



Manejo multidisciplinario del Postaborto

Elaborado por:

Grupo de Especialistas Multidisciplinarios





Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Ingeniero José Javier Donis Álvarez
Gerente

Dr. Iván Federico Rosada Barreno
Subgerente de Prestaciones en Salud



Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia (GPC-BE)
GPC-BE 75 “Manejo multidisciplinario del Postaborto”
Edición 2016; pág. 104.
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión Central de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia; Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala 2016.

Derechos reservados-IGSS-2016

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro, a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.

AGRADECIMIENTOS:

Grupo de Desarrollo:

Dra. Alba Varinia Pinto de Sagastume

Encargada de Sección de Higiene Materno Infantil
Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

INTEGRANTES

Dr. Luis Arnoldo Robles Rodas

Especialista Ginecólogo y Obstetra
Jefe de Consulta Externa
Hospital de Gineco Obstetricia

Dra. Nancy Arlette Centeno Aldana

Especialista Ginecóloga y Obstetra
Hospital Juan José Arévalo Bermejo

Dra. Josefina Rosidel Valenzuela Barillas

Especialista Ginecóloga y Obstetra
Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo

Dra. Dania Lucía Bolaños Monzón

Especialista Ginecóloga y Obstetra
Consultorio de Villa Nueva

Dra. María Alejandra Tucux López

Médico Residente III Ginecología y Obstetricia
Hospital de Gineco-Obstetricia



Dra. Loida Eunice Paredes Sánchez

Médico Residente II Ginecología y Obstetricia
Hospital de Gineco-Obstetricia

Licda. Aura Carola Estrada Rosales

Supervisora de Trabajo Social
Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo

Licda. Nuria Madalina Reyes Cacao

Trabajadora Social
Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo

Licda. Claudia María García Molina

Psicóloga
Hospital de Gineco Obstetricia

E. P. Feliciano Solís Pablo

Jefe de Enfermería
Hospital de Gineco-Obstetricia

Srita. Diana Yadyra García Santana

Asistente Administrativa
Sección de Higiene Materno Infantil

Revisor:

Dr. René Oswaldo Marroquín Pérez

Especialista Ginecólogo Obstetra
Coordinador de Consulta Externa
Hospital de Gineco Obstetricia

**COMISIÓN ELABORADORA DE GUÍAS DE PRÁCTICA
CLÍNICA FUNDAMENTADAS EN MEDICINA BASADA EN
LA EVIDENCIA:**

Msc. Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales

Jefe del Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Msc. Dr. Jorge David Alvarado Andrade


Coordinador
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Edgar Campos Reyes

Médico Supervisor
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Leiser Mazariegos

Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud





DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta Guía, tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.





PRÓLOGO
GUIAS DE PRACTICA CLINICA DEL IGSS
¿En qué consiste la Medicina Basada en Evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de Evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

(Tabla No. 1)



Tabla No. 1* Niveles de evidencia:

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia**; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla No. 2)

Tabla No.2

Significado de los grados de recomendación

Grado de Recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de Buena Práctica clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda.

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

1a En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **Nivel de Evidencia**^{1a} (en números y letras minúsculas, sobre la base de la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto ^A (siempre en letras mayúsculas sobre la base de la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las Guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a

estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

La **GUÍA DE BOLSILLO** es una parte de la guía, que resume lo más relevante de la entidad con relación a 4 aspectos: 1. La definición de la entidad, 2. Como se hace el diagnóstico, 3. Terapéutica y 4. Recomendaciones de buenas prácticas clínicas fundamentales, originadas de la mejor evidencia.

En el formato de Guías de Bolsillo desarrolladas en el IGSS, los diversos temas se editan, imprimen y socializan en un ejemplar de pequeño tamaño, con la idea de tenerlo a mano y revisar los temas incluidos en poco tiempo de lectura, para ayudar en la resolución rápida de los problemas que se presentan durante la práctica diaria.

Las Guías de Práctica Clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido

como ***“los elementos esenciales de las buenas guías”***, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas. En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales -especialistas y médicos residentes- que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión Central Para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el



fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, siendo así mismo aplicable, práctica y de fácil estudio.

El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo esta Guía, con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble Institución.

**Comisión Central para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica,
IGSS, Guatemala, 2016**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

GUIA DE BOLSILLO

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Objetivos Específicos

3. METODOLOGIA

Definición de preguntas

Estrategia de Búsqueda

Población Diana

Usuarios

4. CONTENIDO

Marco Legal

Cita de Leyes

Normativas y Acuerdos vigentes en el IGSS

Marco Teórico

Datos Epidemiológicos

Definiciones

Clasificación

Diagnóstico

Diagnóstico diferencial

Complicaciones asociadas al aborto

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

Tratamiento farmacológico

Atención médico quirúrgica de la
paciente con Aborto



Consideraciones posteriores a la
atención hospitalaria de urgencia
Aspectos preventivos y educación en
salud

Seguimiento post aborto
Atención integral del aborto
Etapas para el abordaje integral
en la atención post aborto
Descripción de las etapas para la
atención integral del aborto
 Etapas iniciales (previo al
tratamiento quirúrgico)
 Etapas intermedias
 Etapas finales (Posterior al
tratamiento y/o
procedimientos
 realizados)
 Etapas de seguimiento
ambulatorio
 Seguimiento en unidades
con menor capacidad de
resolución

5. ANEXOS

Métodos anticonceptivos
aplicables en el periodo post
aborto

6. GLOSARIO


7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN EVIDENCIA SOBRE EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL POSTABORTO

I. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna continúa siendo uno de los problemas de salud pública más difíciles de enfrentar por parte de los Sistemas Sanitarios. Las estadísticas locales dan razón que la mortalidad materna en Guatemala es de 153 por cada 100,000 nacidos vivos, una de las más altas de Latinoamérica, donde cerca del 10% corresponde a abortos en condiciones de riesgo. Las causas de muerte materna directas continúan prevaleciendo hasta la fecha y para la República de Guatemala el aborto representa la cuarta causa de muerte directa. El aborto conduce con frecuencia a complicaciones graves de salud que imponen una pesada carga sobre las mujeres y sus familias; así como en el sistema de salud. (MSPAS-2005)

La pérdida del embarazo cualquiera que sea la etapa tiene implicaciones muy importantes desde el punto de vista fisiológico, psicológico, emocional y social que genera una



condición de duelo, afecta la función reproductora e incluso puede causar muerte materna. En las Unidades Médicas Hospitalarias del IGSS, se identificó la importancia de brindar una atención personalizada y diferenciada a las pacientes en el período Post Aborto; en cuanto al apoyo psicológico, emocional, social, médico y educativo con énfasis en planificación familiar; para que las usuarias tomen una decisión libre, voluntaria, consciente e informada previo a egresar del hospital. Esto con el propósito de evitar que las pacientes tengan complicaciones en el post-aborto inmediato, pérdidas recurrentes y embarazos no deseados, contribuyendo a la promoción de estilos de vida saludable en la mujer y su familia.

La atención médica inmediata, el tratamiento de complicaciones, la asesoría oportuna, el apoyo emocional, la consejería en planificación familiar, la orientación adecuada, la referencia y el seguimiento; son indispensables para disminuir la morbilidad y mortalidad materna previniendo situaciones de riesgo secundarios a embarazos no deseados y complicaciones de los mismos. Las intervenciones oportunas y el manejo integral por

medio de equipos multidisciplinarios, han tenido resultados favorables para el bienestar integral, la salud de las mujeres y mejoría en la calidez y calidad de los servicios de salud.

La presente Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencia proporciona los lineamientos técnicos, herramientas, procedimientos y estrategias asistenciales, médicas y científicas que facilitan al personal de salud, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio lograr el abordaje integral, oportuno y diferenciado a las pacientes que se encuentran en el período Post Aborto.





II. OBJETIVOS

Objetivo General

Proporcionar los lineamientos técnicos, herramientas, procedimientos y estrategias asistenciales, médicas y científicas que faciliten al personal de salud, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio el abordaje integral, oportuno y diferenciado que se requiere por medio de la intervención de equipos multidisciplinarios a las pacientes post aborto atendidas en los servicios de salud del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Objetivos Específicos

- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, mejorando la salud sexual y reproductiva por medio de un abordaje integral y oportuno de las afiliadas y beneficiarias con derecho que acuden a los servicios de salud del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con un aborto y sus complicaciones.
- Brindar atención integral multidisciplinaria: Médica, psicológica, educativa y social a las pacientes post aborto.



- Fortalecer y/o implementar el seguimiento ambulatorio integral de las pacientes Post Aborto en las unidades de consulta externa.
- Establecer un sistema adecuado de referencia y contra referencia.
- Contribuir a la Salud Sexual y Reproductiva de las pacientes, por medio de la promoción y oferta de métodos anticonceptivos temporales y definitivos, previo al egreso hospitalario, para prevenir los embarazos no deseados.
- Realizar acciones educativas culturalmente apropiadas sobre salud sexual y reproductiva que favorezcan la toma de decisiones libre, voluntaria e informada.
- Proporcionar orientación psicológica personalizada y/o terapia de grupo para manejo de emociones.
- Brindar los cuidados de enfermería con calidad y calidez en forma oportuna durante el proceso asistencial de las pacientes Post Aborto.


-
- Dar asesoría y apoyo en la gestión en los procesos administrativo-asistenciales a pacientes post aborto a través de Trabajo Social.
 - Contribuir en el fortalecimiento de la toma de decisiones de afiliadas y beneficiarias, durante su proceso de atención.
 - Contribuir en el desarrollo de las capacidades y facultades de las afiliadas y beneficiarias para integrarse satisfactoriamente a su vida familiar y social.





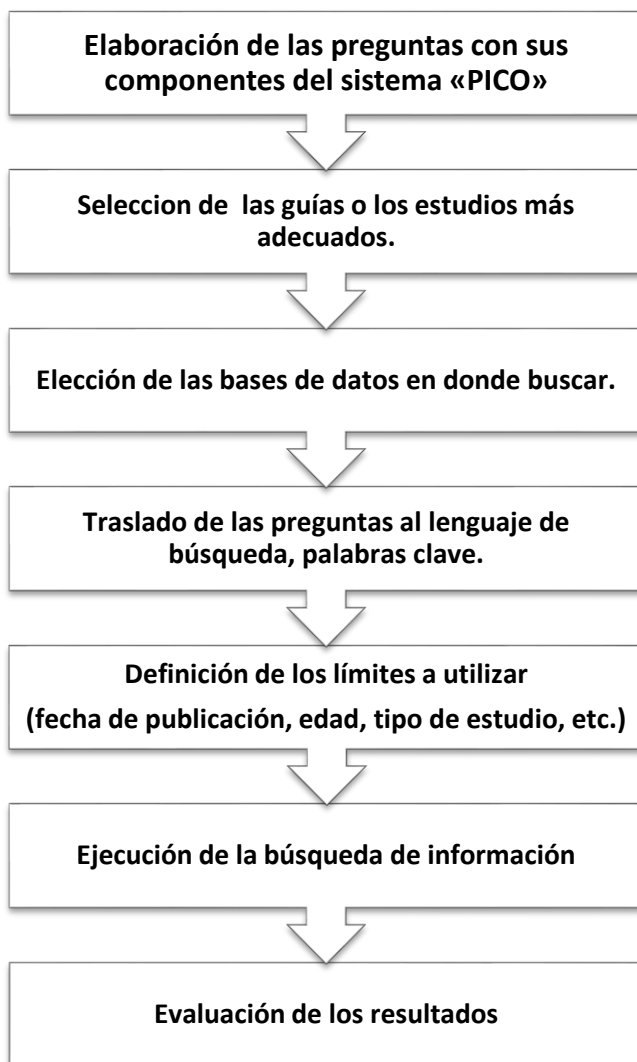
III. METODOLOGIA:

Definición de preguntas:

1. ¿Cuál es la definición de aborto?
 2. ¿Cuáles son los factores de riesgo para aborto?
 3. ¿Cuáles son los signos clínicos de aborto?
 4. ¿Cuáles son las especialidades involucradas en la atención de Post Aborto?
 5. ¿Cuál es el rol de cada uno de los profesionales involucrados en el abordaje integral?
 6. ¿Cómo abordar por medio de un equipo multidisciplinario a una mujer post aborto a nivel hospitalario y ambulatorio?
 7. ¿Cuáles son los Métodos Anticonceptivos recomendados Postaborto?
 8. ¿Cuál es la educación preventiva que debe proporcionarse en caso de Aborto por medio de la estrategia Información, Educación y Comunicación (IEC).
 9. ¿Cuáles son los signos de alarma y señales de peligro para la búsqueda oportuna de atención?
 10. ¿Cuál es el proceso de referencia y contra referencia desde el punto de vista médico y administrativo?
 11. ¿Cuáles son las principales recomendaciones médicas para el seguimiento de pacientes Post Aborto?
- 

Estrategia de Búsqueda:

Proceso para realizar la búsqueda de información:



Población Diana:

La presente Guía está diseñada para la atención integral post aborto de pacientes afiliadas y beneficiarias que consultan a las Unidades Médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Usuarios:

Personal de Salud Multidisciplinario de las diferentes Unidades Médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en donde se atienden pacientes afiliadas y beneficiarias post aborto, entre ellos:

- Médicos
- Personal de enfermería
- Especialistas en Psicología
- Trabajadores Sociales
- Educadores en Salud
- Personal administrativo



Elaboración, revisión y publicación:

Elaboración años 2015 – 2016.

Revisión año 2016.

Publicación año 2016.

4. CONTENIDO:

Marco Legal:

- Cita de Leyes:

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA:

- Artículo 1: Protección a la persona. El estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia.
- Artículo 4: Libertad e igualdad. En Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos.
- Artículo 47: Protección a la Familia. El Estado garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia, al mismo tiempo la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.
- Artículo 93: Derecho a la Salud. El goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.
- Artículo 94: Obligación del Estado, sobre la salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarle el más completo bienestar físico, mental y social.

LEY DE DIGNIFICACION Y PROMOCION INTEGRAL DE LA MUJER, Decreto 7-99

- Instrumento que establece el reconocimiento del carácter pluricultural y multilingüe de la Nación guatemalteca y se fundamenta en los principios constitucionales por la libertad, la vida humana, y la igualdad ante la ley.
- De la misma Ley en el Artículo 8, literal b. Hace referencia a la educación sexual y reproductiva y a elegir de común acuerdo con su cónyuge, el número de hijos y su espaciamiento
- Artículo 15: Lograr el acceso de las mujeres en todas las etapas y ámbitos de su vida, a los servicios de Salud Integral

**LEY DE DESARROLLO SOCIAL Y POBLACION.DECRETO
42-2001**

- Establece el marco jurídico de las acciones gubernativas y del Estado encaminadas al desarrollo de la persona humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno, con énfasis en los grupos de especial atención.
- Artículo 25: Salud Reproductiva. Es un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad.
- Artículo 26: Programa de salud reproductiva. Su objetivo esencial es reducir los índices de mortalidad materna e infantil y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social inclusive el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social están obligados a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo entre otros los servicios de planificación familiar, basados en información veraz, objetiva y ética, es decir, fundada en la naturaleza de las personas y de la propia sexualidad humana, completa y fácil de entender, accesibles para todas las personas y sus parejas.

**DECRETO 87-2005 LEY DE ACCESO UNIVERSAL Y
EQUITATIVO DE SERVICIOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR.**

- Instrumento que asegura el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar.

DECRETO 32-2010 LEY PARA MATERNIDAD SALUDABLE

- La vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por lo que deben de promoverse, apoyarse y ejecutarse acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil.

DECLARACION MINISTERIAL. PREVENIR CON EDUCACION

- Aprobada en el marco de la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe. México, agosto 2008

Normativas institucionales y acuerdos vigentes en el IGSS

Acuerdo 466 de Junta Directiva, "Reglamento de Asistencia Médica".

- Capítulo III, Secciones I, II, III y IV: Disposiciones Especiales sobre protección relativa a maternidad, asistencia médica durante la fase prenatal, natal y postnatal.

Acuerdo 473 de Junta Directiva, "Reglamenta de la Dirección General de Servicios Médicos Hospitalarios".

- Capítulo IV, Sección de Higiene Materno Infantil, Artículo 29 g): Elaborar instrucciones de promoción y conservación de la salud de la madre y del niño para su aplicación por los Médicos, Enfermeras y Trabajadores Sociales que intervienen en la atención materno infantil en los servicios externos del Instituto.

Acuerdo 1165 de Junta Directiva, Incorpora la Salud Reproductiva,

- Artículo 22 del Acuerdo 410 de Junta Directiva. El cual indica:
 - Artículo 3: Los servicios que el Instituto otorga en la Salud Reproductiva:
 - a) Educación y promoción de la salud sexual y reproductiva,
 - b) Orientación sobre el uso de metodologías anticonceptivas,
 - c) Suministrar métodos anticonceptivos temporales a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho,
 - d) Suministrar métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho y
 - e) Tratamiento de complicaciones que puedan derivarse de la aplicación de métodos anticonceptivos por el Instituto.
 - Artículo 4: El suministro de los métodos anticonceptivos temporales y definitivos se realizará a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho, que lo soliciten, en las Unidades Hospitalarias que tengan asistencia por Maternidad durante el período post parto y aborto temprano y en las Unidades de consulta Externa del Instituto, en cualquier momento de su ciclo reproductivo...

Marco Teórico:

Datos Epidemiológicos:

El aborto es una complicación frecuente del embarazo que ocurre del 15 al 20 % de todos los embarazos, está asociado con anomalías cromosómicas en el 50 % de los casos. ⁽¹⁾

El aborto espontaneo es una complicación frecuente del embarazo que ocurre en el 15 al 20% de embarazos, se ha descrito en asociación con anomalías cromosómicas en el 50% de los casos. (HA, Fayed AA, Esmail SA, Al Zeidan RA. Progestogen for treating threatened miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12)

Se estima que a nivel mundial 46 millones de embarazos finalizan en un aborto cada año, de estos 3.7 millones de abortos tienen lugar en Latinoamérica y el Caribe, con una tasa de aborto de 29 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva. La Organización Mundial de la Salud estima que el 15% de los abortos ocurre en mujeres de 15 a 19 años, el 29 % en mujeres entre 20 y 24 años y 56% en mujeres entre 25 y 49 años. ^(2, 3)

En Guatemala, la tasa anual de aborto es de 24 abortos por 1000 mujeres en edad reproductiva. Las dos regiones que tienen las tasas más altas de aborto son la metropolitana y suroccidente. ⁽³⁾

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el Hospital de Gineco - Obstetricia, para el año 2015 fueron atendidos 1,630 abortos. Del total de abortos atendidos se presentó una cobertura del programa de métodos anticonceptivos de 835 métodos, que corresponden al 51 %.



En el Hospital Juan José Arévalo Bermejo, se han ofertado 5,448 métodos para el año 2014. ⁽⁴⁾

Definiciones:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) aborto es la expulsión o extracción de un feto o embrión, de su madre, cuyo peso sea de 500 gramos o menos. Este estadio corresponde aproximadamente a 20 semanas de gestación. Según el “Royal College” de Obstetricia y Ginecología, el aborto espontáneo puede definirse como la pérdida del embarazo antes de las 24 semanas completas de gestación. ⁽⁵⁾

Los abortos se definen de acuerdo a la edad gestacional, en:

- Abortos tempranos si ocurren en el primer trimestre (hasta 12 semanas).
- Abortos tardíos (entre las semanas 12 a 24). ⁽⁶⁾

Clasificación:

- Amenaza de Aborto:

Se caracteriza por sangrado vaginal de pequeña o moderada cantidad, que puede estar acompañado de dolores tipo cólico; a la evaluación, el orificio cervical interno permanece cerrado: El volumen uterino es compatible con la edad gestacional y no existen signos de infección. El examen ecográfico es normal, aunque en algunas ocasiones puede encontrarse hematomas o pequeños desprendimientos. ⁽⁷⁾

- Aborto Espontáneo:

El cuadro clínico es dolor pélvico, hemorragia vaginal, expulsión de los productos de la concepción, con orificios cervicales abiertos. Puede existir aborto completo cuando se expulsan en su totalidad o incompleto cuando se expulsan en forma parcial. ⁽⁷⁾

- Aborto retenido:

En general, el aborto retenido cursa con regresión de los síntomas y signos de gestación, el orificio cervical interno se encuentra cerrado y no hay pérdidas sanguíneas. La ecografía revela ausencia de frecuencia cardíaca fetal o presencia de saco gestacional sin embrión (huevo anembriónico). ⁽⁷⁾

- Aborto séptico:

Con frecuencia está asociado a manipulación de la cavidad uterina por uso de técnicas inadecuadas e inseguras. Estas infecciones son poli microbianas y provocadas generalmente por bacterias de la flora vaginal, intestinal u oportunistas. Son infecciones graves y deben ser tratadas independientemente de la vitalidad del feto. Las manifestaciones más frecuentes son hemorragia vaginal que puede o no ser fétida, acompañado de dolor, así como síntomas y signos de irritación abdomino-pélvicos. ⁽⁷⁾⁽⁸⁾

- Aborto habitual:



Se caracteriza por la pérdida del producto de la concepción, espontánea y consecutiva de 3 o más gestaciones antes de las 22 semanas de gestación. ⁽⁸⁾

Diagnóstico:

Historia clínica:

La paciente que consulta con historia de embarazo menor a 20 semanas, además puede indicar hemorragia vaginal.

Examen ginecológico:

Puede no presentar cambios cervicales y dolor pélvico.

El examen ginecológico es fundamental en el diagnóstico pero debe complementarse con la evaluación clínica general, en búsqueda de signos de inestabilidad hemodinámica asociada a hemorragia y/o sepsis, así como determinar la presencia de comorbilidades.

Diagnóstico por imágenes:

La paciente deberá ser preparada para realizarle un ultrasonido abdomino-pélvico, el cual; antes de la semana 10 se realiza por vía transvaginal, debido a que tiene un mejor valor pronóstico predictivo así como un menor índice de falsos negativos. Se pretende buscar imágenes que confirmen la presencia o ausencia de saco gestacional, determinar el diámetro mayor del mismo, valoración subjetiva de la reacción decidual, así como la presencia o ausencia de latidos cardiacos fetales. ⁽⁹⁾

Los signos encontrados por medio de ultrasonografía nos permitirán evaluar el pronóstico del embarazo y el tratamiento a seguir.

Se consideran como signos de buen pronóstico un saco gestacional de forma regular, con adecuada reacción coriodecidual y presencia de saco vitelino. Si tiene más de seis semanas, deberá observarse la presencia del embrión con frecuencia cardíaca fetal.

Son signos de mal pronóstico, encontrar un saco gestacional colapsado, irregular con inadecuada reacción coriodecidual.

Es importante considerar si la paciente tenía ultrasonido previo en donde se evidenció frecuencia cardíaca y al momento de consultar, este no es evidente.

Análisis de laboratorio:

2c

Además de los exámenes de laboratorio rutinarios en el área de consulta, ante la sospecha de aborto, se considera conveniente usar la determinación de Hormona Gonadotropina Coriónica Humana fracción β , la cual deberá duplicarse cada 48 a 72 hrs. Por diagnóstico de exclusión, cuando esta hormona no se duplica, se está ante un pronóstico desfavorable para el producto. ⁽⁹⁾

2c

El aborto incompleto o retenido sin atención médica oportuna, es una condición que puede poner en peligro o amenazar la vida de una paciente.

Según la siguiente tabla se puede evaluar el tipo de aborto que la paciente presenta según las características clínica siempre y cuando se corrobora con un ultrasonido transvaginal o abdominal según sea el caso. ⁽⁹⁾

Tabla No. 1
Características Clínicas de tipos de Aborto

Tipo de Aborto	Datos Clínicos
Amenaza de Aborto	Amenorrea secundaria, prueba de embarazo positiva, presencia de vitalidad fetal, hemorragia leve, dolor pélvico leve, volumen uterino acorde con amenorrea, sin dilatación cervical.
Aborto inevitable	Volumen uterino igual o menor que lo esperado, hemorragia abundante o ruptura de membranas, puede haber o no dilatación cervical.
Aborto incompleto	Volumen no acorde con amenorrea, expulsión parcial de los productos de la concepción, hemorragia y dolor pélvico leve, dilatación cervical
Aborto inminente	Expulsión de los productos de la concepción, dolor tipo cólico progresivo, volumen uterino menor de lo esperado, hemorragia persistente, dilatación cervical
Aborto completo	Expulsión completa de los productos de la concepción, disminución del dolor y la hemorragia vaginal, cierre de orificio cervical
Aborto retenido, frustrado	Volumen uterino menor de lo esperado, ausencia de vitalidad fetal, no hay dilatación cervical
Aborto Séptico	Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas de aborto, secreción hemato-purulentas, hipersensibilidad supra púbica, dolor a la movilización del cérvix, fiebre, alteración del estado general.

*Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011. Guía para la atención integral de la hemorragia del primero y segundo trimestre y del pos aborto y sus complicaciones. Modificado IGSS

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial se realiza evaluando el origen de la hemorragia vaginal que puede ser tanto de origen obstétrico como ginecológico, se puede mencionar entre otras, las siguientes causas: ⁽¹⁰⁾

- Cervicitis.
- Erosiones cervicales.
- Sangrado post coital
- Pólipos endocervicales.
- Cáncer de cérvix.
- Infecciones vaginales.
- Cuerpos extraños.
- Laceraciones genitales.
- Várices cervicales, vaginales o bulbares.
- Hemorragia Uterina Disfuncional

Complicaciones asociadas al aborto:

Las principales son:

- Procesos sépticos.
- Perforación uterina.
- Lesiones intraabdominales.

Complicaciones asociadas al tratamiento e instrumentación:

3a

Las complicaciones más graves del legrado intrauterino incluyen perforación uterina, lesión cervical, perforación intestinal, Síndrome de Asherman y hemorragia grave, con una morbilidad de 2.1% y mortalidad de 0.5 / 100,000. (Secretaría de Salud, Mexico., 2009)

Signos y síntomas de Infección o sepsis:

Signos y Sintomas	Tratamiento Inicial
<ul style="list-style-type: none">• Escalofríos• Fiebre mayor 38 grados• Sudoración• Palidez y taquicardia• flujo Vaginal fetido• Dolor Abdominal• Dolor a la movilización uterina• Signos de dolor por rebote• Abdómen distendido• Hipotensión• Sangrado persistente	<ul style="list-style-type: none">• Iniciar Antibióticos según esquema• Control signos vitales cada 30 min• Control y registro de diuresis por hora• Asegurarse que la vía respiratoria este permeable• Mantener vena canalizada• Líquidos IV a razón de 100 - 120 cc/hr• Mantener oxitócicos• Colocar vacuna antitetánica• Referir a Unidad cuidados intensivos

Fuente: Villamarin, L.(2012).complicaciones del legrado instrumental, en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas que fueron atendidas en el hospital provincial general Latacunga en el periodo septiembre 2010-agosto 2011, obtenido de LF Villamarin granja-2014. Modificado IGSS-2015

Signos y síntomas de la perforación Uterina:

Signos y síntomas	Tratamiento Inicial
<ul style="list-style-type: none">• Taquicardia• hipotension• Sangrado excesivo• Antecedente manipulacion previa• Legra penetra mas alla de lo esperado• Presencia de tejidos u organos abdominales (grasa, eiplon, etc)	<ul style="list-style-type: none">• Valorar si existe lesion intraabdominal• Evaluar la necesidad de realizar laparotomia• Iniciar antibioticoterapia• Control signos vitales cada 30 min• Control y registro de diuresis horaria• Asegurarse de que la via respiratoria este permeable• Mantener vena canalizada• Liquidos IV a razon de 100 a 120 cc/ hr• Mantener oxicoticos• Si las condiciones clinicas se estabilizan, concluir la evacuacion uterina.• En caso de no estabilizar realizar laparotomia exploradora• Referir a Unidad Cuidados Intensivos

Fuente: Villamarin, L.(2012).complicaciones del legrado instrumental, en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas que fueron atendidas en el hospital provincial general Latacunga en el periodo septiembre 2010-agosto 2011, obtenido de LF Villamarin granja-2014. Modificado IGSS-2015

Signos y síntomas de lesión Intraabdominal:

Signos y Sintomas	Tratamiento inicial
<ul style="list-style-type: none">•Dolor•Distension abdominal•Taquicardia•Hipotension•dolor de Hombro•Nauseas•Vomitos•Ileo•Abdomen Agudo	<ul style="list-style-type: none">•Asegurar que la via respiratoria este permeable•Administrar oxigeno•Sonda vesical para control de liquidos•Administrar antibioticos•Administrar soluciones IV•Realizar laparotomia con participacion de cirugia general•Referir a Unidad de Cuidados Intensivos

Fuente: Villamarin, L.(2012).complicaciones del legrado instrumental, en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas que fueron atendidas en el hospital provincial general Latacunga en el periodo septiembre 2010-agosto 2011, obtenido de LF Villamarin granja-2014. Modificado IGSS-2015.

Tratamiento:

Tratamiento no farmacológico:

Tratamiento quirúrgico:

Básicamente comprende dos opciones terapéuticas básicas.

- La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y
- El Legrado Intrauterino (LIU)

El útero puede ser evacuado mediante distintas técnicas, entre los más utilizados esta AMEU, LIU y por medio de fármacos como el Misoprostol. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011).

1a

Existe evidencia que concluye que la AMEU es preferible al legrado intrauterino en casos de aborto incompleto, disminuyendo significativamente la cantidad de sangrado, el dolor pélvico y el tiempo de duración del procedimiento. (Secretaría de Salud, Mexico., 2009) El método pretende mediante aspiración, que el contenido uterino sea evacuado a través de una cánula. (Galimberti, 2010)

Indicaciones para efectuar AMEU:

1c

- Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina menor o igual a 12 cms con dilatación cervical menor o igual a 12 mm.
- Ante la presencia de Aborto séptico. AMEU se realizará hasta 6 – 8 hrs después de iniciado el tratamiento antibiótico.
- Aborto diferido con tamaño uterino menor o igual a 12 cms.
- Embarazo anembriónico con tamaño uterino menor o igual a 12 cms y dilatación cervical menor o igual a 12 mm. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011)

Contraindicaciones para efectuar AMEU.

- Personal no entrenado en esta técnica.
- Ante la presencia de Aborto incompleto o diferido con tamaño uterino mayor 12 cms o dilatación cervical mayor a 12 mm.
- Ante la presencia de Aborto séptico sin tratamiento.

Legrado Uterino Instrumental (LUI):

Procedimiento por el cual a través del cérvix y del uso de una cureta de metal se raspan las paredes del útero con el propósito de extraer los componentes del útero grávido, el procedimiento se efectúa preferentemente bajo anestesia general. (Galimberti, 2010)

Indicaciones para efectuar LUI:

- Tratamiento aborto incompleto con altura uterina igual o menor 20 cms
- Aborto séptico 6 – 8 hrs después de iniciado el tratamiento antibiótico
- Aborto diferido hasta las 20 semanas de gestación.

(Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, 2011)

Contraindicaciones para efectuar LUI:

- Personal no entrenado en esta técnica.
- Ante la presencia de Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.

Tratamiento Farmacológico:

Considerar el tratamiento de estabilización hemodinámica, administración antibiótica y abordaje de las comorbilidades, de acuerdo al criterio del personal médico a cargo del servicio que atiende a la paciente en ese momento.

1a El tratamiento médico para el manejo del aborto es considerado como una alternativa aceptable en casos seleccionados previo al tratamiento quirúrgico. (Secretaría de Salud, Mexico., 2009)

Misoprostol (Código 2019):

Dosis:

- Dosis única: 600 mcg vía oral o 400 mcg sublingual.
- Dosis única: 800 mcg vía vaginal.

1b El Misoprostol es un análogo de prostaglandinas altamente eficaz, utilizado para la evacuación uterina en casos de perdidas gestacionales tempranas. (Estudios controlados sugieren que su uso vaginal, oral, y sublingual muestran tasas de éxito del 87 a 93 %)(Secretaría de Salud, Mexico., 2009)

Indicaciones del Misoprostol:

- Aborto incompleto y espontaneo, con volumen uterino menor o igual a 12 semanas por fecha de ultima regla o por ultrasonido.

- Aborto retenido, con volumen uterino menor o igual a 12 semanas por fecha de última regla o por ultrasonido. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011)

Contraindicaciones:

- Sangrado abundante.
- Síntomas o signos de infección genital o sepsis.
- Mal estado general, síntomas de inestabilidad hemodinámica o shock.
- Alergia a prostaglandinas.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Antecedente de trastornos de la coagulación.
- Lactancia. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011)

1b

En algunos ensayos clínicos se ha reportado tasas de éxitos mayores cuando se utiliza la vía vaginal, si bien es cierto que en otros estudios no se demuestra que la vía de administración influya en la tasa de éxito. (Secretaría de Salud, Mexico., 2009)

Efectos secundarios del Misoprostol:

Se debe informar a la paciente de los efectos secundarios tales como son:

- Dolor y sangrado transvaginal,
- Náusea, vómitos, diarrea y fiebre, (Secretaría de Salud, Mexico., 2009)

Atención médico quirúrgica de la paciente con Aborto:


Atención inicial:

- Referir a unidad con mayor capacidad de resolución para ingreso si la paciente se encuentra estable.
- En caso de hemorragia con compromiso del estado general, administrar solución fisiológica intravenosa, y diluir en la misma, 10 UI de Oxitocina (código IGSS: 303) a goteo continuo. Habiendo recibido atención básica, referir a la paciente a la unidad correspondiente. (Galimberti, 2010)

Atención hospitalaria básica:

- Se procederá efectuar el ingreso hospitalario.
- Se realizarán estudios básicos de laboratorio y ultrasonido para corroborar el diagnóstico y valorar la condición hemodinámica de la paciente.
- En caso de hemorragia con compromiso del estado general, administrar solución fisiológica 1000 ml, diluir en la misma 10 UI de Oxitocina a goteo continuo.
- Posteriormente referir a la paciente para estudios o procedimientos especializados, a las unidades con mayor capacidad de resolución. (Galimberti, 2010)

Atención hospitalaria por personal especializado:

- Ingreso la unidad hospitalaria y proporcionar preparación para tratamiento quirúrgico.
 - Considerar la atención de las comorbilidades.
- 

- Administrar soluciones cristaloides IV y otros medicamentos que se consideren convenientes en cada caso.
- Se realizará Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o Legrado Uterino Instrumental (LUI) dependiendo del criterio del especialista en Gineco-obstetricia. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011) (Modificado IGSS 2015)

Consideraciones posteriores a la atención hospitalaria de urgencia.

Aspectos preventivos y educación en salud:

El primer contacto con un profesional médico debe proporcionar información específica sobre: ⁽¹¹⁾

Los suplementos con ácido fólico.

Higiene de los alimentos, incluyendo la forma de reducir el riesgo de una infección adquirida.

El estilo de vida, incluyendo el abandono del tabaco, el uso de drogas y el consumo de alcohol.

Todo el examen prenatal, incluyendo los riesgos, beneficios y limitaciones de las pruebas de detección temprana, la nutrición y la dieta, incluyendo suplementos de vitamina D, estado físico actual incluyendo IMC y prevención de enfermedades tanto infecciosas como metabólicas. ⁽¹²⁾

Para la educación en salud debe considerarse que es un proceso de comunicación que facilita el contacto directo con las mujeres post-aborto; permitiendo apoyar, identificar y responder a las necesidades emocionales, clínicas y otras preocupaciones referidas 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.

Cada miembro del equipo de salud puede contribuir al mejoramiento de la calidad de atención que reciben las mujeres, estimulando la comunicación abierta, asegurando la confidencialidad, privacidad de lo que expresan y manteniendo siempre un trato de apoyo humanizado y respetuoso hacia la mujer. El trato y la comunicación entre la mujer y el personal de salud.

Seguimiento post aborto:

Educar y suministrar información acerca del método anticonceptivo seleccionado.

Informar dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos para no interrumpir el uso de los mismos.

Orientar acerca del retorno de la fertilidad.

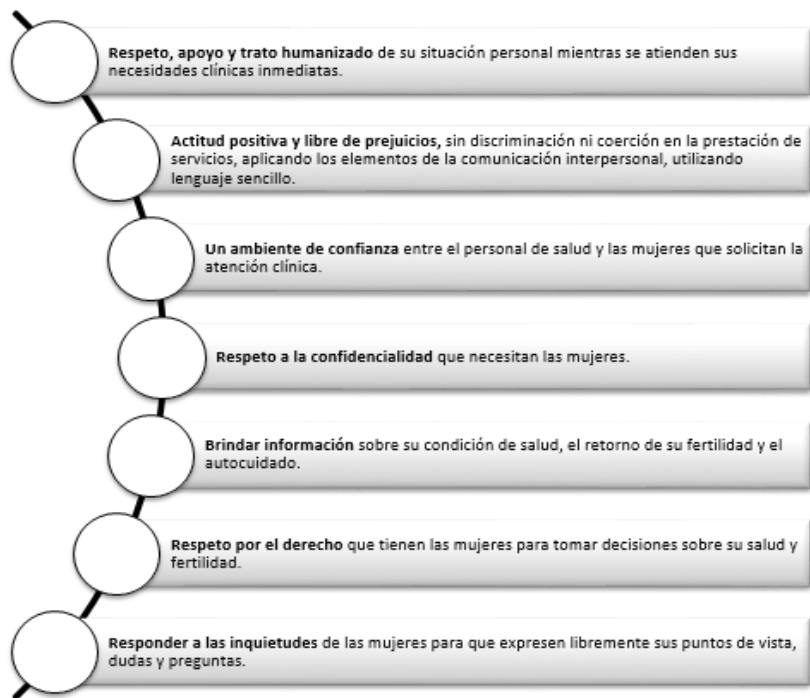
Instruir a la paciente en cuanto al día que realizaron el legrado para que lo anote como el primer día del ciclo menstrual.

Es necesario informar que la ovulación puede ocurrir luego de 11 a 14 días del aborto y que el 75 % de las mujeres ovulan dentro de las primeras seis semanas posteriores al aborto.

Es recomendable el reinicio de la actividad sexual, hasta que cese la hemorragia vaginal secundaria al aborto y su tratamiento.

Atención integral del aborto:

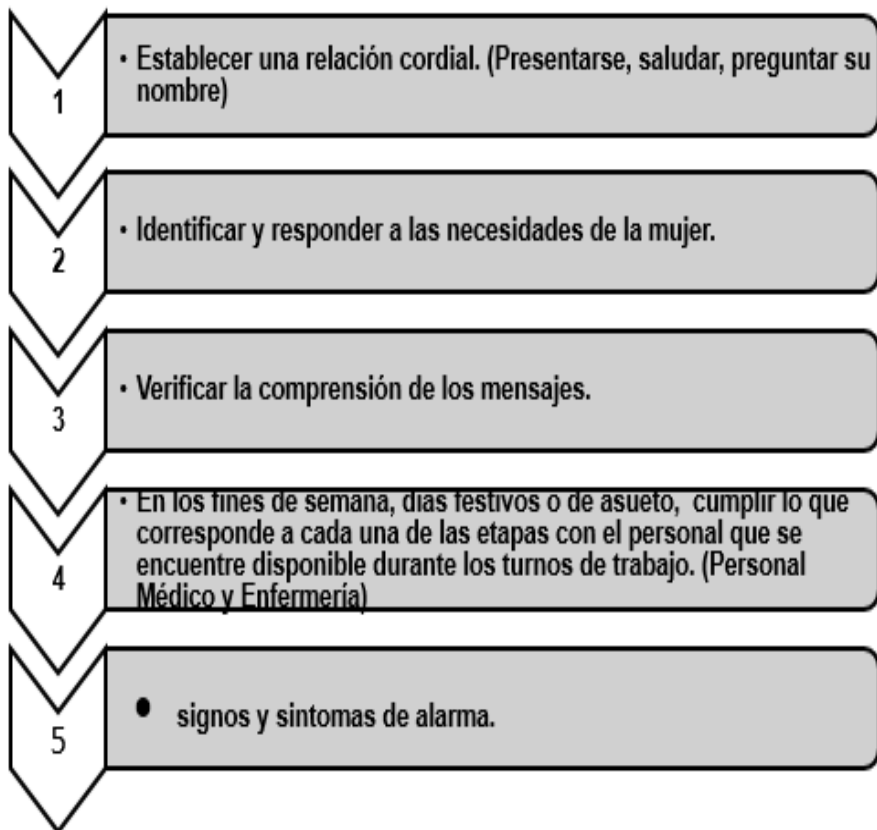
Valores que deben caracterizar al equipo de salud multidisciplinario:



v

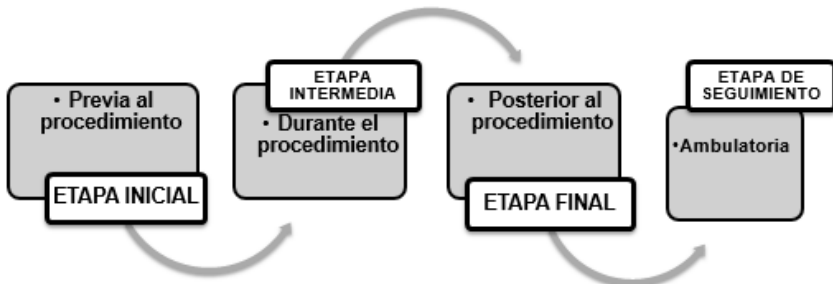
Se considera que la atención integral del Aborto comprende diversas etapas que se exponen a continuación.

En cada una de estas etapas, se deben aplicar los siguientes pasos:



Etapas para el abordaje integral en la atención post aborto:

En base a la revisión de las Guías Basadas en Evidencia y la opinión del Grupo de Desarrollo como expertos, se presenta a continuación las Acciones del Equipo Multidisciplinario que brinda atención Integral a las pacientes Post Aborto, estas acciones se resumen en el siguiente esquema:



Descripción de las etapas para la atención integral del Aborto:

Etapa inicial (Previo a tratamiento quirúrgico):

Acciones que corresponden al personal médico:

- Evaluación de urgencia del caso
- Realización de historia clínica
- Examen físico

- Confirmar diagnóstico para ingreso a encamamiento o a sala de operaciones.
- Información sobre condición física, diagnóstico, tipo de procedimiento, riesgos y beneficios, tiempo de estancia hospitalaria y/o necesidad de traslado.
- Orden de ingreso
- Solicitud de exámenes de laboratorio preoperatorios, de acuerdo a condición del paciente y comorbilidades.
- Solicitar consentimiento informado.
- Orientar sobre métodos anticonceptivos especialmente los que podrían colocarse durante el procedimiento, (Por ejemplo: dispositivos intrauterinos o métodos permanentes. Descripción, características, criterios de elegibilidad, uso y efectividad)
- Si la paciente solicita una esterilización permanente que sea una decisión informada, consciente y voluntaria, siempre y cuando la paciente firme el consentimiento informado. En condiciones ideales, hacer el procedimiento de manera electiva y no en el momento de crisis cuando existe mayor tensión emocional.

Acciones que corresponden a los educadores en salud:

- Orientar sobre sus derechos sexuales y reproductivos.
- Orientar sobre su responsabilidad con respecto al cuidado de su salud
- Orientar para la identificación de signos de alarma asociados al aborto tales como dolor abdominal, náuseas, sangrado vaginal, fiebre, entre otros)
- Orientar sobre métodos anticonceptivos temporales y permanentes.

D

Acciones que corresponden a los Trabajadores Sociales:

- Establecer comunicación con la paciente, en un ambiente de privacidad, respeto y confidencialidad
- Facilitar información y orientación a las pacientes para que puedan tomar las decisiones más adecuadas.
- Asesorar sobre derechos y obligaciones ante el Régimen de Seguridad Social
- Intervenir en forma oportuna e individualizada para conocer y colaborar en la resolución de los problemas sociales reportados por las pacientes

- Reforzar la orientación acerca de los métodos anticonceptivos.
- Contar con el consentimiento informado (escrito), cuando la paciente elija la operación esterilizante.
- Establecer comunicación con familiares, para informar acerca de la condición de salud de las pacientes y aspectos afines.
- Intervenir ante patronos para que cumplan con lo que establece la reglamentación vigente en relación a requisitos para la atención en servicio y pecuniaria de las pacientes que tengan algún problema para su acreditación.


Acciones que corresponden al personal de enfermería:

- Recibir a la paciente y asignarle el espacio correspondiente a su encamamiento.
- Garantizar la individualidad y privacidad de la paciente.
- Escuchar a la paciente y brindarle apoyo emocional.
- Dar cuidados de comodidad y confort.
- Revisar en el expediente las órdenes médicas, hoja de medicamentos, nota de enfermería, laboratorios y

control de ingesta y excreta (vigilar que la paciente orine antes del tratamiento quirúrgico)

- Realizar observación sistemática en orden céfalo-caudal a la paciente.
- Controlar signos vitales.
- Cumplir los principios de asepsia y antisepsia durante el proceso de atención.
- Reforzar la orientación acerca de higiene personal, alimentación y planificación familiar.

Acciones que corresponden a los profesionales en psicología:

- Conocer el diagnóstico médico.
 - Evaluación psicológica para determinar el estado emocional y cognitivo a través de entrevista y observación.
 - Determinar el grado de impacto sobre la información dada por el medico
 - Indagar sobre la situación familiar en que se encuentra la paciente.
 - Detectar el grado de percepción de responsabilidad acerca de la condición que provocó el aborto.
- 

- Prestar el apoyo necesario para disminuir el grado de ansiedad asociado al aborto y su tratamiento.
- Describir en el expediente médico lo evaluado y observado en cada caso.

Etapas intermedia:


Para conocer con más detalle acerca de los procedimientos quirúrgicos, se sugiere consultar el “Compendio de Procedimientos Quirúrgicos” publicado por la CCGPC-BE, IGSS-2013.

Acciones que corresponden al personal médico:

- Ordenar ingreso de paciente a sala de operaciones, considerando la condición clínica de la paciente.
- Realizar procedimiento seleccionado de acuerdo al criterio del especialista, (LIU, AMU)
- Si fue requerido y autorizado por la paciente, colocar dispositivo intrauterino o realización de cirugía esterilizante, según sea el caso.
- Solicitar estudio anatomopatológico del material intrauterino obtenido mediante el procedimiento realizado.

-
- Dar información postoperatoria inmediata referente al resultado del procedimiento realizado.
 - Orientar sobre síntomas y signos de posibles complicaciones, que pueden presentarse posterior al aborto y el tratamiento realizado.
 - Ordenar traslado de paciente a módulo específico para pacientes de post aborto; si es necesario pueden también estar con pacientes post parto o post cesárea que tuvieron óbito fetal. **No ubicar a la paciente, en módulos con pacientes post parto o cesárea que tengan recién nacidos ya que es emocionalmente impactante para la paciente post aborto.** Se sugiere que las unidades que no cuentan con esta área específica, se busque su integración y ubicación para brindar una mejor atención a las pacientes post aborto.

Acciones que corresponden a los profesionales en psicología:

- Brindar apoyo emocional a la mujer previo al ingreso a sala de operaciones para realizar el procedimiento y recomendar técnicas de relajación.
 - Informar a la mujer los pasos del procedimiento y aclarar dudas. (no brindar detalles técnicos).
- 

- En caso de que la mujer se hubiera decidido por un método anticonceptivo quirúrgico o Dispositivo intrauterino, confirmar su decisión.
- Una vez concluido el procedimiento informar sobre los resultados sin dar detalles técnicos del procedimiento.
- Orientar para la identificación de signos de alarma. (dolor abdominal intenso, náuseas, sangrado abundante, fiebre)


Acciones que corresponden al personal de enfermería:

- Interactuar con la paciente y tratarla con dignidad llamándola por su nombre.
- Realizar observación sistemática en orden céfalo-caudal a la paciente.
- Control de signos vitales.
- Proteger en todo momento la individualidad de la paciente.
- Escuchar a la paciente y brindarle apoyo emocional.
- Dar cuidados que permitan comodidad y asistencia adecuada en todo momento.
- Aportar los elementos terapéuticos ordenados por el personal médico.

-
- Observar que se adjunten los informes de laboratorio al expediente médico y elaborar las notas de enfermería.
 - Reforzar la información acerca de los métodos anticonceptivos y motivarla para que elija el que más le convenga.
 - Asegurarse que la paciente tenga el carnet de citas médicas, en el momento de egresar de la unidad que la atendió.

Etapas finales (Posterior al tratamiento y/o procedimientos realizados):

Acciones que corresponden al personal médico:

- Evaluación del estado general físico; observar con mayor atención aspectos tales como el estado de conciencia, cefalea, mareos, náusea, vómitos, dolor, hemorragia, tipo de respiración, entre otros. Considerar las comorbilidades.
 - Si el estado de la paciente es satisfactorio, fomentar la ambulancia temprana.
- 

- Revisión de laboratorios en particular el hemograma (Hb. y Ht.).
- Verificar Grupo y factor Rh sanguíneos (de ser necesario administración de Inmunoglobulina anti Rh positivo, previo Coombs indirecto).
- Verificar si se enviaron las muestras correspondientes a patología.
- Explicar en forma comprensible a la paciente las posibles causas del aborto.
- Informar la conducta a seguir y las medidas preventivas en caso se presentara un nuevo embarazo que curse con signos y síntomas de Amenaza de Aborto.
- Orientar sobre la necesidad de Consejería Preconcepcional (detección, diagnóstico y tratamiento de causas y/o enfermedades tratables o prevenibles del aborto)
- **Llenar el registro de control Post Aborto según formato elaborado para el efecto (ver anexo).**
- Orientar sobre la Planificación Familiar y el método más adecuado para cada caso, aclarando dudas. (ver anexo)

-
- Informar a la paciente, que en caso de Aborto Temprano, existe la posibilidad de volver a embarazarse tan pronto como a las dos semanas; y en caso de aborto en segundo trimestre, la paciente puede embarazarse a las cuatro semanas.
 - Elaborar la solicitud o receta para administrar el método anticonceptivo requerido por la paciente; según sea el caso.
 - En el caso de que se solicite y estuviere plenamente indicado un dispositivo intrauterino, será colocado por el personal médico encargado del servicio.. Recordar que en el caso de un aborto del segundo trimestre (pero antes de la 20 semana), existe un riesgo mayor de expulsión del dispositivo intrauterino (DIU) que cuando se coloca en un post aborto del primer trimestre.
 - En caso de que la paciente solicite orientación sobre un método natural, es importante indicar a la paciente que deben transcurrir al menos tres ciclos menstruales para iniciarlos. Entre tanto puede prescribirse un método de barrera.



- Respetar siempre la decisión informada, libre y voluntaria de la paciente, en relación al método de planificación familiar requerido.
- Dar cita a la clínica de Atención Post Aborto (al menos en los 15 días después del aborto y su tratamiento) prescribir las recetas necesarias.
- Proveer el plan educacional a la paciente, enfatizando los siguientes puntos:

Signos y síntomas esperados después del tratamiento del Aborto:

- Dolor abdominal leve o cólicos, el cual por lo general pueden aliviarse con analgésicos.
- Sangrado similar al menstrual que puede durar cerca de 15 días.
- Náuseas y/o vómitos que generalmente desaparecen a las 24 horas.
- Dolor o inflamación en los senos.

Cuidados específicos en el período Post Aborto:

- Recomendar abstinencia sexual durante un período razonable.
- No realizar ejercicios vigorosos.
- No aplicar por vía vaginal elementos extraños tales como: duchas vaginales, óvulos, cremas y/o tampones, entre otros, hasta indicación médica en su cita post aborto.
- Retomar las actividades y responsabilidades habituales progresivamente según indicación médica.
- Orientar a la paciente que puede quedar embarazada antes de su próxima menstruación, ya que el retorno a la fertilidad puede ocurrir entre 7 a 14 días después del Aborto.
- Informar a la paciente acerca del retorno de la menstruación (dentro de las 4 a 8 semanas siguientes).
- Orientar sobre los métodos anticonceptivos y facilitar su obtención.
- Orientar a la paciente en la identificación de todos los signos y síntomas de alarma para la búsqueda



oportuna de atención, entre los cuales pueden mencionarse:

- ✓ Sangrado vaginal excesivo o con presencia de abundantes coágulos. (Mayor al de una menstruación normal).
 - ✓ Dolor abdominal importante y/o cólico intenso.
 - ✓ Fiebre (Temperatura mayor a 38.5° C.) y/o escalofríos.
 - ✓ Sudoración y taquicardia
 - ✓ Palidez
 - ✓ Abdomen tenso, distendido o rígido
 - ✓ Flujo vaginal anormal y/o fétido
 - ✓ Presión arterial baja que puede manifestarse con mareos y/o desmayos.
- Recomendar una Ingesta adecuada de líquidos.


Acciones que corresponden a los Trabajadores Sociales:

- Informar acerca de la obtención de las prestaciones descritas en el régimen de Seguridad Social de Guatemala.

Acciones que corresponden a los profesionales en psicología:

- Velar por que la paciente se encuentre emocionalmente estable.
- Proveer de los elementos para que la paciente desarrolle la fortaleza emocional.
- Asegurarse que la paciente comprendió la magnitud del procedimiento que se le practicó.
- Informar que si se presenta algún síntoma emocional como ansiedad y tristeza, que acuda a clínica Psicológica en la unidad que le corresponda para que reciba el tratamiento adecuado.

Acciones que corresponden al personal de enfermería:

- Ofrecer un trato digno llamando a la paciente por su nombre
 - Dar cuidados de comodidad y confort.
 - Realizar observación sistemática en orden céfalo-caudal a la paciente
 - Efectuar el control de los signos vitales.
 - Asegurarse que se reclamen los informes de laboratorio.
 - Proteger la individualidad de la paciente.
- 

- Escuchar a la paciente y brindarle apoyo emocional.
- Orientar a la paciente en relación a la importancia de la higiene personal, alimentación saludable, la salud reproductiva y hacer énfasis en la importancia de prevenir un embarazo.
- Explicarle los beneficios de seleccionar un método anticonceptivo de acuerdo a sus intereses.

Etapas de seguimiento ambulatorio:


Cita post aborto (Unidades de consulta externa):

Acciones que corresponden al personal médico:

- Interrogatorio y evaluación clínica general (examen ginecológico, está indicado)
- Revisión de resultados de laboratorio pendientes, (estudio de patología)
- Información y aclaración de dudas sobre las posibles causas del aborto.
- Plan educacional en caso de aborto a repetición.
- Prescripción de medicamentos según el caso lo amerite.
- Continuación o inicio de algún método anticonceptivo refiriendo a Clínica de Planificación familiar.

-
- Si corresponde, hacer hoja de traslado a su Unidad de adscripción, anotando: estado actual de paciente, signos vitales, tipo de procedimiento (LIU o AMEU) y tratamiento médico; método anticonceptivo iniciado y resultado de patología (si lo hubiere), medicamentos y sugerencias.
 - Cuidado de comorbilidades
 - Codificación adecuada de acuerdo a la clasificación del CIE 10.

Acciones que corresponden al personal de enfermería:

- Trato cordial y digno llamando a la paciente por su nombre.
 - Realizar observación sistemática en orden céfalo-caudal a la paciente
 - Control de signos vitales
 - Proteger en todo momento la individualidad de la paciente
 - Escuchar a la paciente y brindarle apoyo emocional
 - Preguntarle cómo se siente al utilizar el método anticonceptivo seleccionado por la paciente de acuerdo
- 

a sus intereses, o motivarla a que elija el que más le convenga.

Seguimiento en unidades con menor capacidad de resolución:

Acciones que corresponden al personal médico:

- Revisión de la hoja de traslado.
- Evaluación, continuación, cambio o inicio de un método de Planificación Familiar.
- Reforzar acerca de la importancia de la Planificación Familiar.
- Realizar la Consejería Preconcepcional, principalmente en el caso de Aborto Recurrente o ante la presencia de comorbilidades tales como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Hipo o Hipertiroidismo o Síndrome Convulsivo, entre otras.
- Inter-consultas o traslados a otras unidades o especialidades cuando el caso lo amerite.
- Si la paciente (y su pareja) se deciden por un método definitivo la Esterilización Voluntaria Femenina, el traslado debe realizarse a la Clínica de Planificación Familiar, Consulta Externa del HGO, así como a la

Clínica de Salud Reproductiva, consulta externa del Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo, IGSS de la zona 6.

Cada caso deberá contar con los análisis clínicos y de laboratorio preoperatorio. Ante la presencia de comorbilidades tales como: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Hipo o Hipertiroidismo, entre otras, la paciente debería encontrarse debidamente compensada y con evaluación pre operatoria por especialista.

Si la pareja prefiere un método definitivo como la Esterilización Voluntaria Masculina, el traslado debe realizarlo a la Clínica de Salud Reproductiva, consulta externa del Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo, IGSS de la zona 6. En este caso, no necesita llevar laboratorios de rutina pre-operatoria.

Acciones que corresponden al personal de enfermería:

- Ofrecer un trato digno y llamar a la paciente por su nombre



- Realizar observación sistemática en orden céfalo-caudal a la paciente
- Tomar los signos vitales y anotarlos debidamente.
- Proteger la individualidad de la paciente.
- Estar atentos a las necesidades de la paciente y brindarle apoyo emocional
- Establecer un diálogo en torno a los métodos anticonceptivos y motivarla a que elija el que más le convenga
- Continuar con el plan educacional en cuanto a la salud integral de la paciente.

Acciones que corresponden al personal de Trabajo Social:

- Se dará seguimiento y control social, en casos especiales, a través de la Metodología Social de casos, con las diferentes funciones, técnicas, apoyadas con los instrumentos de Entrevista de Seguimiento, Visitas domiciliarias, Expediente Médico, Expediente Social, Cuadernos de campo.

Acciones que corresponden a los profesionales en psicología:

- Estudio del expediente para conocer el caso de manera integral.
- Evaluar su estado psicológico luego del procedimiento. Estar atentos a la aparición de síntomas emocionales como sentimientos de culpa, llanto persistente, tristeza y amargura profundas, enojo y no aceptación de los hechos, hostilidad, desesperación, pesimismo, pesadillas, insomnio e hipersomnias, pérdida de concentración y motivación, entre otros.
- Entrevista con énfasis en la manera de enfrentar la pérdida y el duelo.
- Determinar si es necesario continuar en terapia por especialistas en psiquiatría.

Acciones que corresponden a los educadores en salud:

- Promover y realizar eventos de educación en salud orientados en la prevención del aborto, a su diagnóstico temprano así como a buscar ayuda profesional.





5. ANEXOS:

Métodos anticonceptivos aplicables en el periodo post aborto:

Las siguientes descripciones han sido modificadas por el Equipo Técnico elaboración de “Guía de Atención Integral Post Aborto” IGSS-2016.

Fuentes bibliográficas:

- ✓ “Planificación Familiar, un manual mundial para proveedores” de OMS. 2007.
 - ✓ “Guías Nacionales de Planificación Familiar” del Programa Nacional de Salud Reproductiva MSPAS, Guatemala, 2010.
 - ✓ “Guía de Buena Práctica Clínica en Anticoncepción”, atención Primaria de Calidad de la Organización Médica Colegial de España. Ministerio de Sanidad y consumo. 2005.
 - ✓ “Aborto sin Riesgos: Guía técnica y de Políticas para Sistemas de Salud”. Segunda Edición de la OMS 2012.
 - Método de Días Fijos o Collar del Ciclo:
- 

Descripción: Se basa en conocer de forma exacta los días de fertilidad, (normalmente los días 8 al 19 de cada ciclo de 26 a 32 días). Utilizando un collar de Cuentas u otro elemento que permita identificar las fechas y días fértiles.

Indicación luego del aborto: El método podrá aplicarse después del primer sangrado espontáneo, posterior al aborto.

Eficacia: Si existe una clara aplicación del método y se hace correctamente, se puede lograr una eficacia >95 %.

Este método se puede aplicar de manera indefinida. El seguimiento debe realizarse de 2 a 6 meses inicialmente, luego en un año.

- Método de ovulación de Billings:

Descripción: Consiste en la interpretación de las variantes en la consistencia del moco cervical, por lo que el plan educacional hacia la paciente debe ser eficaz.

Indicación luego del aborto: Podrá ser aplicado después del primer sangrado espontáneo, posterior al aborto.

Eficacia: Aplicado y comprendido de manera correcta puede alcanzar hasta un 96% de efectividad. No se recomienda ante la presencia de leucorrea.

Este método se podrá aplicar de manera indefinida. El seguimiento debe realizarse de 2 a 6 meses inicialmente, luego en un año.

- Método basado en la temperatura corporal:

Descripción: Este método se fundamenta en el registro de la temperatura corporal que deberá medirse todas las mañanas antes de iniciar cualquier actividad física, prestando atención a que se produzca un aumento de 0,2°C a 0,5°C.

Indicación luego del aborto: Podrá ser aplicado después del primer sangrado espontáneo, posterior al aborto.

Eficacia: Aplicado y comprendido de manera correcta puede alcanzar hasta un 99% de efectividad.

Este método se podrá aplicar de manera indefinida. El seguimiento debe realizarse de 2 a 6 meses inicialmente, luego en un año.

- Método sintotérmico combinados:

Descripción: Este método consiste en considerar dos aspectos: determinar los períodos fértiles prestando atención a los cambios en el moco cervical, y observar los



cambios de temperatura y posición del útero (combinación de los métodos de ovulación de Billings y de la temperatura corporal).

Indicación luego del aborto: Podrá ser aplicado después del primer sangrado espontáneo, posterior al aborto.

Eficacia: Aplicado y comprendido de manera correcta puede alcanzar hasta un 99% de efectividad.

Este método se podrá aplicar de manera indefinida. El seguimiento debe realizarse de 2 a 6 meses inicialmente, luego en un año.

- Método del coito interrumpido o del retiro:

Descripción: Este método requiere un alto control de la eyaculación pues consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y depositar el semen fuera de esta.

Indicación luego del aborto: Este método podrá aplicarse al reiniciar la actividad sexual de la pareja.

Eficacia: Se ha descrito como un método inseguro en la prevención del embarazo, pues 10 de cada 100 mujeres pueden quedar embarazadas, si se usa de forma correcta

y sostenida tiene una efectividad del 96% la cual puede bajar al 73% si se practica de forma inadecuada.

Este método se podrá aplicar de manera indefinida. El seguimiento debe realizarse de 2 a 6 meses inicialmente, luego en un año.

- Método del condón o preservativo masculino:

Descripción: Consiste en la aplicación de un dispositivo elaborado de látex/poliuretano que forma una cubierta que envuelve el pene erecto. Actúa como barrera mecánica evitando el contacto de espermatozoides o fluidos corporales.

Indicación luego del aborto: Este método podrá aplicarse al reiniciar la actividad sexual de la pareja.

Eficacia: Ofrece hasta el 98% de seguridad si se usa de manera correcta y sostenida. Se describe como un elemento de protección contra la mayoría de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.



Efectos secundarios: Se han descrito reacciones alérgicas al látex o irritación local por efectos mecánicos.

Este método se podrá aplicar de manera indefinida. El seguimiento debe realizarse de 3 a 6 meses inicialmente, luego en un año.

- Método del condón femenino:

Descripción: Consiste en un dispositivo elaborado generalmente de poliuretano que constituye una barrera intravaginal que impide contacto con fluido seminal.

Indicación luego del aborto: Este método podrá aplicarse al reiniciar la actividad sexual de la pareja.

Eficacia: Se describe que ofrece hasta un 90% de seguridad en la prevención del embarazo si se usa de manera correcta pero puede bajar cerca del 79% si existen fallas en su aplicación.

Efectos secundarios: Se han descrito alergias al material, y se asocia al riesgo de enfermedades de transmisión

sexual y su efectividad está disminuida ante la presencia anomalías anatómicas.

Este método se podrá aplicar de manera indefinida. El seguimiento debe realizarse de 3 a 6 meses inicialmente, luego en un año.

- Método de la “T” de cobre:

Descripción: Consiste en la aplicación de un dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero por medio de personal entrenando. El cobre contenido en el dispositivo, altera la capacitación de los espermatozoides, así mismo, se produce una reacción inflamatoria local que contribuye a la prevención del embarazo.

Indicación luego del aborto: El método puede aplicarse después del aborto.

Eficacia: este método se ha descrito con un 99% de efectividad.



Duración del método: El dispositivo puede tener una efectividad en los primeros 5 a 10 años. Se recomienda reevaluar su aplicación de manera periódica.

Efectos secundarios: A diferencia de los métodos de barrera, este no ofrece protección contra las ITS. Algunas pacientes pueden referir infecciones pélvicas, dismenorrea, perforación uterina y gestación ectópica.

El seguimiento requiere una evaluación al mes de su aplicación y luego una revisión periódica de forma anual.

- Métodos anticonceptivos orales combinados:

Descripción: Consiste en tabletas de ingesta oral, que contienen dos hormonas: estrógenos y progestágenos, su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación así como influir en el transporte tubárico, el crecimiento endometrial y el espesor del moco cervical.

Se refieren tres variedades:

Monofásico: las 21 píldoras activas contienen la misma cantidad de Estrógeno/Gestágeno (E/G).

Bifásico: las 21 píldoras activas contienen 2 combinaciones distintas de E/G. (Por ejemplo concentraciones de 10/11).

Trifásico: las 21 píldoras activas contienen 3 combinaciones distintas de E/G (Por ejemplo concentraciones de 6/5/10).

Presentaciones elegibles:

Drospirenona / Etinil estradiol.
Gestodeno / Etinil estradiol.
Levonorgestrel / Etinil estradiol
Desogestrel / Etinil estradiol
Ciproterona / Etinil estradiol
Noretisterona/ Valerato de estradiol.

Indicación luego del aborto: Cualquiera de estos métodos pueden aplicarse después del aborto.

Eficacia: Utilizados de manera adecuada se logra eficacia >99 %.



Duración del método: Después de 5 años, reevaluar y continuar con el método si así se desea.

Efectos secundarios: Efectos en la coagulación con riesgos de trombosis. Sobre los hidratos de carbono con aumento a la resistencia a la insulina, cambios en perfil de lípidos, leve efecto en presión arterial (asociado a los Gestágenos) y leve modificación en enzimas hepáticas.

Síntomas indeseables frecuentes son: cefalea, mareos, náuseas, dolor mamario, acné, sangrado irregular o infrecuente, entre otros.

Seguimiento: Se sugiere efectuar el primer control de 2 a 6 meses, segundo control anual y luego cada 3 a 5 años. Evaluar en cada consulta modificaciones en la historia clínica, efectos secundarios y cambios al examen físico.

En pacientes bajo tratamiento con anticonceptivos orales combinados es conveniente efectuar mamografía cuando se tiene más de 40 años de edad.

-
- Métodos anticonceptivos orales de progestina sola:

Descripción: Son tabletas que contienen UNA hormona. Los progestágenos, tienen como principal mecanismo de acción, influir en el espesor del moco cervical así como, inhibir la ovulación, interferir en el transporte tubarico y en el crecimiento endometrial.

Presentaciones elegibles:

Levonorgestrel
Linestrenol
Desogestrel

Indicación luego del aborto: Cualquiera de estos métodos pueden aplicarse después del aborto.

Eficacia: Utilizados de manera adecuada se logra eficacia >99 %.

Duración del método: Después de 5 años, reevaluar y continuar con el método si así se desea.



Efectos secundarios: Sangrado intermenstrual, frecuente, irregular, prolongado o acortamiento del ciclo hasta llegar a amenorrea. Cefalea, mareos, cambios de humor, dolor mamario, dolor abdominal, náuseas, entre otros.

Seguimiento: Se sugiere efectuar el primer control de 2 a 6 meses, segundo control anual y luego cada 3 a 5 años. Evaluar en cada consulta modificaciones en la historia clínica, efectos secundarios y cambios al examen físico. En pacientes bajo tratamiento con anticonceptivos orales combinados es conveniente efectuar mamografía cuando se tiene más de 40 años de edad.

- Anticonceptivos inyectables con progestina sola:

Descripción: Contiene una progestina similar al progestágeno producido de manera natural en los ovarios, su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. Otras acciones atribuibles a los progestágenos son: el transporte del óvulo por el conducto tubarico, favorece el crecimiento endometrial e influye en el espesor del moco cervical.

El componente farmacológico puede ser:

Compuesto	Tiempo de aplicación
Acetato de Medrogiprogesterona (AMPD)	Cada 3 meses
Enantato de Noretisterona (EN-NET)	Cada 2 meses

Indicación luego del aborto: Cualquiera de estos medicamentos, pueden aplicarse después del aborto.

Eficacia: Utilizados de manera adecuada se logra eficacia >99 %.

Duración del método: Después de 5 años, reevaluar y continuar con el método si así se desea.

Efectos secundarios: Pueden observarse irregularidades en el patrón de sangrado menstrual, que podría llegar a ser un sangrado infrecuente o hasta la amenorrea. También se ha reportado: aumento de peso, cefalea, mareos, distensión y molestias abdominales, cambios en



el estado de ánimo, disminución del impulso sexual y pérdida de la densidad ósea, entre otros.

Seguimiento: Primer control 6 meses. Segundo control anual. Luego cada 3 a cinco años. Evaluar en cada consulta modificaciones en la historia clínica, efectos secundarios y cambios al examen físico. Es conveniente efectuar una mamografía a pacientes mayores de 40 años, como parte de su evaluación clínica.

- Anticonceptivos inyectables combinados:

Descripción: Contienen dos hormonas: estrógenos y progestágenos, su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación.

Otras acciones: Favorecer el transporte tubárico, el crecimiento endometrial y el espesor del moco cervical.

Combinaciones disponibles:

Acetato de Medroxiprogesterona / Cipionato de Estradiol

Enantato de Noretisterona / Valerato de Estradiol


Indicación luego del aborto: Cualquiera de estos medicamentos, pueden aplicarse después del aborto.

Eficacia: Utilizados de manera adecuada se logra eficacia >99 %.

Duración del método: Después de 5 años, reevaluar y continuar con el método si así se desea.

Efectos secundarios: Se han reportado cambios en el patrón de sangrado menstrual, aumento de peso, cefalea, mareos y dolor mamario, entre otros.

Seguimiento: Primer control 6 meses. Segundo control anual. Luego cada 3 a cinco años. Evaluar en cada consulta modificaciones en la historia clínica, efectos secundarios y cambios al examen físico. Es conveniente



efectuar una mamografía a pacientes mayores de 40 años, como parte de su evaluación clínica.

- Dispositivo Intrauterino hormonal:

Descripción: Dispositivo plástico en forma de T; colocado en el interior del útero por vía vaginal que contienen un progestágeno. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la proliferación del endometrio.

Composición disponible:

Dispositivo Levonorgestrel

Indicación luego del aborto: Cualquiera de estos medicamentos, pueden aplicarse después del aborto. Deben tenerse consideraciones especiales dependiendo de las características de la paciente y de las condiciones del aborto, si este fue en el segundo trimestre del embarazo o si se considera séptico.

Eficacia: Utilizados de manera adecuada se logra eficacia >99 %.

Duración del método: puede ir de 3 a 5 años dependiendo de la presentación, después de este período puede reevaluarse la continuidad del método.

Seguimiento: Revisar el dispositivo después de un mes de su colocación y luego de manera periódica anualmente.

- Implantes anticonceptivos subdérmicos:

Descripción: El método consiste en pequeños cilindros o cápsulas flexibles de silicón que contienen progestágenos, su principal mecanismo de acción es espesamiento del moco cervical y la inhibición de la ovulación.

Composición disponible:

Levonorgestrel
Etonorgestrel

Indicación luego del aborto: Cualquiera de estos medicamentos, pueden aplicarse después del aborto.

Eficacia: El método puede tener eficacia >99 %. La tasa de embarazos puede ser levemente más alta si el peso de la mujer es > 70 - 80 Kg. y depende del tiempo de uso.



Duración del método: Dependiendo del implante utilizado puede ser de 3 a 7 años, cuando debe ser evaluado para volverse a colocar, si así se desea.

Efectos secundarios: Se han reportado algunos efectos indeseables tales como Irritación cutánea, cambios en el patrón de sangrado menstrual, cambios en el peso corporal, y algunos síntomas como cefalea, náuseas, vómitos, mareos, tensión mamario, cambios en estado de ánimo, efectos en el apareamiento del acné (contradictoriamente algunas pacientes pueden mejorar o empeorar). Se ha documentado un aumento del tamaño de los folículos ováricos.

Seguimiento: Se recomienda un primer control luego de 1 mes después de colocado. La paciente debe consultar en cualquier momento que así lo desee pero por lo general no requiere de ningún control hasta la fecha de retiro. Las visitas anuales pueden ser útiles para otros cuidados preventivos.

- Método del anillo vaginal combinado:

Descripción: Anillo plástico, flexible, fabricado con polímero de Etilenvinil Acetato contienen dos hormonas: estrógenos y progestágenos que pasan de la pared vaginal al torrente sanguíneo. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. Se utiliza de manera permanente durante tres semanas posteriormente se cuenta una semana sin anillo colocado.


Combinación:

Etinilestradiol /Etonorgestrel

Indicación luego del aborto: pueden aplicarse inmediatamente después del aborto.

Eficacia: Utilizados de manera adecuada se logra eficacia >99 %.

Duración del método: puede ser utilizado de manera indefinida.



Seguimiento: Primer control de 3 - 6 meses. Segundo control anual. Luego cada 3 a cinco años. Evaluar en cada consulta modificaciones en la historia clínica, efectos secundarios y cambios al examen físico. Es conveniente el seguimiento clínico con mamografía a pacientes mayores de 40 años.

- Parches combinados:

Descripción: Consiste en un pequeño dispositivo adherente de plástico, cuadrado y delgado que contienen dos hormonas: estrógenos y progestágenos que se absorben desde la piel y pasan al torrente sanguíneo, su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. Se utiliza un parche cada semana durante tres semanas y una semana sin parche.

Combinación:

Etinilestradiol / Norelgestromin

Indicación luego del aborto: pueden aplicarse inmediatamente después del aborto.

Eficacia. El método puede tener eficacia >99 % si se usa de forma correcta y sostenida. La tasa de embarazo puede ser levemente más alta si el peso de la mujer es mayor a 90 Kg.

Duración del método: puede ser indefinido.

Efectos secundarios: se han reportado síntomas indeseables tales como irritación cutánea, cambios en el patrón de sangrado menstrual, aumento de peso corporal, cefalea, náuseas, vómitos, mareos, dolor mamario, dolor abdominal, síntomas gripales, irritación, rubor o inflamación vaginal, entre otros.

Seguimiento: Primer control de 3 - 6 meses. Segundo control anual. Luego cada 3 a cinco años. Evaluar en cada consulta modificaciones en la historia clínica, efectos secundarios y cambios al examen físico. Es conveniente el seguimiento clínico con mamografía a pacientes mayores de 40 años





6. GLOSARIO:

CCGPC-BE	Comisión Central para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia.
DIU	Dispositivo Intrauterino
HGO	Hospital de Ginecoobstetricia
HJAB	Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Hb	Hemoglobina
Ht	Hematocrito
Hormona Gonadotropina Coriónica fracción β	Hormona glicoproteica producida en el embarazo por el embrión en desarrollo.
IV	Intravenoso



IMC	Índice	de	Masa
		Corporal	
ml	Mililitros		
OMS	Organización Mundial de		
	la Salud		
UI	Unidades		
	Internacionales		


Consejería: “Es la interacción estructurada en la cual una persona recibe voluntariamente apoyo emocional y orientación de una persona capacitada, en un entorno propicio para compartir abiertamente pensamientos, sentimientos y percepciones”. (Maria Laura y Viviana Claudia de Palo)

Consentimiento informado: “Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que dé lugar una actuación que concierne a su salud”
(Documento: Calidad y Seguridad de la Atención, pp: 62).

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. (2008). *Aborto: Guía de atención* . Buenos Aires Argentina: Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol: 27.
2. AMEU, P. (s.f.). *Clinica de Maternidad Rafael Calvo*. Obtenido de www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_AMEU.pdf
3. Borgoña Pérez, Universidad Pública de Navarra, Ex residentes del servicio civil del Hospital Grasl. de Agudos DF Santojanni. (2013). *Documentación social*. Abendúa: Asociacion Zubietxe.
4. Center, U. o. (2012). Aborto espontáneo. *Maryland medical System*.
5. Deborah L Billings, J. B. (s.f.). Postabortion care in Latin America: Policy and service recomendations from a decade of operations and research. *Chapel Hill, NC*.
6. Deborah L BillingsSA, J. B. (s.f.).
7. Diana Carolina Vargas Fiesco. (s.f.). Obstetricia integral siglo XXI. En D. C. Vargas, *Obstetricia Integral siglo XXI* (pág. Cap 1). Guatemala: MSPAS.
8. Galimberti, D. (2010). *Guia para el mejoramiento de la atencion post aborto*. Republica de Argentina. Obtenido de Republica de Argentina: www.msal.gov.ar/plan-reduccion.../post-aborto/guia-post-aborto.pdf

9. HA, F. A. (2011). *Progetogen for treating thrastened miscarriage* . Cochrane Database of Systematic Reviews.
10. James, S. (s.f.). *Tratado de Obstetricia y Ginecología, capitulo 10*. Mc Graw Hill.
11. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. (2011). *Guia para la atencion integral de la hemorragia del primer y segundo trimestre y del post aborto y sus complicaciones*. Obtenido de www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/390?show=full
12. Ministerio de Salud publica y Asistencia Social. (2011-2015). *Estudio Nacional de Mortalidad Materna* . Guatemala: MSPAS.
13. Ministerio de Salud, Argentina. (2009). *Guia para el mejoramiento de la atención post.aborto*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Argentina.
14. OMS. (2003). *Guía tecnica y de politicas para sistemas de salud (pag. 45)*. Ginebra .
15. OMS. (2007). *Planificación familiar, manual para proveedores*. Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins .
16. OMS. (2012). *Aborto sin riesgos: guía tecnica y de politicas para sistemas de salud* . OMS: OMS.
17. Organización Médica Colegial de España. (2005). *Guía de Buena Practica Clínica en Anticoncepción, atención primaria de calidad*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

-
18. Protocolos de Asistencia de Obstetricia SEGO. (2014-2015). *Prevención, diagnóstico tratamiento y referencia de la amenaza de aborto en el primer y segundo niveles de atención* . SEGO.
 19. Pública, M. d. (2013). Diagnóstico y tratamiento del aborto espontaneo, incompleto, diferido y recurrente.
 20. REp de Argentina. (s.f.). *Guía para el mejoramiento de la atención POst-aborto*.
 21. Secretaria de Salud, Mexico. (2009). *Diagnostico y tratamiento del aborto espontaneo y manejo inicial del Aborto recurrente* .
 22. Singh S, W. D. (2009). *Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual*. Nueva York: Guttmacher.
 23. Universidad Nacional de Colombia. (s.f.). *Guía de atención de las complicaciones Hemorragicas del embarazo*. Colombia: Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública.
 24. UNMSM. (2009). *Enfoque actual del aborto recurrente*. Lima, Peru: UNMS.
 25. USAID. (2010). *Guías Nacionales de Planificación Familiar, Programa Nacional de Salud Reproductiva, tomo I*. Guatemala: MSPAS.
 26. Villamarin, L. (2012). *Complicaciones del legrado instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el hospital provincial general*
- 

latacunga en el periodo septiembre 2010 - Agosto 2011.

Obtenido de LF Villamarín Granja - 2014 - repositorio.uta.edu.ec

27. WHO. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidelines for health systems 2nd ed*, . Geneva : WHO.
28. WHO/MSM/92.5. (1993). *Maternal Health and Safe Motherhood Programme. The prevention and management of unsafe abortion: report of technical working*. Geneva: WHO.



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org