

Fascículo 4 de 4

PROCEDIMIENTO DE ABORTO POR AMEU



SERIE DE CONSULTA RÁPIDA

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)

Actualización 2022

Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina

SERIE DE CONSULTA RÁPIDA

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)

Actualización 2022

Fascículo 4 de 4

PROCEDIMIENTO DE ABORTO POR AMEU

4



Para profundizar los temas de esta serie de consulta rápida se puede consultar en el siguiente QR el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE), 2022”. Resolución 1063/2023.



Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina

PROCEDIMIENTO DE ABORTO POR AMEU

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Valeria Isla

Esta serie de consulta rápida del “**Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)**”. Actualización **2022** fue realizada por Marcela Masabanda y Guillermo Ortiz de Ipas LAC, y la revisión estuvo a cargo de Sonia Ariza Navarrete, Valeria Isla y Mariana Romero.

La producción general estuvo a cargo de Daniel P. Zárate y Mariana Papadópulos. La edición estuvo a cargo de Andrea Franco y el diseño de Mauro Salerno.

Octubre 2023

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asigne los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales. Distribución gratuita.



1

EVACUACIÓN CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La práctica de IVE-ILE también puede realizarse mediante un procedimiento quirúrgico. La práctica recomendada es la aspiración de vacío manual o eléctrica (AMEU). El raspado o legrado uterino se considera un método obsoleto dados sus riesgos.

- **RECUERDA:** El raspado evacuador o legrado resulta un método menos seguro y más doloroso que otros tratamientos. Por ese motivo, no se recomienda utilizarlo y su uso deberá reservarse únicamente para los casos en que no pueda realizarse tratamiento medicamentoso y no esté disponible la aspiración de vacío.¹

Mediante la utilización de la aspiración de vacío se notifican índices de aborto completo de 98 % y tasas de complicaciones graves menores al 1 %.²

¹ OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2022.

² Ipas, *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. N. Kapp (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas, 2021.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

El uso de rutina de antibióticos al momento del procedimiento quirúrgico disminuye el riesgo de infecciones posteriores. Se recomienda el uso de profilaxis antibiótica antes del aborto quirúrgico; sin embargo, no se debe negar la interrupción cuando no se dispone de los mismos.³

Si hay signos clínicos de infección, la persona debe ser tratada inmediatamente con antibióticos y luego llevar a cabo el aborto.⁴

Tabla 5⁵: Esquemas para profilaxis antibiótica para la evacuación quirúrgica

Institución	Recomendación
Planned Parenthood Federation of America (PPFA, 2016)	200 mg de doxiciclina por vía oral antes del procedimiento; o 500 mg de azitromicina por vía oral antes del procedimiento; o 500 mg de metronidazol por vía oral antes del procedimiento.
Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2018)	200 mg de doxiciclina por vía oral dentro de 1 hora antes del procedimiento.
Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG, 2015)	200 mg de doxiciclina por vía oral 2 horas antes del procedimiento; o 500 mg de azitromicina por vía oral 2 horas antes del procedimiento.

Antes de iniciar el procedimiento quirúrgico, se recomienda el manejo del dolor previo a la preparación del cuello uterino en todas las personas.

⁵ En este fascículo los números de tablas respetan la numeración original del "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)". Actualización 2022.

³ Op. Cit. OMS, 2022; Ipas, 2021.

⁴ OMS. Manual de práctica clínica para un aborto seguro, 2014. Disponible en: <https://bit.ly/3jIQBLN>

PREPARACIÓN CERVICAL

La preparación cervical está recomendada para cualquier edad gestacional y en particular en gestaciones que superan las 12-14 semanas.⁶

Asimismo, puede resultar especialmente benéfica para adolescentes.⁷ En todos los casos debe hacerse un adecuado manejo del dolor.

Si se realiza la preparación del cuello uterino en un aborto quirúrgico antes de las 12 semanas se propone:⁸

- » Mifepristona 200 mg por vía oral entre 24 y 48 horas antes del procedimiento.
- » Misoprostol 400 µg por vía sublingual entre 1 y 2 horas antes del procedimiento.
- » Misoprostol 400 µg por vía vaginal u oral entre 2 y 3 horas antes del procedimiento.

No se recomienda el uso de dilatadores osmóticos para la preparación del cuello uterino.

⁶ Op. Cit. OMS, 2022.

⁷ Op. Cit. OMS, 2022.

⁸ Op. Cit. OMS, 2022.

Para el **aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas** se propone la preparación del cuello uterino solamente con medicación (se prefiere una combinación de mifepristona y misoprostol) o con un dilatador osmótico más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambas).

MANEJO DEL DOLOR

- » **RECUERDA:** Es importante explicarle a la persona que, si bien el procedimiento es relativamente corto, durante ese tiempo probablemente sentirá cierto grado de molestia. El dolor puede atenuarse mediante una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical y un trato amable y respetuoso.

Según las directrices de OMS:

Para el tratamiento del dolor en el caso del aborto quirúrgico a cualquier edad gestacional:

- » Se recomienda ofrecer de forma sistemática medicación para el dolor (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos) y administrársela a quienes lo deseen.

- » No se recomienda el uso sistemático de anestesia general.

Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico antes de la semana 14:

- » Se recomienda el uso del bloqueo paracervical.
- » Se propone ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente.

Para el tratamiento del dolor durante la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos antes del aborto quirúrgico antes de la semana 14:

- » Se sugiere el uso del bloqueo paracervical.

Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico a partir de la semana 14:

- » Se recomienda el uso del bloqueo paracervical.
- » Se propone ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente.

El manejo del dolor en el procedimiento de aspiración de vacío puede realizarse con bloqueo paracervical, anestesia regional (raquídea o peridural). No se recomienda el uso rutinario de anestesia general.⁹

Pasos y recomendaciones para realizar el bloqueo paracervical:¹⁰

- 1** Cargar, en una jeringa con aguja 21 G x 1 1/2, 20 ml de solución de lidocaína al 1 %, o 10 ml de solución de lidocaína al 2 %.

- 2** Luego de colocado el espéculo y realizada la correcta antisepsia del cuello uterino, estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior —de acuerdo con la posición del útero— con una pinza de cuello (Pozzi o Erina). Previamente, inyectar 1 o 2 ml de lidocaína en “hora 6” u “hora 12”, según dónde se aplicará la pinza.

- 3** Realizar una suave tracción con la pinza de cuello que permita observar el repliegue cérvico-vaginal posterior.

⁹ Op. Cit. OMS, 2022.

¹⁰ Op. Cit. Ipas, 2021.

4 Aplicar el bloqueo paracervical con la lidocaína restante en cantidades iguales, en la unión cérvico-vaginal a las 2, 4, 8 y 10 horas (Figura 3¹¹). También puede ser una opción en dos puntos (a las 4 y las 8); esto particularmente si se utiliza lidocaína al 2 %.¹²

» Introducir la aguja a una profundidad de 1,5 a 3 cm (no sobrepasar esta profundidad ya que implica riesgos de lesión vesical o de víscera hueca).

» Aspirar para verificar que no se está inyectando en un vaso sanguíneo.

» Administrar 1 ml para descartar una reacción alérgica. De no existir, completar la aplicación lentamente.

» Inyectar lentamente de 2 a 5 ml de lidocaína al 1 %.

» Esperar 5 minutos, hasta que el anestésico haga efecto.

» Recordar que, para el dolor en aborto quirúrgico, antes o después de la semana 14, se propone también ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical cuando se disponga de sedación consciente.¹³

Un ejemplo de un plan para el manejo del dolor incluye la colocación de un bloqueo paracervical, la administración de analgésicos orales 30 a 45 minutos antes de iniciar el procedimiento de aspiración de vacío y el uso de modalidades no farmacológicas, tales como el apoyo verbal y el trato amable y respetuoso.¹⁴

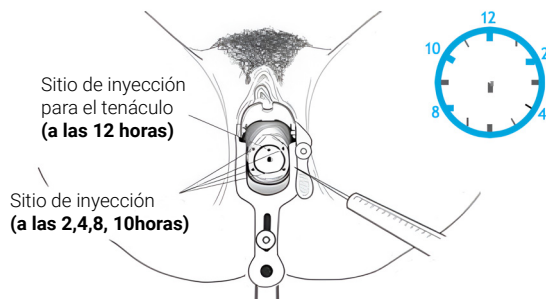


Figura 3. Bloqueo paracervical

¹¹ En este fascículo los números de figuras respetan la numeración original del "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)". Actualización 2022.

¹² Op. Cit. Ipas, 2021.

¹³ Op. Cit. OMS, 2022.

¹⁴ Op. Cit. Ipas, 2021.

PROCEDIMIENTO DE EVACUACIÓN CON ASPIRACIÓN

TÉCNICA DE AMEU

1. PREPARAR EL INSTRUMENTAL



Figura 4. Instrumental dispuesto en la mesa auxiliar estéril.

Disponer una mesa auxiliar estéril con 1 pinza aro, 1 espéculo, 1 pinza de cuello uterino (Pozzi), 1 bol con antiséptico, 1 riñonera, 1 juego completo de bujías de Hegar, gasas, el aspirador de AMEU y cánulas semirrígidas (abrir solo la cánula que se utilizará, de acuerdo con la altura uterina).

2. PREPARAR A LA PERSONA

Pedirle que vacíe la vejiga. Ayudarla a subir a la camilla y a colocarse en posición ginecológica.

3. EXAMEN GINECOLÓGICO

Realizar un examen bimanual para confirmar la altura uterina y verificar la dilatación del cuello. Cambiarse los guantes. Colocar cuidadosamente el espéculo vaginal.

4. REALIZAR ANTISEPSIA

Aplicar una gasa embebida en solución antiséptica por el cuello uterino y las paredes vaginales.

5. REALIZAR BLOQUEO PARACERVICAL

Coloque la pinza de Pozzi en el labio anterior si el útero está en anteversión o en el posterior si el útero está en retroversión. Esto luego de colocar lidocaína en el sitio del pinzamiento.



Para profundizar en el tema ver parte 2, sección 8.5.3 y 12 del "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)". Actualización 2022, disponible en código QR en portada.

6. ELECCIÓN DE LA CÁNULA

El tamaño de la cánula a utilizar depende de la altura del útero a partir de la fecha de la última menstruación y la dilatación del cuello uterino. Con una FUM y altura uterina de 4 a 6 semanas se utiliza una cánula de 4 a 7 mm; de 7 a 9 semanas, una de 5 a 10 mm; y de 9 a 12 semanas, una de 8 a 12 mm.

7. DILATAR EL CUELLO UTERINO

Proceder según sea necesario para permitir que la cánula seleccionada se deslice ajustada y fácilmente a través del orificio cervical.

8. INSERTAR LA CÁNULA

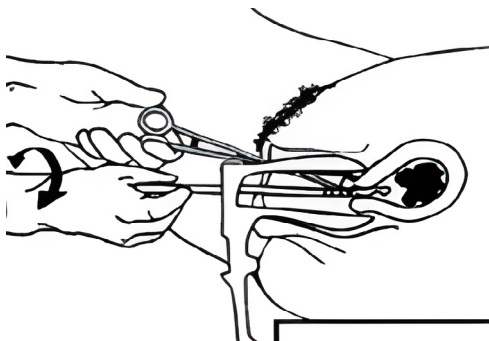


Figura 5. Introducción de la cánula

Introducir la cánula tomándola por el extremo distal y empujarla suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno. Para facilitar la introducción, realizar movimientos de rotación a medida que se ejerce una presión suave. Empujar la cánula suavemente hasta tocar el fondo de la cavidad uterina. Los puntos visibles de la cánula permiten determinar la histerometría: el primero se encuentra a 6 cm del extremo romo de la cánula y los otros, a intervalos de 1 cm. Retirar un poco (1 cm aproximadamente) la cánula antes de conectar a la jeringa (Figura 5).

9. ASPIRAR EL CONTENIDO DEL ÚTERO

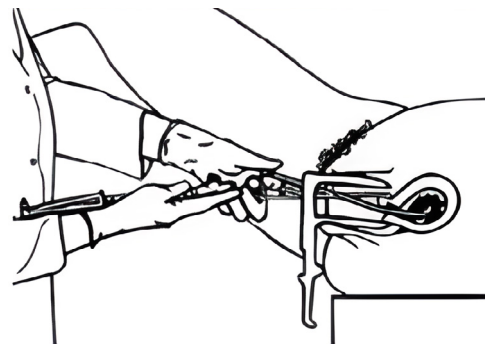


Figura 6. Conexión de la cánula a la jeringa.

- » Conectar la cánula al aspirador ya cargado (es decir, con el vacío ya creado, la válvula cerrada y los botones de la válvula oprimidos hacia adentro y adelante) sosteniendo la pinza de cuello y el extremo de la cánula con una mano y el aspirador con la otra. Asegurarse de no empujar la cánula hacia delante en el útero mientras se conecta el aspirador (Figura 6). Liberar el vacío soltando los botones de la válvula del aspirador (para esto, oprimir los botones hacia adentro y soltarlos). Esto abre la válvula y de inmediato se inicia la aspiración. Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia el aspirador.

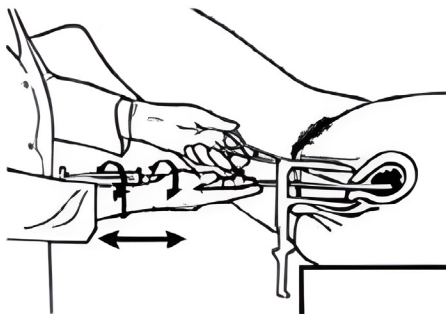


Figura 7. Extracción del contenido uterino.

- » Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo el aspirador suave y lentamente

hacia delante y hacia atrás, rotando la cánula y el aspirador en sentido de las agujas del reloj, con movimientos largos, cuidando que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío (Figura 7).

- » Si el aspirador se llena de material o restos. Cerrar la válvula (presionar botones hacia adentro y adelante), desconectar el aspirador de la cánula dejándola colocada dentro de la cavidad uterina; abrir la válvula (presionar los botones hacia adentro) y empujar suavemente el émbolo dentro del cilindro para vaciar el contenido del aspirador en el recipiente o riñonera, para inspeccionarlo. Restablecer el vacío, reconectar el aspirador a la cánula y continuar la aspiración.
- » Si se pierde el vacío. Desconectar el aspirador de la cánula y restablecer el vacío. Este se puede perder o disminuir por distintos motivos: el aspirador está lleno; la cánula se encuentra obstruida por restos, se ha salido del orificio externo del cérvix o está mal adaptada al aspirador; la dilatación cervical es mayor a la que corresponde a la cánula seleccionada; existe una perforación uterina.

10. FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Las señales que indican que se ha completado el procedimiento de AMEU son: a) aumento del dolor o cólicos uterinos; b) se observa el paso de en espuma roja o rosada a través de la cánula sin restos ovulares; c) sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre las paredes del útero evacuado; d) el útero se contrae alrededor de la cánula y dificulta su movilización. Luego de comprobada la finalización del procedimiento, cerrar la válvula (presionar los botones hacia delante y adentro) y desconectar la cánula del aspirador, o bien retirar cuidadosamente la cánula y el aspirador juntos, sin oprimir los botones.

11. INSPECCIÓN DEL TEJIDO

Para vaciar el contenido del aspirador en un recipiente adecuado, desconectar la cánula si aún se encuentra conectada, soltar los botones si están oprimidos y deslizar el émbolo suave y completamente dentro del cilindro. No empujar el contenido aspirado a través de la cánula, ya que esta se contaminaría.

CUIDADOS INMEDIATOS LUEGO DEL PROCEDIMIENTO

La duración del período de recuperación varía según el estado clínico de la persona, el tipo de procedimiento practicado, los medicamentos administrados para el manejo del dolor y cualquier otro tratamiento proporcionado.

En la mayoría de los casos de procedimientos de interrupción del embarazo realizados durante el primer trimestre de gestación y con anestesia local, la persona se siente lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación.

En general, se necesitan períodos más largos de recuperación en embarazos con mayor edad gestacional o cuando se utilizó sedación o anestesia general.

Durante la recuperación, la persona debe ser monitoreada, ya sea en el área de tratamiento o en otro lugar del establecimiento de salud, hasta que se encuentre consciente y alerta, pueda caminar sin ayuda, tenga signos vitales normales y ella misma manifieste que se siente en condiciones para retirarse de la institución. Además, debe mostrar signos de recuperación normal de la evacuación endouterina, es decir, disminución del sangrado y del dolor abdominal.

En este período es fundamental:

- » Controlar los signos vitales mientras la persona está en la camilla.
- » Administrar medicación para el dolor en caso de ser necesario.
- » Evaluar el sangrado y los cólicos, que deben disminuir. El dolor intenso y el sangrado abundante persistentes no son normales. El sangrado excesivo puede ser un signo de retención de restos ovulares, atonía uterina, desgarro cervical u otras complicaciones. Los cólicos abdominales intensos y persistentes pueden ser una señal de perforación uterina o hematómetra posaborto, que puede ocurrir inmediatamente después del procedimiento o luego de varios días.
- » Confirmar que la persona pueda orinar.
- » Brindar contención y acompañamiento respetando los tiempos y necesidades de la persona.
- » Ofrecer consejería en anticoncepción en caso de que la persona lo desee y si aún no había sido ofrecida o brindar el método anticonceptivo en caso de haber elegido alguno. La consejería puede efectuarse durante el período de recuperación

o antes del alta. Es posible que la persona usuaria se sienta más cómoda hablando sobre sus futuras necesidades de salud reproductiva y opciones anticonceptivas en ese momento que en las etapas iniciales del tratamiento. Lo ideal es que se retire a su domicilio con un método anticonceptivo elegido.

- » En los casos en que la interrupción del embarazo se haya realizado **por causal de violación y la persona decida realizar la denuncia penal, es necesario informarle que para conservar el material para estudio de ADN se requiere realizar el procedimiento en el establecimiento de salud.**
- » El material **deberá preservarse tomando todos los recaudos necesarios para evitar su contaminación**, en un frasco preferentemente de plástico y si fuera posible estéril, sin agregar ninguna solución.
- » **Utilizar guantes estériles.** Si no se dispone de un frasco, se puede recurrir a una bolsa plástica.
- » En los casos en que sea posible, **separar en recipientes diferentes** los tejidos fetales (feto y cordón) de los de la persona gestante o de aquellos en que haya mezcla de tejidos (decidua y placenta); si no, poner todo el material en el mismo recipiente.
- » **Rotular el frasco y precintarlo, con firma y sello del profesional que realiza la práctica.** Constatar en la HC todo lo realizado. El o los frascos conteniendo el material deben conservarse congelados o, si ello no fuera posible, en una heladera a 4 °C.
- » **En caso de traslado del material deberá garantizarse la cadena de frío** mediante un contenedor de telgopor con bolsas de freezer. Debido a que el material se encuentra en cadena de custodia, solo podrá ser retirado de la institución mediante una orden judicial. En ese caso, deben registrarse los datos de quien lo retira en la historia clínica y/o en aquellos sistemas de registro establecidos en cada institución.
- » **Si no se requiere la preservación de los tejidos, las directrices de OMS sugieren que los tejidos deben ser tratados en la misma forma que otros materiales biológicos**, a menos que la persona exprese su deseo de un manejo diferente.

3 | MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

Si bien son infrecuentes durante una IVE-ILE o luego de concluida, pueden presentarse complicaciones. Por este motivo, es importante que los servicios que realicen esta práctica, en todos los niveles del sistema de salud, estén equipados y cuenten con personal entrenado para reconocer las posibles complicaciones en forma temprana, de manera de proveer una rápida atención y/o derivar a la mujer u otra PCG de manera oportuna.

Algunas situaciones posibles son:

ABORTO INCOMPLETO

- » Los signos y síntomas que lo indican son el sangrado vaginal y el dolor abdominal; también puede incluir signos de infección.
- » El tratamiento dependerá principalmente del tiempo transcurrido desde la realización de la interrupción, de la edad gestacional y de la situación clínica de la mujer, adolescente u otra persona con capacidad de gestar.
- » Si es un aborto incompleto antes de las 14 semanas, se puede optar por aspiración al vacío o tratamiento medicamentoso. En el segundo caso, se propone el uso de 600 mcg de misoprostol administrados por vía oral o 400 mcg por vía sublingual.

- » Si es mayor a 14 semanas: se recomienda el uso repetido de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas, recordando la recomendación sobre la repetición de administración del misoprostol en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto sea efectivo.¹⁵

INTERRUPCIÓN FALLIDA

- » Si en el control posprocedimiento se constata que el embarazo continúa, puede considerarse una segunda ronda con medicamentos dependiendo de la edad gestacional, o realizar una aspiración de vacío o dilatación y evacuación. Esta complicación es aún menos frecuente si se usa el esquema combinado de mifepristona y misoprostol y cuanto menor es la edad gestacional.
- » Si la persona usuaria refiere no haber sangrado y continúa con signos o síntomas de continuación del embarazo, se recomienda indicar que acuda lo más oportunamente posible a control, adonde se confirmará la sospecha clínica de interrupción fallida por examen pélvico y/o ecografía. También esto podría sugerir una gestación ectópica por lo que antes de decidir una nueva opción terapéutica deberá descartarse que no sea así.

¹⁵ Op. cit. OMS, 2022.

HEMORRAGIA

- » La hemorragia puede deberse a la retención del producto de la concepción, el traumatismo o daño del cérvix u, ocasionalmente, de una perforación uterina. Una hemorragia después de un aborto inducido es rara, ya que ocurre en 0 a 3 de cada 1.000 casos después del aborto con medicamentos realizado hasta las 9 semanas de gestación o de la aspiración por vacío realizada antes de las 13 semanas de gestación, y en 0.9 a 10 de cada 1.000 casos después de la evacuación endouterina realizada a las 13 semanas o más de gestación.¹⁶

El tratamiento para la hemorragia posaborto es:¹⁷

- » Metilergonovina 0.2 mg por vía intramuscular o intracervical; repetir cada 2 a 4 horas. Evitar en personas con hipertensión arterial.
- » Misoprostol 800 mcg por vía sublingual o si no es posible sublingual será rectal.
- » Oxitocina de 10 a 40 unidades por cada 500 ml a 1000 ml de líquido intravenoso o 10 unidades por vía intramuscular (solo en úteros grandes).
- » Taponamiento intrauterino: gasa estéril, de 30 ml a 75 ml con balón de sonda Foley, balón de Bakri o preservativo peneano inflado colocado en útero.

¹⁶ Op. cit. Ipas, 2021.

¹⁷ Op. cit. Ipas, 2021.

- » Si se sospecha una perforación uterina puede requerirse una laparoscopia o laparotomía exploradora.

El sangrado tipo menstrual prolongado es frecuente en el aborto con medicamentos, aunque por lo general no es lo suficientemente abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio de salud debe tener la capacidad, en caso de que sea necesario, de estabilizar y tratar o derivar a una persona con hemorragia de la forma más rápida posible.

INFECCIÓN

- » Si el procedimiento se realizó de manera apropiada, las infecciones ocurren raramente. Los síntomas habituales incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos.
- » Cuando se diagnostica una infección, administrar antibióticos y, si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, completar la evacuación uterina.
- » Las personas con infecciones severas requieren internación.

4 | ATENCIÓN POSTERIOR A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

INDICACIONES PARA LUEGO DEL PROCEDIMIENTO O EL MOMENTO DE ALTA

En el momento de dar el alta o en el caso de que el procedimiento sea ambulatorio, luego de dar las indicaciones de cómo utilizar los medicamentos, es importante explicarle a la persona lo relacionado con algunas situaciones que pueden presentarse durante los días siguientes y brindarle la información necesaria.

- » Aclarar que los primeros días puede tener cólicos uterinos moderados, similares a los de una menstruación normal, que se pueden controlar con un analgésico de potencia leve a moderada (AINES, como ibuprofeno).
 - » Aclarar que no utilice aspirinas ni sustancias que alteren la percepción (como alcohol o drogas), ya que podrían disminuir la identificación de signos de alarma.
- Explicar que tendrá un sangrado leve o manchas de sangre durante un par de semanas, y que si continúan por más tiempo debe realizar una consulta médica. La menstruación normal debe

reanudarse dentro de las cuatro a ocho semanas siguientes al procedimiento.

- » Hacer sugerencias sobre la higiene personal rutinaria: mientras dure el sangrado la persona debe evitar el uso de tampones, las duchas vaginales y los baños de inmersión.
- » Brindar recomendaciones sobre la importancia de no tener relaciones sexuales con penetración vaginal o realizarse duchas vaginales o usar tampones o copa menstrual hasta que no haya cesado el sangrado posaborto. Enfatizar que se pueden reanudar las relaciones sexuales cuando la persona se sienta dispuesta físicamente y emocionalmente. Si así lo decide, puede ser prudente utilizar un preservativo en caso de relaciones con penetración vaginal durante las primeras dos semanas, para prevenir el riesgo de infección.
- » Informar sobre la posibilidad de quedar embarazada nuevamente pocos días después del tratamiento y brindar información sobre anticoncepción haciendo hincapié en los métodos de larga duración. Luego de haber realizado la consejería en anticoncepción, garantizar la entrega y/o colocación del método en caso de que haya seleccionado uno.

+ Para profundizar en el tema ver parte 1, sección 13 del “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)”. Actualización 2022, disponible en código QR en portada.

- » Si la persona usuaria no eligiera un método anticonceptivo de inicio inmediato (un DIU, un implante o uno hormonal al momento de la toma de mifepristona o pos AMEU), es importante reiterar la oferta anticonceptiva en consultas posteriores, además de brindar anticoncepción hormonal de emergencia y preservativos.
- » Informar sobre signos y síntomas que puede presentar y requieren atención inmediata:
 - » sangrado excesivo (más abundante que el de una menstruación normal) o persistente (más de dos semanas);
 - » cólicos persistentes y/o de intensidad creciente, que no ceden con analgésicos comunes;
 - » dolor ante la presión en el abdomen o distensión abdominal;
 - » mareos o desmayos;
 - » náuseas o vómitos;
 - » fiebre y/o escalofríos que aparecen o persisten 24 horas después de finalizado el tratamiento medicamentoso;
 - » flujo de mal olor o purulento;
 - » otras situaciones que le generen preocupación.
- » Explicar qué hacer y dónde buscar atención médica urgente en estos casos.

- » Ofrecer a la persona la oportunidad de hacer preguntas y obtener más apoyo si lo necesita. Realizar las derivaciones que se consideren oportunas (servicio social, salud mental, atención a mujeres víctimas de violencia).
- » Ofrecer una cita de control entre los 7 y 14 días posteriores al procedimiento. Si bien las directrices de OMS no recomiendan el seguimiento de un aborto con medicamentos o quirúrgico sin complicaciones sí enfatizan la provisión de información sobre la disponibilidad de servicios adicionales si fueran necesarios o se desearan.
- » Remarcar la importancia de los cuidados de seguimiento y de los controles periódicos de salud.
- » En lo posible, dar la información de forma escrita y con apoyo gráfico.

» **RECUERDA:** El proceso de atención a una persona no culmina con el procedimiento de IVE-ILE; en algunos casos puede requerir acompañamiento psicológico o social, información sobre su fertilidad futura, su estado de salud u otras intervenciones. Las entrevistas de seguimiento es una oportunidad para que el equipo de salud aborde estas cuestiones y/o realice las derivaciones pertinentes.

ANTICONCEPCIÓN POSINTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Los métodos anticonceptivos pueden utilizarse de inmediato, siempre y cuando:

- » No existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional.
- » La persona haya recibido consejería.
- » Quien sea profesional de la salud haya indagado y valorado, basándose en los criterios médicos de elegibilidad, todas las posibles contraindicaciones para el uso de determinados métodos anticonceptivos.

» **RECUERDA:** La elección y/o colocación de un método anticonceptivo (MAC) nunca puede ser requisito para el acceso a una IVE-ILE.

Es importante recordar a la persona usuaria que no se sugiere tener relaciones sexuales con penetración vaginal o realizarse duchas vaginales o usar tampones o copa menstrual hasta que no haya cesado el sangrado posaborto.

Enfatizar que puede reanudar las relaciones sexuales cuando se sienta dispuesta físicamente y emocionalmente.

Si así lo decide, puede ser prudente utilizar un preservativo en caso de relaciones con penetración vaginal durante las primeras dos semanas, para prevenir el riesgo de infección.

CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

A través de los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”,¹⁸ la OMS propone recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que una persona puede usar determinado MAC en forma segura.

Estas condiciones se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías, según el siguiente detalle:

- 1 **Condición en la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.**
- 2 **Condición en la que las ventajas del uso del método anticonceptivo generalmente superan los riesgos teóricos o probados.**

¹⁸ OMS, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, Quinta edición, 2015.

3 Condición en la que los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.

4 Condición que representa un riesgo para la salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica, teniendo siempre presente su singularidad y las características del método que está eligiendo.

En términos de la práctica cotidiana, según la posibilidad de acceder a observaciones clínicas amplias o limitadas, las cuatro categorías anteriores se pueden traducir en dos posibilidades de uso del método (Tabla 6). En la Tabla 7 se presentan los criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos en el posaborto.¹⁹

➤ **RECUERDA:** Los criterios de elegibilidad permiten que la persona pueda elegir, según sus preferencias y condiciones de vida, el método que prefiere entre las opciones que son seguras para su salud.

¹⁹ Op. Cit. OMS, 2015.

PAUTAS PARA EL COMIENZO DE LA ANTICONCEPCIÓN

A continuación, se presentan las especificidades para el inicio de cada método luego de una interrupción del embarazo.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

El DIU con cobre y el DIU con levonorgestrel pueden insertarse inmediatamente después de un aborto (de primer o segundo trimestre) sin complicaciones. Para los casos de aborto medicamentoso, se puede insertar tan pronto se tenga la certeza de que el aborto se completó de manera exitosa. Es central garantizar una consejería adecuada.²⁰ La colocación inmediata posevacuación está contraindicada en los casos en que se haya presentado una complicación infecciosa (aborto séptico), ya que se trataría de un caso de categoría 4 de la OMS. Se debe posponer la inserción hasta que la persona se haya curado de la infección.²¹

²⁰ OMS, *Tratamiento médico del aborto*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2019.

²¹ OMS, *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2018.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Esta categoría incluye anticonceptivos combinados orales, inyectables mensuales, anillos vaginales y parches. Puede iniciarse su uso luego de la primera toma de la medicación²² o de inmediato luego de un procedimiento quirúrgico, incluso si existe infección o trauma, en interrupciones del embarazo realizadas durante el primer o el segundo trimestre. No podrán indicarse estos métodos a aquellas personas que tengan antecedentes o hallazgos de riesgo cardiovascular.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SOLO DE PROGESTÁGENOS

Esta categoría incluye minipíldora, desogestrel, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) e implantes. Puede iniciarse su uso luego de la primera toma de la medicación²³ o de inmediato luego de un procedimiento quirúrgico. En el caso de AMPD (inyectable trimestral) existe evidencia de que su uso mientras se realiza el procedimiento medicamentoso puede disminuir levemente su eficacia. Sin embargo, la OMS recomienda su ofrecimiento de todas formas en dicha situación.²⁴

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA (AHE)

El suministro de antemano de pastillas anticonceptivas de emergencia podría ayudar a evitar futuros embarazos no deseados. Se recomienda ofrecer AHE al momento del alta. En la Nota técnica N°1 de la DNSSR, disponible para su descarga, puede encontrarse información ampliatoria.²⁵

PRESERVATIVOS

No hay restricciones para su uso y puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales con penetración vaginal posinterrupción. Es el único método que protege contra el VIH y otras ITS.

ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA

Esta categoría incluye la ligadura tubaria y la vasectomía. En los casos de abortos producidos en el primer trimestre de embarazo, la ligadura tubaria es similar a un procedimiento de intervalo; y en el segundo trimestre, a un procedimiento posparto.

²² Op. Cit. OMS, 2019.

²³ Op. Cit. OMS, 2019.

²⁴ Op. Cit. OMS, 2019.

²⁵ DNSSR, Nota técnica N°1: Anticoncepción hormonal de emergencia. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2da edición, mayo 2023.

Puede efectuarse inmediatamente después del tratamiento de interrupción, salvo en los casos en que se presente una infección o pérdida sanguínea grave; en ese caso es necesario aplazar la práctica hasta que se cure la infección por completo o se sane la lesión. Tener en cuenta la importancia de proporcionar la consejería adecuada y obtener el consentimiento informado, lo que a menudo no es posible en el momento de prestar atención de urgencia. También informar, si corresponde, sobre la posibilidad de la vasectomía para una eventual pareja.

MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

No se recomienda su uso inmediato después de una interrupción del embarazo, sino recién después del primer sangrado espontáneo posterior al evento. Mientras tanto, se requiere un método alternativo (por ejemplo, preservativo) o no mantener relaciones sexuales con penetración vaginal.

Tabla 6: Uso de las categorías de criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos para la práctica diaria

Categorías	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia.	Sí usar el método
2	En general, use el método. Las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos demostrados.	
3	El método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados o haya serias dificultades para la adherencia. Los riesgos teóricos o demostrados superan las ventajas de utilizar el método.	NO usar el método
4	No debe usarse el método. El uso del método constituye un riesgo inaceptable para la salud.	

Fuente: OMS, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, Quinta edición 2015*, 2015; DNSSR, *Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2023*. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud. Argentina.

Tabla 7: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos posaborto

Situación	ACO	ACI	AOPS	AMPD	Implante	DIU-Cu/DIU-Lng
Posaborto de primer trimestre	1	1	1	1	1	1
Posaborto de segundo trimestre	1	1	1	1	1	1
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	1

Fuente: OMS, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, Quinta edición 2015; DNSSR, *Métodos anticonceptivos*. Guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2023. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud. Argentina.

PROVISIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El equipo de salud debe asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces preferentemente en la misma institución.

Es importante que las personas profesionales ofrezcan e informen sobre la disponibilidad de servicios de salud sexual y salud reproductiva que aseguren la entrega de métodos y realicen consejerías, tanto en el mismo establecimiento de salud como en otros cercanos a él.

Consideraciones generales a tener en cuenta:

- » Recomendar a la persona usuaria no tener relaciones sexuales con penetración vaginal, no realizar duchas vaginales o usar tampones o copa menstrual hasta que cese el sangrado posaborto.
- » Señalar que si la persona se siente dispuesta física y emocionalmente y decide reanudar las relaciones sexuales se recomienda usar preservativo en caso de relaciones con penetración vaginal durante las primeras dos semanas para prevenir el riesgo de infección.
- » Reafirmar que para evitar un embarazo no planificado necesita empezar a usar un método anticonceptivo casi de inmediato.

- » Informar sobre los métodos que puede utilizar de manera segura.
- » Entregar anticoncepción de emergencia, de considerarse oportuno.
- » Procurar que haya existencia de insumos anticonceptivos y favorecer el acceso a los mismos.



4

Línea de Salud Sexual

0800 222 3444

saludsexual@msal.gov.ar

Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina