Trabajo Social.

Funciones de cada uno de los integrantes del equipo

Jefe del departamento de ginecología y obstetricia está a cargo de:

Del cumplimiento de la normativa de atención post aborto, por parte de todos los médicos que laboran en el departamento de ginecología y obstetricia, y que prestan atención pos aborto. Establecer que todo personal nuevo en el área de maternidad esté capacitado en atención post aborto, para dar continuidad al programa.

Todo el personal médico que realice procedimientos de AMEU y LUI registren adecuadamente los procedimientos en el libro correspondiente para ello.

Jefa de enfermeras del departamento de obstetricia o maternidad está a cargo de:

Que todo el personal de enfermería que está a cargo de la maternidad esté capacitado en consejería en atención post aborto, manejo y técnica de desinfección de alto nivel del equipo de AMEU, reconozca signos y señales de peligro en atención post aborto y esté capacitado para asistir al personal médico durante el procedimiento,.

Enfermera a cargo del programa de planificación familiar está a cargo de:

Este capacitada para ofrecer consejería integral en atención post-aborto.

Oferta sistemática de métodos modernos y basados en la fertilidad para planificación familiar.

Registro en el libro correspondiente de los métodos elegidos por las pacientes al momento del egreso.

Estadista está a cargo de:

Realizar el reporte estadístico del programa APA de acuerdo al instrumento diseñado para ello (ver anexo), y enviarlo al nivel central cada mes.

ANEXOS

MÉTODOS DE EVACUACIÓN ENDOUTERINA

El útero puede ser evacuado mediante distintas técnicas, entre los más utilizados está el AMEU, LUI y el medicamentoso por medio del Misoprostol.

Es importante que todas las pacientes reciban antes de cada procedimiento analgesia y/o anestesia, de acuerdo a las necesidades y disponibilidad de cada caso en particular. Para ello refiérase a los capítulos de manejo del dolor y consejería en esta misma guía.

ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

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

Indicaciones	Contraindicaciones
Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina menor o igual a 12 cm y dilatación cervical menor o igual a 12 mm. Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico. Aborto diferido con tamaño uterino menor o igual a 12 cm. Embarazo anembrionario o aborto diferido con tamaño uterino menor o igual a 12 cm y dilatación cervical menor o igual a 12 mm. Biopsia de endometrio.	Falta de destreza para el manejo del procedimiento. Aborto incompleto o diferido con tamaño uterino mayor de 12 cm. O dilatación cervical mayor de 12 mm. Aborto séptico sin tratamiento previo.

Preparación previa al procedimiento

- ✓ Administre acetaminofen 500 mg vía oral 30 minutos antes del procedimiento.
- ✓ Determine existencia del instrumental requerido esterilizado.
- ✓ Asegure la disponibilidad de cánulas y adaptadores de los tamaños apropiados.
- ✓ Inspeccione la jeringa para AMEU y prepárela (confirme que funcione el vacío).
- ✓ Verifique que la paciente haya vaciado su vejiga recientemente.
- ✓ Asegure la limpieza del área perineal.
- ✓ Realice lavado de manos correctamente.
- ✓ Utilice barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.
- ✓ Organice el instrumental esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel en una bandeja esterilizada.

Con la paciente en sala de AMEU realice lo siguiente:

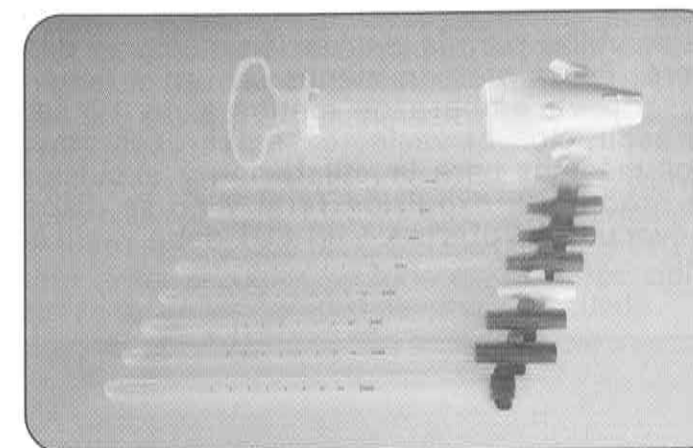
- ✓ Administre oxitócina 10 unidades IM o Metilergonovina 0.2 mg IM.
- ✓ Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y posición del útero y el grado de dilatación del cuello uterino.
- ✓ Introduzca suavemente el espejuelo en la vagina y extraiga la sangre o tejido presentes utilizando una pinza de anillos y gasa.
- ✓ Aplique solución antiséptica dos veces a la vagina y al cuello uterino, utilizando gasa o una torunda de algodón.
- ✓ Extraiga cualquier producto de la concepción del canal vaginal y verifique la presencia de desgarros en el cuello uterino.
- ✓ Administre anestesia paracervical.

TÉCNICA DE BLOQUEO PARACERVICAL

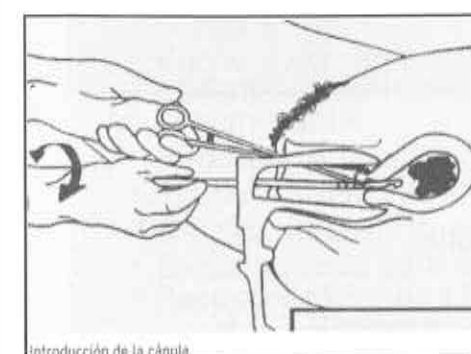
- ✓ Cargue 10 ml de lidocaína al 1 % sin adrenalina en una jeringa e inyecte 2 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino. (Generalmente se utilizan las posiciones 5 y 7 de manecillas del reloj).
- ✓ Sujete con delicadeza el labio anterior y posterior del cuello uterino con una pinza de un solo diente.
- ✓ Ejerza tracción y movimiento ligeros con la pinza para ayudar a identificar el área del fondo de saco vaginal entre el epitelio cervical liso y el tejido vaginal.
- ✓ Inyecte unos 2 ml de solución de lidocaína al 1 % inmediatamente por debajo del epitelio, a no más de una profundidad de 2.5 o hasta 3.8 cm de profundidad, en las posiciones 5 y 7 de las manecillas del reloj. Aspire halando el embolo de la jeringa ligeramente hacia atrás para asegurarse de que la aguja no ha penetrado en un vaso sanguíneo.
- ✓ Espere 2 minutos y luego pince el cuello para verificar sensibilidad, espere 2 minutos más y vuelva a probar hasta que la paciente no sienta dolor.

TÉCNICA DE AMEU

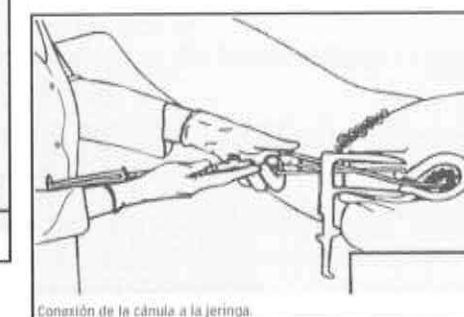
- ✓ Con delicadeza, ejerza tracción sobre el cuello uterino para alinear el útero en el canal vaginal.
- ✓ Si es necesario, dilate el cuello uterino utilizando dilatadores Deniston de menor a mayor tamaño.
- ✓ Mientras mantiene fijo el cuello uterino con la pinza, empuje la cánula, elegida con delicadeza y lentamente dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo /nomas de 10 cm.), luego retire un poco de la cánula alejándola del fondo. Observar la profundidad uterina por los puntos visibles de la cánula y determinar la histerometría, el primer punto de la cánula se encuentra a 6 cm. del borde romo de la misma. Los otros puntos están a intervalos de 1 cm. retirar un centímetro antes de conectar a la jeringa.
- ✓ Conecte la jeringa al vacío para AMEU a la cánula sosteniéndola en una mano y el tenáculo y jeringa en la otra. Asegúrese de que la cánula no se desplace hacia adelante al conectar la jeringa.
- ✓ Libere las válvulas de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula, rotar 360 grados de la jeringa para distribuir el vacío en la cavidad uterina. Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia la jeringa.
- ✓ Evacúe el contenido restante de la cavidad uterina haciendo girar la cánula y la jeringa en sentido de las manecillas del reloj y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina.
- ✓ Si la jeringa se ha llenado hasta la mitad antes de haber completado el procedimiento, desconecte la jeringa de la cánula. Retire solamente la jeringa y deje la cánula en su lugar.
- ✓ Empuje el embolo para vaciar los productos de la concepción en un recipiente.
- ✓ Prepare nuevamente la jeringa, conecte la cánula y libere las válvulas de paso.
- ✓ Verifique si hay signos de finalización del procedimiento (espuma roja o rosada, si no se observa más tejido en la cánula, sensación de aspereza y el útero se contrae alrededor de la cánula), retire con delicadeza la cánula y la jeringa para AMEU.
- ✓ Separe la cánula de la jeringa para AMEU y empuje el embolo para vaciar los productos de la concepción en una gaza o recipiente.
- ✓ Retire la pinza del cuello uterino antes de retirar el especulo y verifique sangrado en el sitio de pinzamiento.
- ✓ Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y la firmeza del útero.
- ✓ Inspeccione rápidamente el tejido extraído del útero para asegurarse de que la evacuación del útero ha sido total.
- ✓ Si no se ven productos de la concepción, reevalúe la situación para asegurarse de que no se trata de un embarazo ectópico.
- ✓ Si el útero todavía está blando o si persiste el sangrado, repita el procedimiento de AMEU.
- ✓ Si la usuaria decidió el uso del DIU como método de planificación, colocarlo antes de retirar el tenáculo.

SELECCIÓN DE LA CANULA

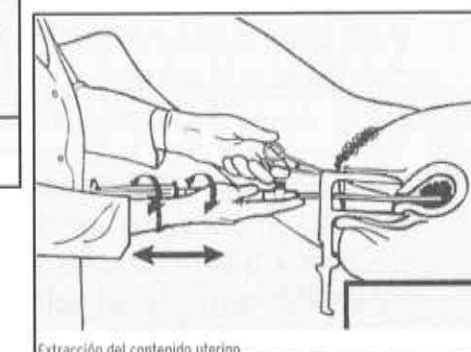
Se hará de acuerdo al tamaño del útero y el grado de dilatación cervical (cánula, generalmente 1 o 2 diámetros menor que el tamaño del útero)

PASOS DE AMEU

Introducción de la cánula.



Conexión de la cánula a la jeringa.



Extracción del contenido uterino.

Perdida del Vacío

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

- ✓ La jeringa está llena.
- ✓ Cánula obstruida por restos.
- ✓ La cánula ha salido del orificio externo del cérvix.
- ✓ La cánula está mal adaptada a la jeringa.
- ✓ La dilatación cervical es mayor que la cánula seleccionada.
- ✓ Pudiera existir una perforación uterina.

TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DE AMEU

- ✓ Antes de quitarse los guantes, elimine los desechos siguiendo las normas de bioseguridad.
- ✓ Lávese las manos siguiendo las normas de lavado de manos.
- ✓ Llène de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico. Asegúrese de que la muestra sea correctamente conservada para su envío.

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

Es un procedimiento quirúrgico que se utiliza para la evacuación mediante dilatación y curetaje (dilatadores de metal) del útero. Es un método menos seguro y tiene mayor índice de complicaciones. Puede ser usado en embarazos menores de 12 semanas cuando no se disponga de métodos de aspiración al vacío; en embarazos mayores a 12 semanas si no se dispone de métodos médicos para la dilatación y expulsión fetal y en forma complementaria cuando se produjo la expulsión fetal y no se dispone de métodos de aspiración al vacío para la evacuación uterina. El LUI debe realizarse en ambiente quirúrgico con anestesia general.

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina equivalente a igual o menor de 22 cm de altura uterina. ✓ Aborto Séptico 6-8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico. ✓ Aborto diferido hasta las 22 semanas de gestación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de destreza para el manejo del procedimiento. ✓ Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.

✓ **Preparación de la paciente:**

- ✓ Valoración pre anestésica.
- ✓ Ayuno de 4 a 6 horas de acuerdo a condición clínica de la usuaria.
- ✓ No debe realizarse rasurado.
- ✓ Solicitar a la paciente que evacue la vejiga.

✓ **Traslado al quirófano.**

- ✓ Canalizar vía venosa con solución fisiológica de 500 ml.
- ✓ Solicitar a la mujer que se coloque en posición ginecológica.
- ✓ Simultáneamente se debe preparar la mesa auxiliar, colocando un campo estéril que cubra toda su superficie.
- ✓ Lavado de manos con técnica quirúrgica.
- ✓ Colocarse ropa estéril y preparar el instrumental en la mesa auxiliar de acuerdo a técnica quirúrgica.
- ✓ Realizar un examen pélvico bimanual para determinar características del útero, tamaño, posición, y la dilatación del cuello uterino con guantes estériles.
- ✓ Desechar los guantes y colocarse otro par de guantes estériles.
- ✓ Realizar antisepsia de la región vulvo vaginal con una gasa embebida con solución antiséptica.
- ✓ Cubrir a la mujer con campos estériles.
- ✓ Consultar al anestesiólogo para iniciar el procedimiento.
- ✓ Colocar es espejulo suavemente en forma oblicua deprimiendo la pared posterior de la vagina.
- ✓ Realizar la antisepsia del cérvix uterino y vagina con solución antiséptica.
- ✓ Estabilizar el cérvix uterino tomando el labio anterior o posterior de acuerdo a posición del útero con el tenáculo y traccionar suavemente para corregir el ángulo cervico uterino.
- ✓ Realizar histerometría.

- ✓ Dilatar el cuello uterino en caso este cerrado para permitir el paso de la legra, tomando el dilatador de menor tamaño de la parte media, e introducir el de menor calibre para iniciar y continuar con el de mayor diámetro. Si el dilatador tiene dos diámetros rotar al lado opuesto del mismo del dilatador. Proceder de la misma manera con los siguientes dilatadores hasta un numero de dilatador mayor que le diámetro de la legra que va a utilizar.
- ✓ Una vez elegido el tamaño de curta a utilizar, introducir suavemente la misma a través del cuello hasta el tocar el fondo útero.
- ✓ Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la legra suavemente y lentamente de atrás hacia adelante dentro de la cavidad uterina, raspando las paredes del útero en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos cuidando de no raspar muy profundamente para evitar secuelas posteriores, hasta percibir una sensación áspera cuando la legra se desliza sobre las paredes del útero evacuado.
- ✓ Verificar que la evacuación ha sido completa.
- ✓ **Las señales de haber completado el procedimiento de LUI son:**
- ✓ se observa la salida de espuma roja o rosada y no se ven mas restos.
- ✓ Se percibe una sensación aspera cuando la cureta se desliza sobre la superficie del utero evacuado.
- ✓ Retirar la curet muy suavemente.
- ✓ Verificar que no exista sangrado a traves del cuello.
- ✓ Retirar la inza el tenáculo.
- ✓ Verificar que no exista sangrado en los puntos de agarre de pinza de Pozzi. En caso de sangrado presionar con una orunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.
- ✓ Inspeccionar el tejido cerciorandose de haber extraido partes fetales y/o vellosidades coriales.
- ✓ Retirar suavemente el espejulo.
- ✓ De ser necesario adminstrar una ampolla de ocitocina de 5 unidades/1ml. EV
- ✓ Enviar material para esutudio anatomopatologico.
- ✓ **Recuperacion pos LUI**
- ✓ Vigilancia estrecha por el anesthesiologo hasta la recuperacion de la conciencia.
- ✓ Tomar los signos vitales mientras la usuaria aun esta en la mesa quirurgica.
- ✓ Pasarla a sala de recuperacion.
- ✓ Permitirle que descanse comodamente donde pueda vigilarse su recuperacion.
- ✓ Virificar que el sangrado y los colicos uterinos hayan disminuido.

MISOPROSTOL

El uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto tiene una tasa de éxito de 66-100% empleando la dosis recomendada. Cuando se utiliza para el tratamiento del aborto retenido tiene una tasa de éxito de 60-93% usando la dosis recomendada.

Indicaciones	Dosis	Contraindicaciones
<p>Aborto incompleto y espontáneo, con volumen uterino menor o igual a 12 semanas por FUR o USG.</p>	<p>Dosis única así: 600 mcg por vía oral ó 400 mcg por vía sublingual (debajo de la lengua).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangrado abundante. ✓ Síntomas o signos de infección genital o sepsis. ✓ Mal estado general, síntomas de inestabilidad hemodinámica o shock. ✓ Alergia a prostaglandinas. ✓ Sospecha de embarazo ectópico. ✓ Antecedentes de trastornos de la coagulación o que estén tomando anti-coagulantes. ✓ Hipersensibilidad a las prostaglandinas. ✓ Lactancia.
<p>Aborto retenido, con volumen uterino menor o igual a 12 semanas por FUR o USG.</p>	<p>Dosis única: 800 mcg por vía vaginal.</p>	

Precauciones

- ✓ A las mujeres que son elegibles para el tratamiento con misoprostol y tienen un DIU in situ, éste se les debe retirar antes de administrar el medicamento.
- ✓ Se recomienda tener cuidado al tratar mujeres con antecedentes de sangrados anormales, o que estén tomando anticoagulantes.
- ✓ El misoprostol se puede utilizar con precaución en pacientes con un tamaño uterino mayor de 12 semanas por RUR pero con una edad gestacional confirmada igual o menor a 12 semanas (ejemplo aumento del tamaño uterino por miomas).

De Consejería sobre:**Efectos secundarios**

- ✓ Sangrado: normalmente empieza el mismo día que toma el medicamento. El sangrado es de leve a moderado y puede continuar hasta la siguiente menstruación.
- ✓ Dolor/cólicos: normalmente empiezan dentro de una hora después de la toma de medicamento. Puede tomar analgésicos como acetaminofen o ibuprofeno para disminuir el dolor.
- ✓ Síntomas gastrointestinales: se pueden presentar diarrea, náuseas y vómito, pero son pasajeros.
- ✓ Fiebre/escalofríos: pueden ocurrir ocasionalmente y son pasajeros.

Signos de alarma

Indique a la paciente que acuda de inmediato al servicio de salud si presenta:

- ✓ Fiebre un día después del tratamiento
- ✓ Dolor abdominal severo que no mejora después de tomar analgésicos.
- ✓ Sangrado:
 - ✓ Empapar más de 2 toallas sanitarias extra grandes por hora durante más de 2 horas consecutivas.
 - ✓ Sangrado abundante repentino, después de que este ha disminuido o se ha detenido durante varios días luego de haber tomado el misoprostol.
 - ✓ Presentar sangrado continuo por varias semanas y mareos.

Seguimiento

- ✓ De cita de seguimiento a consulta en 7 días posterior a la toma de misoprostol, para verificar el éxito del tratamiento.
- ✓ La intervención quirúrgica no es recomendable antes de 7 días de iniciado el tratamiento, a menos que este medicamento indicado.
- ✓ Si el aborto continúa incompleto al momento de la visita de seguimiento, según el juicio clínico se realizará evacuación por otro método.

PROCESAMIENTO PARA LA DESINFECCIÓN DEL EQUIPO AMEU

El procesamiento del equipo se realiza en cuatro pasos importantes:

1. DESCONTAMINACIÓN

Aspire una solución a base de cloro al 0,5% a través de la cánula hacia la jeringa. Sumerja en la solución todo el instrumental usado y los guantes. Remoje por 10 minutos. Cuando retire las piezas, use guantes y/o una bolsa plástica con huecos para evitar contacto con la piel.

Cambie la solución cada vez que se enturbie.

2. LIMPIEZA

- ✓ Se deben desarmar completamente las jeringas antes del lavado.
- ✓ Lave todas las superficies del instrumental cuidadosamente con agua tibia y detergente no use agua caliente.
- ✓ Si hay residuos de sangre seca en el interior de la cánula enjuague a presión con detergente y agua varias veces o use un aplicador con punta de algodón o un paño suave para sacarlos.
- ✓ Mantenga la jeringa y las cánulas bajo el agua.
- ✓ Limpie el cilindro, el émbolo y los componentes de la válvula usando un cepillo de cerdas suaves.
- ✓ No use objetos afilados o puntiagudos ya que éstos pueden dañar el instrumental, impidiendo que conserve el vacío.
- ✓ Enjuague cada componente minuciosamente con agua limpia y, si lo desea, séquelos con una toalla limpia.

3. ESTERILIZACIÓN O DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL

La desinfección de alto nivel se puede realizar de tres maneras de acuerdo a la capacidad de cada servicio de salud.

Glutaraldehído al 2 %.
Sumerja el instrumental por 10 horas.
Retírelo utilizando una pinza estéril o sometida a DAN.
Enjuague con agua estéril.
Séquelos con un paño estéril.

Autoclave a vapor
(AMEU Plus; Cánula Easy Grip)
Envuélvalas en un papel o tela
El aro de seguridad debe retirarse por completo.
Parámetros: 121° C/106°KPa-15 lb/pulg2.

Por Ebullición

- ✓ Sumerja por completo las cánulas en agua hirviendo por 20 minutos.
- ✓ Sáquelos con una pinza estéril o sometida a DAN.
- ✓ Séquelos con un paño estéril.

Cuidado: en este paso debe tratarse solo las cánulas las jeringas no deben tratarse por este método ya que las válvulas se agrietan.

4. ALMACENAMIENTO

Ensamblaje del equipo AMEU

Coloque el anillo "O" en su lugar.
Ponga una gota de "silicona" en el anillo "O".
Re ensamble la válvula.
Re ensamble y lubrique la jeringa deslizando el émbolo de adentro - afuera varias veces.
Antes de cada uso cerciórese de que conserve el vacío.

Almacenamiento del aspirador AMEU

Debe almacenarse ensamblado, lubricada y lista para su uso.
Almacénelo en un recipiente seco y con tapa hermética para protegerlo del polvo y otros contaminantes.
Almacenamiento de las cánulas.
Usar recipientes secos, estériles o sometidos a DAN, con tapas herméticas.
Almacene sólo un juego de cánulas en cada recipiente.
Use pinzas estériles o sometidas a DAN para sacar las cánulas del recipiente, tomándolas por el extremo de su base.
Limpie y procese las pinzas y el recipiente a diario o cada dos días.
Una vez procesado el instrumental, deben conservar su esterilización o desinfección de alto nivel hasta su nueva utilización.
Antes de cada uso, cerciórese de que la jeringa ha conservado el vacío, garantice los cuatro ruidos.

EQUIPAMIENTO BÁSICO PARA LA ATENCIÓN DEL PROGRAMA APA

Área física

- ✓ Sala destinada únicamente para la realización del procedimiento de AMEU.
- ✓ Esta sala estará equipada de la siguiente manera:
 - ✓ Camilla ginecológica.
 - ✓ Lámpara de cuello de ganso.
 - ✓ Mesa quirúrgica auxiliar para colocación del equipo.
 - ✓ Atril.
 - ✓ Lavamanos.
 - ✓ Banco o taburete.
 - ✓ Tubo de oxígeno, manómetro, máscara de oxígeno o catéter binasal.
 - ✓ Bolsa de ambu.

Insumos de equipo

AMEU	LUI
<p>Equipo Jeringas de aspiración de AMEU de doble válvula. Cánulas para la aspiración, semirrígidas de 4 a 12 mm de diámetro. Extensor de agujas. Copa o riñón para antiséptico. Especulo vaginal. Tenáculos. Bujías de hegar. 2 pinzas de foerster recta de 25 cm Bol. Guantes estériles.</p> <p>Insumos Silicona para lubricar la jeringa. Solución antiséptica. Gasas estériles o torundas de gasa. Guantes estériles. Guantes para examen descartables. Jeringas descartables de 5 ml con aguja numero 21 x 1½. Jeringa descartable de 10 ml con aguja numero 21 x 1½. Balde plástico forrado internamente con bolsa roja de nylon. Angiocat no. 18 Equipo de venoclisis.</p>	<p>Sala de quirófano de acuerdo a norma de acreditación.</p> <p>Equipo Caja metálica con . Juego de curetas uterinas. Juego de dilatadores uterinos de 6 a 15 mm. Espéculos vaginales. Pinza de cuello. Pinza de foerster recta de 20 cm. Histerómetro. Pinza de restos ovulares. Bol para solución antiséptica.</p> <p>Insumos Solución antiséptica. Gasas estériles. Guantes estériles. Bata, botas gorra y mascarilla estériles. Campos estériles.</p>

MARCO LEGAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA HEMORRAGIA DEL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE Y DEL POS-ABORTO Y SUS COMPLICACIONES

De acuerdo a las recomendaciones legislativas del comité CEDAW 2009, a los países latinoamericanos en el tema de derechos sexuales y reproductivos se insta a los estados a fortalecer medidas que eviten que las mujeres se sigan muriendo a causa del aborto en condiciones de riesgo, por lo que recomienda reformar la normativa sobre el tema y mejorar los servicios para la atención de las complicaciones derivadas del mismo.

El estado de Guatemala reconoce su responsabilidad en el tema de la salud sexual y reproductiva y ha establecido preceptos constitucionales, derechos legislativos, políticas nacionales, acuerdos y normas orientados a la promoción de la salud reproductiva dentro un contexto de desarrollo social y de respeto a los derechos humanos.

● **La Constitución Política de la República de Guatemala en sus Artículos:**

Artículo 1. Protección a la Persona: "El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común."

Artículo 3. Derecho a la Vida: "El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona."

Artículo 46. Preeminencia del Derecho Internacional. "Se establece el principio general de que en materia de derechos humanos los tratados y convenciones aceptados y ratificados por Guatemala, tienen preeminencia sobre el derecho interno".

Art. 93. Derecho a la Salud: "El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna."

Art. 94. Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. "El estado deberá velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención... a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social."

Artículo 95. La salud, bien público. "La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento."

LEY DE DESARROLLO SOCIAL Y POBLACION - Decreto 42-2001.

Artículo 25. Salud Reproductiva. "Para propósito de la presente ley, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad de procrear o no, y decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable."

Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. Naciones Unidas. 2010.

" A este respecto, el Relator Especial señala que en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se instó a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de servicios mejores y más amplios de planificación de la familia."

Ley de Acceso Universal y Equitativo de servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

Artículo 8 Atención Integral: asegurar que los servicios de planificación familiar se integren a otros componentes de atención del programa de Salud Reproductiva. Artículo 13 Consejería: asegurar que el personal responsable desarrolle la consejería personalizada en un ambiente que garantice la privacidad del usuario o usuaria y en ningún caso inducirán ni coaccionarán a las personas a utilizar métodos en contra de su voluntad.

La Ley para la Maternidad Saludable

En el capítulo 1 artículo 1 indica que tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa, servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto y posparto, para la erradicación progresiva de la mortalidad materna y neonatal.

MARCO DE DERECHOS INTERNACIONALES PARA LA ATENCIÓN POSTABORTO

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW),

Consagra en el artículo 12, inciso 1, "el derecho de la mujer a acceder, sin discriminación alguna, a los servicios de la atención médica." Asimismo, prevé que "los Estados Parte adoptaran todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia". Además, el artículo 14 de la CEDAW dispone que los Estados deban asegurar el acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer

(Convención de Belém do Pará, 1994), define a la violencia contra la mujer como "cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado". El artículo 2 dispone que esa violencia incluye aquella perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra, mientras que el artículo 6 determina el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, lo que implica la liberación de todo tipo de discriminación en su contra.

CIPD El Cairo, 1994;

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 1995

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) + 5, 1999

El acceso de las mujeres a la APA ha sido reconocido en los acuerdos internacionales como un Derecho Básico y parte esencial de toda iniciativa de maternidad sin riesgo.

- Comprometerse a cabalidad con la salud de la mujer.
- Necesidad de proporcionar un tratamiento oportuno para salvar la vida de las mujeres en el post aborto.
- Encargarse del aborto inseguro.
- Proveer manejo de calidad en caso de complicaciones.
- Asesoría en la anticoncepción, educación y servicios de salud.

INFORME DE VISITA DE MONITORIA PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION POST ABORTO NOMBRE DEL SERVICIO DE SALUD		
Fecha:		
Nivel de Atención		
Área de Salud		
Nombre de los responsables de la visita:		
Nombre Director/a. del Servicio Nombre de Jefe de Departamento de Gineco-Obs Nombre de Enf. Graduada jefe del Servicio de Maternidad Nombre del responsable de estadística	Número telefónico:	Correo electrónico:
Objetivo de la visita:		
Actividades a desarrollar: <ul style="list-style-type: none"> • Reunión inicial autoridades del Servicio de Salud • Acompañamiento de un representante del servicio de salud designado por el Director del servicio de Salud • Visita de la ruta crítica que la paciente seguirá desde su ingreso hasta su egreso del servicio de salud • Visita a farmacia y bodega para establecer insumos de equipos AMEU • Establecer cumplimiento de los mecanismos de desinfección de alto nivel del equipo AMEU • Establecer abastecimiento de métodos anticonceptivos en el servicio de Salud • Verificación de los informes estadísticos de producción del programa APA • Revisión de expedientes clínicos de pacientes que hayan sido parte del programa APA • Entrevista de una paciente en servicio con diagnóstico de post AMEU/LIU, para llenar encuesta de salida/satisfacción de la usuaria. • Elaboración de informe gerencial y presentación del mismo a autoridades del servicio de salud. Principales resultados encontrados derivados de las actividades desarrolladas:		
Deben describirse todos aquellos hallazgos significativos encontrados derivados de las actividades desarrolladas de acuerdo al listado arriba mencionado, esta descripción deberá ser puntual, clara y profesional, de manera que contribuya a generar acciones de cambio para mejorar el servicio prestado a las usuarias. Además en la medida de lo posible evitara señalar a servidores sino más bien señalar aquellos aspectos factibles de mejora que no cumplen con la normativa de atención post aborto. En el caso de la revisión de los expedientes clínicos se deberá establecer: Presencia de historia clínica y llenado correcto de la misma. Diagnostico definitivo para establecer conducta adecuada. Notas de evolución que describan los hallazgos del procedimiento (AMEU-LUI) Técnica anestésica utilizada en el procedimiento de acuerdo al mismo Tiempo de estancia hospitalaria Manejo del dolor Consejería integral a la usuaria Oferta y demanda de métodos de planificación familiar Envío de muestra a patología		
Fortalezas encontradas durante la visita de monitoreo:		
Limitaciones encontradas en la prestación del servicio del Programa APA:		
Recomendaciones puntuales para los prestadores del servicio y autoridades del servicio de salud.		
Fecha de próxima visita: para verificar cumplimiento y avance en las recomendaciones de mejora derivadas de la última visita de monitoreo.		
Firma de los responsables de la visita:	Firma del Director del Hospital	

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellidos completos: _____

No. De historia clínica: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERRUPCION TERAPEUTICA DEL EMBARAZO

Yo, _____, identificada con No. De cédula o DPI _____ y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y he comprendido lo siguiente:

1. Mi embarazo pone en riesgo mi vida o causará daños graves y permanentes en mi salud física y mental.
2. la necesidad de interrupción terapéutica de mi embarazo por indicación médica.
3. la decisión de hacerme este procedimiento es absolutamente mía. Puedo decidir no hacerme el procedimiento.
4. acerca de los métodos que están disponibles y sobre lo más aconsejable por el tiempo de gestación, me he decidido por: _____
5. los inconvenientes, riesgos y beneficios asociados con este procedimiento han sido explicados.
6. todas mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria.
7. se me ha informado que este establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuado para este procedimiento.
8. Me comprometo a seguir las indicaciones pre y post operatorias, asistiendo a los controles posteriores al procedimiento en las fechas que se me indiquen.

Yo, _____ por el presente consiento por mi propia voluntad a que me practiquen un procedimiento para interrumpir mi embarazo por razones terapéuticas.

He recibido una copia de este formulario.

Fecha: ____/____/____.

Firma de la usuaria

huella digital

Firma y sello de la persona que brinda la orientación y consejería. _____

HCPESAVP (aborto) 03/09

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

ADMISSION POR ABORTO HOSPITALIZADO en EMBARAZO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí días: _____		EDAD GESTACIONAL semanas: _____ días: _____ por FUM: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí por ECO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		ACOMPANANTE pareja: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí otro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí familiar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ninguno: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		PROCEDENCIA TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí cuál?: _____		TRANSporte personal: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí público: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí acompañado: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
FECHA DE INGRESO día: _____ mes: _____ año: _____ hora: _____ min: _____		PRE-PROCEDIMIENTO SIGNOS VITALES F. Resp: _____ ipm: _____ PULSO: ≥ 100 bpm <input type="checkbox"/> ≤ 50 bpm <input type="checkbox"/> PRESION ARTERIAL: $\geq 140/90$ mmHg <input type="checkbox"/> $\leq 80/50$ mmHg <input type="checkbox"/> TEMPERAT.: ≥ 38.5 °C <input type="checkbox"/> ≤ 36 °C <input type="checkbox"/>		LABORA TORIO HEMOGLOBINA: < 10.0 g/dl <input type="checkbox"/> ≥ 10.0 g/dl <input type="checkbox"/> LEUCOCITOS: > 15000 <input type="checkbox"/> ≤ 15000 <input type="checkbox"/> SIFILIS: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí TRATAMIENTO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí VIH: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		SINTOMATOLOGIA Día y Horas: _____ SANGRADO: desde el inicio del 1° síntoma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí nivel: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> severo DOLOR: score: _____ RESPONSABLE: _____		CONDICION AL INGRESO infección genital: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí infección páncreas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí sepsis: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí hemorragia excesiva: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí shock hipovolémico: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí infección vaginal: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí infección pélvica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí infección de útero: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Estado del aborto actual: <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> septic Tipo: <input type="checkbox"/> espont. <input type="checkbox"/> inducido <input type="checkbox"/> no visible <input type="checkbox"/> emb. <input type="checkbox"/> no visible <input type="checkbox"/> otro Tipo: <input type="checkbox"/> espont. <input type="checkbox"/> inducido <input type="checkbox"/> no visible <input type="checkbox"/> emb. <input type="checkbox"/> no visible <input type="checkbox"/> otro Tipo: <input type="checkbox"/> espont. <input type="checkbox"/> inducido <input type="checkbox"/> no visible <input type="checkbox"/> emb. <input type="checkbox"/> no visible <input type="checkbox"/> otro	
EXAMEN CLINICO CONCIENCIA: <input type="checkbox"/> lúcido <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> excitado <input type="checkbox"/> comatoso PIEL Y MUJOSAS: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> equimosis <input type="checkbox"/> excoriadas <input type="checkbox"/> eritema ABDOMEN: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> viscerom <input type="checkbox"/> rebote <input type="checkbox"/> distendido <input type="checkbox"/> signos perit. <input type="checkbox"/> signos intest. <input type="checkbox"/>		EXAMEN GINECOLOGICO UTERO FOR EXAMEN BIMANUAL: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Posición: <input type="checkbox"/> AVF <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> R/VF Cuello: <input type="checkbox"/> cerrado <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Restos: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Sí Vagina: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Sí Diámetro longitudinal: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Sí Tamaño útero: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Sí Realizada: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		ANALGESIA Solicitada: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí SANGRADO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí DOLOR: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí RESPONSABLE: _____		AMBIENTE examen: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí partes: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí procedimientos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí otros: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		RESPONSABLE médico 1: _____ médico 2: _____ médico 3: _____ médico 4: _____ SCORE DE DOLOR: _____			
TAMANO UTERINO EMB: <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> cm HISTOROMETRIA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ANEXOS NORMALES: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí FETIDEZ: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí RESTOS: <input type="checkbox"/> escasos <input type="checkbox"/> abundantes <input type="checkbox"/> moderados		MADURACION CERVICAL gest. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí glándulas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí dilatación <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí laboriosa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		EVACUACION UTERINA No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí AMEU: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí LUI: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí MED: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		ANATOMIA PATOLOGICA Inspeccionados: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ANATOMIA PATOLOGICA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		COMPLICACIONES Quirúrgicas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Anestésicas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí otras: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
OTROS PROCEDIMIENTOS Reparación las. útero: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Reparación las. cervicovag.: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Histero: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Ioni: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí tñ. No: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí seps: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		ANTICONCEPCION pref. acced.: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Inicó MAC: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí otro hormonal: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí otro método: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		COMPLIACIONES infección genital/pelvi: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí daño órgano pélvico, etc.: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí hemorragia genital/excesiva: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Shock (no séptico): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		EGRESO Fecha: día _____ mes _____ año _____ hora _____ min _____ TPO DE EGRESO: <input type="checkbox"/> fallido <input type="checkbox"/> contra consejo médico <input type="checkbox"/> egreso médico <input type="checkbox"/> fuga <input type="checkbox"/> muerte <input type="checkbox"/> mutua <input type="checkbox"/> Autopsia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		REFERIDA psicología: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí violencia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí VIH/ITS: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí otro estable: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí otro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			

GLOSARIO

- AMEU: Aspiración manual endouterina
- APA: atención postaborto
- CAIMI: Centro de atención integral materno infantil
- CAP: Centro de atención permanente
- DAN: desinfección de alto nivel
- DIU: dispositivo intrauterino
- FUR: fecha de última regla
- HCG B: hormona gonadotropina coriónica humana
- IM: intra-muscular
- ITS: infección de transmisión sexual
- ITU: Infección del tracto urinario
- IV: intravenoso
- LUI: legrado uterino instrumental
- MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- NPO HNO: nada por vía oral hasta nueva orden
- OMS: organización mundial de la salud
- USG: ultrasonografía

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrera, JM. Mallafre, J. serra, B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus, 4ta. edición 2006.
2. Compendio del marco Legal de la Salud Reproductiva para Guatemala.
3. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo 1994
4. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.
5. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala. Guttmacher Institute. 2003
6. Forma F, Gulmezoglu AM. Procedimientos quirúrgicos para la evacuación del aborto incompleto (Cochrane review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4,2007
7. Guía para el mejoramiento de la atención Post- Aborto. Republica de Argentina, 2005.
8. Guía para la implementación de la atención integral materna y Neonatal. Guatemala.
9. Guías Nacionales de planificación Familiar. MSPAS, Guatemala.
10. Katz VL. Spontaneous and recurrent abortion: etiology, diagnosis, treatment. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, and Gershenson DM, eds. Comprehensive Gynecology. 5th ed. Philadelphia,, Pa: Mosby Elsevier, 2007: cap 16.
11. Herrick, Jeannine, Katherine Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman. 2004. La atención post aborto centrada en la mujer: Manual de referencia. Chapel Hill, Carolina del Norte. Ipas.
12. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa Nacional de Salud Reproductiva.
13. Ley de Desarrollo Social. Decreto Numero 42-2001
14. Ley para la Maternidad Saludable. Decreto 32-20010. Guatemala.
15. Norma y protocolo materno, Ministerio de Salud, República del Ecuador.
16. Planificación Familiar, un Manual Mundial para proveedores. Una piedra angular de Planificación Familiar de la OMS. 2007. Pag 324-325.
17. The Scope and Limits of Conscientious Objection", Int. J. Obstet. Gynecol.71 (200), 71-7 52dickens B.M. and R.J. Cook,
18. http://www.misoprostol.org/File/Other_G_FLASOG_Misoprostol_guidelines_Espanol.pdf
19. Guía para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo, hospital nacional Hipólito unanue departamento de ginecología y obstetricia, lima Perú, 2007.
20. Sala situacional de Salud Reproductiva enero a junio 2011. Fuente SIGSA
21. Estudio Retrospectivo de Mortalidad Materna 2007.
22. Sala Situacional de Salud Reproductiva 2010. Fuente SIGSA
23. Protocolos de atención en Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Guatemala.
24. Protocolo para el manejo de la interrupción legal del embarazo, Arequipa, diciembre 2007, Gobierno Regional de Arequipa, Gerencia de Salud Dr. Miguel Alanza Algles.
25. <http://www.mujiresaloeste.org.ar/aborto/2004/zulema.html>
26. Aborto sin Riesgos. Guía Técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Organización Mundial de la Salud. 2003.

Esta Guía se elaboro con el acompañamiento técnico de

Programa Nacional de Salud Reproductiva

Dra. Mirian Bethancourt
 Dra. Ludy Rodas
 Dra. Consuelo Arriola
 Licda. Blanca Najarro
 Dr. Carlos Cifuentes
 Dr. Gerardo Hernández
 Dr. Carlos Morales

Viceministerio de Hospitales

Dr. Gustavo Batres
 Dra. Rosario Orozco
 Ing. Carlos Mazariegos Fernández

SIAS/USME

Dra. María del Carmen Hernández

Programa Nacional de Salud Mental

Lic. Rigoberto Rivera
 Lic. Magdalena Chocoj

Ejes transversales

Dra. Verónica Castellanos

Programa de Salud Integral para las y los adolescentes y jóvenes Adolescencia y Juventud

Dra. Maira Sandoval

AGOG

Dr. Margarito Castro

AGMM

Dra. Luz Abad
 Dra. Claudia de León

PASMO

Dr. Edwin Morales
 Dra. Rossana Cifuentes

Ipas de Centroamérica

Dra. Marta María Blandón
 Dra. Dayra Gutiérrez
 Dra. Karen Padilla Zúniga

Fundación Bergstrom

Sra. Sarah Holcombe

UNFPA

Dr. Alejandro Silva
 Dra. Hilda Rivas

Planned Parenthood Global

Dra. Linda Valencia

Gynuity

Dra. Melanie Peña

Agradecimientos especiales a los hospitales de:

General San Juan de Dios, Roosevelt, Regional de Cuilapa Santa Rosa, departamental Pedro de Bethancourt, Regional de Escuintla, distrital Ramiro de león Tiquizate, Distrital de Amatitlán, Nacional de Chimaltenango, Hospital de Regional de Occidente San Juan de Dios, Nacional de Coatepeque, Nacional de San Marcos, Nacional de Malacatán, Disgtrital San Pedro Necta, Barillas, Nacional Dr. José Felipe Flores Totonicapán, Nacional de Retalhuleu, Nacional de Mazatenango, Nacional Dr. Jorge Vides Molina Huehuetenango.

