

Protocolo de Manejo del Aborto

Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo, República Dominicana.
Julio, 2015

COMITÉ DE EXPERTOS/AS ENCARGADO DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

Dr. José C. Figueroa Méndez (Líder del Comité)	Ginecólogo Obstetra Infertilidad Director de Servicios Médicos de Profamilia Coordinador Regional del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG Pasado Presidente de la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología
Dra. Natalia Frías Guzmán (Documentalista)	Ginecóloga Obstetra Oncóloga Docente de Gestión de Calidad en Salud (Universidad de Chile) Representante de la Sociedad Civil
Lic. Sarah Iglesias Ramírez	Psicóloga Clínica Terapeuta Sexual y de Familia Representante de la Sociedad Civil
Lic. Claudia Saleta Fernández	Licda en Ciencias Jurídicas Especialista en asuntos de género y experiencia en investigación en Derechos Humanos Representante de la Sociedad Civil
Dr. Alejandro Paradas Caba	Ginecólogo Obstetra Laparoscopista Jefe del Departamento de Medicina Reproductiva y Director del Centro de Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.
Dr. Juan Fco. Mejía	Ginecólogo Obstetra Encargado del Programa de Salud Reproductiva del Hospital de la Mujer Dominicana Representante de la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología
Dr. Rafael Brea	Ginecólogo Obstetra Representante de la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología
Lic. Virginia Luna	Licda en Enfermería Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia
Lic. Mercedes Tejada Guzmán	Licda en Enfermería Coordinadora Docente Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina

“Los/as profesionales integrantes del Comité responsable de la elaboración del Protocolo que se presenta a continuación declaran que no existe ningún conflicto de interés, real o potencial, relacionado con el mismo”.

ASESORES INTERNACIONALES

Giselle Carino Directora Regional Adjunta para la International Planned Parenthood Federation/Región del Hemisferio Occidental
Pasada Directora de Programas - Acceso Universal
y apoyo a iniciativas en áreas de servicios de aborto seguro, violencia de género, anticoncepción de emergencia y a las unidades móviles de salud.
Participación en el Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo.

Dr. Pío Ivan Gómez Médico Cirujano
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Especialista en Epidemiología
Perfeccionamiento Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología.
Perfeccionamiento En Salud Sexual Y Reproductiva.
Maestría en Salud Sexual y Reproductiva. Profesor Titular. Departamento de Obstetricia y Ginecología- Instituto de Investigaciones Clínicas.

Dr. Leonel Briozzo Ginecólogo Obstetra
Profesor Titular, Grado V, de Clínica Ginecotológica A
Facultad de Medicina – Universidad de la República Oriental del Uruguay
Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Pasado Sub Secretario de Salud Pública.
Ministerio de Salud Pública. República Oriental del Uruguay
Líneas de investigación y desarrollo del conocimiento académico: Salud y derechos sexuales y reproductivos, Perinatología, Salud fetal y vigilancia fetal intra parto, Patología del Piso Pélvico y uroginecología , Bioética y profesionalismo médico.
Galardonado con el Gran Premio Nacional De Medicina - Academia Nacional De Medicina – Uruguay 2008- Iniciativas Sanitarias Contra El Aborto Provocado En Condiciones De Riesgo
Uruguay 2001 – 2007.

CONTENIDOS

	PAGINA
I. INTRODUCCIÓN	3
II. ALCANCE	4
II.1 OBJETIVO DEL PROTOCOLO	4
II.2 IMPACTO ESPERADO	4
II.3 POBLACIÓN DIANA	4
II.4 USUARIOS/AS DEL PROTOCOLO	4
III. DEFINICIONES	4
IV. PROCEDIMIENTOS	5
IV.1 RECEPCIÓN DE LA USUARIA QUE CURSA CON ABORTO	5
IV.1.1 ACOGIDA DE LA USUARIA QUE CURSA CON ABORTO	5
IV.1.2 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES DE LA USUARIA	6
IV.1.3 CONSEJERÍA INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DEL ABORTO	6
IV.2 ABORDAJES TERAPÉUTICOS PARA EL MANEJO DEL ABORTO	7
IV.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO	8
IV.3.1 ATENCIÓN ANTES DEL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO	8
IV.3.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DEL MISOPROSTOL	8
IV.3.3 INDICACIONES PARA EL USO DEL MISOPROSTOL	9
IV.3.4 DOSIFICACIÓN DEL MISOPROSTOL	10
IV.3.5 CRITERIOS DE REFERENCIA DE USUARIAS CON ABORTO DE ≤ 12 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN	10
IV.3.6 SEGUIMIENTO DESPUÉS DE MANEJO AMBULATORIO DE ABORTO ≤ 12 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL	11

IV.3.7 SEGUIMIENTO DEL ABORTO ENTRE 13-20 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL	11
IV.3.8 CRITERIOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DESPUÉS DEL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO ENTRE 13-20 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL	12
IV.4 MANEJO QUIRÚRGICO DE ABORTO	12
IV.4.1 INDICACIONES DEL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO	12
IV.4.2 TECNICAS PARA EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO	12
IV.4.3 ATENCIÓN ANTES DEL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO	12
IV.4.4 MADURACION CERVICAL ANTES DEL ABORTO QUIRURGICO	13
IV.4.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO	13
IV.4.6 SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO	14
IV.5 ANTICONCEPCION POST ABORTO	14
IV.6 COMPLICACIONES DEL ABORTO	15
IV.6.1 INFECCIONES	15
IV.6.2 HEMORRAGIA	15
IV.6.3 RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES	15
IV.6.4 PERFORACIÓN UTERINA	15
IV.6.5 COMPLICACIONES VINCULADAS A LA ANESTESIA	15
IV.6.6 COMPLICACIONES GENERALES NO ESPECÍFICAS DEL MANEJO DEL ABORTO	16
V. FARMACOLOGIA	16
VI. ALGORITMO	19
VII. BIBLIOGRAFÍA	20
VIII. ANEXOS	22

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se calcula que aproximadamente 800 mujeres mueren diariamente por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio; muertes que en la mayoría de los casos son prevenibles.¹ En el año 2013, en América Latina y el Caribe se registraron unas 9,300 muertes maternas, siendo sus principales causas las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial, hemorragia post parto e infecciones. Un cuarto lugar, se asocia a la ocurrencia del aborto inseguro.^{1,2} La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que aproximadamente el 13% de las muertes maternas están asociadas a complicaciones del aborto inseguro, es decir unas 47,000 muertes/año.³

En República Dominicana, según el reporte de Indicadores Básicos de Salud 2014, la mortalidad materna ajustada es de 109.7 muertes/100,000 nacidos vivos.⁴ A pesar de los avances en la oferta anticonceptiva y que desde el principio del milenio se ha registrado disminución de la tasa global de fecundidad, todavía persisten necesidades insatisfechas de acceso a métodos anticonceptivos y no se ha logrado reducir sustancialmente la ocurrencia del embarazo no deseado y la necesidad a recurrir al aborto inducido en “condiciones de riesgo”.

En la actualidad, la mayoría de los países han adoptado posiciones precisas que contribuyen a asegurar la integridad de la salud física/emocional y la vida de la mujer, cuando esta decide circunstancialmente por la terminación de un embarazo. La República Dominicana es uno de los pocos países que mantuvo leyes restrictivas en relación al aborto, sin importar las condiciones ni riesgo de salud y vida de la mujer, tampoco sus circunstancias sociales. Sin embargo, desde diciembre del año 2014 el Poder Ejecutivo objeta y observa la propuesta de modificación al Código Penal enviado por la Cámara de Diputados, y devuelve la misma con observaciones importantes en lo relativo al tema aborto, recomendando que considere su despenalización en tres causales. A partir de este hecho, el Código Penal de la República Dominicana, en su artículo 110 reza lo siguiente⁵:

“Artículo 110. Eximentes. *La interrupción del embarazo practicado por personal médico especializado en establecimiento de salud, públicos o privados, no es punible si se agotan todos los medios científicos y técnicos disponibles para salvar las dos vidas, hasta donde sea posible.*

Párrafo. *La interrupción del embarazo por causa de violación, incesto, o el originado en malformaciones del embrión incompatible con la vida clínicamente comprobada, estarán sujetos a los requisitos y protocolos que se establezcan mediante ley especial”.*

Con la elaboración de este documento regulatorio se pretende la estandarización y el aseguramiento de la calidad de la atención a mujeres que cursan con aborto, acogiendo el nuevo marco legal del país, siendo producto de una amplia recopilación de evidencias científicas publicadas en revisiones sistemáticas; analizadas y consensuadas por un grupo multidisciplinario de expertos, tanto locales como de otros países de América Latina.

II. ALCANCE

II.1. OBJETIVO DEL PROTOCOLO

Establecer las pautas de recepción y manejo integral del aborto.

II.2. IMPACTO DE SALUD ESPERADO

Con la implementación y cumplimiento de este Protocolo se espera estandarizar la atención de las usuarias que cursan con aborto, basada en las mejores prácticas clínicas, avaladas por evidencias científicas actualizadas e integrando los aspectos biopsicosociales involucrados en la atención, facilitando con ello la prevención del aborto inseguro.

II.3. POBLACIÓN DIANA

- Mujeres en edad reproductiva que cursen con aborto.

II.4. USUARIOS/AS DEL PROTOCOLO

- Profesionales proveedores/as de servicios de salud sexual y reproductiva, de todos los niveles de atención de la salud, pertenecientes al sector público y privado del país.
- Población general.

III. DEFINICIONES

Aborto

Expulsión de un feto antes de las 20 semanas de edad gestacional o de un peso menor de 500 grs. al nacer.

Aborto inseguro

La OMS define el aborto inseguro como *“un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria, que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”*.

Edad gestacional

Número de días o semanas de embarazo, contabilizados desde el día de inicio del último sangrado menstrual. Cuando existen dudas en relación a la fecha de la última menstruación puede ser valorada por sonografía o mediciones clínicas.

Consejería integral

Es la intervención donde se promueve la toma de decisiones consciente, autónoma e informada. Este acompañamiento puede ser realizado por profesionales de: medicina, psicología, enfermería, servicio social; siempre

debidamente capacitados/as y entrenados/as para tales fines. El propósito de la consejería en los casos de aborto es: *“Establecer un proceso de comunicación, facilitando el contacto directo y privado de las usuarias con el equipo de salud, para que ella entienda de manera integral su situación, y se pueda identificar y responder a sus necesidades emocionales, clínicas y otras preocupaciones relacionadas a la salud, promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos así como la toma de decisiones basada en la elección libre e informada”.*

Malformaciones congénitas letales

Error en el desarrollo estructural o funcional de un órgano o sistema y que conduce invariablemente a la muerte del feto in útero o del recién nacido en el período neonatal, independientemente del tratamiento.

IV. PROCEDIMIENTOS

IV.1. RECEPCIÓN DE LA USUARIA QUE CURSA CON ABORTO

IV.1.1. ACOGIDA DE LA USUARIA QUE CURSA CON ABORTO

Todo el personal involucrado en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva debe ofrecer a la usuaria un trato digno, respetuoso y sensible, con una actitud neutral y libre de discriminaciones de cualquier tipo⁶.

Es importante que la mujer se sienta acogida desde el inicio de la atención, durante todo el proceso de manejo y las atenciones posteriores, por parte de todas las personas involucradas en el proceso de la recepción y atención. Los/as profesionales de la salud a cargo de la atención del aborto deben promover, proteger y ofrecer:

- La salud y vida de las mujeres adultas y adolescentes, además de sus Derechos Humanos.
- Respeto, apoyo y trato humanizado de su situación personal mientras se atienden sus necesidades clínicas inmediatas.
- Respuesta a las inquietudes de las mujeres para que expresen libremente sus puntos de vista, dudas y preguntas, mostrando una actitud positiva, aplicando los elementos de la comunicación interpersonal, utilizando lenguaje sencillo.
- Un ambiente de confianza entre el personal de salud y las usuarias.
- Información sobre su condición de salud, el retorno de su fertilidad y autocuidado.
- La toma de decisiones clínicas de manera informada y voluntaria, a través del cumplimiento del proceso de elección informada y firma de documento de consentimiento, libre de error, fuerza y dolo.
- Autonomía en la toma de decisiones por parte de la usuaria.
- Actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios.
- Respeto absoluto de la confidencialidad y privacidad en el manejo de los casos.

IV.1.2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES DE LA USUARIA

Al momento de recibir a una usuaria para atención del aborto, la persona prestadora del servicio debe identificar si la misma cursa con riesgos psicosociales, que requieran atenciones especiales del tipo de Apoyo Emocional o seguimiento de Atención Psicológica⁶. Se consideran **riesgos psicosociales** las siguientes condiciones⁶

- Adolescente o de menor edad.
- Escolaridad baja o ninguna.
- Antecedentes de depresión emocional, tendencias suicidas, cualquier otro tipo de trastorno emocional y retraso mental.
- Identificación de antecedente o exposición actual a violencia basada en género o abuso sexual.
- Antecedente de consumo de alcohol o sustancias ilícitas.
- Antecedentes de pérdidas reproductivas, espontáneas o inducidas.
- Inasistencia a control prenatal, con embarazo de edad gestacional de 15 semanas o más.
- Apoyo familiar o social bajo o ninguno.
- Antecedentes de embarazo con malformaciones congénitas.
- Seropositividad conocida para virus de inmunodeficiencia humana conocida.

Ante la ocurrencia de uno o más factores de riesgo psicosocial, la usuaria debe ser manejada en conjunto o ser referida a un/a profesional de Psicología.

IV.1.3. CONSEJERÍA INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DEL ABORTO

Al momento de recibir a una mujer con un aborto, se debe iniciar la prestación de servicios con información y orientación, optimizando todas las acciones durante su intervención. Estas orientaciones deben ser ofrecidas previo, durante y posterior al procedimiento clínico, basadas en los siguientes enfoques.^{7,8}

ENFOQUES DE LA CONSEJERÍA		
ANTES DE LA ATENCIÓN DEL ABORTO	DURANTE LA ATENCIÓN AL ABORTO	DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DEL ABORTO
Estructurar una relación en la cual la mujer pueda adquirir confianza, expresar sus sentimientos, temores, dudas y prepararla para el procedimiento, proporcionándole información sobre el mismo.	Acompañar y brindar apoyo emocional a la mujer para el manejo conductual del dolor y todos los efectos esperados según el manejo al cual es sometida, facilitando así la labor del equipo de salud.	Verificar el estado emocional, indicar a la usuaria sobre los cuidados que debe tener e informar sobre las señales de alarma y posibles efectos colaterales por el uso del anticonceptivo, si los hay.

Los resultados esperados de esta atención son:

1. Usuarías informadas sobre su estado clínico, procedimientos a ser realizados y decisión libre e informada sobre sus opciones anticonceptivas.
2. Autorización firmada del consentimiento informado.

IV.2. ABORDAJES TERAPÉUTICOS PARA EL MANEJO DEL ABORTO

Los tipos de abordajes terapéuticos para el manejo del aborto a ser utilizados son:

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Manejo del aborto con uso de mifepristona + misoprostol.
- Manejo del aborto con uso de misoprostol (agente único).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Aspiración endouterina, manual o eléctrica
- Dilatación cervical y evacuación uterina

El/la proveedor/a a cargo de la atención debe informar de manera detallada las ventajas y desventajas descritas para cada uno de los abordajes terapéuticos posibles, cuya oferta debe estar basada en la mejor opción según el tipo de aborto presentado, las condiciones clínicas de la usuaria y la edad gestacional al momento del manejo (Tabla 1). La opinión de la usuaria siempre debe ser determinante. Los casos en los que haya alguna situación de riesgo inminente o inmediato de la salud o vida de la misma, debe asegurarse la inmediatez y oportunidad de estas decisiones.

Tabla1. Resumen del abordaje terapéutico del aborto

MANEJO DE USUARIA CON ABORTO ≤12 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL.	
TIPO Y AMBITO DE LA ATENCIÓN	Atención ambulatoria, ofrecida en centros de salud o consultorios médicos donde se ofrezcan servicios de salud sexual y reproductiva de primer, segundo y tercer nivel de atención, pertenecientes tanto a los sectores públicos como privados, incluyendo los de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y militares.
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Uso de esquema de mifepristona + misoprostol o solo de misoprostol (agente único) según los criterios establecidos a continuación en el presente Protocolo.
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	Manejo quirúrgico con aspiración endouterina o dilatación y evacuación uterina, en los centros de servicio donde no se disponga de la primera técnica. En ambos casos, aplicar los criterios que se establecen a continuación en el presente Protocolo.
MANEJO DE USUARIA CON ABORTO DE 13-20 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL.	
TIPO Y AMBITO DE LA ATENCIÓN	Atención bajo ingreso hospitalario, ofrecida en centros de salud donde se ofrezcan servicios de salud sexual y reproductiva, de segundo y tercer nivel de atención, pertenecientes tanto a los sectores públicos como privados, incluyendo los de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y militares.
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Uso de esquema de mifepristona + misoprostol o solo de misoprostol (agente único) según los criterios establecidos a continuación en el presente Protocolo.
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	Manejo quirúrgico con dilatación y evacuación uterina, según las indicaciones, contraindicaciones y criterios de manejo establecidos a continuación en el presente Protocolo.

IV.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO

El uso de un esquema combinado de mifepristona y misoprostol es el mayormente recomendado por la OMS para los fines de manejo farmacológico del aborto, con una baja incidencia de efectos secundarios, menores plazos de tiempo para completar el manejo y con una efectividad demostrada hasta de un 94%^{9, 10, 11}

Enfatizando esas propiedades, en el marco de este Protocolo citamos sobre la existencia de este esquema (ver anexo 2); sin embargo, a la fecha, en la República Dominicana no se dispone de la mifepristona como fármaco registrado en el país.

Ante la falta de la mifepristona, otro de los esquemas de tratamiento farmacológico para el manejo del aborto, contempla el uso del misoprostol como agente único^{9, 10, 11, 12}. En el país, este fármaco está disponible en tabletas de 200 microgramos, farmacológicamente estables a temperatura ambiental.

IV.3.1. ATENCIÓN ANTES DEL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO

1. Cumpla con la acogida de la usuaria.
2. Usuarías con aborto de ≤ 12 semanas de edad gestacional: Maneje de manera ambulatoria.
3. Usuarías con aborto de 13-20 semanas de edad gestacional: Realice el ingreso hospitalario y establezca los cuidados clínicos generales que correspondan.
4. En usuarias hospitalizadas, valore y justifique la necesidad de cruce y reserva de sangre.
5. Escuche cuidadosamente a la usuaria y responda todas sus inquietudes.
6. Realice una historia clínica y examen físico completos, donde debe incluir:
 - a. Confirmación de ausencia de antecedentes o condiciones mórbidas que contraindiquen el uso del misoprostol.
 - b. Verificación de riesgos psicosociales.
 - c. Interconsulta con Apoyo Emocional o Psicología en los casos con criterios para hacerlo.
7. Tome muestra para la realización de hemograma, tipificación sanguínea y prueba hormonal de embarazo en sangre.
8. Si existe duda en relación a la edad gestacional o sospecha clínica de embarazo ectópico o de masa anexial, realice una sonografía pélvica transvaginal para confirmación diagnóstica.
9. En usuarias a ser manejadas de manera ambulatoria, durante el proceso de consejería y consentimiento informado facilite todas las informaciones sobre la eficacia, efectos secundarios del misoprostol y señales de alarma para procurar contacto urgente con la persona prestadora del servicio.
10. Procure consentimiento informado y firmado de parte de la usuaria.
11. Cumpla con la consejería y oferta de métodos anticonceptivos.
12. Administre inmunoglobulina antiRhD en casos de mujeres Rh negativas.

IV.3.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DEL MISOPROSTOL

Durante la consejería, elección informada y firma del consentimiento para el manejo farmacológico de aborto con uso de misoprostol, las siguientes informaciones **deben ser enfatizadas y ampliamente descritas**

- Síntomas clínicos esperados durante el proceso, específicamente de sangrado transvaginal mayor al de una menstruación y el dolor tipo cólico, advirtiendo sobre variabilidad de los síntomas presentados con el uso del misoprostol, según las siguientes especificaciones
 - Tres de cada cuatro mujeres pueden presentar efectos colaterales con el uso del misoprostol.¹¹

- Las náuseas y vómitos suelen aparecer después de las 4 horas de inicio de su uso, en aproximadamente 30% de las usuarias, que pueden ser fácilmente controlables con antieméticos.¹¹
- Del 15-20% de las mujeres puede presentar fiebre no mayor de 38.5°C, dentro de las primeras 24 horas de inicio de uso del misoprostol, sin que ello signifique la presencia de infección.¹¹
- Dependiendo de las dosis y vía de administración del fármaco, un rango entre 9-26% de las usuarias que usan misoprostol pueden presentar diarrea, que suele desaparecer el mismo día de ocurrencia.¹¹
- 17% de las usuarias pueden presentar cefalea.¹¹
- En el manejo por debajo de las 10 semanas, el sangrado suele presentarse dentro de las primeras 3 horas después de administrado el misoprostol.¹¹
- El sangrado suele ser mayor al de una menstruación, con un volumen máximo al momento de la expulsión para luego disminuir de manera progresiva, con una duración promedio de 2 semanas (entre 6 y 38 días).¹¹
- En menos del 1% de los casos puede ocurrir sangrado excesivo vinculado al uso del misoprostol, que requiere manejo con aspiración uterina u otra alternativa quirúrgica.¹²
- En promedio, la expulsión se completa dentro de las 24 horas de administración del misoprostol, en un 84% de los casos.¹¹
- La tasa de eficacia del uso de misoprostol como agente único para el manejo del aborto es de 85 a 90%, siendo mayor durante el segundo trimestre de edad gestacional.¹¹
- La necesidad de manejo quirúrgico del embarazo, por lo general por aborto incompleto o retenido, puede ocurrir del 4-6% de los casos manejados con misoprostol como agente único. ¹¹
- Si la fiebre es mayor de 38.5°C y persiste después de las 24 horas de su inicio, podría ser señal de alarma de infección.¹¹ Las complicaciones infecciosas vinculadas a la terminación de embarazo con el uso de misoprostol son excepcionales, con una incidencia de 0.093-0.020% de los casos manejados.¹²
- Instrucciones sobre el manejo del dolor.
- Advertir que existen evidencias limitadas de que el misoprostol podría tener efectos teratogénicos.¹²
- Información sobre reanudación de la menstruación después del tratamiento, pudiendo ser por períodos más prolongados cuando han sido manejadas con edades gestacionales del segundo trimestre.¹¹
- La ovulación puede ocurrir entre los 8 días hasta las 12 semanas después de la terminación del embarazo, a partir de lo cual se recupera la capacidad reproductiva.¹¹
- Se debe ofrecer a la usuaria información completa de todos los métodos anticonceptivos disponibles, oferta que debe velar por:
 - Libertad de selección de método por parte de la usuaria, respetando sus propias necesidades, valores, creencias y bienestar social.
 - Prevención de cualquier tipo de discriminación.
 - Respeto a la privacidad de la atención en anticoncepción.
 - Garantía de la confiabilidad y continuidad del servicio.

IV.3.3. INDICACIONES PARA EL USO DEL MISOPROSTOL

- Manejo del aborto en todas sus presentaciones clínicas (Ver anexo 1).

IV.3.4. DOSIFICACIÓN DEL MISOPROSTOL

DOSIFICACIÓN DEL MISOPROSTOL PARA MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO		
TIPO DE ABORTO	DOSIS / VÍA	
	≤12 semanas de edad gestacional	13 - 20 semanas de edad gestacional*
Huevo anembrionado		No aplica
Aborto retenido (muerte fetal)	<p>Opción A^{10, 11} 800 microgramos (4 tabletas) vía vaginal, dosis única.</p> <p>Opción B^{10, 11} 600 microgramos (3 tabletas) vía sublingual, dosis única.</p>	<p>≤17 semanas¹⁴ 200 microgramos (1 tableta) vía vaginal, cada 6 horas, máximo 4 dosis consecutivas.</p> <p>18 semanas o más¹⁴ 100 microgramos (½ tableta) vía vaginal, cada 6 horas, máximo 4 dosis consecutivas.</p>
Aborto incompleto Aborto inevitable		No aplica
Aborto inducido	800 microgramos (4 tabletas) vía vaginal o sublingual cada tres horas, máximo de 3 dosis consecutivas. ^{10,11, 14}	400 microgramos (2 tabletas) vía vaginal o sublingual, cada tres horas, máximo 5 dosis consecutivas. ^{10,11,14}

*Al completarse las dosis máximas consecutivas recomendadas, sin la terminación del proceso, si la usuaria consiente a un segundo intento y no hay contraindicaciones clínicas para hacerlo, a la misma debe permitirse un período de descanso de unas 12 horas, antes de la administración del esquema en una segunda ocasión¹³.

IV.3.5. CRITERIOS DE REFERENCIA DE USUARIAS CON ABORTO ≤12 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN

Las usuarias con 12 semanas de edad gestacional o menos, deben ser referidas a centro de servicio de mayor nivel de complejidad de la atención o con indicación de manejo quirúrgico del aborto, en los casos de:

- Que el centro de servicio de salud no disponga de personal capacitado e instalaciones apropiadas para la oferta de la atención al aborto seguro.
- Falla de un primer esquema de uso de misoprostol y rechazo por parte de la usuaria a recibir segundo esquema.
- Aborto incompleto o retenido después de la administración del segundo esquema de misoprostol.
- Ocurrencia de sangrado transvaginal profuso.
- Sospecha clínica de infección.

IV.3.6. SEGUIMIENTO DESPUÉS DE MANEJO AMBULATORIO DE ABORTO ≤ 12 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL

- Luego del manejo farmacológico del aborto con uso de misoprostol, cite a la usuaria para control clínico una semana después de administrado el fármaco.^{10, 12}
- Durante este primer control clínico realice examen físico completo.
- Para considerar que el manejo se ha completado con éxito, verifique la desaparición de síntomas de embarazo y la ausencia de sangrado transvaginal abundante, persistente o intermitente¹⁰.
- Sospeche falla del manejo ante la persistencia de síntomas de embarazo, la verificación de aumento del útero, la ocurrencia de episodios de sangrado abundante persistente o intermitente y, en estos casos, indique una sonografía pélvica que confirme la presencia de aborto incompleto o retenido¹⁰.
- Luego del manejo del aborto y verificado como completo, si la usuaria no ha iniciado con la anticoncepción, insista con la consejería sobre anticoncepción y oferta inmediata de algún método anticonceptivo, previo consentimiento de la misma.
- Ofrezca administración de un segundo esquema de misoprostol a las usuarias con persistencia del saco gestacional en cavidad uterina *después de una semana del uso del primer esquema de misoprostol y ausencia de sangrado transvaginal excesivo persistente o intermitente*.¹⁰
- Administre un segundo esquema de misoprostol cumpliendo exactamente los mismos criterios que en la primera ocasión y previo consentimiento de la usuaria.

IV.3.7. SEGUIMIENTO DEL ABORTO ENTRE 13-20 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL

- El pronóstico más frecuente es que las usuarias hospitalizadas, sometidas a manejo farmacológico con uso de misoprostol, deben completar la expulsión fetal y placentaria en el marco de las primeras 24 horas de haber recibido el tratamiento.^{11, 12, 13}
- Luego de la expulsión de los productos de la gestación, se espera la ausencia de síntomas de embarazo y de sangrado transvaginal excesivo.
- En caso de duda de que se haya completado el manejo, indique una sonografía pélvica que confirme la presencia de aborto incompleto o retenido¹⁰.
- Luego de la determinación de éxito de manejo farmacológico del aborto entre 13-20 semanas de edad gestacional, cumpla con consejería sobre anticoncepción y oferta inmediata de algún método anticonceptivo, previo consentimiento de la usuaria.
- En las mujeres con aborto entre 13-20 semanas de edad gestacional en las que no ocurre expulsión de los productos de la gestación en el marco de un esquema completo (24 horas) de misoprostol y en ausencia de sangrado transvaginal excesivo persistente o intermitente, repita el esquema luego de 12 horas de reposo, previa información y aceptación de parte de la usuaria¹³.
- Administre el segundo esquema de misoprostol cumpliendo exactamente los mismos criterios que en la primera ocasión.

IV.3.8. CRITERIOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DESPUÉS DEL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO ENTRE 13-20 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL

- Falta de expulsión luego de un primer esquema de uso de misoprostol y rechazo por parte de la usuaria a recibir segundo esquema.
- Falta de expulsión de los productos de la gestación después de la administración del segundo esquema de misoprostol.
- Todos los casos de expulsión incompleta.
- Ocurrencia de sangrado transvaginal, con signos de repercusión hemodinámica.
- Signos clínicos de infección.

IV.4. MANEJO QUIRÚRGICO DE ABORTO

IV.4.1. INDICACIONES DEL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO

- Aborto en cualquier edad gestacional, en todas sus presentaciones clínicas. (Ver anexo 1).
- Aborto en cualquier edad gestacional, luego de falla del manejo farmacológico con uso de misoprostol.

IV.4.2. TECNICAS PARA EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO

- Aspiración endouterina manual o eléctrica, aplicable hasta las 12 semanas de edad gestacional.
- Dilatación cervical y evacuación uterina, aplicable en cualquier edad gestacional.

IV.4.3. ATENCIÓN ANTES DEL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO

1. Cumpla con la acogida de la usuaria.
2. Realice admisión ambulatoria en centro de segundo o tercer nivel de atención o realice el manejo hospitalario si existen condiciones clínicas, vinculadas o no al manejo del aborto, que así lo requieran.
3. Realice una historia clínica y examen físico completos, donde debe incluir:
 - a. Confirmación de ausencia de antecedentes o condiciones mórbidas que contraindiquen el uso del misoprostol.
 - b. Verificación de riesgos psicosociales.
 - c. Interconsulta con Apoyo Emocional o Psicología en los casos con criterios para hacerlo.
4. Tome muestra para realización de hemograma, tipificación sanguínea.
5. Evalúe la necesidad de cruce y reserva de sangre.
6. Si existe duda en relación a la edad gestacional o sospecha clínica de embarazo ectópico o de masa anexial, realice una sonografía pélvica transvaginal para confirmación diagnóstica.
7. Facilite a la usuaria todas las informaciones sobre el procedimiento.
8. Gestione el consentimiento informado y firmado.
9. Administre antibioterapia profiláctica, entre 15 a 60 minutos antes de la realización del procedimiento. El esquema de antibioterapia recomendado es de:
 - a. Doxiciclina 100 mgrs vía oral, una hora antes del procedimiento y 200 mgrs vía oral después de completado el mismo.^{10, 13, 15}
 - b. Se acepta el uso de esquema antibiótico basado en la disponibilidad del mismo en el centro de servicio y las características de población atendida.¹⁵
10. Las dependencias donde se ofrecen abortos quirúrgicos deberían hacer los esfuerzos necesarios para asegurar la provisión de antibióticos adecuados. Sin embargo, si no se dispone de antibióticos, igual se pueden realizar los procedimientos de manejo quirúrgico del aborto.¹⁰

11. Realice procedimiento de maduración cervical según los criterios establecidos en este Protocolo en sección IV.4.4.
12. Ofrezca consejería sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos.
13. Administre la inmunoglobulina antiRhD en casos de mujeres Rh negativas, que debe ser aplicada justo antes o dentro de las primeras 72 horas después de completado el procedimiento.
14. Envíe a estudio histopatológico los tejidos extraídos.

IV.4.4. MADURACION CERVICAL ANTES DEL ABORTO QUIRURGICO

- Madurar el cuello antes del aborto quirúrgico en todas las mujeres con embarazos de 12 semanas de edad gestacional o más, aunque se puede utilizar en cualquier edad gestacional^{9, 10, 11, 16}
- La maduración cervical pre quirúrgica a utilizar es con el uso del misoprostol, con una dosis de 400 microgramos (2 tabletas) vía vaginal 3 a 4 horas o sublingual 2 a 3 horas, previas a la realización del procedimiento⁹.
- Puede ser autoadministrada o bien administrada en el centro de servicio, antes de la realización del procedimiento, para lo que se debe proveer un espacio de espera confortable antes de la intervención quirúrgica.
- En el momento de preparar el cérvix se debe administrar analgesia, basada en el uso de analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos (ibuprofen 600 mgr vía oral u otra opción disponible en caso de alergia)¹⁰.
- Si una mujer sometida a una maduración cervical comienza a sangrar profusamente por la vagina, el procedimiento de evacuación debe ser realizado sin demoras¹⁰.

IV.4.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO

Durante la consejería, elección informada y firma del consentimiento para el manejo quirúrgico del aborto, las siguientes informaciones **deben ser enfatizadas y ampliamente descritas**:

- En las usuarias a quien se realiza maduración cervical, informarles sobre la posibilidad de sangrado y dolores tipo cólico, además de que ante la ocurrencia de sangrado transvaginal abundante, se requiera la realización inmediata del procedimiento quirúrgico programado.
- Explicación sobre en qué consiste la técnica seleccionada.
- Advertir sobre preservación de su estado de conciencia durante el procedimiento de aspiración endouterina manual.
- Informaciones generales sobre el procedimiento anestésico que vaya a ser utilizado.
- Informaciones detalladas de riesgos y complicaciones vinculadas a la técnica seleccionada.
- Ocurrencia de dolor de intensidad variable, que será manejado de acuerdo a las características clínicas de cada usuaria.
- Uso de antibioterapia profiláctica, cuando aplique.
- Información sobre reanudación de la menstruación después del tratamiento, pudiendo ser por períodos más prolongados cuando han sido manejadas con edades gestacionales del segundo trimestre.
- La ovulación puede ocurrir entre los 8 días hasta las 12 semanas después de la terminación del embarazo, a partir de lo cual recupera su capacidad reproductiva.
- Se debe ofrecer a la usuaria información completa de todos los métodos anticonceptivos disponibles, oferta que debe velar por:
 - Libertad de selección de método por parte de la usuaria, basada en sus propias necesidades, valores, creencias y bienestar social.
 - Prevención de cualquier tipo de discriminación.
 - Respeto a la privacidad de la atención en anticoncepción.
 - Garantía de la confiabilidad y continuidad del servicio.

- Cuando la usuaria haya seleccionado el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo, explicar que el mismo puede ser colocado inmediatamente concluido el tratamiento. En estos casos, incluir también este procedimiento dentro del documento de consentimiento informado.

IV.4.6. SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO

- Refiera a servicio de Apoyo Emocional o de Psicología cuando hayan sido detectado factores de riesgo psicosocial.
- Cumpla con la consejería enfocada al post aborto y oferta de métodos anticonceptivos.
- Informe sobre condiciones esperadas después del manejo quirúrgico del aborto.
- Advierta sobre las señales de alarma por las que debe procurar atención médica urgente, específicamente sangrado abundante persistente o intermitente, dolor pélvico o abdominal severo y persistente, fiebre.
- De el alta hospitalaria cuando las funciones vitales estén estables, ocurrencia de sangrado mínimo, cuando la usuaria pueda deambular sin asistencia y haya recibido información para su seguimiento.

IV.5. ANTICONCEPCION POST ABORTO

Independientemente a las causas de cada caso, un componente prioritario del manejo del aborto es prevenir la ocurrencia o recurrencia de embarazos no deseados. En este sentido, todos los servicios de salud donde se manejan usuarias por aborto, deben comprometerse con la garantía de:

- Oferta de consejería y servicio de anticoncepción¹⁷.
- Promover el empoderamiento de la usuaria en la prevención de embarazos no deseados.¹⁷
- Proveer información sobre el espaciamiento óptimo entre los embarazos, en favor de la salud de la usuaria, la prevención de las muertes maternas y neonatales, al igual que de la mortalidad infantil.¹⁷

La consejería sobre la anticoncepción puede cumplirse de manera transversal, desde la acogida, durante y después del manejo del aborto y puede ser ofrecida por cualquier tipo de profesional de la salud cualificado/a para hacerlo. Es preferible no postergar la consejería para las visitas de control posteriores al manejo del aborto.¹¹ Este proceso, además de la información y educación, debe enfatizar sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos de la mujer¹¹, según se describe a continuación:

- **Información.** Todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de anticoncepción, la mujer tiene derecho a recibir información completa sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles.¹¹
- **Libertad.** Capacidad de hacer elecciones básicas sobre la vida y la atención en salud en general, la que incluye la salud sexual y reproductiva.¹¹
- **Privacidad.** Las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva incluido el tamaño de la familia, son de carácter privado, pues estas se toman teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.¹¹
- **Igualdad.** Los métodos anticonceptivos deben ser dados a conocer en todos los servicios de salud y estar al acceso de todas las mujeres que los soliciten, sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, ideas políticas, opiniones, origen nacional, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición.¹¹
- **Justicia sanitaria.** Se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener.¹¹

IV.6. COMPLICACIONES DEL ABORTO^{10, 11, 12, 13}

IV.6.1. INFECCIONES

Los síntomas más frecuentes son fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con mal olor, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina y leucocitosis.¹¹ Debe ser manejada con antibioterapia y, en caso de estar asociada a la retención de restos ovulares, debe procederse a la reevacuación uterina. Dependiendo la severidad del caso, podría requerirse hospitalización de la usuaria.¹¹

IV.6.2. HEMORRAGIA

Sus causas más frecuentes son la retención de restos ovulares, traumatismo o laceración cervical, la perforación uterina y la hipotonía uterina. Por tanto, el tipo de manejo de la hemorragia post aborto depende de su causa, pudiendo incluir desde solo masaje uterino, administración de uterotónicos, hasta manejos quirúrgicos.¹¹ Dependiendo la severidad del volumen del sangrado, la reposición del mismo puede ser realizada con soluciones parenterales cristaloides o reposición con hemotransfusión.¹¹

Todo centro de salud donde se realice manejo quirúrgico del aborto debe tener la capacidad de estabilizar y tratar o capacidad de referimiento oportuno de las usuarias que puedan presentar complicaciones hemorrágicas.^{11, 12}

IV.6.3. RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES

Los signos y síntomas incluyen sangrado genital, dolor abdominal o signos de infección. La reevacuación uterina con aspiración al vacío es el método de elección para tratar un aborto incompleto, prestando atención a la posibilidad de hemorragia o infección. En aquellos lugares donde la aspiración no esté disponible, es válido el uso de la dilatación y evacuación uterina.¹¹

IV.6.4. PERFORACIÓN UTERINA

Es una complicación que puede pasar desapercibida y no requerir ningún manejo en particular. Cuando la perforación es detectada puede ser manejada solo con observación y antibioterapia.¹¹

En caso de sospecha de lesiones mayores, la laparoscopia es la vía diagnóstica de elección. La detección de trauma intestinal, vascular u otra estructura podría requerir abordaje con laparotomía.¹¹

IV.6.5. COMPLICACIONES VINCULADAS A LA ANESTESIA

En los casos de manejo quirúrgico del aborto con administración de cualquier tipo de anestésico, es posible la ocurrencia de complicaciones inherentes al fármaco y vías utilizadas.¹⁰ Siempre que sea utilizado algún tipo de procedimiento anestésico, la persona proveedora del servicio debe disponer de las competencias para el manejo de sus complicaciones.¹⁰

IV.6.6. COMPLICACIONES GENERALES NO ESPECÍFICAS DEL MANEJO DEL ABORTO

Este tipo de complicaciones, tales como reacciones anafilácticas, broncoespasmo, entre otras; pueden ser posibles y deben ser manejadas según aplique en cada caso.¹⁰

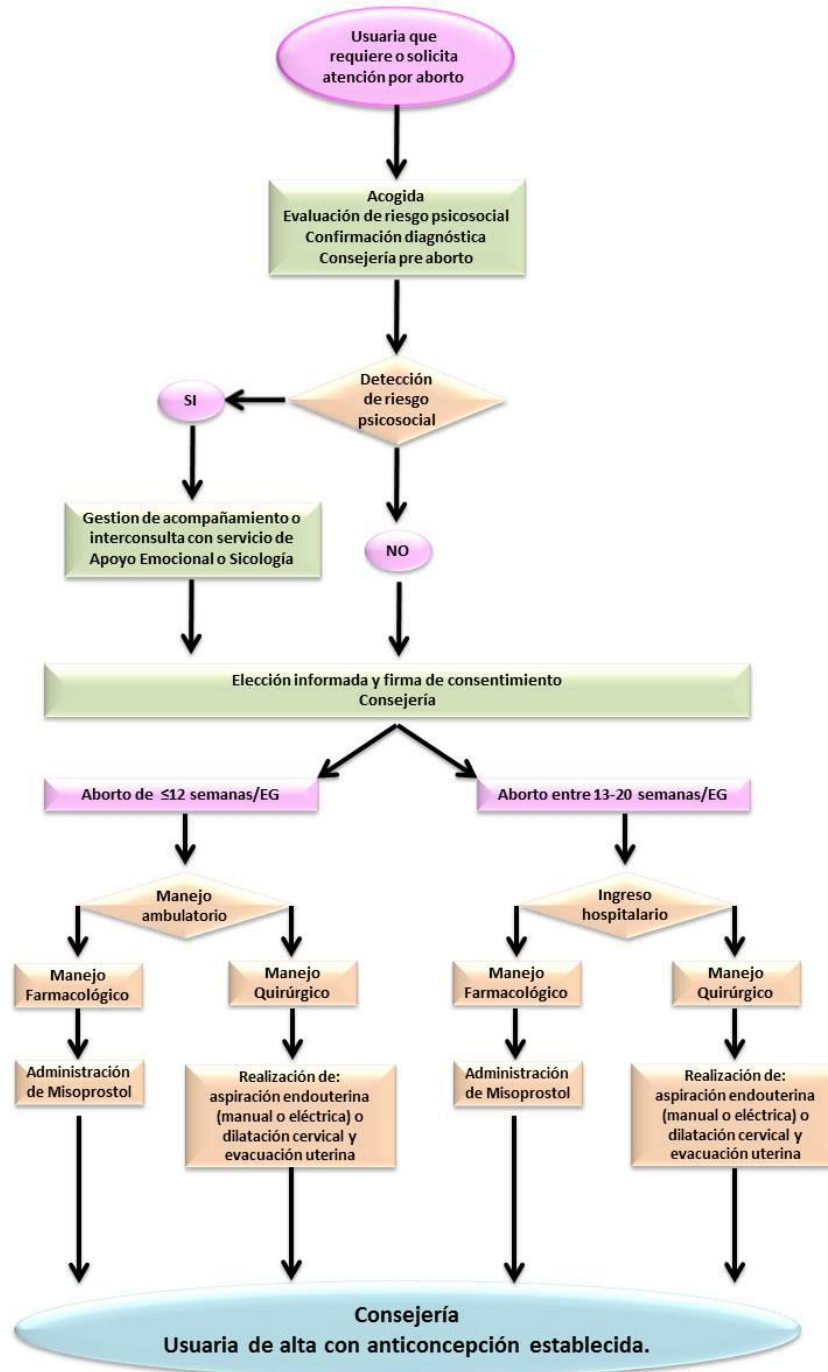
V. FARMACOLOGÍA

MISOPROSTOL	
INDICACIÓN CONTENIDA EN PROTOCOLO	Manejo farmacológico del aborto.
PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA	Tabletas de 200 µg
PRECAUCIONES	<p>Pacientes con glaucoma, hipertensión intraocular, asma, epilepsia. Pacientes con alto riesgo obstétrico, diabetes gestacional, hipertensión, hipotiroidismo.</p> <p>Pacientes con embarazo postérmino, porque puede incrementar riesgo de coagulación vascular diseminada.</p> <p>Pacientes con condiciones en las cuales una hipotensión pueda implicar consecuencias graves (por ej. insuficiencia coronaria, enfermedad cerebro-vascular).</p>
CONTRAINDICACIONES	Enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o hepática activa.
EFFECTOS ADVERSOS	<p>Frecuentes: dolor abdominal, náusea, flatulencia, diarrea.</p> <p>Poco frecuente: hipertonia uterina, sangrado uterino, alergia, hipertensión y disnea (en uso concomitante con oxitocina y metilergonovina / ergonovina).</p> <p>Raros: ruptura de útero (principalmente en multiparas y con cesárea previa), muerte materna por embolismo de líquido amniótico, coagulación intravascular diseminada.</p>
INTERACCIONES	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Útero-inhibidores: por efecto antagónico. <p>Aumento de los efectos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antihipertensivos y otros vasodilatadores: mayor riesgo de hipotensión por sinergia. - Oxitocina: se incrementan sus efectos en general, por sinergia.

DOXICICLINA	
INDICACIÓN CONTENIDA EN PROTOCOLO	Antibioterapia profiláctica
PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA	Tabletas de 100 y 200 mg
PRECAUCIONES	Insuficiencia renal, no requiere ajuste de dosis. Insuficiencia hepática, mayor riesgo de toxicidad por acumulación del fármaco. Miastenia gravis, aumenta el riesgo de bloqueo neuromuscular. Pacientes con porfiria.
CONTRAINDICACIONES	Enfermedades renales o insuficiencia renal. Hipersensibilidad a las tetraciclinas.
EFFECTOS ADVERSOS	Frecuentes: Náusea, vómito, dolor epigástrico, gastritis. Fotosensibilidad. Erupciones cutáneas, urticaria. Coloración amarilla o parda permanente e hipoplasia del esmalte dentario. Depósitos de ortofosfato cálcico de tetraciclina en los huesos, que puede interferir con el crecimiento. Neuropatías. Poco frecuente: Diarrea, molestias abdominales. Dermatitis exfoliativa. Leucocitosis, linfocitos atípicos, granulaciones tóxicas y púrpura trombocitopénica. Raros: Colitis pseudomembranosa que podría ser letal. Esofagitis, úlceras esofágicas. Síndrome de Fanconi por tetraciclinas caducadas, caracterizado por náusea, vomito, poliuria, polidipsia, proteinuria, acidosis, glucosuria, aminoaciduria microscópica.
INTERACCIONES	Disminución de la eficacia: Penicilinas: efecto bacteriostático de tetraciclinas dificulta mecanismo bactericida de penicilinas, que actúan en bacterias en fase de reproducción rápida, disminuyendo su eficacia. Rifampicina, carbamazepina, fenobarbital y fenitoína: inducción enzimática que aumenta metabolización y excreción de tetraciclinas, al administrarlo con estos fármacos disminuye la eficacia. Aumento de los efectos adversos: Colestiramina, colestipol: se une a tetraciclinas en el intestino, disminuye su absorción. Digoxina: alteración de microflora intestinal disminuye metabolización de digoxina por bacterias intestinales y aumenta biodisponibilidad por circulación entero-hepática aumentada, y aumento de toxicidad. Lácteos, hidróxido de aluminio, sales de calcio, magnesio, hierro o zinc y subsalicilato de bismuto, bicarbonato de sodio: alteran el pH gástrico, disminución de su absorción. Administrar 1 hora antes o 3 horas después de estos medicamentos. Vitamina A: Efecto sinérgico, hipertensión intracraneal. Warfarina: el efecto antimicrobiano altera la flora intestinal y disminuye la síntesis de vitamina K, aumentando el riesgo de hemorragia.

IBUPROFEN	
INDICACIÓN CONTENIDA EN PROTOCOLO	Analgésico antiinflamatorio no esteroideo
PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA	Comprimidos o tabletas de 200, 600 y 800 mg
PRECAUCIONES	El ibuprofen debe administrarse con precaución en pacientes que padezcan o tengan antecedentes de asma bronquial, antecedentes de enfermedad gastrointestinal, alteraciones renales, hepáticas o cardíacas, insuficiencia cardíaca o hipertensión.
CONTRAINDICACIONES	Pacientes con úlcera péptica activa y en pacientes que hayan presentado reacciones de hipersensibilidad (asma, rinitis o urticaria) con el ibuprofeno, el ácido acetilsalicílico u otros antiinflamatorios no esteroideos.
EFFECTOS ADVERSOS	Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal, melenas, hematemesis, estomatitis ulcerosa y hemorragia digestiva. Se han observado con menor frecuencia gastritis, úlcera duodenal, úlcera gástrica y perforación. Se han notificado reacciones de hipersensibilidad con ibuprofeno. Pueden consistir en reacción alérgica inespecífica y anafilaxia, reactividad del tracto respiratorio comprendiendo asma, agravación del asma, broncospasmo o disnea, o alteraciones cutáneas variadas, incluyendo rash de varios tipos, prurito, urticaria, púrpura, angioedema y, menos frecuentemente, dermatosis bullosas (incluyendo necrólisis epidérmica y eritema multiforme). Se ha notificado la aparición de edema asociada al tratamiento con ibuprofeno. Otras reacciones adversas que se han notificado con menor frecuencia y cuya relación no ha sido necesariamente establecida son: varias formas de nefrotoxicidad, incluyendo nefritis intersticial, síndrome nefrótico e insuficiencia renal, alteración de la función hepática, hepatitis e ictericia, alteraciones visuales, neuritis óptica, cefalea, parestesias, depresión, confusión, alucinaciones, tinnitus, vértigo, mareo, fatiga y somnolencia. Se han descrito casos aislados de meningitis aséptica reversible al cesar el tratamiento. Su aparición es más probable en pacientes con lupus eritematoso y otras enfermedades del colágeno. Trombocitopenia, neutropenia, agranulocitosis, anemia aplásica y hemolítica, fotosensibilidad.
INTERACCIONES	<p>Antihipertensivos: reducción del efecto hipotensor.</p> <p>Diuréticos: disminución del efecto diurético. Los diuréticos pueden aumentar el riesgo de nefrotoxicidad por antiinflamatorios no esteroideos.</p> <p>Glucósidos cardíacos: los antiinflamatorios no esteroideos pueden exacerbar la insuficiencia cardíaca, reducir la tasa de filtración glomerular y aumentar los niveles de los glucósidos cardíacos.</p> <p>Litio: disminución de la eliminación de litio.</p> <p>Metotrexato: disminución de la eliminación de metotrexato.</p> <p>Ciclosporina: aumenta el riesgo de nefrotoxicidad con los antiinflamatorios no esteroideos.</p> <p>Mifepristona: los antiinflamatorios no esteroideos no deben administrarse en los 8-12 días posteriores a la administración de la mifepristona ya que éstos pueden reducir los efectos de la misma.</p> <p>Otros analgésicos: evitar el uso concomitante con otros antiinflamatorios no esteroideos.</p> <p>Corticosteroides: aumento del riesgo de sangrado digestivo.</p> <p>Anticoagulantes: aumento del efecto anticoagulante.</p> <p>Quinolonas: datos derivados de la experimentación animal indican que los antiinflamatorios no esteroideos asociados a las quinolonas pueden aumentar el riesgo de convulsiones.</p>

VI. ALGORITMO DE MANEJO EL ABORTO



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nota descriptiva No. 348, mayo 2014. Centro de Prensa de la Organización Mundial de la salud. “Mortalidad Materna”. Disponible en línea en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. (Último acceso 5 de julio, 2015).
2. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, et al. “Trends in Maternal Mortality: 1990-2013. World health Organization”. Ginebra, 2014. 56 p. Disponible en línea en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1 (Último acceso 5 de julio, 2015).
3. Department of Reproductive Health and Research. “Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008”. Sixth edition. World Health Organization. Ginebra, 2011. p1. Disponible en línea en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/. (Último acceso 5 de julio, 2015).
4. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública. “Indicadores Básicos de Salud República Dominicana 2014”. p4. Disponible en línea en: http://www.digepisalud.gob.do/?page_id=93&drawer=Análisis%20de%20Situaci%C3%B3n*Informe%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud*Indicadores%20B%C3%A1sicos%20de%20Salud. (Último acceso 5 de julio, 2015).
5. Congreso Nacional de la República Dominicana. “Ley No. 550-14, que establece el Código Penal de la República Dominicana”. 26 de diciembre, 2014. p.34 Disponible en línea en: <https://voces.intec.edu.do/wp-content/uploads/2014/10/251865974-Ley-No-550-14-Que-establece-el-Codigo-Penal-de-La-Republica-Dominicana.pdf>. (Último acceso 5 de julio, 2015).
6. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Norma Técnica No. 119: “Orientaciones Técnicas para la atención Integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas”. Santiago, 3 de mayo, 2014. p41. Disponible en línea en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>. (Último acceso 5 de julio, 2015).
7. Ministerio de Salud. “Guía técnica para la atención integral del aborto no punible”. Buenos Aires, junio 2014. 64p. Disponible en línea en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000667cnt-Guia-tecnica-web.pdf> (Último acceso 5 de julio, 2015).
8. Ministerio de Salud. “Guía para el mejoramiento de la atención post aborto”. Buenos Aires, diciembre 2009. 64p. Disponible en línea en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf>. (Último acceso 10 de julio, 2015).
9. Organización Mundial de la Salud. “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”. 2^{da} edición. Ginebra, 2012. 134p. Disponible en línea en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf. (Último acceso 5 de julio, 2015).
10. Organización Mundial de la Salud. “Manual de práctica clínica para un aborto seguro”. Ginebra, 2014. 72p. Disponible en línea en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf?ua=1&ua=1. (Último acceso 5 de julio, 2015).
11. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. “Prevención del aborto inseguro en Colombia: Protocolo para el sector salud”. Ciudad de Bogotá, 2014. 114p.

12. The American College of Obstetricians and Gynecologists. "Practice Bulletin No. 143: Medical Management of the First Trimester abortion". *Obstet Gynecol.* 2014 Mar; 123(3): 676-92.
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists. "Practice Bulletin No. 135: Second trimester abortion". *Obstet Gynecol.* 2013 Jun; 121(6): 1394-406.
14. Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. "Uso del misoprostol en Obstetricia y Ginecología". Mayo, 2013. p97.
15. Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. "Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD005217. Disponible en línea en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005217.pub2/abstract> (Último acceso 6 de julio, 2015).
16. Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 2. Art. No.: CD007207. Disponible en línea en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007207.pub2/abstract> (Último acceso 6 de julio, 2015).

VIII.ANEXOS

ANEXO 1. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL ABORTO.

PRESENTACIONES CLINICAS DEL ABORTO ESPONTANEO	
TIPO DE ABORTO	SIGNOS Y SINTOMAS
Aborto completo	<ul style="list-style-type: none">• Más frecuente con edad gestacional igual o menor de 8 semanas.• Expulsión completa de los productos de la gestación, que puede estar precedido de sangrado transvaginal y dolor pélvico tipo cólico de intensidades variables.• Disminución o desaparición del sangrado y dolor después de la expulsión.• Orificio cervical cerrado o semipermeable.• Utero bien contraído.
Aborto incompleto	<ul style="list-style-type: none">• Expulsión parcial de los productos de la gestación.• Sangrado transvaginal de intensidad variable.• Dolor pélvico tipo cólico de intensidad variable.• Dilatación cervical evidente.• Volumen uterino por debajo del correspondiente para la edad gestacional.
Aborto inminente	<ul style="list-style-type: none">• Expulsión inminente de los productos de la gestación.• Dolor pélvico tipo cólico, de intensidad progresiva.• Sangrado transvaginal persistente.• Dilatación cervical.• Volumen uterino por debajo del correspondiente para la edad gestacional.
Aborto inevitable	<ul style="list-style-type: none">• Sangrado transvaginal de intensidad variable.• Ruptura de membranas, con salida evidente del líquido amniótico.• Puede haber o no dilatación cervical.
Aborto retenido o huevo muerto retenido	<ul style="list-style-type: none">• Volumen uterino por debajo al correspondiente para la edad gestacional.• Ausencia de vitalidad fetal (ausencia de frecuencia cardiaca fetal).• Ausencia de modificaciones cervicales.
Aborto séptico	<ul style="list-style-type: none">• Complicación posible en cualquiera de las presentaciones clínicas previas.• Salida de secreción hemato-purulenta y fétida a través del cuello del útero.• Fiebre• Hipersensibilidad al tacto del área suprapúbica y dolor intenso a la movilización lateral del cuello y útero.• Alteración del estado general.• Leucocitosis

ANEXO 2. ESQUEMAS DE DOSIFICACIÓN DE MIFESPRISTONA + MISOPROSTOL PARA MANEJO DE ABORTO.

DOSIFICACIÓN MIFESPRISTONA + MISOPROSTOL
Manejo del aborto ≤12 semanas de edad gestacional
Mifepriestona 600 mg, vía oral dosis única + Misoprostol 48 mg, vía oral dosis única, 48 después de la dosis de la mifepriestona.
Manejo del aborto 13-20 semanas de edad gestacional
Mifepriestona 200 mg, vía oral, dosis única + Misoprostol 800 mcg vía vaginal, seguidos de 400 mcg vía sublingual cada 3 horas por un máximo de 5 dosis. O Misoprostol 400 mcg., vía bucal cada 3 horas por máximo de 5 dosis.

Fuente:

Organización Mundial de la Salud. "Manual de práctica clínica para un aborto seguro". Ginebra, 2014. 72p. Disponible en línea en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf?ua=1&ua=1. (Último acceso 5 de julio, 2015).

The American College of Obstetricians and Gynecologists. "Practice Bulletin No. 143: Medical Management of the First Trimester abortion". Obstet Gynecol. 2014 Mar; 123(3): 676-92.

ANEXO 3. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES DEL MANEJO DEL ABORTO.

SOBRE EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO		
Recomendaciones	Nivel de evidencia	Referencia Bibliográfica
El esquema de mifepristona + misoprostol es el régimen de manejo farmacológico del aborto más efectivo.	A	9, 13
El uso del misoprostol como agente único es efectivo para el manejo farmacológico del aborto mayor de 13 semanas.	A	13
La mujer puede autoadministrarse el misoprostol de manera segura y efectiva, en el marco de su residencia, durante el manejo del aborto farmacológico.	A	12
En edad gestacional ≤ 12 semanas, el método recomendado para el aborto médico es 800 μg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 μg con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas.	A	9
En edad gestacional >12 semanas, la dosis recomendada para el manejo del aborto farmacológico es de 400 μg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, repetido cada tres horas con un máximo de cinco dosis.	A	9
El manejo del aborto farmacológico puede ser ofrecido de manera segura por parte de personal no médico.	A	12
El seguimiento posterior al manejo farmacológico del aborto es importante pero no siempre es necesario.	A	12
Es importante que las usuarias sean advertidas sobre el potencial teratogénicos de los medicamentos utilizados para manejo farmacológico del aborto, en el caso de continuidad del embarazo después de su uso	B	12
En edad gestacional ≥ 13 semanas, cuando existe sospecha de inserción anormal de la placenta, la dilatación y evacuación uterina es preferible al manejo farmacológico.	B	13
El uso de anti-inflamatorios no esteroideos para el control del dolor no está contraindicado durante el manejo farmacológico del aborto.	B	12
Considerando que el riesgo de ruptura uterina con el uso de misoprostol es similar en usuarias con o sin antecedentes de cesárea, se considera seguro el uso del misoprostol para el manejo farmacológico del aborto de usuarias con antecedentes de una cesárea previa.	A	13
Las mujeres sometidas a manejo farmacológico deben tener acceso expedito o posibilidad de referimiento oportuno al manejo quirúrgico de emergencia.	C	12
Los/as proveedores de servicios de atención de salud que ofrecen manejo farmacológico del aborto deben estar entrenados/as en el manejo quirúrgico o estar en capacidad del referimiento oportuno a otro/a proveedor/a que pueda manejarlo.	C	12
No existen evidencias suficientes de necesidad de uso de antibioterapia profiláctica para el manejo farmacológico del aborto del primer trimestre.	C	9, 12
La inmunoglobulina antiRhD debe ser administrada en las usuarias Rh negativas.	C	12

SOBRE EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO

Recomendaciones	Nivel de evidencia	Referencia Bibliográfica
Se recomiendan tanto la dilatación y evacuación (DyE) como los métodos médicos (mifepristona y misoprostol; misoprostol solo) para el aborto cuando la gestación es mayor a entre 12 y 14 semanas. Los centros médicos deben ofrecer al menos uno de estos métodos, y preferentemente ambos, según la experiencia del profesional y la disponibilidad de capacitación.	A	9
Antes de un aborto quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino en el caso de todas las mujeres con un embarazo de 12 a 14 semanas de gestación. Su empleo puede considerarse en las mujeres con un embarazo en cualquier edad gestacional.	A	9, 13
Todas las mujeres sometidas a dilatación y evacuación (DyE) con un embarazo de más de 14 semanas de gestación deben someterse a preparación del cuello uterino antes del procedimiento.	A	9, 13
Los métodos recomendados para la preparación del cuello uterino antes de la dilatación y evacuación (DyE) después de las 14 semanas de gestación son los dilatadores osmóticos o el misoprostol.	A	9
Todas las mujeres que se sometan a un aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, deben recibir profilaxis con antibióticos antes de la cirugía o durante esta.	A	9, 13
Excepto por la esterilización por histeroscopia, el diafragma y la copa cervical, todos los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados después del manejo quirúrgico del aborto y pueden ser iniciados el mismo día del procedimiento.	A	13

SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO.

Recomendaciones	Nivel de evidencia	Referencia Bibliográfica
Las mujeres pueden comenzar a utilizar anticoncepción hormonal en el momento del aborto quirúrgico o tan pronto como se le administre el primer comprimido de un régimen para un aborto médico. Después del aborto médico, puede insertarse un dispositivo intrauterino (DIU) cuando ya se haya establecido razonablemente que la mujer ya no está embarazada.	A	9