



PERÚ Ministerio de Salud



**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
Y DE PROCEDIMIENTOS EN**

Obstetricia y Perinatología

Instituto Nacional Materno Perinatal



2010
Lima - Perú

ABORTO TERAPÉUTICO
CIE 10: O04

I. DEFINICIÓN

Es la interrupción voluntaria del embarazo menor de 22 semanas, cuando éste, pone en riesgo de manera grave o permanente la salud de la mujer.

II. INDICACIONES

Cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.

Las siguientes entidades clínicas, por el hecho de poner en riesgo la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente, deben ser puestas en conocimiento de las gestantes interesadas para que puedan decidir y firmar el consentimiento informado luego de la opinión de la Junta Médica, para una interrupción del embarazo por razones terapéuticas. De acuerdo a lo consensado por nueve sociedades médicas del Perú¹ se consideran a las siguientes entidades clínicas en la gestante, en las que se amerita evaluar la interrupción terapéutica del embarazo:

- Insuficiencia renal crónica avanzada.
- Mujeres en diálisis.
- Lupus eritematoso con daño renal severo.
- Hipertensión arterial crónica y evidencia de daño de órgano blanco y/o con morbilidades asociadas (Hipertensión Arterial Severa).
- Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares), hipertensión arterial y cardiopatía isquémica
- Insuficiencia hepática crónica causada por hepatitis B, hepatitis C, trombosis del sistema porto esplénico con várices esofágicas.
- Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
- Neoplasias malignas que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia.
- Insuficiencia respiratoria demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno menor de 50 mm de mercurio y saturación de oxígeno en sangre menor de 85%.
- Embarazo ectópico.
- Hiperémesis gravídica rebelde al tratamiento
- Corioamnionitis.
- Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
- Diabetes Mellitus avanzada con daño de órganos.
- Antecedente de psicosis puerperal que no respondió al tratamiento, por el riesgo de homicidio o suicidio.
- Otras patologías que pongan en riesgo la vida o la salud de la gestante.

III. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO:

1. El médico o medica tratante, informa a la gestante sobre los diagnósticos y los riesgos para su vida o para su salud y los procedimientos terapéuticos
2. La gestante o su representante legal presenta la solicitud de atención de aborto terapéutico.

¹ Publicación del "Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico". -2005

3. El médico tratante canalizará el caso a la jefatura del Departamento de Obstetricia y Perinatología, para solicitar una Junta Médica.
4. La jefatura recibe la solicitud y constituye una Junta Médica, siendo el médico que evaluó el caso, quien lo presentará ante la Junta Médica.
5. La Junta Médica, constituida por tres médicos GinecoObstetras, evaluarán el caso de acuerdo al marco legal vigente.
6. Si la Junta Médica ha concluido que es recomendable la interrupción terapéutica del embarazo, la Jefatura inmediatamente designará al médico que llevará a cabo el procedimiento, el cual será programado en las siguientes 24 horas.
7. La gestante o su representante legal en caso que se encuentre impedida de hacerlo, presenta el **Consentimiento Informado** firmado (Anexo 1) para realizar el procedimiento de la interrupción terapéutica del embarazo.
8. El consentimiento de la gestante o de su representante legal, de ser el caso, deberá a partir de este momento, pasar a ser parte de la historia clínica y deberá llevar la firma y el número del DNI, en caso de ser iletrada y/o indocumentada, bastará con su huella dactilar.
9. Desde que la gestante solicita formalmente la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas hasta que se inicia la intervención, no debe exceder de 5 días calendario.
10. Una vez ejecutada la intervención, la Jefatura informará a la Dirección Ejecutiva de Ginecología y Obstetricia.
11. Si la Jefatura no cumple con convocar a la Junta Médica, ésta excede el tiempo establecido, o la Junta Médica ha denegado la interrupción terapéutica del embarazo, la gestante podrá recurrir ante el Director General del establecimiento para resolver en un plazo no mayor de 48 horas su caso.

IV. JUNTA MÉDICA

- La Junta Médica estará constituida por tres médicos GinecoObstetras asistenciales, designados por la jefatura del Departamento de Obstetricia y Perinatología.
- La Junta Médica recibirá el informe del médico tratante, evaluará el caso, ampliará la anamnesis, o volverá a examinar si así lo estima conveniente, y dictaminará por la procedencia o no de la interrupción del embarazo.
- Si la Junta Médica dictamina afirmativamente, para proceder a la interrupción terapéutica del embarazo menor de 22 semanas, está en la facultad de la gestante aceptar o no la intervención; en caso de aceptación se deberá garantizar que exista consentimiento informado por escrito, de parte de la paciente o de su representante legal de ser el caso.

V. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION Y PREPARACION

El GinecoObstetra debe comprobar que la mujer presenta realmente un embarazo, así como el tiempo de gestación, por que es un elemento crítico en la selección del método para la evacuación uterina y en la celeridad que se debe tener para atender el caso.

ANAMNESIS

- Se debe elaborar una historia clínica completa e integral.
- Precisar el primer día de la última menstruación normal, así como la regularidad o irregularidad del régimen catamenial.
- Evaluar los antecedentes personales, obstétricos y quirúrgicos patológicos relevantes para el procedimiento.
- Identificar otros síntomas: tensión mamaria, náuseas, vómitos, fatiga, cambios en el apetito, frecuencia urinaria, dolor pélvico, fiebre, disnea, taquicardia, etc.

EXAMEN CLÍNICO

- Realizar el control de funciones vitales.
- Realizar el examen del aparato respiratorio y cardiovascular.
- Realizar el examen ginecológico.
- Examen con espéculo para identificar características del cuello uterino e identificar signos de infecciones de transmisión sexual (ITS) u otras enfermedades del tracto genital.
- Tacto vaginal para evaluar el ablandamiento del istmo cervical, para determinar la posición del cuello del útero, y el tamaño y posición del útero; y para confirmar el embarazo intrauterino de acuerdo a las semanas de gestación.

EXÁMENES AUXILIARES

- Hemoglobina o hematocrito.
- Grupo sanguíneo y Rh.
- Tiempo de coagulación y sangría.
- Pruebas serológicas: RPR, VIH.(Prueba rápida)
- Ecografía transvaginal según el caso.
- Dosaje de gonadotropinas coriónicas (HCG) según el caso
- Además, aquellos exámenes que contribuyan al diagnóstico de enfermedades concomitantes.
- Dependiendo del caso, evaluación del riesgo quirúrgico y riesgo anestésico.
- Examen anatomopatológico del producto obtenido de la evacuación endouterina.

USO DE INMUNOGLOBULINA ANTI-RH

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

VI. INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA

La atención en general y la orientación/consejería en particular deben darse con el modelo de los 5 pasos, dentro de un marco ético que requiere poner en el centro las necesidades de las mujeres y el respeto a los siguientes derechos humanos:

- Derecho a la información completa, veraz, imparcial y útil;
- Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad;
- Libertad de conciencia y expresión; y
- Respeto a la voluntad y elección.

La orientación/consejería debe realizarse en tres momentos:

- Antes de la intervención.
- Durante la intervención.
- Después de la intervención

VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de cumplidas las etapas anteriores se llenará con la gestante el formulario preestablecido para el consentimiento informado, siempre y cuando este de acuerdo con la interrupción terapéutica del embarazo, con lo cual quedará expedito el camino para la intervención. Sugerir que su pareja o un familiar sea uno de los testigos.

Se debe tener presente que la gestante puede cambiar su decisión, oponiéndose al procedimiento. En este sentido, el consentimiento no tendrá validez y se deberá asumir la decisión de la gestante, en cuyo caso las/os profesionales de salud deberán brindar la atención prenatal en lo que quede del proceso de gestación.

Siempre es importante explorar las dudas y conflictos posibles con la gestante y ayudarla a clarificarlos.

Todos estos hechos deben registrarse en la historia clínica.

VIII. PROCEDIMIENTOS PARA LA EVACUACIÓN DEL ÚTERO

Los procedimientos estarán en función a la cronología del embarazo:

Métodos hasta las 12 semanas de gestación

Según la OMS, los métodos recomendados son la aspiración manual endouterina (AMEU) o el uso de misoprostol.^{2, 5}

Métodos para evacuar el útero entre las 13 y 22 semanas

La evacuación del contenido uterino en este período, considera aplicar los esquemas terapéuticos con misoprostol según la edad gestacional. Producida la expulsión del contenido uterino, hay que completar el procedimiento con una evacuación de la cavidad uterina por legrado uterino.^{4, 5}

IX. OFRECER ANTICONCEPCIÓN

- Evaluar conjuntamente con la mujer los inconvenientes / riesgos de un nuevo embarazo para su estado de salud y la preservación de su vida.
- Brindar información precisa sobre la más amplia gama de opciones anticonceptivas. Tomar en consideración la mejor opción anticonceptiva de acuerdo a las necesidades particulares de cada mujer y a su estado de salud. Toda mujer debe saber que la ovulación puede retomar en dos semanas después del procedimiento.
- Respetando las decisiones libres e informadas de la paciente, proceder a dar las indicaciones sobre el uso del método de su elección, así como la facilitación de los mismos, a fin que pueda abandonar el servicio con protección anticonceptiva.
- Valorar la necesidad adicional de orientación/consejería o referencia por otras necesidades de salud reproductiva, salud sexual o salud mental.

X. CUIDADOS POST- INTERVENCIÓN

- La mujer deben recibir del médico tratante instrucciones muy claras sobre los cuidados que son necesarios tener después del procedimiento.
- Deben poder reconocer los signos de alarma y contactar al médico en cuanto sea necesario.
- La mujer debe saber que después del procedimiento va a presentar sangrado y eventualmente dolor que cede con analgésicos.
- En la interrupción terapéutica del embarazo en el primer trimestre las mujeres pueden retomar a su labores muy pronto.
- Debe aconsejarse abstinencia sexual hasta su siguiente control.
- En caso necesario, administrar supresores de la lactancia.
- Garantizar la prevención de un nuevo embarazo
- Referir a la paciente para continuar el tratamiento de su patología de fondo.

² WHO. Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva. WHO 2003; pp106

⁵ Faundes y Cols. FLASOG: Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología 2007.

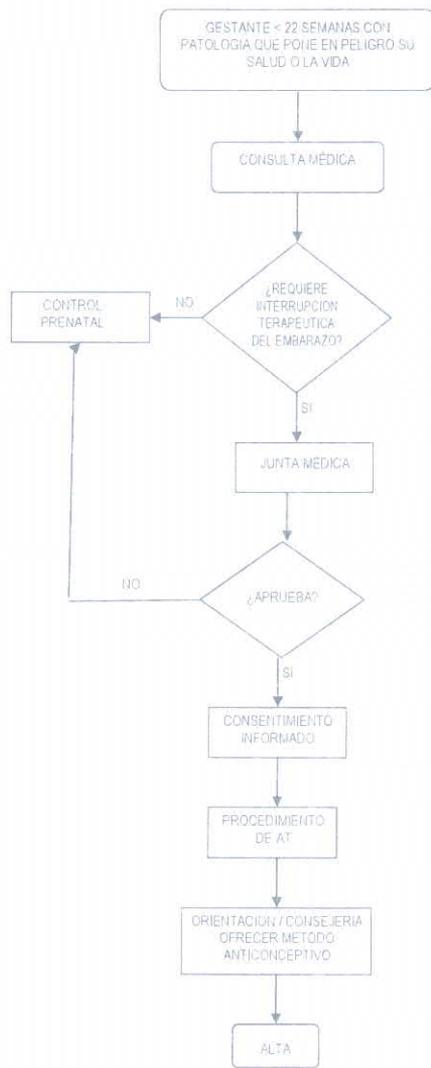
XI. SEGUIMIENTO

- Se debe realizar una consulta a la semana para asegurar la evolución normal de la paciente post intervención y reforzar el apoyo emocional y la consejería en salud sexual y reproductiva.
- La segunda consulta se debe realizar al mes con la primera menstruación.

XII. COMPLICACIONES

Ver AMEU y LUI.

XIII. FLUXOGRAMA



XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ayala F, Cabrera S, Chumbe O, Mascaró P, Silva C, Távora L, Liviác V, Torres G. Interrupción terapéutica del embarazo por causales de salud. PROMSEX. Lima, noviembre 2009.
2. Bongarts J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning* 2000; 31: 193-202
3. Briozzo L. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo 2002.
4. Bugalho A, Mocumbi S, Faundes A, David E. Termination of pregnancy <6 weeks gestation with single dosis of 800 ug of vaginal misoprostol. *Contraception* 2000; 61: 47-50
5. Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Fernandez C, Sanchez C. The use of misoprostol for abortion at < or = 9 weeks' gestation. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2: 181-185
6. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Atención humanizada del aborto inseguro. Lima-Perú: CMP Flora Tristán 2003; pp 30
7. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Responsabilidad Médica frente a la interrupción legal del embarazo. Lima-Perú. 2004
8. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Protocolo de manejo de casos para la interrupción legal del embarazo. Lima-Perú. 2005
9. Colegio Médico del Perú 2005, "Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico". Lima-Perú.
10. Dickinson JE, Godfrey M, Evans SF. Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *J Mater Fetal Med* 1998; 7: 115-119
11. Decreto Legislativo 635. Código Penal Peruano. Lima Abril 1991
12. Faundes y Cols. FLASOG. Uso de misoprostol en Obstetricia y Ginecología. 2007
13. Ferrando D. Aborto clandestino. Nuevas evidencias. En prensa
14. FLASOG. Taller de Derechos Sexuales y Reproductivos. Santa Cruz de la Sierra-Bolivia: Relato Final 2002
15. Henshaw SK, Morrow E. Induced abortion: a world review 1990 suplement. New York: The Alan Guttmacher Institute 1990
16. IPAS. Adelantos en el tratamiento del Aborto. www.ipas.org/publications/es/advances_in_abortion_care/A1_S91/A1_S91_page2_es.pdf.
17. IPAS. Consejería en la atención a mujeres en situación de aborto. México, s/f.
18. Kahn JG, Becker BJ, MacIsaac L, Among JK, Neuhaus J, Olkin I, Creinin MD. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception* 2000; 61: 29-40
19. Kulier R, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Chen LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Data base Syst Rev* 2004. (1): CD 002855
20. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima-Perú: Dirección General de Salud de las Personas 2004
21. Ministerio de Salud 2006, Manual de orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Lima-Perú.
22. Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Hum Reprod* 1999; 8: 2139-2142
23. OMS. Resolución WHA20.41. Ginebra: Asamblea Mundial de la Salud 1967
24. OMS. Complicaciones del aborto. Ginebra: OMS 1995, pp 152
25. OMS. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistema de Salud. Ginebra. 2003.
26. Pathfinder Internacional. Módulo de Capacitación en anticoncepción y post- aborto y Orientación Integral del Aborto Incompleto. Orientación. Lima. 1999.
27. Population Council. Medicamentos para la interrupción legal del embarazo temprano. Mexico: Population Council 2003, pp 96
28. Rondón Rondón Martha B. 2006, Salud Mental y Aborto Terapéutico. Lima-Perú.
29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline N° 7. London RCOG Press 2000
30. Singh K, Fong YF, Prasad RNV, Dong F. Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for preabortion cervical priming. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 795-798
31. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Seminario-Taller Responsabilidad médica frente a la interrupción legal del embarazo. Relato Final. Lima-Perú: SPOG/CMP Flora Tristán, Agosto 2004, pp 3

32. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Colegio Médico del Perú. PROMSEX. Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para aborto terapéutico". Lima. Perú. 2005.
33. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología- PROMSEX 2006, Protocolo de Manejo para la Interrupción legal del embarazo. Hospital Belén – Trujillo.
34. Tang QS, Schweer H, Seyberth HW, Lee HW, Ho PC. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. *Hum Reprod* 2002; 17: 332-336
35. Távora L. Evacuación uterina. En: Paheco J. Ginecología y Obstetricia. Lima-Perú: MAD 1999
36. Távora L, Orderique L. Aspectos epidemiológicos: el aborto y sus repercusiones en salud pública. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2004, 50(3): 176-180
37. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility women, society and abortion worldwide. New York: The AGI 1999
38. UNFPA. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Lima-Perú: UNFPA 2004; pp 196
39. United Nations Population Division. World abortion policies. New York: UN 1999 (ST/ESA/SER.A1178)
40. Van den Bergh, J y Schlebaum, CH. EL aborto. Una Guía práctica para médicos. <http://www.isad.org/prguide/p%202%20index.htm>
41. WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available county data. Geneva: WHO 1998 (WHO/RHT/MSM/97.16)
42. WHO. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO 2003; pp 106
43. Wong KS, Ngai CSW, Khan KS, Tang LC, Ho PC. Termination of second trimester pregnancy with gemeprost and misoprostol: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Contraception* 1996; 54: 23-25
44. Pathfinder International. "Modulo de Capacitación Manejo Integral del Aborto Incompleto no complicado", Modulo Clínico y de Orientación. Lima. Abril 1999.
45. Pathfinder International. Oficina Perú. Modulo de Capacitación "Manejo Integral del Aborto Incompleto no complicado", Modulo Clínico y de Orientación. Segunda Edición. Octubre 2008.

