



Guía de referencia sobre dilatación y evacuación (D y E)

ABORTO INDUCIDO Y ATENCIÓN POSTABORTO A LAS 13 SEMANAS O MÁS DE GESTACIÓN ('SEGUNDO TRIMESTRE')

© 2018 Ipas

ISBN: 978-0-9998634-0-4

Producido en Estados Unidos de América.

Cita: Edelman, A. y Kapp, N. (2018). *Guía de referencia sobre dilatación y evacuación: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre')*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas trabaja a nivel mundial para que las mujeres y niñas gocen de mejor salud y derechos sexuales y reproductivos por medio de mejor accesibilidad y uso de los servicios de aborto seguro y anticoncepción. Creemos en un mundo donde cada mujer y niña tiene el derecho de determinar su propia sexualidad y salud reproductiva, y la capacidad para hacerlo.

Ipas es una organización sin fines de lucro registrada 501(c)(3). Toda donación a Ipas es deducible de impuestos al máximo grado permitido por la ley.

Para mayor información o para donar a Ipas:

Ipas

P.O. Box 9990

Chapel Hill, NC 27515 EE. UU.

1-919-967-7052

www.ipas.org

Foto de la portada: © Richard Lord

Las fotografías utilizadas en esta publicación son para fines ilustrativos únicamente. No implican actitudes, comportamientos o acciones específicos por parte de los sujetos.

Impreso en papel reciclado

Guía de referencia sobre dilatación y evacuación

ABORTO INDUCIDO Y ATENCIÓN POSTABORTO A LAS 13 SEMANAS O MÁS DE GESTACIÓN ('SEGUNDO TRIMESTRE')

Alison Edelman
Directora Médica Adjunta, Ipas
Profesora/ Ginecobstetricia
Oregon Health & Science University

Nathalie Kapp
Directora Médica Adjunta, Ipas
MD, MSP



Acerca de Ipas

Ipas trabaja a nivel mundial para que las mujeres y niñas gocen de mejor salud y derechos sexuales y reproductivos por medio de mejor accesibilidad y uso de los servicios de aborto seguro y anticoncepción. Creemos en un mundo donde cada mujer y niña tiene el derecho de determinar su propia sexualidad y salud reproductiva, y la capacidad para hacerlo.

De conformidad con el reglamento de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés), el aspirador para la aspiración manual endouterina no está rotulado para utilizarse a las 13 semanas o más de gestación. Esta publicación fue elaborada para utilizarse en ámbitos donde el reglamento permite la reutilización de las cánulas después de su esterilización o desinfección de alto nivel para distribución internacional fuera de Estados Unidos.

De conformidad con los requisitos de la FDA de EE. UU., las indicaciones para utilizar el instrumental de Ipas para la AMEU son:

Todos los aspiradores y cánulas de Ipas están destinados a ser utilizados para la aspiración/evacuación endouterina en pacientes de ginecología y obstetricia. Las indicaciones clínicas para la aspiración endouterina con este producto son: tratamiento del aborto incompleto para tamaños uterinos de 13 semanas o más desde la fecha de la última menstruación, aborto en el primer trimestre (regulación menstrual) y biopsia endometrial. Entre las aplicaciones para la biopsia endometrial se encuentran: casos de infertilidad, sangrado uterino anormal, amenorrea y tamizaje de cáncer endometrial o infecciones endometriales.

Índice

Agradecimientos	5
Lista de abreviaturas	5
Capítulo 1: Introducción	6
Habilidades y conocimientos previos.	8
Capítulo 2: Atención clínica brindada a las mujeres durante la D y E a las 13 semanas o más de gestación	10
Evaluación clínica	10
Proceso de consentimiento informado	15
Procedimiento de dilatación y evacuación	17
Manejo del dolor.	29
Inducción de muerte fetal	31
Después del procedimiento de D y E	34
Recuperación	35
Consideraciones especiales	36
Anexos sobre atención clínica	37
Capítulo 3: Atención postaborto brindada a mujeres con tamaño uterino de 13 semanas o más de gestación	47
Antecedentes.	47
Evaluación clínica	48
Manejo de la evacuación endouterina con aspiración o D y E	48
Recuperación	49
Capítulo 4: Manejo de las complicaciones	49
Hemorragia.	50
Retención de restos ovulares	51
Infección y septicemia	52

Shock.....	53
Dolor intenso	54
Capítulo 5: Prestación de servicios	54
Manejo de los servicios	55
Instalaciones, equipo y personal	56
Cómo apoyar el bienestar emocional del personal	58
Anexos sobre la prestación de servicios	58
Referencias bibliográficas	68
Otros recursos	72

Agradecimientos

Las autoras agradecen el apoyo que brindó Deeb Shrestha Dangol, Asesora Senior, Ipas Nepal, para la elaboración de esta guía de referencia. Además, queremos agradecer a nuestros pares-revisores externos: Paul B. Blumenthal, MD, MSP, Stanford University, Stanford, California, EE. UU.; Judith Kluge, MBCB, MMED, FCOG, MRCOG, University of Stellenbosch, Ciudad del Cabo, Sudáfrica; Patricia A. Lohr, MD, MSP, British Pregnancy Advisory Service, Stratford Upon Avon, Reino Unido.

Lista de abreviaturas

AINE - Antiinflamatorio no esteroideo
CID - Coagulación intravascular diseminada
DBP - Diámetro biparietal
D y E - Dilatación y evacuación
FUM - Fecha de la última menstruación
LF - Longitud del fémur
NPO - Nil per os (Nada por vía oral)
OMS - Organización Mundial de la Salud
RO - Restos ovulares

Capítulo 1: Introducción

Esta guía de referencia proporciona información y recomendaciones basadas en evidencias para la dilatación y evacuación (D y E), un tipo de aborto que utiliza una combinación de pinzas especializadas y aspiración por vacío para evacuar el útero a las 13 semanas o más de gestación, para mujeres que necesitan un aborto inducido, tratamiento del aborto incompleto o atención postaborto.

Esta guía se dirige principalmente a profesionales de salud con experiencia proporcionando servicios de aborto de alta calidad en el primer trimestre, que desean ampliar sus habilidades para atender a mujeres a las 13 semanas o más de gestación utilizando la evacuación endouterina.

Reconocemos que la terminología relacionada con la edad gestacional está evolucionando y alejándose del uso del léxico “trimestre”. Sin embargo, hemos decidido utilizar el término “segundo trimestre” para referirnos generalmente a gestaciones entre 13 y 28 semanas, pero utilizaremos la edad gestacional en semanas para situaciones o recomendaciones específicas.

La prestación de servicios de aborto seguro en el segundo trimestre es fundamental para disminuir las lesiones y muertes causadas por el aborto inseguro. Comparado con el aborto en el primer trimestre, el aborto después del primer trimestre conlleva morbilidad y mortalidad [1], y afecta de manera desproporcionada a las poblaciones desatendidas, incluidas las personas pobres, las personas muy jóvenes, y aquéllas que sufren violencia [2-4]. Las mujeres buscan abortos tardíos por una variedad de razones, por ejemplo:

- No reconocer el embarazo hasta después del primer trimestre [5].
- Ambivalencia o dificultad con la decisión.
- Cambios en su estado civil o en las circunstancias de su vida.
- Barreras financieras: El aborto en el segundo trimestre a menudo cuesta más, y encontrar dinero puede ser difícil y requerir mucho tiempo.
- Barreras de acceso y logística: Si los servicios de aborto en el primer trimestre son difíciles de obtener, es posible que las mujeres no puedan encontrar servicios hasta más tarde en el embarazo.
- Servicios de aborto limitados: Cuando es difícil obtener servicios de aborto seguro, el aborto a menudo es retrasado. Debido a las restricciones jurídicas en su país de origen, muchas mujeres se ven obligadas a viajar, incluso a otros países, y lleva tiempo coordinar el viaje y encontrar dinero para cubrir los gastos.
- Anomalías fetales que son detectadas o afecciones médicas que surgen más tarde en el embarazo.

La falta de acceso a servicios de aborto seguro a las 13 semanas o más de gestación aumenta el riesgo de morbilidad relacionada con el aborto. El riesgo de complicaciones de aborto aumenta a medida que avanza la edad gestacional; el aborto en el primer trimestre conlleva menos riesgo

que el aborto realizado en el segundo trimestre [1]. Sin embargo, el uso de tecnologías basadas en evidencias por un/a prestador/a de servicios capacitado/a y con experiencia puede minimizar los riesgos.

En algunos países, el aborto inseguro en el segundo trimestre causa la mayor parte de la mortalidad relacionada con el aborto [2, 3, 6]. Una meta propuesta para garantizar acceso a los servicios de aborto en el segundo trimestre y disminuir la mortalidad atribuible al mismo es tener por lo menos una unidad de salud por cada 500,000 personas, que pueda proporcionar este servicio de manera segura [4]. Los sistemas de salud deben asegurar que las mujeres tengan acceso a los servicios de aborto a las 13 semanas o más de gestación y a los servicios de atención postaborto. La prestación de servicios de aborto en el segundo trimestre contribuye al derecho de la mujer a tomar decisiones sobre sus necesidades de salud reproductiva y, en general, reduce la morbilidad materna.

Se recomiendan dos tipos de procedimientos de aborto en el segundo trimestre: dilatación y evacuación (D y E) y métodos con medicamentos a base de misoprostol (mifepristona combinada con misoprostol, o misoprostol solo). La D y E consiste en preparar el cérvix y evacuar el útero con una combinación de aspiración por vacío y pinzas. Requiere profesionales de salud calificados, instrumental especializado y más cuidados clínicos intensivos que la aspiración en las etapas iniciales del embarazo. La prestación de servicios de D y E es adecuada para lugares con mayor demanda, ya que el nivel de experiencia del personal de salud está relacionado directamente con las tasas de complicaciones. El método de aborto con medicamentos utiliza regímenes de medicamentos con mifepristona combinada con misoprostol, o con misoprostol solo, para preparar el cérvix e inducir las contracciones del útero y la expulsión del producto del embarazo. Cuando ambos métodos de aborto están disponibles, las mujeres deben tener la opción de elegir su método preferido. El aborto con medicamentos requiere menos habilidades técnicas y menos recursos, y puede ser ofrecido en unidades de salud donde no se puede efectuar la D y E. Por lo general, el aborto con medicamentos en el segundo trimestre puede ser ofrecido donde sea que los servicios obstétricos estén disponibles.

Esta guía de referencia proporciona información sobre el cuidado de mujeres en proceso de D y E, ya sea por aborto inducido o por atención postaborto en el segundo trimestre. Además, revisa las consideraciones logísticas y gerenciales que deben tener en cuenta los sistemas de salud que desean ofrecer D y E. Esta guía de referencia suplementa la *Guía de referencia sobre el aborto con medicamentos: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación* (www.ipas.org/2otriAM). La información técnica básica en estas guías de referencia no se repite, pero parte de la información general y la información relacionada con los servicios sí se repite. Por lo general, los protocolos clínicos incluidos son adecuados para hasta las primeras 24 semanas del embarazo, en ámbitos con muchos o pocos recursos, y concuerdan con la evidencia científica publicada hasta concluido el mes de marzo de 2018. A medida que surgen nuevas evidencias, posiblemente sea necesario actualizar las recomendaciones. Las actualizaciones anuales se reflejan en la publicación de Ipas titulada *Actualizaciones clínicas en salud*

reproductiva (<http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva.aspx>).

Los reglamentos locales posiblemente permitan que el personal de salud brinde atención clínica más allá de las primeras 24 semanas de gestación. Muchos profesionales de salud con experiencia en D y E recomiendan considerar otras opciones de manejo, como el aborto con medicamentos, después de las primeras 24 semanas del embarazo. Dado que estos casos son relativamente poco comunes, la evidencia científica es limitada y cada profesional de salud debe utilizar su experiencia y criterios clínicos para atender a estas mujeres.

Muchos aspectos de los servicios de aborto en el segundo trimestre –tales como derechos humanos, consejería, prevención de infecciones, notificación de eventos adversos y provisión de métodos anticonceptivos– coinciden con los servicios en el primer trimestre. Estos temas se abarcan más a fondo en la publicación de Ipas titulada *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición (disponible en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-integral-del-aborto-centrada-en-la-mujer--manual-de-referencia.aspx>) y *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición (disponible en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-postaborto-centrada-en-la-mujer--manual-de-referencia.aspx>), y no se repiten en esta guía.

El lanzamiento exitoso de servicios de aborto en el segundo trimestre requiere una infraestructura específica, personal administrativo (tanto en la unidad de salud local como gubernamental) y personal de apoyo, además de habilidades y conocimientos técnicos. Para obtener más información sobre el lanzamiento de servicios de aborto, remítase a la publicación de Ipas titulada *Aborto en el segundo trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios*, en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Extendiendo-los-servicios-de-atencion-integral-del-aborto-al-segundo-trimestre.aspx>.

Las recomendaciones para los servicios de aborto cambian a medida que surgen nuevas evidencias. Por favor remítase a la publicación de Ipas titulada *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* para ver las recomendaciones y protocolos más actualizados para el aborto con medicamentos (<http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva.aspx>).

Habilidades y conocimientos previos

Esta guía de referencia fue elaborada para ser utilizada por profesionales de salud con experiencia proporcionando servicios de aborto en el primer trimestre de alta calidad utilizando la aspiración por vacío. Las habilidades empleadas en la prestación de servicios de aborto en el primer trimestre –tales como proporcionar información, consejería, el proceso de consentimiento informado, aspiración por vacío, manejo del dolor, prevención de infecciones y anticoncepción postaborto– son similares a las habilidades

necesarias para la prestación de servicios de aborto en el segundo trimestre y no se discutirán a fondo en este manual. Para obtener información más integral sobre el aborto en el primer trimestre, remítase a la publicación de Ipas titulada *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición, en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-integral-del-aborto-centrada-en-la-mujer-manual-de-referencia.aspx>.

Antes de aprender a proporcionar servicios de aborto inducido y atención postaborto con D y E, el personal clínico debe poder:

- Proporcionar a las mujeres información sobre sus opciones de métodos de aborto, qué esperar durante el proceso, riesgos, cuidados después del aborto y signos de alarma;
- Proporcionar a las mujeres información sobre las opciones de métodos anticonceptivos e, idealmente, tener la capacidad y los insumos necesarios para que las mujeres puedan iniciar el método inmediatamente después del aborto;
- Registrar la historia clínica y realizar el examen físico, que incluye un examen pélvico y bimanual y, si es lo indicado, análisis de laboratorio;
- Determinar la edad gestacional del embarazo basándose en la historia clínica, el examen clínico y, si es necesario, ultrasonografía;
- Efectuar el aborto o brindar atención postaborto en el primer trimestre con aspiración endouterina;
- Manejar el dolor durante el aborto en el primer trimestre; es aconsejable saber cómo colocar el bloqueo paracervical o cómo proporcionar otros tipos de control del dolor;
- Reconocer y manejar las complicaciones del aborto en el primer trimestre.

Es una ventaja tener experiencia proporcionando cuidados obstétricos, ya que el manejo de las complicaciones del aborto en el segundo trimestre es similar al manejo de las complicaciones obstétricas. Dado que cada profesional de salud que proporciona servicios de aborto en el segundo trimestre debe poder manejar emergencias o estabilizar a la mujer para su traslado, como mínimo, la capacitación en cuidados obstétricos de emergencia y/o asistencia calificada durante el parto debe ser un requisito para profesionales sin formación académica en obstetricia.

Los requisitos relativos a las instalaciones, equipos y personal se mencionan en detalle en la sección de esta guía sobre la prestación de servicios (ver página 54) y también se encuentran en la publicación de Ipas titulada *Aborto en el segundo trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios*, en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Extendiendo-los-servicios-de-atencion-integral-del-aborto-al-segundo-trimestre.aspx>.

Capítulo 2: Atención clínica brindada a las mujeres durante la D y E a las 13 semanas o más de gestación

Este capítulo resume la atención clínica brindada a mujeres en proceso de D y E. El capítulo se presenta en el orden de la prestación del servicio de D y E.

Los pasos para proporcionar D y E son:

- Evaluación clínica
- Proceso de consentimiento informado
- Preparación cervical
- Inducción de muerte fetal (según sea necesario)
- Manejo del dolor
- D y E
- Recuperación

Consideraciones especiales: mujeres jóvenes, mujeres con indicaciones maternas o fetales para el aborto, antecedentes de histerotomía y con placenta previa

Evaluación clínica

El/La prestador/a de servicios primero debe evaluar el estado clínico de la mujer y su elegibilidad para la D y E. La evaluación debe realizarse en privado. Los componentes de la evaluación clínica son: la historia clínica, examen físico, toma de muestras de laboratorio, según sea necesario, y determinación/confirmación de la edad gestacional. En algunos ámbitos, posiblemente sea necesario realizar una corta evaluación informal del estado psicosocial de la mujer para determinar si presenta una indicación para el aborto, y/o esta evaluación podría ser útil para identificar a las mujeres que necesitan apoyo y/o recursos adicionales.

HISTORIA CLÍNICA

El/La prestador/a de servicios debe registrar la historia clínica completa, que incluye:

- Fecha del primer día de la última menstruación (FUM)
- Resultados de prueba(s) de embarazo o del examen por ultrasonido
- Sangrado vaginal u otras complicaciones durante el embarazo actual
- Alergias medicamentosas conocidas
- Medicamentos actuales

- Historia obstétrica: número de embarazos, número de partos y abortos, tipos de partos (cesárea o vaginal) y antecedentes de embarazo ectópico
- Historia clínica
- Antecedentes de enfermedad mental
- Discapacidad física o cognitiva
- Historia social, que incluye antecedentes de consumo de alcohol o drogas

En el Anexo 1 (ver página 38) se expone un ejemplo del formulario de evaluación. Para las mujeres con ciertas afecciones médicas, los servicios de aborto posiblemente requieran un alto nivel de experiencia y conocimientos clínicos y/o monitoreo. Posiblemente sea necesario referir a estas mujeres a un establecimiento de salud de nivel superior. La Tabla 1 (ver a continuación) muestra algunas consideraciones de salud comunes que deben ser evaluadas y podrían afectar el manejo, pero esta lista no es exhaustiva.

Tabla 1. Afecciones médicas que podrían afectar la prestación de servicios de D y E

AFECCIÓN	RELEVANCIA CLÍNICA
Alcoholismo o drogadicción	Las mujeres posiblemente necesiten mayores dosis de medicamentos para controlar el dolor; inicie con la dosis estándar y realice un ajuste ascendente según sea necesario. Si se utilizan opioides, considere medicamentos de menor duración para evitar depresión respiratoria retrasada.
Anemia	Si la mujer presenta un nivel muy bajo de hematocrito o hemoglobina*, prepárese para manejar el sangrado y brindar tratamiento adecuado (p. ej., disponibilidad de agentes uterotónicos y agentes de taponamiento).
Asma	Las mujeres con asma leve o bien controlada pueden recibir cuidados rutinarios. Las mujeres con ataque agudo de asma o con asma mal controlada posiblemente tengan que retrasar el procedimiento hasta que el asma esté controlada, o recibir tratamiento en un hospital. El misoprostol puede utilizarse de manera segura en mujeres con asma.
Trastorno hemorrágico	Si la mujer presenta un trastorno hemorrágico activo, posiblemente sea necesario referirla a una unidad de salud de nivel superior. De lo contrario, prepárese para manejar la hemorragia (p. ej., con agentes uterotónicos, agentes de taponamiento y productos de sangre).

AFECCIÓN	RELEVANCIA CLÍNICA
Diabetes	La insulina u otros medicamentos para regular la glucosa deben ser manejados acorde a la ingesta de calorías/alimentos. Las pruebas de glucosa habituales deben ser parte del monitoreo de rutina de la mujer durante su cuidado.
Cardiopatía	Si la enfermedad es sintomática o grave, posiblemente sea necesario brindar atención en combinación con cuidados cardiacos intensivos. Podría ser necesario realizar monitoreo adicional y brindar tratamiento en un establecimiento de salud de nivel superior.
Hipertensión arterial	La metilergonovina (alcaloides del cornezuelo de centeno) no debe utilizarse en mujeres con hipertensión arterial.
Obesidad mórbida	Según la magnitud de la obesidad, podría ser necesario considerar hacer cambios a la logística de rutina, tales como la capacidad de peso de las mesas de examen/cirugía y estribos, instrumental más largo, equipos para levantar y mover a la mujer, etc.
Antecedentes de histerotomía	Ver "consideraciones especiales" en la página 36.
Trastorno convulsivo	<p>La mujer debe tomar la dosis habitual de anticonvulsivos.</p> <p>Puede recibir toda la gama de medidas para controlar el dolor durante su cuidado.</p> <p>Dado que algunos antiepilépticos interactúan con los anticonceptivos hormonales, las opciones anticonceptivas deben revisarse cuidadosamente para determinar la elegibilidad médica (ver publicación de la Organización Mundial de la Salud titulada <i>Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos</i> en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/).</p>
Anomalía uterina	Según el tipo de anomalía, podría ser necesario guiarse por ultrasonido durante el procedimiento y, en algunos casos poco comunes, quizás no sea posible efectuar la D y E.

*No existe un estándar universal para el tratamiento de lo que se considera como bajo nivel de hematocrito/hemoglobina antes de la D y E, pero si la mujer presenta sangrado significativo con un nivel inicial de hematocrito del 25%, probablemente será necesario administrar una transfusión de sangre. Remítase a las normas y directrices nacionales relativas a la transfusión de sangre.

EXAMEN FÍSICO

A la mujer se le debe realizar un examen físico completo, que incluye toma de signos vitales, auscultación del corazón y los pulmones, y exámenes abdominal y pélvico/bimanual. El examen físico antes del aborto podría ser un buen momento para realizar otros exámenes de salud preventiva (por ejemplo, tamizaje de infecciones de transmisión sexual o de cáncer cervical), pero solo si esto no crea barreras o demoras para la prestación de servicios de aborto.

ANÁLISIS DE LABORATORIO

En la mayoría de los casos, el/la prestador/a de servicios necesita únicamente la información obtenida de la historia clínica y el examen físico de la mujer para finalizar la evaluación clínica. El examen del nivel de hemoglobina o hematocrito podría ser útil en mujeres con sospecha de anemia o con anemia conocida, para prepararse para el manejo de sangrado abundante.

Se debe verificar el estado de Rh si es recomendado por las políticas y los procedimientos locales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda tamizaje a menos que la inmunoglobulina (Anti-D) esté disponible para las mujeres con tipo sanguíneo Rh-negativo [7]. A las mujeres confirmadas como Rh-negativas se les debe administrar inmunoglobulina (Anti-D) en el momento de realizar el aborto [8]. No es necesario realizar otras pruebas o exámenes especializados antes de proporcionar el servicio de aborto a las 13 semanas o más de gestación, a menos que la mujer presente otro problema médico.

DETERMINACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL

La determinación correcta y exacta de la edad gestacional es de importancia fundamental para los servicios de aborto en el segundo trimestre. La edad gestacional se puede determinar por medio de la fecha de la última menstruación (FUM) de la mujer y un examen físico, que incluye un examen bimanual y abdominal. La medición de la altura del fondo uterino, como se hace en los cuidados obstétricos de rutina, puede proporcionar información adicional sobre la edad gestacional. Las mujeres que acuden a la unidad de salud con muerte fetal, aborto incompleto o en busca de atención postaborto, podrían tener una FUM que no concuerda con el tamaño uterino; se les debe brindar tratamiento acorde al tamaño uterino (ver Capítulo 3, página 47). Otras afecciones podrían causar discrepancia entre el tamaño y la FUM, por ejemplo: embarazo múltiple, masas uterinas (p. ej., fibromas), polihidramnios, enfermedad trofoblástica gestacional y obesidad materna.

La ultrasonografía puede ser utilizada para confirmar la edad gestacional si la FUM y el examen de la mujer no concuerdan. El uso de ultrasonografía no es necesario a menos que los otros métodos empleados para determinar la edad gestacional no puedan determinar si ésta califica para que la mujer sea elegible para la D y E, según sea determinado por un/a prestador/a de servicios calificado/a, el equipo y los métodos de preparación cervical disponibles para lograr dilatación adecuada. **No se debe realizar la preparación cervical ni la D y E hasta que se haya confirmado la edad gestacional**

y/o el tamaño uterino con un examen físico. Errores en la determinación pueden llevar a graves problemas con el aborto en el segundo trimestre (ver recuadro a continuación). Aunque se utilice el examen de ultrasonido para ayudar a determinar la edad gestacional, siempre es necesario registrar la historia clínica completa y realizar el examen físico.

No es necesario realizar una biometría sonográfica completa antes del aborto, ya que el diámetro biparietal (DBP) (ver Ilustración 1, página 15) es un método sencillo y suficientemente exacto para confirmar la edad gestacional [9]. El DBP es la medida desde la superficie exterior del hueso parietal hasta la superficie interior del hueso parietal opuesto (en una vista transversal). La medida de la longitud del fémur (LF) se puede utilizar para confirmar la edad gestacional calculada por el DBP, si hay dificultades técnicas para obtener la medida biparietal o para un feto con anomalías craneales. Muchos equipos de ultrasonido calcularán automáticamente la edad gestacional con estas medidas. Las estimaciones de la edad gestacional basadas en las medidas de DBP y LF se presentan en el Anexo 2, página 41. Si se utiliza la ultrasonografía, se puede indicar el número de fetos, la posición fetal y la ubicación de la placenta.

En lugares donde el ultrasonido no se utiliza de manera rutinaria o no está disponible, y el personal de salud no tiene experiencia determinando la edad gestacional, la medición del pie del feto después del aborto podría informar las evaluaciones del personal clínico, ya que la longitud del pie está correlacionada con la edad gestacional. De lo contrario, no es necesario medir de manera rutinaria la longitud del pie.

Determinación correcta y exacta de la edad gestacional

La determinación correcta y exacta de la edad gestacional es un paso de importancia fundamental antes de la D y E, para que el/la prestador/a de servicios no inicie el procedimiento sin darse cuenta de que no posee las habilidades necesarias o sin realizar la preparación cervical adecuada. Rara vez ocurre la expulsión fuera de la unidad de salud o durante el proceso de preparar el cérvix para la D&E; en edades gestacionales más avanzadas, esto podría causar la supervivencia fetal momentánea.

La determinación correcta y exacta de la edad gestacional puede ayudar a cada prestador/a de servicios a decidir acerca de inducir la muerte fetal para evitar la supervivencia fetal momentánea (página 31), preparar a las mujeres y al personal para la supervivencia fetal momentánea, o ayudar al prestador de servicios a planificar una referencia. La supervivencia fetal momentánea puede trastornar al personal, a la mujer y a su familia. Además, puede producir consecuencias médicas, sociales y jurídicas imprevistas.

Cuando la mujer o su prestador/a de servicios tiene dudas en cuanto a la edad gestacional, se debe suponer que el embarazo está más avanzado, y no menos avanzado.

Ilustración 1.

Diámetro biparietal

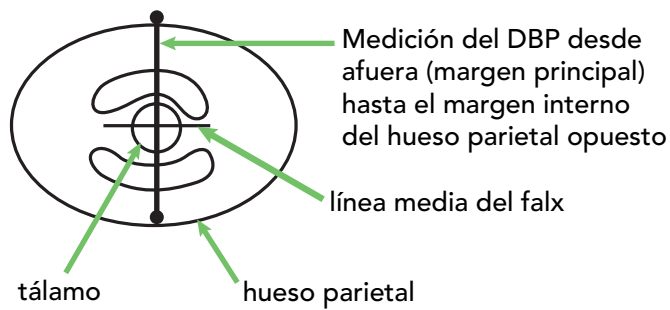
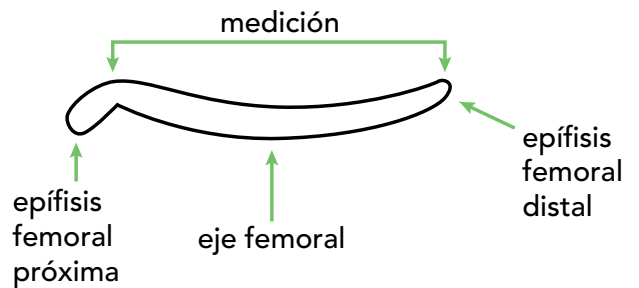


Ilustración 2.

Longitud del fémur



Proceso de consentimiento informado

El consentimiento informado es un proceso durante el cual la mujer recibe la información que necesita para tomar la decisión voluntaria de someterse al procedimiento de aborto. Su prestador/a de servicios debe explicarle la información en palabras adecuadas que ella pueda entender, a la vez que le permite hacer preguntas; entender sus opciones, riesgos y beneficios; y tomar una decisión informada y voluntaria. La privacidad y confidencialidad son fundamentales para el proceso de consentimiento informado.

CADA MUJER DEBE SABER...

ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

- Qué métodos de aborto existen y están disponibles, sus ventajas y desventajas;
- Los riesgos inherentes al proceso de D y E, incluidos los riesgos de aborto fallido, sangrado, hemorragia, infección, perforación, retención de placenta, procedimiento quirúrgico imprevisto, tal como laparotomía/histerectomía, etc.;
- Opciones para el manejo del dolor;
- Qué parte del proceso puede ocurrir fuera de la unidad de salud y cuándo debe regresar a la unidad de salud (después de la preparación cervical o por cualquier síntoma de alarma);
- Aproximadamente cuánto tiempo durará el proceso;
- Qué medicamentos recibirá y cómo serán administrados;
- En términos generales, cómo es evacuado el útero;
- Quién puede acompañarla durante el proceso;
- Qué ropa debe usar y/o qué debe traer de su casa que la ayude a sentirse cómoda;
- Sus opciones de anticoncepción postaborto, si la desea. Todo método anticonceptivo puede ser iniciado inmediatamente después del aborto, incluida la colocación del DIU al finalizar la D y E.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

- Qué medicamentos recibirá, cuándo y cómo serán administrados;
- Cuándo y qué sentirá, por ejemplo: síntomas como cólicos, sangrado y dolor;
- Aproximadamente cuánto durará el proceso;
- Opciones para el manejo del dolor, y que ella debe avisarle al personal de salud cuándo y si necesita medicamentos adicionales para el dolor.

DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO:

- Cuánto tiempo debe guardar reposo y ser monitoreada en la unidad de salud después de la D y E;
- Qué esperar en cuanto a cómo podría sentirse después del aborto, el nivel y la duración de los síntomas normales (tales como sangrado, cólicos, congestión mamaria) y cómo manejarlos;
- Cómo identificar los signos/síntomas de posibles complicaciones y cuándo y cómo comunicarse con su prestador/a de servicios y/o unidad de salud;
- No es necesario que programe una cita de seguimiento de rutina si tuvo un aborto sin complicaciones, pero puede optar por hacerlo;
- Sus opciones de anticoncepción, si la desea, y que la mayoría de los métodos pueden ser iniciados antes de regresar a su casa;
- Cuándo podría volver a quedar embarazada y cómo prepararse para eso (vacunas, tamizajes de salud, vitaminas);
- El impacto del aborto en su fertilidad y resultados de futuros embarazos.

Procedimiento de D y E

En general, las recomendaciones de regímenes concuerdan con las de las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tituladas *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda edición, y *Manual de práctica clínica para un aborto seguro* [7, 10]. En casos en que las recomendaciones clínicas de Ipas difieren, esto se debe a la incorporación de evidencias clínicas publicadas desde la publicación de las guías de la OMS en el año 2012. Este documento tiene como objetivo promover el uso de servicios de atención integral del aborto de alta calidad, basados en evidencia, para mejorar los resultados en salud al sintetizar y presentar las guías y evidencias clínicas más actualizadas.

Se debe asegurar que antes de iniciar el proceso de aborto (en el momento de la preparación cervical) haya ocurrido lo siguiente:

- La evaluación clínica (ver página 10), que incluye el examen físico general y el examen pélvico/bimanual;
- El/La prestador/a de servicios clínicos confía en la determinación de la edad gestacional del embarazo;
- La mujer entiende el procedimiento y ha dado su consentimiento voluntario para el mismo.

El proceso de aborto con D y E comienza con el inicio de la preparación cervical; en el caso poco común de que la mujer cambie de parecer en cuanto a continuar con el aborto después que se inicie la preparación cervical, quizás sea imposible detener el proceso o ella podría correr riesgo de infección y/o trabajo de parto/parto pre-término si no continúa con el aborto. Aunque debe recibir consejería sobre las posibles consecuencias y riesgos, tal vez cambie de parecer y decida no continuar con la evacuación endouterina.

Aunque el registro de la historia clínica, examen físico general, consejería, proceso de consentimiento informado y preparación cervical pueden ser realizados por una enfermera o profesional de salud aparte del prestador/a de servicios principal responsable de efectuar la D y E, es imperativo que el profesional de salud responsable de efectuar la D y E confirme la determinación de la edad gestacional y realice un examen pélvico/bimanual para evaluar el cérvix y la posición del útero antes de efectuar el procedimiento.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Se recomienda la profilaxis antibiótica para todas las mujeres antes del procedimiento de D y E, con el fin de disminuir el riesgo de infección post-aborto [11, 12]. Dado que la tasa de infección después de la D y E es baja, la imposibilidad de proporcionar antibióticos no debería limitar el acceso al aborto [7, 13]. Algunos prestadores de servicios inician los antibióticos en el momento de colocar el dilatador osmótico (ver página 19 sobre la preparación cervical), mientras que otros administran la dosis de manera peri-operativa. No existen estudios que comparen los diferentes momentos para iniciar los antibióticos y la infección postaborto.

Se han estudiado muchos regímenes de antibióticos para la profilaxis del aborto, pero aún no se ha establecido el antibiótico ideal, su dosis y su tiempo de administración [12]. La siguiente tabla (Tabla 2, a continuación) expone algunos regímenes utilizados comúnmente en la práctica clínica o aquellos recomendados por organizaciones de profesionales [11, 14]. Estos regímenes se basan en evidencias clínicas y la opinión de expertos. Cada prestador/a de servicios debe elegir un régimen basándose en el gasto y la disponibilidad de los antibióticos, la prevalencia local de infecciones de transmisión sexual y los protocolos locales para realizar pruebas y brindar tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Tabla 2. Regímenes de antibióticos utilizados comúnmente para profilaxis de infección durante la D y E

REGÍMENES COMUNES	RECOMENDADO POR
Doxiciclina, 200 mg por vía oral, 1 hora antes del procedimiento [11]	Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (2018)
Doxiciclina, 200 mg por vía oral, antes del procedimiento <ul style="list-style-type: none"> o Azitromicina, 500 mg por vía oral después del procedimiento o Metronidazol, 500 mg por vía oral, antes del procedimiento 	Planned Parenthood Federation of America (2016) [14]
Doxiciclina, 200 mg por vía oral, dentro de las 2 horas antes del procedimiento <ul style="list-style-type: none"> o Azitromicina, 500 mg por vía oral, dentro de las 2 horas antes del procedimiento 	Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (2015) [15]

A las mujeres con alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual se les debe realizar el tamizaje además de profilaxis antibiótica. A las mujeres que presentan signos y síntomas de infección de transmisión sexual se les debe proporcionar servicios de aborto sin demora, además del tratamiento correspondiente de antibióticos de acuerdo a los regímenes basados en evidencia [7, 16].

PREPARACIÓN CERVICAL

La preparación cervical adecuada es clave para efectuar el procedimiento de D y E de manera segura y disminuye el riesgo de complicaciones [13, 17]. No existe un solo régimen estándar para preparar el cérvix; la elección de método a menudo es dictada por el/la prestador/a de servicios, su nivel de habilidades, la edad gestacional del embarazo, el costo de los diferentes métodos, la paridad de la mujer y la disponibilidad de métodos [17, 18]. Muchos de los agentes para la preparación cervical son utilizados solos o en combinación. Los agentes utilizados con mayor frecuencia son los dilatadores osmóticos (laminaria o dilatadores osmóticos sintéticos), misoprostol y mifepristona. La Tabla 2 (ver página 18) describe los diferentes atributos de estos agentes.

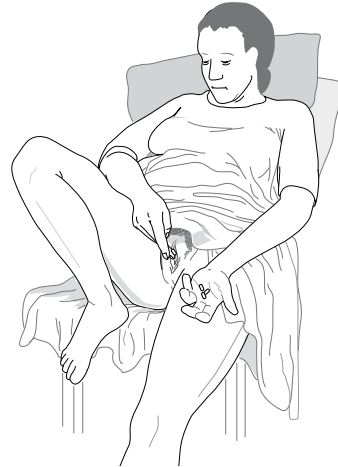
Preparación cervical con misoprostol solo

En muchos ámbitos con escasos recursos, el misoprostol es barato, seguro [19] y más fácilmente disponible que los dilatadores osmóticos. Se ha estudiado el uso de misoprostol solo para la preparación cervical antes de la D y E hasta las primeras 18 semanas de gestación [20]. Una ventaja de la preparación cervical con misoprostol solo es que permite efectuar la D y E el mismo día, es fácil de administrar y solo lleva unas pocas horas para surtir efecto. Sin embargo, cada prestador/a de servicios debe estar preparado/a y tener el equipo necesario para dilatar el cérvix mecánicamente cuando utilice el misoprostol para la preparación cervical, especialmente con gestaciones de 16 a 18 semanas. Las desventajas de la preparación cervical con misoprostol solo son los efectos secundarios frecuentes, como sangrado y cólicos, que presentan las mujeres mientras esperan para que se les efectúe la D y E. Además, existe un pequeño riesgo de expulsión del feto durante la espera.

Se han estudiado las vías vaginal y bucal de administración de misoprostol antes de la D y E; sin embargo, aún no se ha investigado la administración de dosis por vía sublingual para esta indicación. Por lo general, el misoprostol es administrado aproximadamente de tres a cuatro horas antes de la D y E (ver Tabla 2, página 18, para detalles sobre la dosis y el tiempo de administración).

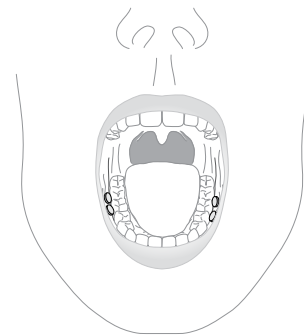
Vías de administración

Para uso vaginal, las tabletas de misoprostol pueden ser introducidas por la mujer o, si ella prefiere, por su prestador/a de servicios clínicos. Ella debe lavarse las manos antes de introducir las tabletas de misoprostol en la vagina; el/la prestador/a de servicios debe usar guantes limpios. Las tabletas deben colocarse entre dos dedos e introducirse profundamente en la vagina (cabe señalar que no es necesario colocarlas tan profundo como el fondo de saco vaginal posterior para que funcionen debidamente). No es necesario humedecer las tabletas antes de colocarlas. Después de colocarlas, la mujer debe permanecer acostada (en posición supina) durante aproximadamente 30 minutos y luego puede moverse, si así lo desea, hasta la próxima dosis.



USO VAGINAL

Para uso bucal, la mujer coloca las tabletas de misoprostol entre la mejilla y la encía, y las deja ahí durante 30 minutos. Después de 30 minutos, se traga toda porción restante de las tabletas.



USO BUCAL

Las dosis administradas por vía bucal tienden a tener más efectos secundarios gastrointestinales que las dosis por vía vaginal, pero algunas mujeres encuentran que estas vías son más convenientes y aceptables que la vía vaginal. Asegúrese de que la mujer no tenga ninguna porción de las tabletas presente en la boca inmediatamente antes de la D y E, con el fin de evitar una posible aspiración durante el procedimiento.

En el momento de administrar misoprostol, se debe administrar un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) a menos que la mujer tenga una reacción alérgica. Dependiendo del nivel de anestesia utilizado para la

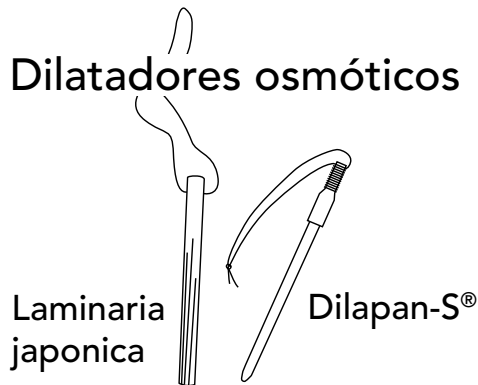
D y E, la mujer podría o no necesitar permanecer NPO (nil per os o nada por vía oral); por lo tanto, es posible que necesite recibir medicamentos para el control del dolor por vía intravenosa o rectal. La mujer debería tener la opción de acostarse en una cama o camilla, en un área privada, especialmente una vez que empiece a presentar síntomas incómodos (p. ej. cólicos, sangrado, náuseas/vómito). El personal de apoyo debe monitorear el dolor y los signos vitales con regularidad mientras que la mujer espera para que le efectúen el procedimiento. Se debe administrar medicamentos para el dolor según sea necesario.

A veces la mujer presenta fiebre a causa del misoprostol. A menos que haya preocupación de infección u otros signos de infección, la fiebre probablemente se debe al misoprostol y la mujer debe ser tratada con antipiréticos: para una temperatura corporal mayor a 38 °C (100.4 °F), administrar una dosis de 650 mg de acetaminofén (paracetamol) por vía oral cada cuatro horas, según sea necesario.

Preparación cervical con dilatadores osmóticos solamente

Los dilatadores osmóticos para la preparación cervical pueden ser utilizados de manera segura y eficaz sin incrementar la morbilidad infecciosa, independientemente de la edad gestacional [13, 17, 21, 22]. Los dos dilatadores osmóticos utilizados con mayor frecuencia son laminaria japónica (algas marinas secas comprimidas) y un dilatador osmótico sintético, Dilapan-S®. No existe suficiente evidencia para recomendar un tipo de dilatador en particular [18]: la elección generalmente se basa en la preferencia del prestador de servicios, el costo y la disponibilidad.

Ilustración 3.



Cuando se colocan dilatadores osmóticos es imperativo que la longitud del dilatador atraviese todo el canal cervical, incluido el orificio cervical interno (ver recuadro, página 22); de lo contrario, no se podrá lograr dilatación máxima. Aunque los dilatadores vienen en diferentes tamaños, muchos prestadores de servicios utilizan principalmente un tamaño (p. ej., 4 mm) para poder estimar con mayor facilidad el número de dilatadores necesarios para lograr la dilatación deseada.

La laminaria se expande de tres a cuatro veces su peso seco en 24 horas; gran parte de la expansión ocurre en las primeras seis horas. Muchos presta-

COLOCACIÓN DE DILATADORES OSMÓTICOS

INSUMOS NECESARIOS:

- Povidona yodada u otro antiséptico similar
- Guantes (limpios)
- Pinza Bozeman o pinza de anillos/Foerster
- Tenáculo de un solo diente o pinza de tenáculo angulada atraumática
- Gasa 4x4 o bola de algodón estéril o scopette (torundas de algodón de 40.6 cm, o 16 pulgadas)
- Dilatadores osmóticos
- Espéculo de autoretenición
- Suministros para el bloqueo paracervical

COLOCACIÓN DE LOS DILATADORES:

- Pida a la mujer que vacíe la vejiga antes de entrar a la sala de examen, si es necesario
- Realice el examen bimanual (es posible que ya haya ocurrido como parte de la determinación de la edad gestacional)
- Coloque el espéculo
- Limpie el cérvix con antiséptico
- Practique la técnica de no tocar (ver página 25) con respecto al extremo de la pinza Bozeman/Foerster y el dilatador osmótico
- Coloque el tenáculo para estabilizar el cérvix
- Conviene colocar el bloqueo paracervical, especialmente si es necesario realizar la dilatación mecánica para colocar los dilatadores
- Coloque los dilatadores osmóticos desde el orificio cervical externo a través del orificio interno. Asegúrese de que pasen a través del orificio interno. Coloque cada dilatador adicional al lado del dilatador anterior, y no tocando con los extremos
- Retire todo el instrumental, asegure hemostasis
- Anote en el expediente de la paciente el número de dilatadores colocados en el cérvix
- Hable con ella sobre lo que debe esperar después de la colocación y sobre los signos de alarma

dores de servicios utilizan laminaria como un régimen de preparación cervical, comenzando la noche antes del procedimiento (p. ej., aproximadamente de 12 a 24 horas antes de la D y E) o para gestaciones más avanzadas, con dos conjuntos de laminaria separados el uno del otro durante entre 12 y 24 horas, y de la evacuación durante entre 12 y 24 horas más.

Los dilatadores osmóticos sintéticos se expanden aproximadamente al doble de su diámetro en dos horas, y a tres veces en cuatro horas. Los dilatadores osmóticos sintéticos pueden utilizarse solos para la preparación cervical el mismo día en mujeres con embarazo de hasta 18 semanas de gestación. Más allá de las 18 semanas, la mayoría de los prestadores de servicios esperan por lo menos 12 horas después de la colocación de los dilatadores osmóticos antes de efectuar la D y E, según la cantidad de dilatación necesaria.

Regímenes combinados

La combinación de diferentes agentes para la preparación cervical es necesaria a medida que la edad gestacional avanza. Para gestaciones de más de 18 semanas, los regímenes son: mifepristona con misoprostol, misoprostol con dilatadores osmóticos, mifepristona con dilatadores osmóticos, o una combinación de los tres (ver Tabla 2, a continuación).

Tabla 2: Regímenes para la preparación cervical por edad gestacional

EDAD GESTACIONAL	MÉTODO	DOSIS	NOTAS
De 13 a 16 semanas	Mifepristona	200 mg por vía oral entre 24 y 48 horas antes de la D y E	Ningún o pocos efectos secundarios [23]
De 13 a 18 semanas	Misoprostol	400 mcg, por vía bucal o vaginal, 3 horas antes de la D y E	Se puede repetir la dosis si es necesario. Si se repite, posiblemente no se necesiten 3 horas completas para lograr la dilatación deseada [20, 24, 28]
De 13 a 20 semanas	Mifepristona y misoprostol	200 mg de mifepristona, por vía oral, entre 24 y 48 horas antes de la D y E seguida de 400 mcg de misoprostol, por vía bucal o vaginal, 3 horas antes de la D y E [27-29]	

EDAD GESTACIONAL	MÉTODO	DOSIS	NOTAS
De 13 a 24 semanas	Dilatadores osmóticos	Laminaria japónica colocada entre 12 y 24 horas antes de la D y E Dilatadores osmóticos sintéticos colocados entre 2 y 24 horas antes de la D y E	Para gestaciones de 21 semanas o más, posiblemente sea necesario dilatar el cérvix mecánicamente para que quepa un número/tamaño adecuado de dilatadores osmóticos, o quizás se necesiten 2 días de conjuntos sucesivos de dilatadores [13, 17, 18, 21, 22]
De 13 a 24 semanas	Dilatadores osmóticos y misoprostol	Dilatador osmótico (ver momento de colocación, arriba) seguido de 400 mcg, por vía bucal o vaginal, 3 horas antes de la D y E	Para gestaciones de 20 semanas o más, posiblemente sea necesario dilatar el cérvix mecánicamente para que quepa un número/tamaño adecuado de dilatadores osmóticos, o quizás se necesiten 2 días de conjuntos sucesivos de dilatadores [30-33]
De 19 a 24 semanas	Mifepristona y dilatadores osmóticos	200 mg de mifepristona, por vía oral, más colocación simultánea de dilatadores osmóticos el día antes de la D y E [32, 34]	

El régimen utilizado para la preparación cervical y/o la agudeza de la situación clínica determinarán si la mujer necesita ser observada en la unidad de salud hasta que se le efectúe la D y E, o si ella puede irse y regresar. En general, la preparación cervical que utiliza mifepristona y/o dilatadores osmóticos puede realizarse en una unidad ambulatoria y la mujer puede regresar después (en horas o el próximo día) para su D y E.

El misoprostol puede ser administrado en una unidad de paciente interna o externa, pero una vez que éste sea ingerido, la mujer debe permanecer bajo observación clínica hasta que se le efectúe la D y E (de tres a cuatro horas después de administrado el misoprostol). Si la mujer comienza a presentar sangrado vaginal abundante durante este tiempo, probablemente ha respondido con rapidez al misoprostol y el cérvix está adecuadamente preparado para la evacuación endouterina, aunque no haya transcurrido el tiempo de espera estándar.

INFORMACIÓN PARA LAS MUJERES ACERCA DE LOS AGENTES UTILIZADOS PARA LA PREPARACIÓN CERVICAL

QUÉ ESPERAR DE LA PREPARACIÓN CERVICAL

Mifepristona: La mayoría de las mujeres son asintomáticas después de la ingestión, sin sangrado o cólicos.

Dilatadores osmóticos: Las mujeres pueden presentar cólicos/molestias que varían de leves a graves en el momento de colocar los dilatadores osmóticos. Poco después que se retira el espéculo (dentro de 15 minutos), los síntomas generalmente disminuyen. Mientras que los dilatadores están colocados, la mujer puede presentar cólicos de leves a moderados, para los cuales se les debe ofrecer opciones de manejo del dolor (ver *Manejo del dolor*, página 29). Después de la colocación de dilatadores osmóticos puede ocurrir sangrado vaginal; es normal que varíe de ningún sangrado a sangrado similar al de la menstruación. Los dilatadores osmóticos podrían ser expulsados antes de la D y E. Aunque esto no es preocupante, la mujer debe informar a su prestador/a de servicios al respecto, de manera que pueda rendir cuentas de todos los dilatadores durante la extracción en el momento de realizar el procedimiento de D y E.

Misoprostol: La mayoría de las mujeres presentan cólicos de leves a moderados. También pueden presentar sangrado vaginal de leve a moderado. Otros efectos secundarios del misoprostol son: náuseas, vómito, diarrea, fiebre y escalofríos

LA MUJER DEBE NOTIFICAR A UN/A PROFESIONAL DE SALUD Y BUSCAR CUIDADOS DE EMERGENCIA POR:

- sangrado abundante (2 o más toallas sanitarias por hora)
- dolor/cólicos intensos que no se pueden manejar con medicamentos orales
- signos de infección (fiebre, escalofríos, sensibilidad)
- fuga de líquido; rara vez se rompen las membranas entre la preparación cervical y la D y E.

EVACUACIÓN ENDOUTERINA (PROCEDIMIENTO DE D Y E)

Materiales

Espéculo

Tenáculo

Cánulas

Dilatador

Pinza

Esponjas

BPC

- anestésico local
- aguja
- jeringa

AMEU

Antiséptico

(Para ver la lista de materiales y proveedores, por favor remítase al Anexo 4, página 44.)



Confirme que todos los instrumentos y suministros estén en su lugar (ver imagen, página 26). Para efectuar el procedimiento se necesita una mesa de cirugía/examen que le permita a la mujer acomodarse en posición de litotomía. Se debe poner debajo de la mesa una cuba o bandeja para el drenaje, donde se capturen los líquidos, sangre y restos ovulares.

El/La profesional de salud responsable de efectuar el procedimiento debe lavarse las manos y ponerse guantes y equipo de protección personal. Puede usar guantes limpios o estériles, pero debe seguir la **técnica de no tocar (es decir, ningún instrumento que entre en el útero debe entrar en contacto con superficies no estériles antes de ser introducido a través del cérvix)**, independientemente del tipo de guante usado. Durante la evacuación endouterina, el equipo clínico debe comunicarse con la mujer de manera continua, decirle qué debe esperar, hablarle con palabras reconfortantes y apoyarla.

Si el cérvix no está preparado adecuadamente, no se debe efectuar el procedimiento de D y E. La dilatación debe ser suficiente para poder introducir con facilidad el instrumental y para extraer los restos ovulares sin resistencia sustancial. A medida que la edad gestacional avanza, la cantidad de dilatación necesaria también aumenta. Antes de iniciar el procedimiento, se debe evaluar el efecto de la preparación cervical. Si el cérvix no está preparado lo suficiente, administre otra dosis de misoprostol o coloque otro conjunto de dilatadores. Si no se puede lograr dilatación cervical adecuada en determinado plazo para realizar la D y E, se puede llevar a cabo el procedimiento de aborto con medicamentos. Ver *Guía de referencia sobre el aborto con medicamentos: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre')*, disponible en www.ipas.org/2dotriAM.

PROCEDIMIENTO, PASO A PASO

- Realizar la inspección de seguridad y equipo.
- Pedir a la mujer que vacíe la vejiga antes de que entre en la sala de procedimientos.
- Iniciar la administración por vía intravenosa de medicamentos y/o ansiolíticos para el manejo del dolor. Los medicamentos orales deben administrarse de antemano para poder efectuar el procedimiento de D y E en el momento cuando hayan alcanzado su efecto máximo.
- Realizar el examen bimanual para determinar el tamaño y la posición del útero, así como si se logró dilatación cervical adecuada. Extraer y contar todos los dilatadores osmóticos colocados anteriormente. Si el cérvix no está preparado adecuadamente, administrar otra dosis de misoprostol y/o colocar otro conjunto de dilatadores.



Pinza Beier



Pinza Sopher

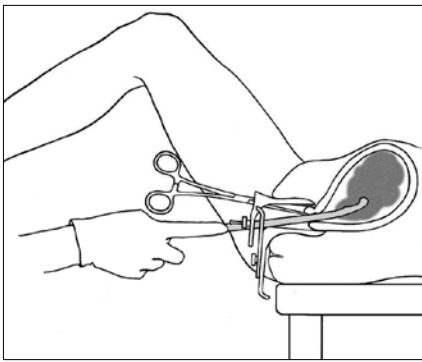


Figura 4. Aspirar el líquido amniótico.

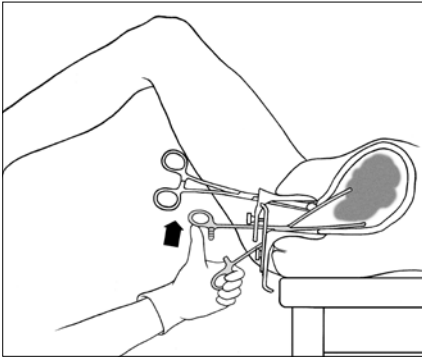


Figura 5. Abrir la pinza.

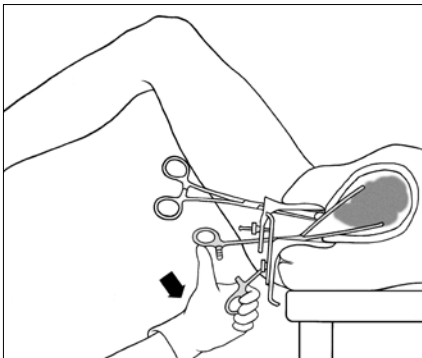


Figura 6. Tirar del mango de la pinza hacia abajo, de manera que los sujetadores queden en el segmento uterino anterior inferior.

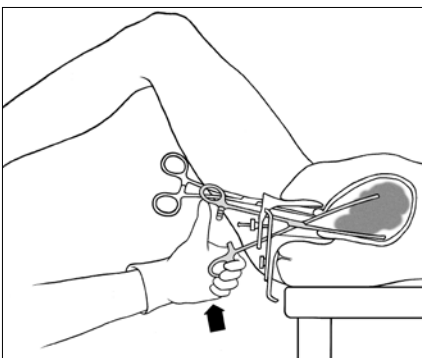


Figura 7. Realizar la evacuación endouterina desde la sección más baja de la cavidad uterina.

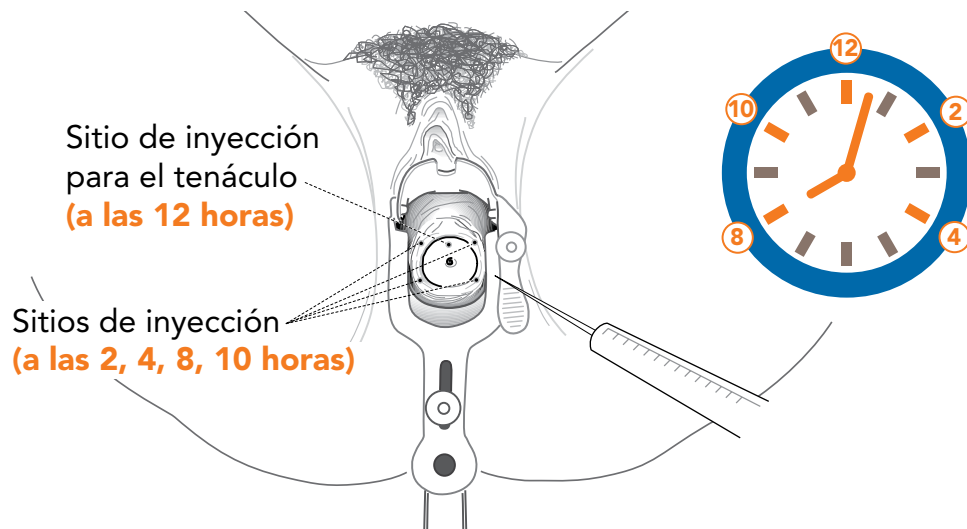
- Colocar el espéculo.
- Limpiar el cérvix con solución antiséptica, tal como povidona yodada (Betadina).
- Colocar el bloqueo paracervical (ver Manejo del dolor, página 27) y el tenáculo.
- Ejercer tracción en el tenáculo para bajar el cévix por la vagina.
 - En casos de gestaciones más avanzadas, se puede utilizar una pinza de anillos/Foerster/portaesponjas/vulsellum en vez del tenáculo, si así se desea.
- Volver a evaluar si se logró dilatación adecuada intentando pasar el dilatador de mayor diámetro sin usar fuerza.
- Dilatar el cérvix mecánicamente, según sea necesario, para lograr la cantidad deseada/necesaria de dilatación.
 - Los dilatadores deben llegar al orificio cervical interno, sin adentrarse más hacia arriba en el útero. Tocar el fondo del útero con el dilatador es doloroso para la mujer e incrementa el riesgo de perforación.
- Realizar la aspiración endouterina con la cánula del mayor tamaño disponible (de 12 mm a 16 mm) y aspirar el líquido amniótico (ver Figura 4). Se puede utilizar aspiración eléctrica o manual.
 - Realizar la succión de la misma manera que se hace durante el aborto por aspiración en el primer trimestre, rotando la cánula durante la succión. Si utiliza el instrumental de AMEU, vacíe el aspirador cuando se llene y repita según sea necesario. Cuando no se pueda succionar más nada, retire la cánula del útero.
 - En casos de gestaciones de hasta 15 semanas, quizás sea posible realizar el aborto utilizando aspiración solamente.
- A medida que ejerce tracción suave en el tenáculo para enderezar el canal cervical, pase la pinza cerrada a través del cérvix en dirección vertical (las ramas de la pinza Bierer o Sopher deben abrirse en dirección de arriba-abajo, no horizontalmente) (ver Figura 5).
- Tan pronto la pinza pase a través del orificio cervical interno, ábrala suavemente lo más ancho posible. Mientras que abre la pinza, baje la mano y la pinza en dirección del piso para angular las ramas de la pinza hacia el segmento uterino anterior inferior (ver Figura 6).
 - Un útero grávido a mitad de trimestre generalmente se encuentra en posición anterior, hacia la pared abdominal anterior.

- Para aspirar los restos ovulares, cierre la pinza alrededor de tejido fetal y rótelea 90 grados para ayudar con la desarticulación antes de retirarla.
 - Tenga cuidado de no sujetar el miometrio con la pinza.
 - Mantenga la pinza en el segmento uterino de inferior a medio. Por lo general, no es necesario utilizar la pinza cerca del fondo uterino, lo cual aumenta el riesgo de perforación (ver Figura 7).
- Repita hasta finalizar la extracción del feto, al igual que la placenta en su mayoría o totalidad.
 - Intente extraer los restos ovulares cada vez que introduzca la pinza.
 - ~ Si no puede localizar y mover el feto o las partes fetales en un plazo de 5 a 7 minutos, considere utilizar ultrasonido (ver Anexo 2, página 41) para visualizar y dirigir el movimiento de la pinza.
 - ~ Si los restos ovulares se han movido hacia arriba al fondo uterino desde el segmento inferior del útero, use succión para llevarlos hacia abajo, dentro del alcance de la pinza, o considere retirar el espéculo y tenáculo y masajear el útero. Si el cérvix está dilatado lo suficiente para permitir que pase parte de la mano del prestador de servicios, el feto puede ser reposicionado internamente. En el caso poco probable que estas maniobras no lleven los restos ovulares al alcance de la pinza, administre una dosis de 400 mcg de misoprostol (por vía bucal) o una alta dosis de oxitocina (200 unidades en 500 ml de solución salina normal o solución de lactato de Ringer, a 50 ml/hora por vía intravenosa). Espere de 30 minutos a 3 horas y vuelva a intentar el procedimiento de D y E. La mujer debe permanecer bajo observación durante ese tiempo.
- Una vez que haya extraído todo el tejido fetal, realice la aspiración por succión para asegurarse de que no quede ningún tejido restante.
- Examine el tejido fetal para asegurarse de que logró evacuación endouterina completa:
 - Identifique las partes fetales (tórax, médula espinal, calota, las 4 extremidades y la placenta, para todos los procedimientos de 14 semanas o más de gestación).
 - Si no puede determinar con certeza si logró evacuación endouterina completa, puede confirmarlo realizando un examen por ultrasonido o un examen digital de la cavidad uterina.

Manejo del dolor

A todas las mujeres se les debe ofrecer medicamentos para el manejo del dolor y se les debe proporcionar los medicamentos sin demora [10]. El propósito del manejo del dolor es disminuir las molestias, dolor y ansiedad con el menor riesgo posible para la salud de la mujer. Se debe designar a un/a integrante del personal como responsable de monitorear y atender

TÉCNICA DE BLOQUEO PARACERVICAL



- 1 Prepare la jeringa con lidocaína.**
 - Use 20 ml de solución de lidocaína al 1%, o 10 ml de solución de lidocaína al 2%.
 - No exceda la dosis máxima de lidocaína de 4.5 mg/kg o 200 mg en total.
- 2 Conecte la aguja a la jeringa.**
 - Se recomienda utilizar una aguja con una longitud de 3 cm (1 pulgada) para facilitar la inyección profunda.
- 3 Coloque el espéculo y realice la preparación antiséptica cervical.**
- 4 Inyecte una pequeña cantidad de lidocaína superficialmente en el labio anterior del cérvix, en el sitio donde se colocará el tenáculo (a las 12 horas).**
 - Inyecte 2 ml si está utilizando 20 ml de solución de lidocaína al 1%.
 - Inyecte 1 ml si está utilizando 10 ml de solución de lidocaína al 2%.
- 5 Sujete el cérvix con el tenáculo a las 12 horas.**
- 6 Inyecte la lidocaína restante en cantidades iguales en la unión cervicovaginal a las 2, 4, 8 y 10 horas.**
 - Las inyecciones deben ser de 3 cm (1 pulgada) de profundidad.
 - Aspire antes de inyectar para evitar una inyección intravascular.

CONSEJOS PARA LA PRÁCTICA

- La inyección profunda de lidocaína (3 cm o 1 pulgada) proporciona alivio del dolor más eficaz que la inyección superficial (1.5 cm).
- Entre los posibles efectos secundarios vistos con la inyección intravascular se encuentran: hormigueo peribucal, tinnitus, sabor metálico, mareos o pulso irregular/lento.
- Profesionales de la salud de nivel intermedio que han sido capacitados en la colocación del bloqueo paracervical demuestran tasas similares de seguridad y eficacia que los médicos.
- Rara vez ocurren eventos adversos serios relacionados con el bloqueo paracervical.

Para obtener más información, visite <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva.aspx>.

las necesidades de la mujer, incluida su necesidad de recibir medicamentos para el dolor.

La D y E es más dolorosa para las mujeres que la aspiración endouterina en el primer trimestre; la D y E requiere más dilatación cervical, más tiempo para realizar el procedimiento y más manipulación uterina.

OPCIONES PARA EL MANEJO DEL DOLOR

Aún no se ha establecido el régimen óptimo para el manejo del dolor durante el aborto en el segundo trimestre. La mayoría de las declaraciones de consenso internacionales se enfocan en la cantidad mínima de anestesia con la cual se puede realizar la D y E para asegurar disponibilidad en unidades de salud de nivel inferior en vez de optimizar el control del dolor [10, 15].

Ipas recomienda combinar anestesia local (bloqueo paracervical, ver próxima página) con AINE y analgésicos narcóticos, con o sin ansiolíticos [35]. Los medicamentos pueden ser administrados por vía oral o parenteral [20].

Algunas mujeres posiblemente necesiten mayor sedación. En unidades de salud que cuentan con un/a prestador/a de servicios capacitado/a y equipo adecuado para el monitoreo de la paciente, se puede ofrecer sedación por vía intravenosa. La anestesia general aumenta los riesgos asociados con el aborto y no se recomienda para procedimientos de rutina [10, 36]. Si es necesario administrar anestesia general, la adición del bloqueo paracervical no disminuye el dolor postoperatorio [37]. La elección de medicamentos y el nivel de sedación dependen de la preferencia de la mujer, el nivel de capacitación de cada prestador/a de servicios, y los insumos y equipos de monitoreo disponibles en la unidad de salud. La necesidad de que la mujer se presente NPO varía según el nivel de sedación elegido.

Inducción de muerte fetal

En algunos casos, el/la prestador/a de servicios decide inducir la muerte fetal comenzando aproximadamente a las 20 semanas de gestación para evitar la supervivencia fetal momentánea [10]. La inducción de muerte fetal no incrementa la seguridad del aborto y podría aumentar los efectos secundarios [38, 39], pero quizás haya razones jurídicas, éticas y/o psicológicas para considerarla. Cuando no es posible inducir la muerte fetal, las mujeres deben tener acceso a servicios de aborto seguro.

La muerte fetal puede ser inducida por cualquiera de los siguientes métodos:

- Digoxina inyectada en el feto o líquido amniótico
- Cloruro de potasio inyectado directamente en el corazón del feto (no se recomienda de manera rutinaria)

La muerte fetal también se puede inducir durante el proceso de D y E por compresión del cordón umbilical fetal.

TÉCNICA

Inyección de digoxina

La digoxina tiene una baja tasa de complicaciones y es fácil de inyectar en el líquido amniótico con o sin la guía del ultrasonido [40, 41]. La técnica es similar a la amniocentesis para pruebas genéticas o de madurez pulmonar. La inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina, con dosis de 1 a 1.5 mg, causa muerte fetal en casi el 90% de los casos cuando es administrada el día antes del aborto [42].

La inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina tiene limitada absorción sistémica materna y ningún efecto significativo cardiaco materno ni trombótico [40]. Aunque ninguna de las dos vías ofrece un beneficio en cuanto a la eficacia o facilidad de administración, algunos profesionales de salud prefieren una o la otra.

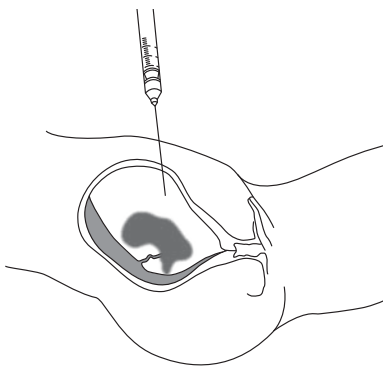
Algunas contraindicaciones de la aplicación de digoxina son:

- Arritmia cardiaca materna
- Insuficiencia renal materna
- Reacción alérgica a la digoxina

Los insumos médicos necesarios son:

- Alcohol o povidona yodada
- Guantes (estériles o limpios). Si se usan guantes limpios, no estériles, el/la prestador/a de servicios debe practicar la técnica de no tocar.
- Dos jeringas de 5 ml
- Aguja espinal de calibre 22
- Digoxina, con dosis de 1 a 1.5 mg
- Gasa 4 x 4
- Apósito pequeño o curita (opcional)

Ilustración 4.



Prepare el medicamento y coloque el equivalente de 1 a 1.5 mg de digoxina en una jeringa. Palpe el útero y encuentre un área hacia el centro que evite estructuras maternas importantes, tales como la vejiga, el intestino o la vasculatura epigástrica. Marque el sitio. Límpielo con alcohol o povidona yodada y deje que se seque. Coloque la aguja en el útero en este sitio; retire una pequeña cantidad de líquido amniótico antes de inyectar la digoxina para asegurarse de que la aguja se encuentra en el saco amniótico. Si la aguja tiene un estilete, déjelo en la aguja para ayudar a atravesar el miometrio y quítelo una vez que pase por la pared uterina. También podría ser útil tener dos jeringas: una para aspirar el líquido amniótico y luego desecharlo; la otra contiene digoxina. Conecte la jeringa que contiene digoxina, inyéctela y retire la aguja.

Se debe evitar colocar la aguja en la placenta o en un vaso sanguíneo; por lo tanto, si al retirar una pequeña cantidad de líquido amniótico éste está sangriento, vacíe la jeringa, mueva la aguja un poco y vuelva a probar. No inyecte la digoxina hasta que el líquido retirado se vea claro, lo cual indica que la aguja se encuentra en un cuadrante de líquido amniótico.

Si utiliza guía abdominal por ultrasonido, encuentre un área hacia el centro del útero que no tenga placenta y que esté llena de líquido o contenga feto y líquido. Marque el sitio. Límpielo con alcohol o povidona yodada y deje que se seque. Coloque la aguja en el útero en este sitio. Si planea administrar una inyección intraamniótica, retire una pequeña cantidad de líquido amniótico antes de inyectar la digoxina para asegurarse de que la aguja se encuentra en el saco amniótico. Inyecte la digoxina y retire la jeringa. Si planea administrar una inyección intrafetal, siga la aguja con el ultrasonido e introdúzcala en el feto; inyecte la digoxina y retire la jeringa. Si no se puede ver la aguja claramente, retire una pequeña cantidad de líquido amniótico para asegurar la colocación intraamniótica antes de inyectar la digoxina. Los prestadores de servicios probablemente encuentren que tener un ayudante es útil cuando se utiliza el ultrasonido como guía; el ayudante puede sujetar la sonda de ultrasonido para visualizar la trayectoria de la aguja mientras que el/la prestador/a de servicios administra la inyección.

La mujer podría sentir una contracción fuerte cuando la aguja entre en el útero, la cual se resuelve rápidamente una vez que se retira la aguja. Por lo general, no se necesita anestesia local. El sitio de la inyección puede ser cubierto con un pequeño vendaje o con una curita. Rara vez la mujer ve una pequeña cantidad de líquido claro proveniente del sitio. Si la mujer se siente bien, esto no es preocupante. Típicamente, la mujer se toma la mifepristona por vía oral y/o se colocan dilatadores osmóticos en el momento en que se administra la inyección de digoxina, y es dada de alta con instrucciones claras sobre cuándo regresar. Debería sentirse normal el resto del día. Muy pocas mujeres tienen contracciones o sangrado después de la inyección de digoxina [38].

Cloruro de potasio

Los centros con capacidades sonográficas y obstétricas avanzadas pueden ofrecer inyección intracardiaca fetal de cloruro de potasio. Aunque este método causa muerte fetal inmediata, conlleva el riesgo raro pero grave de paro cardiaco materno [43, 44]. **Debido a la destreza necesaria para aplicar una inyección intracardiaca, así como el riesgo de efectos secundarios graves, no recomendamos la inyección intracardiaca fetal de cloruro de potasio para la atención médica de rutina.**

Compresión del cordón umbilical

Después de realizar la rotura de las membranas o amniotomía, el cordón puede sujetarse con pinzas, llevarse al nivel del orificio cervical externo y comprimirse. La asistolía fetal ocurre poco después de la compresión del cordón umbilical [45].

LO QUE CADA MUJER DEBE SABER ANTES DE IRSE A SU CASA

QUÉ ES NORMAL

- **Sangrado:** Presentará sangrado vaginal, que puede ir y venir, durante días a varias semanas. El sangrado puede ser tan abundante como el de la menstruación durante la primera semana. La menstruación debería regresar a las seis semanas.
- **Cólicos:** Podría tener cólicos, que generalmente mejoran con medicamentos para el dolor tales como AINE.
- **Congestión mamaria/lactancia:** La producción de leche materna a veces ocurre durante un corto tiempo. La mujer debe evitar extraerse la leche materna o estimular los senos. Usar un sostén con soporte, aplicar bolsas de hielo a los senos y utilizar AINE pueden disminuir las molestias.
- Puede volver a quedar embarazada tan pronto como a las dos semanas. Todos los métodos anticonceptivos pueden iniciarse inmediatamente después de una D y E sin complicaciones.
- No debe tener coito sexual hasta que se resuelvan todas las complicaciones y/o hasta que el método anticonceptivo que eligió surta efecto.
- Puede reanudar sus actividades habituales tan pronto se sienta lista para hacerlo.

SIGNOS DE ALARMA

La mujer debe entender por qué razones y cómo comunicarse con el personal médico y cuándo regresar al hospital o centro de salud:

- sangrado abundante (dos o más toallas higiénicas grandes o “maxi” por hora)
- dolor/cólicos intensos que no se pueden manejar con medicamentos para el dolor por vía oral
- signos de infección (p. ej., fiebre, dolor, secreción con olor fétido)
- cualquier otra preocupación significativa (p. ej., dificultad respiratoria, dolor de pecho)

Después del procedimiento de D y E

Cubra la sangre y los restos ovulares para mantenerlos fuera de la vista de la mujer y otras personas presentes. El feto y la placenta se deben desechar de conformidad con el manejo local de tejidos humanos o con lo que solicite la mujer respecto al entierro (ver Anexo 8, página 65, sobre la eliminación adecuada del feto y la placenta).

Si la mujer desea que se le coloque el dispositivo intrauterino postaborto y no presenta infección, perforación ni otras complicaciones graves, y el sangrado es mínimo o como previsto, el DIU puede ser colocado inmediatamente después de finalizado el procedimiento.

Coloque todo el instrumental en solución de remojo y deseche las agujas en un contenedor adecuado. Deseche los guantes, o quítese los guantes, póngalos en solución de remojo y lávese las manos. Se debe ayudar a la mujer a llegar a la sala de recuperación.

Recuperación

OBSERVACIÓN

No hay ningún plazo obligatorio durante el cual la mujer debe permanecer en la unidad de salud después de una D y E sin complicaciones. Típicamente, una hora es suficiente para demostrar signos vitales estables, buen control del dolor y sangrado vaginal mínimo. La mujer debe poder acostarse o reclinarse en una posición que le resulte cómoda durante su recuperación. Durante este tiempo, la mujer debe ser monitoreada por un/a profesional de salud capacitado/a en el manejo de los cuidados de recuperación, que pueda proporcionar reanimación cardiopulmonar básica y cuidados de emergencia.

Durante el período de recuperación, la mujer puede recibir información sobre los signos de alarma y las expectativas post-recuperación, así como información sobre la anticoncepción y, si desea, recibir un método anticonceptivo antes de irse a su casa.

CONSEJERÍA Y SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN

Infórmele a la mujer que la fertilidad regresa pronto después del aborto y que ella puede volver a quedar embarazada. La ovulación después del aborto en el primer trimestre puede ocurrir tan pronto como a los 10 días post-aborto [46]. Lo ideal es que todo tipo de anticoncepción esté disponible en la unidad de salud, de manera que la mujer pueda iniciar su método de elección antes de irse a su casa. Si los métodos o los métodos preferidos por la mujer no están disponibles, se le debe proporcionar información, junto con una referencia y, si ella lo desea, un método alternativo provisional. Todos los métodos anticonceptivos se pueden iniciar inmediatamente después de una D y E sin complicaciones [47]. Si la mujer presenta signos y síntomas de infección uterina, se debe retrasar la colocación del DIU o la esterilización hasta que se resuelva la infección.

PREOCUPACIONES EMOCIONALES

La mayoría de las mujeres se ajustan bien después del aborto [48-50], especialmente si se les ha proporcionado información correcta, exacta y completa sobre qué esperar durante y después del procedimiento. Algunas mujeres necesitan apoyo social o emocional después del aborto y se les debe dar seguimiento o referirlas a servicios correspondientes, según sea necesario.

CITAS DE SEGUIMIENTO

El seguimiento de rutina no es necesario después de la D y E, a menos que la mujer haya presentado una complicación, haya tenido una indicación médica o fetal para el aborto, desee una consulta de seguimiento o necesite anticoncepción. Antes de irse a su casa, ella debe recibir información sobre su atención postaborto, anticoncepción (si la desea) e información sobre los signos de alarma para los cuales debe buscar ayuda. Si la mujer interrumpió su embarazo por razones de salud materna o anomalías fetales, necesita seguimiento con su prestador/a de servicios obstétricos para discutir el resultado del embarazo y su impacto en futuros embarazos o en la salud de la mujer.

Consideraciones especiales

MUJERES JÓVENES

Las mujeres jóvenes tienden más que las adultas a presentarse en el segundo trimestre porque son más propensas a no reconocer el embarazo o a enfrentar significativas barreras sociales, financieras y logísticas para buscar servicios [51-55]. Posiblemente necesiten más apoyo emocional y más medicamentos para el manejo del dolor. Sin embargo el procedimiento de D y E es el mismo que para las mujeres adultas.

MUJERES CON INDICACIONES MATERNAS O FETALES

Las mujeres que interrumpen un embarazo deseado por indicaciones maternas o fetales merecen recibir atención sensible. Es posible que las mujeres utilicen diferentes palabras o términos que los prestadores de servicios para describir su embarazo y el proceso de aborto. Por ejemplo, en vez de utilizar términos como embarazo o feto, las mujeres tal vez se refieran al bebé o la criatura, o quizás tienen un nombre que desean sea utilizado. El personal de salud debe preguntar qué términos prefiere la mujer y utilizarlos para hablarle sobre el aborto. La mujer y su familia quizás deseen ver y sujetar el feto en sus brazos después de la expulsión, llevarse a la casa recuerdos tales como la huella de la mano, la huella del pie o un certificado de parto, o tal vez la mujer desee estar acompañada por otros miembros de su familia o personas que le brinden apoyo durante o después del proceso de aborto. Por lo general, si la mujer desea ver y/o sujetar el feto en sus brazos, el aborto con medicamentos en el segundo trimestre es el mejor método. Ver *Guía de referencia sobre el aborto con medicamentos: aborto inducido o atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre')*, disponible en www.ipas.org/2otriAM. Ofrezcale opciones sobre sus preferencias antes de iniciar el aborto y permítale que guíe la atención que usted le brinde.

ANTECEDENTES DE HISTEROTOMÍA

En casos de mujeres con cicatriz uterina, no es necesario hacer cambios ni en la preparación cervical ni en el procedimiento de D y E. Tener una cicatriz uterina no ha sido asociado con mayor riesgo de ruptura uterina peri-procedimiento [56, 57]. Las mujeres con cicatriz uterina y placenta previa corren mayor riesgo de placenta accreta [58] (ver próxima sección). Se recomienda que el/la prestador/a de servicios considere documentar la ubicación de la placenta por ultrasonido en mujeres con antecedentes de cicatriz uterina, con el fin de descartar placenta previa.

PLACENTA PREVIA

La placenta previa (es decir, cuando la placenta cubre parcial o totalmente el orificio interno del cérvix) está presente en un 5% de los embarazos en el segundo trimestre [59]. A las mujeres con placenta previa se les puede ofrecer un aborto con medicamentos o una D y E. Las mujeres con placenta previa que han tenido un parto anterior por cesárea tienen mayor riesgo de placenta accreta [57]. La placenta accreta ocurre cuando la placenta se adhiere excesivamente a la pared uterina, y la separación de la placenta del

útero puede causar una hemorragia. Para mujeres con estos factores de riesgo, se recomienda brindar atención en lugares donde se pueda manejar una hemorragia grave o emergencias obstétricas.

TAMAÑO UTERINO/GESTACIONES DE MÁS DE 24 SEMANAS

Muchos profesionales de salud con experiencia en D y E considerarán otras opciones de manejo para mujeres con un embarazo de más de 24 semanas de gestación, tal como aborto con medicamentos. Existe limitada evidencia científica sobre este grupo de edad gestacional, cada profesional de salud debe usar su experiencia y criterio clínico para brindar atención a estas mujeres.

SALUD MENTAL

La mejor evidencia científica no ha encontrado mayor riesgo de problemas de salud mental, tales como depresión y ansiedad, en mujeres que tienen un embarazo no planeado que es abortado, comparado con un nacimiento vivo [60-63]. Se ha comprobado que las mujeres a quienes se les negó acceso a un aborto porque su embarazo estaba muy avanzado, tienen emociones más negativas (remordimiento e indignación) y menos alivio y alegría, comparadas con las mujeres que tuvieron un aborto [64]. La mayoría de las mujeres que tuvieron un aborto lo consideraban como la decisión correcta, aunque hayan expresado arrepentirse.

RIESGO PARA EMBARAZO POSTERIOR

La calidad de la evidencia acerca de si la D y E en el segundo trimestre aumenta el riesgo para un embarazo posterior es muy variable y gran parte sufre de limitaciones significativas. Sin embargo, un estudio de cohorte de mujeres a quienes se les efectuó D y E no demostró ningún aumento en el riesgo para un embarazo posterior, comparado con el grupo de control sin D y E anterior [65].

Anexos de atención clínica

Anexo 1: Formulario de evaluación de la usuaria

Anexo 2: Determinación de la edad gestacional (medida por ultrasonido)

Anexo 3: Medidas del pie fetal

Anexo 4: Lista de equipo para D y E

Anexo 1: Formulario de evaluación de la usuaria

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Edad _____ Fecha _____

Indicación para el aborto:

Historial gineco-obstétrico: G P T P A V*

Núm. de partos vaginales: _____ Núm. de partos por cesárea _____

Antecedentes de complicaciones relacionadas con el embarazo (p. ej., hemorragia, muerte fetal):

Complicaciones relacionadas con el embarazo actual:

Alergias:

Medicamentos actuales:

Historia clínica:

SISTEMA	SÍ	NO	COMENTARIO
Cardiovascular (p. ej., hipertensión arterial, cardiopatía valvular)			
Endocrino (p. ej., enfermedad de tiroides, diabetes)			
Ginecológico/urológico (incluidas las cirugías uterinas)			
Hepático/gastrointestinal			
Psiquiátrico			
Respiratorio (p. ej., asma)			
Antecedentes quirúrgicos			
Otro			

*GPTPAV = grávida, paridad, término, pretérmino, abortos, vivos

EXAMEN FÍSICO:

ALTURA		PESO	
TENSIÓN ARTERIAL		TEMPERATURA	
CORAZÓN			
PULMONES			
ABDOMEN (incluir altura uterina si el útero es palpable)			
EXAMEN PÉLVICO			
EXAMEN BIMANUAL (tamaño uterino)			

ANÁLISIS DE LABORATORIO (SEGÚN LO INDICADO):

Hb/Ht		
Rh		Si Rh, ¿se administró inmunoglobulina (Anti-D)? Sí/No Número de lote: Fecha:
OTRO		

DETERMINACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL:

FUM _____

Si se realizó una prueba de embarazo, fecha del resultado positivo: _____

Tamaño uterino por examen: _____

Si se realizó un ultrasonido:

Fecha del primer ultrasonido: _____

Edad gestacional en el primer ultrasonido: _____

Estimación de la edad gestacional hoy:

_____ semanas y _____ días basados en _____ (examen/ultrasonido/FUM)

Preparación cervical (incluir dosis/vías/tiempo de administración/número de medicamentos/dilatadores osmóticos)

NOTAS:

Anexo 2: Determinación de la edad gestacional (medidas por ultrasonido)

Tabla 1: Edad gestacional calculada por las medidas del diámetro biparietal [66]. La precisión del ultrasonido disminuye a medida que la edad gestacional avanza.

DIÁMETRO BIPARIETAL (cm)	EDAD GESTACIONAL (semanas)	DIÁMETRO BIPARIETAL (cm)	EDAD GESTACIONAL (semanas)
2.6	13.9	4.8	20.5
2.7	14.2	4.9	20.8
2.8	14.5	5.0	21.2
2.9	14.7	5.1	21.5
3.0	15.0	5.2	21.8
3.1	15.3	5.3	22.2
3.2	15.6	5.4	22.5
3.3	15.9	5.5	22.8
3.4	16.2	5.6	23.2
3.5	16.5	5.7	23.5
3.6	16.8	5.8	23.9
3.7	17.1	5.9	24.2
3.8	17.4	6.0	24.6
3.9	17.7	6.1	25.0
4.0	18.0	6.2	25.3
4.1	18.3	6.4	26.1
4.2	18.6	6.5	26.4
4.3	18.9	6.6	26.8
4.4	19.2	6.7	27.2
4.5	19.5	6.8	27.6
4.6	19.9	6.9	28.0
4.7	20.2	7.0	28.3

Tabla 2: Edad gestacional calculada por las medidas de la longitud del fémur [66]. La precisión del ultrasonido disminuye a medida que la edad gestacional avanza.

LONGITUD DEL FÉMUR (cm)	EDAD GESTACIONAL (semanas)	LONGITUD DEL FÉMUR (cm)	EDAD GESTACIONAL (semanas)
1.0	12.8	3.1	19.2
1.1	13.1	3.2	19.6
1.2	13.4	3.3	19.9
1.3	13.6	3.4	20.3
1.4	13.9	3.5	20.7
1.5	14.2	3.6	21.0
1.6	14.5	3.7	21.4
1.7	14.8	3.8	21.8
1.8	15.1	3.9	22.1
1.9	15.4	4.0	22.5
2.0	15.7	4.1	22.9
2.1	16.0	4.2	23.3
2.2	16.3	4.3	23.7
2.3	16.6	4.4	24.1
2.4	16.9	4.5	24.5
2.5	17.2	4.6	24.9
2.6	17.6	4.7	25.3
2.7	17.9	4.8	25.7
2.8	18.2	4.9	26.1
2.9	18.6	5.0	26.5
3.0	18.9	5.1	27.0
		5.2	27.4
		5.3	27.8

* Cabe señalar que la edad gestacional representada en forma numérica utilizando un punto decimal no equivale a la edad gestacional en semanas y días. Por ejemplo, 19.2 semanas no equivale a 19 semanas y 2 días, sino a 19 semanas y menos de 1 día.

Anexo 3: Medidas del pie fetal

Tabla 1: Estimaciones de la edad gestacional por longitud del pie [67].

EDAD GESTACIONAL (semanas)	LONGITUD DEL PIE EN EL PUNTO MEDIO DE LA SEMANA (mm)	EXTENSIÓN DE LA LONGITUD DEL PIE (mm)
De 12 a < 13	10	De 8 a 11
De 13 a < 14	13	De 12 a 14
De 14 a < 15	16	De 15 a 17
De 15 a < 16	20	De 18 a 21
De 16 a < 17	23	De 21 a 24
De 17 a < 18	26	De 24 a 27
De 18 a < 19	29	De 27 a 30
De 19 a < 20	32	De 31 a 33
De 20 a < 21	35	De 34 a 37
De 21 a < 22	39	De 37 a 40
De 22 a < 23	42	De 40 a 43
De 23 a < 24	45	De 43 a 46
De 24 a < 25	48	De 47 a 49

Lista de equipo para D&E

Nombre	Número del distribuidor (MedGyn, Cheshire, Ipas)	Cantidad pedida	**Cantidad máxima necesaria por cada unidad de salud	Comentario
Bandeja de acero inoxidable no perforada para el instrumental 19 1/2" x 12 5/8" x 3/4"	Cheshire No. CM21-519			Según los recursos de la unidad de salud, posiblemente no sea necesario pedir esto.
Espéculo vaginal Klopher	Cheshire No. CM24-136			<p>Según los recursos de la unidad de salud, posiblemente no sea necesario pedir esto.</p> <p>El espéculo Klopher es preferido pero varios tipos diferentes de espéculos pueden ser utilizados: el único requisito es que se puedan abrir verticalmente. Típicamente, esos son Klopher, Collins, o Graves [códigos para pedidos: Collins: MedGyn No. 40-340 Graves: Cheshire No. CM24-102 ("Económico") o Cheshire No. CM124-102 ("Alemán") o Medgyn No. 40110P (Económico) o Medgyn No. 40110P (Alemán)</p> <p>Usualmente se necesitan más espéculos medianos y solo 1 o 2 de los grandes deben estar disponibles para toda la clínica, pero quizás esto varíe según el país (multiparidad/ prevalencia de prolapso, tasas de obesidad). También hay espéculos extra grandes/largos disponibles y los números de pedido están disponibles a petición. Números de pedido de espéculos grandes:</p> <p>Collins: MedGyn No. 40-341 Graves: Cheshire No. CM24-104 ("Económico") o Cheshire No. CM124-104 ("Alemán") o Medgyn No. 40-120P (Económico) o Medgyn No. 40-120P (Alemán)</p>
Aspirador Ipas AMEU Plus	DKT: www.dktinternational.org			

Fuente: publicación de Ipas titulada *Aborto en el segundo trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios*

Nombre	Número del distribuidor (MedGyn, Cheshire, Ipas)	Cantidad pedida	**Cantidad máxima necesaria por cada unidad de salud	Comentario
Bandeja de acero inoxidable para el instrumental sin cubierta 12 1/4" x 7 3/4" x 2 1/4"	Cheshire No. CM21-230			Puede utilizarse para gasa/torundas de algodón para limpiar el cérvix y después para las partes fetales/placenta
PINZAS				
Pinzas portaesponjas (Foerster; 9 1/2", ramas rectas, dentadas)	Cheshire No. CM14-404 MedGyn No. 30-705			Según los recursos de la unidad de salud, posiblemente no sea necesario pedir esto.
Pinzas tenáculo anguladas atraumáticas, 9 1/2"	Cheshire No. CM24-603			Se puede sustituir una pinza tenáculo de un solo diente (traumática)
Pinzas Bierer con ramas grandes, ligeramente curvas, sin trinquete, Tamaño de 13 pulgadas y 19 mm de ancho	Cheshire No. CM25-632 MedGyn No. 30-765		1	
Pinzas Bierer sin trinquete Tamaño 13" – Pequeñas, ligeramente curvas, 16 mm de ancho	Cheshire No. CM25-630 MedGyn No. 30-764			
Pinzas Sopher para evacuación endouterina Tamaño de 11" - Pequeñas y ligeramente curvas- Tamaño de las ramas 12 mm de ancho	Cheshire No. CM25616 MedGyn No. 30750			
Pinzas Sopher para evacuación endouterina Tamaño de 11" - grandes y ligeramente curvas- Tamaño de las ramas 14 mm de ancho	Cheshire No. CM25614 MedGyn No. 30755			
Pinzas Sopher de óvulo con ramas de 9 mm de ancho, 10.5" de largo	MedGyn No. 30-749		opcional	Esta pinza es opcional.

Fuente: publicación de Ipas titulada
Aborto en el segundo trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios

Nombre	Número del distribuidor (MedGyn, Cheshire, Ipas)	Cantidad pedida	**Cantidad máxima necesaria por cada unidad de salud	Comentario
DILATADORES				
Dilatadores Denniston de Ipas (un juego de 5, tamaños 5/6 a 13/14)	DKT: www.dktinternational.org			Según los recursos de la unidad de salud, posiblemente no sea necesario pedir esto. Típicamente no se necesita todo el juego para el segundo trimestre; solo se necesitan los dilatadores 9/10, 11/12, 13/14
Dilatadores Pratt, Tamaños 13/15 a 41/43, juego de 8	Cheshire No. CM24486 (económico) o CM124-486 (Alemán) MedGyn No. 30-560P			
Juego de dilatadores Pratt extra grandes, Juego de tamaños 45/47 a 77/79	MedGyn No. 30-565			Cheshire Medical no vende el juego de dilatadores extra grandes, pero es posible pedir dilatadores individuales (usualmente se necesitan solo 45/47 a 53/55, No. de pedido CM24476, No. CM24-478, No. CM24-480)
CÁNULAS				
Cureta recta de Cheshire Medical para la aspiración por vacío, de 14 mm o Cureta rígida desechable de Medgyn, curva, de 14 mm, con una base/ cuello cónico pequeño	Cheshire No. CM30-164 MedGyn No. 022145			
EQUIPO DE EMERGENCIA				
Portagujas largo (Mayo-Hegar) de 20 cm	MedGyn No. 60-405-8		1	
Sonda Foley de 60 cc				No está disponible por medio de Cheshire Medical ni por medio de MedGyn

**Si hay un número en esta columna, se necesita solo un abastecimiento limitado de este instrumental para cada clínica y no es necesario pedir este instrumental para cada bandeja llena de instrumental. Esta cantidad puede cambiar según el volumen de casos en la clínica, la distribución de edad gestacional o las tasas de prolapso/obesidad. Ipas puede ayudar con las decisiones relativas a las cantidades.

Nota: Se proporcionan los números de pedido para ambos distribuidores del instrumental cuando están disponibles

Fuente: publicación de Ipas titulada
Aborto en el segundo trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios

Capítulo 3: Atención postaborto brindada a mujeres con tamaño uterino de 13 semanas o más de gestación

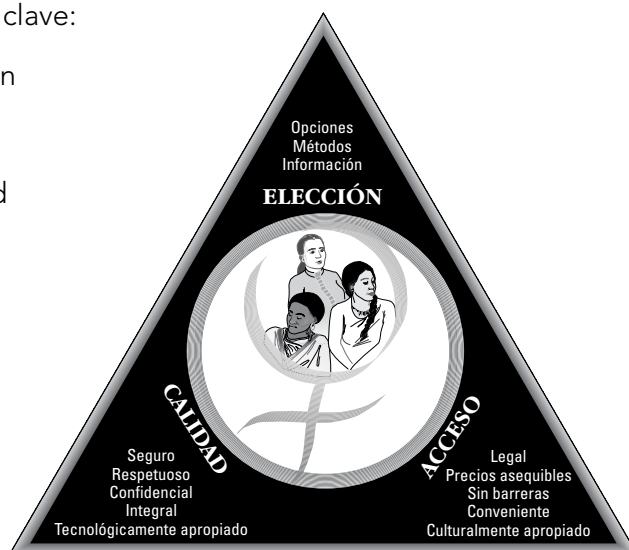
Antecedentes

La atención postaborto es una serie de intervenciones de manejo para mujeres que se presentan con o sin complicaciones de un aborto incompleto o diferido, o después de recibir atención en condiciones inseguras. En lugares donde el aborto inseguro es común, hasta el 40% de las mujeres que necesitan atención postaborto acuden a la unidad de salud en el segundo trimestre del embarazo [68]. Sin embargo, la mayoría de los programas y estudios de investigación sobre atención postaborto se enfocan en las mujeres en el primer trimestre [69]; aquí ofrecemos un enfoque basado en evidencia para brindar atención postaborto en el segundo trimestre.

La probabilidad de presentar complicaciones durante el tratamiento puede ser mayor en mujeres en proceso de recibir atención postaborto, en comparación con el aborto inducido, especialmente para mujeres que tienen una muerte fetal [70]. Donde existen profesionales de salud calificados y unidades de salud que brindan apoyo, se puede ofrecer D y E además del método de medicamentos para la evacuación endouterina. (Ver la publicación de Ipas titulada *Guía de referencia sobre el aborto con medicamentos: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre')*, disponible en www.ipas.org/2otriAM.)

La atención postaborto centrada en la mujer consiste en una variedad de servicios médicos y otros servicios de salud relacionados, y consta de tres elementos clave:

- Elección
- Acceso
- Calidad



Evaluación clínica

Especialmente en ámbitos restrictivos donde los servicios de aborto inseguro son comunes, cada prestador/a de servicios debe mantener un alto nivel de sospecha de una lesión oculta o complicación grave. Los síntomas que presentan las mujeres cuando llegan a la unidad de salud son variables, por ejemplo:

- Sangrado vaginal que varía de escaso a moderado a grave
- Fuga de líquido de la vagina (membranas rotas)
- Cese de movimientos fetales (muerte fetal)
- Paso parcial de los restos ovulares (aborto incompleto)
- Síntomas continuos de embarazo (aborto incompleto)
- Dolor continuo o en alza (retención de restos ovulares, infección pélvica, lesión intraabdominal)
- Fiebre (endometritis, septicemia, absceso pélvico)
- Shock (hemorrágico, séptico)

A las mujeres que buscan atención postaborto se les debe realizar una evaluación inicial rápida para determinar si presentan shock. **Las mujeres con cuadro clínico inestable** debido a hemorragia o septicemia necesitan estabilización y tratamiento inmediato, que posiblemente incluya efectuar una evacuación endouterina. Según la agudeza de la situación, podría ser posible realizar una evaluación clínica más completa, que incluya el tiempo y método de aborto (inducido, espontáneo, autoinducido y grado de seguridad), si hay complicaciones o lesiones que necesitan atención, y el plan para la evacuación endouterina.

Es necesario realizar un examen completo, que incluya examen bimanual y pélvico, ya que el tratamiento de atención postaborto **depende del conocimiento del tamaño uterino y no de la determinación de la edad gestacional por la FUM**. El tamaño uterino podría ser menor que lo indicado por la FUM, ya que podría haber ocurrido muerte fetal o el paso de algunos restos ovulares. Si hay duda en cuanto al diagnóstico, se puede realizar un examen por ultrasonido para confirmar.

Manejo de la evacuación endouterina con aspiración o D y E

Si la mujer presenta un cuadro clínico inestable, es necesario efectuar una evacuación endouterina inmediata. Se puede realizar la aspiración por vacío para tamaños uterinos menores de 13 semanas o incluso de hasta 15 semanas si se dispone de cánulas de 14 mm o 16 mm y de tubos de diámetro grande para la succión. Si el tamaño uterino es mayor a 13 semanas, posiblemente sea necesario realizar una D y E estándar con una combinación de pinzas y aspiración. Los prerrequisitos para efectuar la D y E son los mismos que para el aborto inducido:

- Se dispone de un/a prestador/a de servicios capacitado/a y calificado/a
- Se dispone de equipo especializado para la D y E
- El cérvix está dilatado adecuadamente o puede dilatarse de manera oportuna, y esperar que se dilate no sería perjudicial para la salud de la mujer
- El tamaño uterino es de menos de 24 semanas

En una emergencia, el/la prestador/a de servicios puede administrar misoprostol, ya que la expulsión puede ocurrir rápidamente. Si la mujer presenta un cuadro clínico estable o puede ser estabilizada y el tratamiento no está disponible en la unidad de salud, puede ser trasladada a otro establecimiento de salud para que le efectúen la evacuación endouterina. Si no es posible estabilizar a la mujer ni efectuar la evacuación endouterina por aborto con medicamentos y/o D y E, se puede considerar una histerotomía.

La atención clínica brindada a una mujer en proceso de tratamiento de atención postaborto con D y E es la misma que la atención brindada a una mujer en proceso de D y E para un aborto inducido; los protocolos para el manejo del dolor, cuidados de recuperación y anticoncepción se pueden utilizar sin modificación (ver capítulos anteriores). La preparación cervical posiblemente no sea necesaria si el orificio cervical está abierto lo suficiente; de lo contrario, se debe seguir las recomendaciones estándares para la preparación cervical (ver página 19). Un régimen más corto de preparación cervical quizás sea preferible, según la presentación de la mujer.

El riesgo de presentar complicaciones, tales como infección, hemorragia y coagulación intravascular diseminada (CID), es elevado en ciertas pacientes, por ejemplo aquéllas con muerte fetal prolongada. Los prestadores de servicios deben ser conscientes de que las mujeres que acuden a la unidad de salud en busca de atención postaborto podrían desarrollar complicaciones; por ello, deben monitorear a cada mujer. Para el manejo de complicaciones específicas, ver Capítulo 4. Si hay preocupación de perforación o ruptura uterina, se puede efectuar el procedimiento de evacuación endouterina bajo visualización abdominal directa por laparotomía o laparoscopia.

Recuperación

A menos que se especifique lo contrario, los cuidados de recuperación para una mujer que recibe atención postaborto son los mismos que los cuidados después de un aborto inducido (ver página 35).

Capítulo 4: Manejo de complicaciones

La tasa de complicaciones mayores –tales como hemorragia que requiere una transfusión, necesidad de cirugía de urgencia, o infección grave causada por D y E en el segundo trimestre–es menos del 1% [71].

Las complicaciones pueden ocurrir durante el procedimiento de aborto, durante la recuperación o después que la mujer regresa a su casa. Las com-

plicaciones son más probables a medida que la edad gestacional avanza y en mujeres que tienen muerte fetal o necesitan atención postaborto. Las complicaciones graves generalmente pueden ser tratadas de manera eficaz con atención médica, obstétrica o quirúrgica brindada con prontitud por un/a profesional de salud capacitado/a. Si se necesitan instalaciones quirúrgicas de emergencia, pero éstas no están disponibles en la misma unidad de salud, las complicaciones pueden ser manejadas por medio del traslado oportuno a un establecimiento de salud de nivel superior.

Hemorragia

La hemorragia ocurre en aproximadamente 1 a 10 de cada 1000 casos de mujeres en proceso de aborto en el segundo trimestre [72]. Entre las causas de sangrado abundante figuran placenta previa o accreta, atonía uterina, retención de restos ovulares, laceración cervical o vaginal y ruptura uterina. Cuando ocurre una hemorragia, el/la profesional de salud debe iniciar rápidamente medidas de reanimación (ver Shock, página 53) y luego realizar el diagnóstico secuencial rápido y manejo de las posibles causas de la hemorragia (ver Figura 1, a continuación). Las mujeres que presentan sangrado abundante deben permanecer en posición de litotomía o ser recolocadas rápidamente en un área con buena luz, de manera que el diagnóstico se pueda realizar simultáneamente con el manejo. Por ejemplo, una vez que se haya efectuado el masaje uterino bimanual y se hayan eliminado los restos ovulares, coágulos o sangre, se puede colocar un espéculo para inspeccionar y determinar la presencia de laceraciones cervicales o vaginales y repararlas.

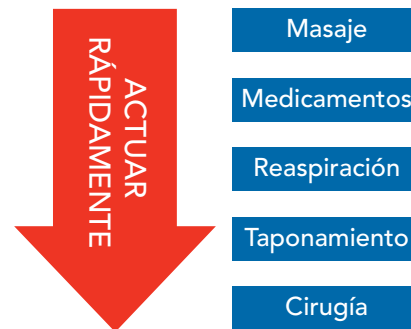


Figura 1: Pasos en el diagnóstico y manejo de hemorragia postaborto

El/La profesional de salud debe actuar rápidamente para realizar los pasos de tratamiento si el sangrado no puede ser controlado. Si todas las medidas fallan, podría ser necesario realizar una laparotomía con ligadura de las arterias uterinas o una histerectomía. Los medicamentos uterotónicos y equipo necesario para realizar el taponamiento uterino deben mantenerse en existencia en los lugares donde se efectúan abortos a las 13 semanas o más de gestación, además de preparar al personal para que maneje una complicación grave de manera eficiente y eficaz. En la Figura 2 se exponen las dosis recomendadas de medicamentos uterotónicos.

Figura 2: Terapias para la hemorragia postaborto [64-65] (extrapoladas de la literatura sobre hemorragia posparto)

TRATAMIENTO	DOSIS
Metilergonovina (cornezuelo)	0.2 mg por vía intramuscular
Misoprostol	800 mcg por vía sublingual o rectal
Oxitocina	10 UI por vía intramuscular
Taponamiento	Balón de sonda Foley, condón inflado o gasa estéril [75]

De vez en cuando ocurre CID después del aborto a las 13 semanas o más de gestación y ésta debe ser considerada si no es posible controlar el sangrado, en particular en mujeres con muerte fetal intrauterina. Será necesario administrar productos sanguíneos para parar el sangrado producido por la CID.

Retención de restos ovulares

Las mujeres que acuden a la unidad de salud después del aborto y presentan más dolor, sangrado de moderado a abundante y/o signos de infección, podrían tener restos ovulares retenidos. Después de un aborto con medicamentos en el segundo trimestre, los restos retenidos generalmente son tejido placentario, y la evaluación y el tratamiento son similares a los que se realizan después del aborto en el primer trimestre. El tratamiento con misoprostol o con aspiración por vacío es adecuado para mujeres sin signos o síntomas de infección. En presencia de infección, se debe iniciar antibióticos y un/a profesional de salud con experiencia debe realizar la aspiración sin demora, ya que el riesgo de perforación es mayor (ver Infección y septicemia a continuación). Nunca se recomienda el legrado uterino instrumental, ya que la OMS lo considera como una tecnología obsoleta.

Tanto el misoprostol como la aspiración por vacío son adecuados para el tratamiento de retención de restos ovulares cuando no hay infección, los signos vitales son normales, el tamaño del útero es de menos de 13 semanas y el sangrado no es abundante (ver recuadro a continuación).

ABORTO INCOMPLETO CON TAMAÑO UTERINO DE MENOS DE 13 SEMANAS:

Misoprostol, 600 mcg por vía oral • 400 mcg por vía sublingual • vaginal* en una dosis única (* en la ausencia de sangrado vaginal)

Infección y septicemia

La mujer puede acudir a la unidad de salud presentando infección o endometritis en cualquier momento, desde varios días hasta varias semanas, después de un aborto. La infección puede ocurrir con o sin presencia de retención de restos ovulares. La infección puede estar localizada en el útero o pasar a ser más generalizada, por ejemplo septicemia. En todos los casos, es necesario brindar tratamiento inmediato. Los signos y síntomas de infección o septicemia son:

- Escalofríos, fiebre y sudoración (síntomas parecidos a los de la influenza)
- Secreción vaginal con olor fétido
- Dolor abdominal/uterino o cólicos
- Abdomen distendido
- Sensibilidad al rebote
- Hipotensión arterial
- Sangrado prolongado
- Malestar general

TRATAMIENTO DE INFECCIÓN

Se debe administrar antibióticos de amplio espectro. Si se sospecha retención de restos ovulares, se debe realizar la evacuación endouterina inmediatamente. Un útero infectado puede ser perforado con más facilidad; por ello, la evacuación endouterina debe ser efectuada con cuidado por un/a profesional de salud calificado/a.

En casos de mujeres con septicemia, el tratamiento inicial es determinado por categoría de riesgo. Si el riesgo de shock es bajo:

- Asegurar que las vías respiratorias estén abiertas
- Monitorear los signos vitales
- Administrar líquido por vía intravenosa
- Administrar antibióticos por vía intravenosa

Si el riesgo de shock es alto, administrar oxígeno además de realizar los pasos mencionados anteriormente.

Independientemente del nivel de riesgo, la causa subyacente de la infección debe ser tratada a la vez que el/la profesional de salud monitorea a la paciente para detectar signos de las siguientes complicaciones:

- Shock
- Coagulación intravascular diseminada (CID)

Shock

Shock puede ocurrir después de una hemorragia o septicemia. El manejo de shock requiere tratamiento inicial para aumentar la tensión arterial y volumen circulatorio para estabilizar a la mujer, seguido de tratamiento de la etiología subyacente. Al igual que con cualquier persona en shock, es necesario brindar tratamiento inmediato para salvar la vida de la paciente.

Entre los signos de shock se encuentran:

- Pulso rápido y débil (≥ 110 latidos/min)
- Hipotensión arterial (diastólica < 60 mm hg, sistólica < 90 mm hg)
- Palidez (especialmente del párpado interno, alrededor de la boca o en las palmas de las manos)
- Respiración rápida (≥ 30 respiraciones/min)
- Ansiedad, confusión o pérdida del conocimiento
- Sudoración o transpiración profusa

El tratamiento inicial del shock consiste en los siguientes pasos:

- Asegurar que las vías respiratorias estén abiertas
- Administrar oxígeno (con máscara o cánula nasal), de 6 a 8 ml/min
- Administrar 1 litro de líquidos por vía intravenosa (lactato de Ringer o solución isotónica) en un tiempo de 15 a 20 minutos con una aguja de calibre grueso (de 16 a 18)
- Iniciar transfusión de sangre si:
 - existe evidencia clínica de hemorragia grave, como taquicardia o hipotensión cuando la mujer está sentada o parada, o estimación de pérdida de sangre > 500 cc;
 - hematocrito $\leq 15\%$;
 - hemoglobina ≤ 5 g/100 ml (por ejemplo, si la paciente presenta sangrado abundante, tiene un pulso elevado (≥ 120 latidos/min) o presenta caída de la tensión arterial, pronto necesitará una transfusión).
- Monitorear la cantidad de líquidos y sangre administrados;
- Monitorear la producción de orina utilizando una sonda de Foley para una evaluación exacta del volumen.

Después del tratamiento inicial, es esencial el monitoreo cuidadoso de la mujer para determinar si presenta signos de mejoría. Ejemplos de medidas de tratamiento adicional son: antibióticos por vía intravenosa (para septicemia) o transfusión de sangre. Si el shock es resultado de hemorragia causada por la retención de restos ovulares, es necesario efectuar la evacuación endouterina con aspiración por vacío. Entre los signos de mejoría y

estabilización se encuentran: aumento de la tensión arterial, disminución y normalización de la frecuencia cardíaca y disminución del nivel de confusión o ansiedad.

Dolor intenso

Es normal que la mujer sienta molestias después de la D y E. Por lo general, las mujeres sienten dolor de leve a moderado, que puede ser aliviado con AINE. Si la mujer informa que su dolor empeora durante la recuperación o después que haya regresado a su casa –especialmente si está asociado con fiebre, sensibilidad del fondo uterino o sensibilidad a la movilidad cervical– el/la prestador/a de servicios debe preocuparse por una perforación o lesión al útero no confirmada, hematómetra, infección, retención de restos ovulares o una combinación de lo anterior.

Si el dolor de la mujer se puede calificar dentro de lo que es considerado normal y la mujer es apirética, se debe continuar observando y se le debe administrar medicamentos para el dolor. En el caso poco probable de que el dolor que siente la mujer sea más intenso que lo normal y ella presente otros síntomas de lesión, el/la prestador/a de servicios debe considerar diagnóstico por imágenes, laparotomía o laparoscopia para el diagnóstico y tratamiento.

Las mujeres que presentan perforación no confirmada con lesión intestinal podrían quejarse de dolor intenso, especialmente en combinación con síntomas como náuseas, vómito, mareos, dolor de hombro, abdomen tenso, disminución de los sonidos intestinales, taquicardia y caída de la tensión arterial. El tratamiento requerirá un procedimiento quirúrgico para reparar las lesiones.

Ayudar a las mujeres a manejar niveles normales de dolor y a describir cualquier dolor fuera de lo normal, repentino o intenso será útil para proporcionarles el mejor tratamiento posible durante la expulsión del feto y después de ésta.

Capítulo 5: Prestación de servicios

Lo ideal sería que en los lugares donde se proporcionan los servicios se ofrezca de una manera coordinada toda la gama de servicios de aborto y otros servicios de salud reproductiva relacionados. Por ejemplo, si la mujer acude a la unidad de salud e informa una FUM de hace ocho semanas, pero al examinarse se encuentra que tiene 16 semanas de embarazo, se le debe proporcionar servicios de aborto en el segundo trimestre inmediatamente o una referencia a otra unidad de salud donde lo puedan hacer. Dado que los gastos y riesgos para la salud aumentan y la disponibilidad de los servicios de aborto disminuye a medida que avanza la edad gestacional, las mujeres deben ser tratadas o referidas rápidamente. Tanto los procesos de referencia como los servicios deben utilizar el espacio, tiempo y personal de manera eficiente para atender las necesidades de la mujer.

En el Anexo 7, página 59, se encuentra una lista de verificación para determinar si la unidad de salud y el personal están preparados para recibir capacitación con el fin de iniciar servicios de D y E. Ver la publicación de Ipas titulada *Aborto en el segundo trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios* (<http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Extendiendo-los-servicios-de-atencion-integral-del-aborto-al-segundo-trimestre.aspx>) para obtener más información sobre los elementos clave de los programas. Este capítulo discute las consideraciones relacionadas específicamente con la prestación de servicios de D y E.

Manejo de los servicios

UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS

El aborto con medicamentos en el segundo trimestre puede ser un servicio de paciente interna o externa, o una combinación de ambos. Por ejemplo, la mujer puede recibir información y proporcionar su consentimiento, y se le puede iniciar la preparación cervical como paciente ambulatoria, y puede regresar el día siguiente al servicio de paciente interna o al servicio ambulatorio para la D y E. La ubicación del procedimiento de D y E a menudo depende del método seleccionado de anestesia y de la agudeza de la situación. Si se utiliza misoprostol como parte de la preparación cervical, la mujer debe ser observada en un área de la unidad de salud que cuente siempre con el personal necesario para evitar una expulsión no intencional antes del procedimiento.

Lo ideal sería que la unidad de salud dedique un espacio a los servicios de aborto en el segundo trimestre, con el fin de mantener la privacidad y confidencialidad de cada usuaria. Si las mujeres en proceso de aborto en el segundo trimestre deben compartir el espacio con otras pacientes, recomendamos que sean colocadas en la sala de ginecología, no en la sala de trabajo de parto y alumbramiento.

Los servicios de aborto en el primer y segundo trimestre y de anticoncepción pueden proporcionarse en el mismo espacio físico. Debe haber suficiente espacio para la consejería, espera y recuperación, así como personal disponible para manejar un proceso de aborto prolongado, complicaciones o traslado a la unidad de pacientes internas. Debe haber inodoros disponibles. Y se debe disponer del equipo necesario para manejar las complicaciones.

DOTACIÓN DE PERSONAL

Los servicios de aborto en el segundo trimestre deben ser proporcionados por personal capacitado, con experiencia, que sea amable y le brinde apoyo a la mujer. Cada mujer tiene diferentes razones para interrumpir su embarazo, y el personal debe ser empático con respecto a la situación y la decisión de la mujer. El personal que apoya los servicios de aborto en el primer trimestre quizás no se sienta cómodo proporcionando servicios en el segundo trimestre sin antes recibir capacitación específica o participar en actividades de aclaración de valores. El personal no clínico que interactúa con la mujer durante el proceso de aborto—incluido el personal de limpieza, intérpretes, estudiantes y asistentes— también debe comportarse de manera confidencial y sin prejuicios. La publicación de Ipas titulada *Aborto en el segundo*

trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios (<http://www.ipas.org/es-MX/Resources/lpas%20Publications/Extendiendo-los-servicios-de-atencion-integral-del-aborto-al-segundo-trimestre.aspx>) contiene información sobre cómo preparar al personal con ejercicios para la aclaración de valores.

MANEJO DE COMPLICACIONES

Rara vez ocurren complicaciones durante el aborto en el segundo trimestre, pero sí ocurren con más frecuencia y más gravedad que durante gestaciones más tempranas. Realizar simulaciones de emergencias con regularidad preparará al personal para que sepa automáticamente qué hacer en caso de una complicación grave. Realice una simulación presentando un caso con una complicación (por ejemplo, hemorragia, sobredosis de narcóticos, shock) ante el personal, y solicite que el personal explique y actúe los pasos necesarios para manejar la complicación. Actuar la respuesta de emergencia les ayudará a trabajar de manera conjunta y asegurar que cada integrante del equipo conozca sus responsabilidades. Las simulaciones le enseñan al personal cómo encontrar y utilizar medicamentos y equipos para emergencias.

Debe haber un plan establecido sobre cómo, cuándo y dónde la mujer debe ser trasladada a un establecimiento de salud de nivel superior para el manejo de sus cuidados. Según la infraestructura del sistema de salud, esto podría requerir un acuerdo oficial tal como un memorándum de entendimiento entre los establecimientos de salud de los diferentes niveles.

EVALUACIÓN DE INSUMOS

Se debe establecer una revisión de rutina de los insumos para asegurar que el instrumental se encuentre estéril, que los medicamentos no hayan caducado y que haya equipo disponible. Para efectuar la D y E se necesita equipo especializado y cánulas de mayor tamaño que para el aborto en el primer trimestre por aspiración. La preparación cervical para la D y E utiliza mifepristona y misoprostol de manera diferente a lo que es proporcionado en un paquete combinado de medicamentos para el aborto en el primer trimestre. Posiblemente sea necesario encargar estos medicamentos por separado. El misoprostol es sensible al calor y la humedad, y debe ser almacenado correctamente para que permanezca activo.

Instalaciones, equipo y personal

Los servicios de D y E en el segundo trimestre pueden ser proporcionados de manera segura en la unidad de salud, en una variedad de ámbitos, especialmente si la mujer es saludable y no tiene problemas médicos. Cada unidad de salud debe estar preparada para manejar complicaciones graves; si no se proporcionan servicios de emergencia in situ, se debe establecer un sistema de referencia, de manera que las pacientes puedan ser trasladadas rápidamente.

INSTALACIONES Y EQUIPO

Utilice el Formulario de evaluación de la unidad de salud y personal clínico para facilitar la evaluación del equipo, espacio e insumos/medicamentos (ver Anexo 7, página 59). Cada usuaria necesita un espacio cómodo y pri-

vado donde pueda esperar durante la preparación cervical o en el período preoperatorio, típicamente una cama o camilla, pero también se puede utilizar una silla reclinable.

ELIMINACIÓN SEGURA DEL FETO Y LA PLACENTA

La eliminación segura y legal del feto y la placenta requiere más preparación para los servicios de aborto en el segundo trimestre, debido al gran volumen de restos ovulares y a la presencia de un feto reconocible. Ver el siguiente recuadro y Anexo 8, página 65, para mayor información sobre la eliminación adecuada de los restos ovulares.

La determinación exacta de la edad gestacional es un componente fundamental de los servicios de aborto para garantizar seguridad. En algunos casos, posiblemente sea necesario realizar un examen por ultrasonido para confirmar la edad gestacional, confirmar la ubicación de la placenta y asistir procedimientos difíciles. Debe haber una máquina de ultrasonido disponible en la unidad de salud.

Eliminación segura del feto y la placenta

Los restos ovulares son considerados desechos patológicos, es decir, una categoría de desechos de servicios sanitarios tales como tejidos humanos, sangre y líquidos corporales. Los desechos patológicos son considerados desechos contaminados porque son capaces de propagar enfermedades transmitidas por medio de la sangre. El manejo adecuado de desechos contaminados es importante para disminuir los riesgos para la salud y la contaminación ambiental. Los restos ovulares deben manejarse de manera respetuosa, conforme a las tradiciones religiosas, culturales y estéticas.

A menos que en la localidad se practiquen eventos funerarios, la eliminación debe realizarse según las guías para el manejo de desechos contaminados. En lugares con escasos recursos, el entierro en una fosa construida y mantenida correctamente (fosa de placenta) es un método de eliminación recomendado [76]. Ver Anexo 8, página 65: *Eliminación adecuada del feto y la placenta*.

PERSONAL

El enfoque de trabajo en equipo brinda a las mujeres la atención más segura, con mayor grado de apoyo, y crea un ambiente de trabajo positivo. No existen estudios de prestadores de servicios no médicos que efectúen la D y E a las 13 semanas o más de gestación. Por lo general, la D y E es efectuada por médicos/as, pero hemos visto la integración exitosa de profesionales de la salud de nivel intermedio en los cuidados de mujeres en proceso de D y E, quienes realizan las siguientes tareas: evaluación médica, determinación de la edad gestacional, consejería, proceso de consentimiento informado, preparación cervical, asistencia quirúrgica, preparación y limpieza del instrumental, apoyo para la mujer, prestación de servicios de anticoncepción y consejería anticonceptiva postaborto, monitoreo postaborto y provisión de instrucciones de alta. Es esencial asegurar que cada persona que entre en contacto con la usuaria durante su cuidado le brinde apoyo.

Cómo apoyar el bienestar emocional del personal

La prestación de servicios de aborto en el segundo trimestre a menudo es gratificante pero puede ser estresante. Los gerentes y prestadores de servicios pueden apoyar al personal y asegurar la prestación continua de servicios por medio de las siguientes estrategias:

- Crear oportunidades seguras para que el personal hable sobre sus sentimientos y preocupaciones
- Ofrecer flexibilidad al permitir que el personal rote responsabilidades dentro del servicio o que rote a otra sala para diversificar su experiencia laboral e integrarlo en diferentes aspectos de la atención brindada a las usuarias.
- Motivar y apoyar la participación del personal en conferencias de profesionales, actividades de creación de redes de contacto y capacitación.
- Promover un ambiente que brinde apoyo y sea sensible a las necesidades emocionales del personal y las usuarias atendidas.
- Crear una cultura de apoyo en la cual cada integrante del equipo tiene como meta principal atender las necesidades de cada usuaria, y se apoyan unos a otros para cubrir las necesidades de cada usuaria.
- Hacer hincapié en aprender de las complicaciones o eventos adversos relacionados con el aborto para disminuir el riesgo de que vuelvan a ocurrir. Monitorear los datos en la unidad de salud e incluir las complicaciones en la revisión de morbilidad materna.

El acto de apoyar al personal demuestra respeto por el mismo e incrementa la probabilidad de proporcionar servicios de alta calidad y continuar los servicios.

Anexos sobre la prestación de servicios

Anexo 7: Formulario de evaluación de la unidad de salud y personal clínico

Anexo 8: Eliminación adecuada del feto y la placenta

Anexo 7: Formulario de evaluación de la unidad de salud y personal clínico

Nombre de la unidad de salud:		Ciudad:		
Región:		Fecha:		
MEDICAMENTOS, INSUMOS, EQUIPOS, ESPACIO FÍSICO				
		IN SITU	NO IN SITU	COMENTARIOS
PROCEDIMIENTO DE ABORTO CON MEDICAMENTOS	Mifepristona			
	Misoprostol			
	Medicamentos para el dolor			
	Esfigmomanómetro/estetoscopio			
	Prácticas establecidas para la prevención de infecciones			
	Equipo de protección personal (p. ej., guantes, lentes protectores, mascarilla, bata/delantal)			
	Espéculo			
	Esponjas de gasa			
	Pinza de anillos			
ESPACIO	Espacio físico cómodo con camas donde las usuarias puedan esperar mientras expulsan el feto, idealmente separado de la sala de trabajo de parto y alumbramiento. Por favor indique el número de camas disponibles.			
	Áreas para brindar consejería en privado antes y después del aborto con medicamentos			
	Cuarto de procedimientos para realizar exámenes y manejar complicaciones			

ESPACIO	Instalaciones para la eliminación de desechos (p. ej., incinerador, fosa de placenta) adecuadas para la eliminación fetal			
	Inodoros (servicios sanitarios) para las pacientes			
	Estaciones para el lavado de manos			
	Instalaciones de laboratorio (indique si el estándar de atención de inmunoglobulina [Anti-D] está disponible)			
TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES	Medicamentos uterotónicos			Mencione los agentes uterotónicos disponibles:
	Antagonistas de los medicamentos utilizados para el manejo del dolor (reversores)			Mencione todos los agentes reversores disponibles:
	Equipo e instrumental de AMEU (aspirador, cánulas, kit de AMEU)			Por lo general, se necesitan cánulas grandes para el aborto con medicamentos y la atención postaborto en el segundo trimestre (de 10 mm, 12 mm y, si disponible, 14 mm); la pinza de anillos y/o Kelly también puede ser útil, especialmente para el manejo de la retención de placenta
	Vía y líquidos intravenosos			
	Sonda de Foley de 60cc o relleno uterino			
	Antibióticos			
	Material para sutura (porta agujas y tijeras)			
	Acceso a servicios de referencia de emergencia (p. ej. transfusión de sangre, laparotomía de emergencia)			Si no hay servicios de emergencia disponibles, comente sobre la coordinación de traslados, transporte y disponibilidad para traslados
Oxígeno y bolsa Ambú				

RECUPERACIÓN	Métodos anticonceptivos			Encierre en un círculo los que están disponibles en la unidad de salud: condones, píldoras, inyectables, implantes, DIU de cobre, esterilización femenina, esterilización masculina Si los métodos no están disponibles inmediatamente, ¿existe un proceso de referencia?
	Toallas sanitarias o algodón			
	Instrucciones impresas o escritas sobre el autocuidado post-procedimiento y el seguimiento			

PRÁCTICA ACTUAL

Número aproximado de casos de aborto/postaborto en el primer trimestre efectuado en la unidad de salud durante los seis meses anteriores _____

¿Qué porcentaje de los casos son abortos con medicamentos? _____

¿Qué porcentaje de los casos son abortos por aspiración manual? _____

¿Se utilizan otras técnicas para efectuar abortos en el primer trimestre? _____

Número aproximado de casos de aborto/postaborto en el segundo trimestre efectuados en la unidad de salud durante los seis meses anteriores _____

¿Cuál ha sido la edad gestacional en los casos manejados en su unidad de salud durante los seis meses anteriores? Seleccione todas las respuestas pertinentes.

De 13 a 15 semanas

De 16 a 18 semanas

De 19 a 21 semanas

De 22 a 24 semanas

Más de 24 semanas

¿Se utilizan libros de registros clínicos de manera rutinaria para registrar los casos de aborto? Sí No

Describa el proceso actual para revisar la calidad de la atención y los eventos adversos serios en los servicios de obstetricia y aborto:

Si se están proporcionando servicios de aborto con medicamentos/atención postaborto en el segundo trimestre, describa los métodos/técnicas actuales utilizados. ¿Hay problemas/preocupaciones con estos métodos? ¿Cómo se extrae una placenta retenida?

INFORMACIÓN SOBRE LA ADMINISTRACIÓN

Nombre del administrador del hospital:

Nombre del jefe de servicios de gineco-obstetricia:

El equipo de evaluación se reunió con líderes clave

Sí (Si sí, comente sobre preocupaciones/problemas y si brindan apoyo.)

No (Si no, ¿cuándo ocurrirá esto?)

¿Discutió el equipo la necesidad de documentar los datos y monitorear los resultados y eventos adversos?

Sí No

INFORMACIÓN SOBRE EL PERSONAL CLÍNICO

¿Cuántos posibles prestadores de servicios en el segundo trimestre, o profesionales de salud que brinden apoyo para esos servicios, hay en esta unidad de salud?

Gineco-obstetras:

Médicos/as generales:

Residentes:

Parteras:

Enfermeras:

Otros:

Indique el nombre de cada prestador/a de servicios que proporcionará servicios de aborto en el segundo trimestre y proporcione la siguiente información. Si hay prestadores de servicios disponibles y necesitan capacitación, remítase a la publicación de Ipas titulada *Aborto en el segundo trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios* (ver *Otros recursos*, página 72).

Nombre:	Sí	No
Dispuesto/a a participar en actividades continuas de garantía de la calidad/monitoreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispuesto/a a compartir el libro de registro de casos clínicos y datos sobre EAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió capacitación anterior con exposición a la AMEU y la atención centrada en la mujer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente proporciona cuidados obstétricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente proporciona servicios de aborto en el segundo trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número aproximado de procedimientos de AMEU que efectúa personalmente al mes:		

Nombre:	Sí	No
Dispuesto/a a participar en actividades continuas de garantía de la calidad/monitoreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispuesto/a a compartir el libro de registro de casos clínicos y datos sobre EAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió capacitación anterior con exposición a la AMEU y la atención centrada en la mujer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente proporciona cuidados obstétricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente proporciona servicios de aborto en el segundo trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número aproximado de procedimientos de AMEU que efectúa personalmente al mes:		

Nombre:	Sí	No
Dispuesto/a a participar en actividades continuas de garantía de la calidad/monitoreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispuesto/a a compartir el libro de registro de casos clínicos y datos sobre EAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió capacitación anterior con exposición a la AMEU y la atención centrada en la mujer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente proporciona cuidados obstétricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente proporciona servicios de aborto en el segundo trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número aproximado de procedimientos de AMEU que efectúa personalmente al mes:		

Nombre:	Sí	No
Dispuesto/a a participar en actividades continuas de garantía de la calidad/monitoreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispuesto/a a compartir el libro de registro de casos clínicos y datos sobre EAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió capacitación anterior con exposición a la AMEU y la atención centrada en la mujer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente proporciona cuidados obstétricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente proporciona servicios de aborto en el segundo trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número aproximado de procedimientos de AMEU que efectúa personalmente al mes:		

EVALUACIÓN GENERAL

¿Qué barreras/preocupaciones/problemas identifica el personal clínico con relación a los servicios en el segundo trimestre?

¿Qué temas/asuntos quiere el personal clínico que sean tratados durante la capacitación?

¿La administración de la unidad de salud brinda apoyo adecuado para los servicios? Sí No
Si la respuesta es no, indique por qué:

¿Hay profesionales de salud que necesitan más apoyo, tutoría o capacitación (si la respuesta es sí, indique en qué áreas)? Sí No

¿El personal ha expresado preocupaciones relativas a su protección/seguridad personal?

El equipo de evaluación no solo debe enfocarse en estos aspectos específicos, sino que también debe realizar un "recorrido" de la unidad de salud, es decir, caminar por la unidad de salud de la misma manera que lo haría una mujer que está recibiendo los servicios. Esto podría ayudar al equipo a identificar asuntos/problemas desde el punto de vista del cuidado de la paciente.

Comentarios adicionales:

Anexo 8: Eliminación adecuada del feto y la placenta

Recomendación

Siga las normas y directrices locales para la eliminación de restos ovulares. En lugares donde es necesario eliminar los restos ovulares in situ, la incineración o el entierro en una fosa construida y mantenida correctamente son métodos recomendados [76].

Antecedentes

Los restos ovulares son desechos patológicos, es decir, una categoría de desechos sanitarios tales como tejidos humanos, sangre y líquidos corporales. Los desechos patológicos son considerados desechos contaminados porque son capaces de propagar enfermedades transmitidas por medio de la sangre. El manejo adecuado de desechos contaminados es importante para disminuir los riesgos para la salud y la contaminación ambiental.

Las recomendaciones para la eliminación de restos ovulares en el primer y segundo trimestre son las mismas. Los restos ovulares deben manejarse conforme a las leyes locales y tradiciones religiosas, culturales y estéticas. A menos que en la localidad se practiquen eventos funerarios, la eliminación debe realizarse según las guías para el manejo de desechos contaminados o patológicos.

Manejo, clasificación, almacenamiento y transporte de desechos patológicos

MANEJO

El personal que maneja desechos patológicos debe usar ropa adecuada para su protección (guantes muy resistentes, delantal industrial, overol/mameluco, protectores para las piernas y/o botas industriales, lentes protectores y mascarilla). El personal debe manipular los desechos patológicos lo menos posible antes de su eliminación.

CLASIFICACIÓN

Los desechos patológicos deben separarse de otros desechos sanitarios, colocarse en una bolsa de plástico o contenedor hermético, y marcarse claramente con el símbolo de riesgo biológico.

ALMACENAMIENTO PROVISIONAL

El almacenamiento provisional debe ser a corto plazo. Por lo general, los desechos deben almacenarse solo durante unas pocas horas antes de su eliminación. Si es necesario almacenar los desechos patológicos, el área de almacenamiento debe ser segura, con acceso restringido y marcada con el signo de riesgo biológico. Además, el área debe estar sellada o cubierta con azulejos para facilitar su desinfección. El tiempo que transcurre entre el momento en que se generan los desechos y el tratamiento no debe sobrepasar las horas indicadas a continuación:

CLIMA TEMPLADO	CLIMA CÁLIDO
72 horas en el invierno	48 horas durante la temporada fría
48 horas en el verano	24 horas durante la temporada calurosa

TRANSPORTE

Algunas unidades de salud eliminan los desechos patológicos fuera de la unidad de salud. Dado que el personal que los transportará será responsable de manejar los desechos, se le debe informar acerca de la naturaleza infecciosa de los desechos, así como sobre la sensibilidad en torno a la eliminación de los restos ovulares.

Eliminación de desechos patológicos en la unidad de salud

ENTIERRO

El entierro de desechos patológicos en una fosa construida y mantenida correctamente ("fosa de placenta") para permitir la biodegradación natural es una opción adecuada en lugares con escasos recursos. El tipo de fosa y sus dimensiones deben construirse según la cantidad de desechos contaminados que produce la unidad de salud. Guías para la construcción de fosas se encuentran en los manuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Médicos sin Fronteras y Jhpiego (ver *Otros recursos*, página 72). Algunas reglas básicas a seguir son:

- Restringir el acceso únicamente a personal autorizado, y cercar el área para mantenerla fuera del alcance de animales, niños y personas que buscan comida hurgando en los desperdicios.
- Revestir la fosa con un material de baja permeabilidad (arcilla, estiércol, sedimento de río); si es posible se debe utilizar un fondo de cemento.
- El fondo de la fosa debe encontrarse por lo menos entre 1.5 y 2 metros por encima del nivel de agua subterránea y por lo menos 50 metros alejado de cultivos o fuentes de agua. La fosa debe construirse lejos de zonas que se inundan.
- Solo los desechos contaminados/patológicos deben enterrarse.
- Cada capa de desechos debe cubrirse con una capa de 10 cm de tierra (se puede utilizar cenizas o carbón para reducir los olores y acelerar la descomposición).
- La fosa debe cerrarse una vez que el nivel de los desechos se encuentre a 50 cm de la superficie del suelo.

INCINERACIÓN

El beneficio de la incineración es una reducción en el volumen y peso de los desechos, así como la eliminación de microorganismos y material reconocible. Hay diversos tipos de incineradores, desde modelos industriales grandes, complejos, permanentes y de altas temperaturas, hasta modelos pequeños muy básicos (como barriles o unidades de ladrillo) que funcionan a temperaturas mucho más bajas. La incineración en un incinerador industrial es preferible, pero si no se dispone de éste, se puede utilizar un incinerador de barril o de ladrillo. Los incineradores, en particular las unidades sencillas, pueden despedir químicos tóxicos y no funcionan de manera eficaz al quemar desechos patológicos con alto contenido de humedad; por estas razones los incineradores pequeños se deben considerar como un medio transicional de eliminar los desechos producidos por los servicios de salud.

Si un incinerador pequeño es la única opción, las buenas prácticas consisten en:

- Reducir y segregar eficazmente los desechos, incinerando la menor cantidad posible de desechos combustibles;
- Utilizar un incinerador diseñado para alcanzar temperaturas suficientemente altas, que permita una combustión completa;

- Colocar el incinerador en la dirección del viento y lejos de los edificios de la unidad de salud y de zonas residenciales o zonas de cultivos;
- Utilizar una descripción clara del método de operación;
- Darle mantenimiento periódico al incinerador;
- No incinerar ciertos desechos, tales como contenedores de gas presurizado (aerosol), desechos químicos reactivos, sales de plata y desechos fotográficos/radiográficos, plásticos de cloruro de polivinilo (PVC), o desechos con alto contenido de mercurio o cadmio.

Guías para la construcción de incineradores se encuentran en los manuales de la OMS, Médicos sin Fronteras y JHPIEGO (ver *Otros recursos*, página 72).

VERTER EN UN SISTEMA DE ALCANTARILLADO SEGURO

Los desechos líquidos patológicos se pueden verter directamente por un lavabo o un desagüe conectados a un sistema de alcantarillado o letrina. Enjuague minuciosamente el lavabo, el desagüe o el inodoro y límpielo con una solución desinfectante a diario o con más frecuencia si se utiliza o se ensucia mucho.

INCINERACIÓN AL AIRE LIBRE

No se recomienda la incineración al aire libre. Si es la única opción disponible, debe hacerse en un área limitada (en una fosa subterránea y cubrirse con tierra al terminar).

VERTEDERO AL AIRE LIBRE

El vertedero al aire libre nunca es una opción aceptable debido a la naturaleza infecciosa de los desechos patológicos.

Referencias bibliográficas

1. Dragoman, M., et al. (2014). Overview of abortion cases with severe maternal outcomes in the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: a descriptive analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121 Suppl 1, 25-31. doi:10.1111/1471-0528.12689
2. Gebreselassie, H., Gallo, M.F., Monyo, A. y Johnson, B.R. (2005). The magnitude of abortion complications in Kenya. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(9), 1229-1235. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00503.x
3. Zhirona, I.A., Frolova, O.G., Astakhova, T.M. y Ketting, E. (2004). Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Studies in Family Planning*, 35(3), 178-188.
4. Healy, J., Otsea, K. y Benson, J. (2006). Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 95(2), 209-220. doi:10.1016/j.ijgo.2006.08.002
5. Harries, J., Omer, P., Gabriel, M. y Mitchell, E. (2007). Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reproductive Health*. 7. doi:10.1186/1742-4755-4-7
6. Harris, L.H. y Grossman, D. (2011). Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115(1), 77-79. doi:10.1016/j.ijgo.2011.05.018
7. Organización Mundial de la Salud. (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
8. Karanth, L., Jaafar, S.H., Kanagasabai, S., Nair, N.S. y Barua, A. (2013). Anti-D administration after spontaneous miscarriage for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3), Cd009617.pub2.
9. Goldstein, S.R. y Reeves, M.F. (2009). Clinical assessment and ultrasound in early pregnancy. En P. Maureen, et al. (Eds). *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. (2a ed., pp. 63-77). West Sussex, Reino Unido: Wiley-Blackwell.
10. Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
11. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection after Gynecologic Procedures. *Obstetrics and Gynecology*, 131(6), e172-e189. doi:10.1097/aog.0000000000002670
12. Achilles, S.L., Reeves, M.F. y Planning, S.o.F. (2011). Prevention of infection after induced abortion. Release date October 2010: SFP guideline 20102. *Contraception*, 83(4), 295-309. doi:10.1016/j.contraception.2010.11.006
13. Peterson, W.F., Berry, F.N., Grace, M.R. y Gulbranson, C.L. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 62(2), 185-190.
14. Planned Parenthood Federation of America. (2016). *Manual of Medical Standards and Guidelines*. Washington, D.C.: Planned Parenthood Federation of America.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care. Londres, Reino Unido: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
16. Organización Mundial de la Salud. (2005). *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

17. Fox, M.C. y Krajewski, C.M. (2014). Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation: SFP Guideline #2013-4. *Contraception*, 89(2), 75-84. doi:10.1016/j.contraception.2013.11.001
18. Newmann, S.J. et al. (2010). Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8). CD007310. doi:10.1002/14651858. CD007310.pub2
19. Nucatola, D., Roth, N., Saulsberry, V. y Gatter, M. (2008). Serious adverse events associated with the use of misoprostol alone for cervical preparation prior to early second trimester surgical abortion (12-16 weeks). *Contraception*, 78(3), 245-248. doi:10.1016/j.contraception.2008.04.121
20. Baird, T.L., Castleman, L.D., Hyman, A.G., Gringle, R.E. y Blumenthal, P. (2008). *Guía clínica para la atención integral del aborto en el segundo trimestre*, segunda edición. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
21. Bryman, I., Granberg, S. y Norström, A. (1988). Reduced incidence of postoperative endometritis by the use of Laminaria tents in connection with first trimester abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 67(4), 323-325.
22. Jonasson, A., Larsson, B., Bygdeman, S. y Forsum, U. (1989). The influence of cervical dilatation by laminaria tent and with Hegar dilators on the intrauterine microflora and the rate of postabortal pelvic inflammatory disease. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 68(5), 405-410.
23. Borgatta, L., et al. (2012). Mifepristone vs. osmotic dilator insertion for cervical preparation prior to surgical abortion at 14-16 weeks: a randomized trial. *Contraception*, 86(5), 567-571. doi:10.1016/j.contraception.2012.05.002
24. Goldberg, A.B., et al. (2005). Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 106(2), 234-241. doi:10.1097/01.AOG.0000168629.17326.00
25. Bartz, D., et al. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 122(1), 57-63. doi:10.1097/AOG.0b013e3182983889
26. Sagiv, R., et al. (2015). Laminaria vs. vaginal misoprostol for cervical preparation before second-trimester surgical abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 91(5), 406-411. doi:10.1016/j.contraception.2015.01.018
27. Carbonell, J. L., et al. (2007). Vaginal vs. sublingual misoprostol with mifepristone for cervical priming in second-trimester abortion by dilation and evacuation: a randomized clinical trial. *Contraception*, 75(3), 230-237. doi:10.1016/j.contraception.2006.11.007
28. Casey, F. E., Ye, P. P., Perritt, J. D., Moreno-Ruiz, N. L. y Reeves, M. F. (2016). A randomized controlled trial evaluating same-day mifepristone and misoprostol compared to misoprostol alone for cervical preparation prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 94(2), 127-133. doi:10.1016/j.contraception.2016.02.032
29. Searle, L., Tait, J., Langdana, F. y Maharaj, D. (2014). Efficacy of mifepristone for cervical priming for second-trimester surgical termination of pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 124(1), 38-41. doi:10.1016/j.ijgo.2013.05.029
30. Edelman, A.B., Buckmaster, J.G., Goetsch, M.F., Nichols, M.D. y Jensen, J.T. (2006). Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(2), 425-430. doi:10.1016/j.ajog.2005.08.016

31. Drey, E.A., et al. (2014). Buccal misoprostol plus laminaria for cervical preparation before dilation and evacuation at 21–23 weeks of gestation: a randomized controlled trial. *Contraception*, 89(4), 307-313.
32. Goldberg, A.B., et al. (2015). Cervical Preparation before Dilation and Evacuation Using Adjunctive Misoprostol or Mifepristone Compared With Overnight Osmotic Dilators Alone: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology*, 126(3), 599-609. doi:10.1097/AOG.0000000000000977
33. Lyus, R., Lohr, P.A., Taylor, J. y Morroni, C. (2013). Outcomes with same-day cervical preparation with Dilapan-S osmotic dilators and vaginal misoprostol before dilation and evacuation at 18 to 21+6 weeks' gestation. *Contraception*, 87(1), 71-75. doi:10.1016/j.contraception.2012.07.006
34. Shaw, K.A., et al. (2015). Adjunct mifepristone for cervical preparation prior to dilation and evacuation: a randomized trial. *Contraception*, 91(4), 313-319. doi:10.1016/j.contraception.2014.11.014
35. Renner, R.M., Nichols, M.D., Jensen, J.T., Li, H. y Edelman, A.B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 119(5), 1030-1037. doi:10.1097/AOG.0b013e318250b13e
36. Atrash, H.K., Cheek, T.G. y Hogue, C.J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 158(2), 420-424.
37. Lazenby, G.B., Fogelson, N.S. y Aeby, T. (2009). Impact of paracervical block on post-abortion pain in patients undergoing abortion under general anesthesia. *Contraception*, 80(6), 578-582. doi:10.1016/j.contraception.2009.05.125
38. Jackson, R.A., Teplin, V.L., Drey, E.A., Thomas, L.J. y Darney, P.D. (2001). Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: a randomized, masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 97(3), 471-476.
39. Dean, G., et al. (2012). Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception*, 85(2), 144-149. doi:10.1016/j.contraception.2011.05.016
40. Drey, E.A., Thomas, L.J., Benowitz, N.L., Goldschlager, N. y Darney, P.D. (2000). Safety of intra-amniotic digoxin administration before late secondtrimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(5), 1063-1066.
41. Steward, R., Melamed, A., Kim, R., Nucatola, D. y Gatter, M. (2012). Infection and extramural delivery with use of digoxin as a fetocidal agent. *Contraception*, 85(2), 150-154. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.005
42. Nucatola, D., Roth, N. y Gatter, M. (2010). A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 81(1), 67-74. doi:10.1016/j.contraception.2009.08.014
43. Borgatta, L. y Kapp, N. (2011). Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 84(1), 4-18. doi:10.1016/j.contraception.2011.02.005
44. Coke, G.A., Baschat, A.A., Mighty, H.E. y Malinow, A.M. (2004). Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 13(4), 287-290. doi:10.1016/j.ijoa.2004.04.009
45. Tocce, K., Leach, K.K. y Teal, S.B. (2014). Umbilical cord transection to induce fetal demise prior to second-trimester D&E abortion: in reply. *Contraception*, 89(5), 473-474.
46. Boyd, E.F., Jr. y Holmstrom, E.G. (1972). Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(4), 469-473.

47. Organización Mundial de la Salud. (2015). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, 5a ed. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
48. Biggs, M.A., Upadhyay, U.D., McCulloch, C.E. y Foster, D.G. (2017). Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 169-178. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3478
49. Steinberg, J.R. y Rubin, L.R. (2014). Psychological Aspects of Contraception, Unintended Pregnancy, and Abortion. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 1(1), 239-247. doi:10.1177/2372732214549328
50. Biggs, M.A., Rowland, B., McCulloch, C.E. y Foster, D.G. (2016). Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 6(2), e009698. doi:10.1136/bmjopen-2015-009698
51. Pazol, K., Creanga, A.A., Jamieson, D.J y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2015). Abortion Surveillance - United States, 2012. *MMWR Surveillance Summaries*, 64(10), 1-40. doi:10.15585/ss6410a1
52. Bonnen, K.I., Tuijje, D.N. y Rasch, V. (2014). Determinants of first and second trimester induced abortion - results from a cross-sectional study taken place 7 years after abortion law revisions in Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 416. doi:10.1186/s12884-014-0416-9
53. Foster, D.G. y Kimport, K. (2013). Who seeks abortions at or after 20 weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(4), 210-218. doi:10.1363/4521013
54. Lim, L., Wong, H., Yong, E. y Singh, K.(2012). Profiles of women presenting for abortions in Singapore: focus on teenage abortions and late abortions. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 160(2), 219-222. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.11.017
55. Sowmini C V. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters*, 21(41), 243-250. doi:10.1016/S0968-8080(13)41700-7
56. Ben-Ami, I., et al. (2009). Safety of late second-trimester pregnancy termination by laminaria dilatation and evacuation in patients with previous multiple cesarean sections. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(2), 154.e151-155. doi:10.1016/j.ajog.2009.04.029
57. Schneider, D., Bukovsky, I. y Caspi, E. (1994). Safety of midtrimester pregnancy termination by laminaria and evacuation in patients with previous cesarean section. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 171(2), 554-557.
58. Silver, R.M. (2015). Abnormal Placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, and Placenta Accreta. *Obstetrics and Gynecology*, 126(3), 654-668. doi:10.1097/aog.0000000000001005
59. Rzos, N., Doran, T.A., Miskin, M., Benzie, R.J. y Ford, J.A. (1979). Natural history of placenta previa ascertained by diagnostic ultrasound. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 133(3), 287-291.
60. American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC.
61. Charles, V.E., Polis, C.B., Sridhara, S.K. y Blum, R.W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436-450. doi:10.1016/j.contraception.2008.07.005

62. Guttmacher Institute. (2012). Study purporting to show link between abortion and mental health outcomes decisively debunked. (Comunicado de prensa). Fuente: <http://www.guttmacher.org/media/nr/2012/03/05/>
63. National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). Induced Abortion and Mental Health: A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. Londres, Reino Unido: Academy of Medical Royal Colleges.
64. Rocca, C.H., Kimport, K., Gould, H. y Foster, D.G. (2013). Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(3), 122-131. doi:10.1363/4512213
65. Jackson, J.E., Grobman, W.A., Haney, E. y Casele, H. (2007). Mid-trimester dilation and evacuation with laminaria does not increase the risk for severe subsequent pregnancy complications. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 96(1), 12-15. doi:10.1016/j.ijgo.2006.08.011
66. Filly, R.A. y Hadlock, F.P. (2000). Sonographic determination of menstrual age. *Ultrasoundography in Obstetrics and Gynecology*, 4, 150.
67. Drey, E.A., Kang, M.S., McFarland, W. y Darney, P.D. (2005). Improving the accuracy of fetal foot length to confirm gestational duration. *Obstetrics and Gynecology*, 105(4), 773-778. doi:10.1097/01.aog.0000154159.75022.11
68. Ziraba, A.K., et al. (2015). Unsafe abortion in Kenya: A cross-sectional study of abortion complication severity and associated factors. *BMC Pregnancy and Childbirth*, (15), 34. doi:10.1186/s12884-015-0459-6
69. Herrick, J., Turner, K., McInerney, T. y Castleman, L. (2014). *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*. (2ª ed.). K. Turner y A. Huber (Eds.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
70. Edlow, A.G., et al. (2011). Uterine evacuation for second-trimester fetal death and maternal morbidity. *Obstetrics and Gynecology*, 117(2 Pt 1), 307-316. doi:10.1097/AOG.0b013e3182051519
71. Autry, A.M., Hayes, E.C., Jacobson, G.F. y Kirby, R.S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 393-397.
72. Kerns, J. y Steinauer, J. (2013). Society of Family Planning Clinical Guideline 20131: Management of postabortion hemorrhage. *Contraception*, 87(3), 331-342.
73. Prata, N. t Weidert, K. (2016). Efficacy of misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage: current knowledge and implications for health care planning. *International Journal of Women's Health*, 8, 341-349. doi:10.2147/IJWH.S89315
74. Mavrides, E., et al.. (2016). Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124, e106-e149.
75. Tindell, K., et al. (2013). Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage in resource-poor settings: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(1), 5-14. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03454.x
76. Organización Mundial de la Salud. (2013). *Safe management of wastes from health-care activities*. (Segunda ed.) Y. Chartier, et al. (Eds). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Otros recursos

Ipas. (2014a). *Aborto en el segundo trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Fuente: <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Extendiendo-los-servicios-de-atencion-integral-del-aborto-al-segundo-trimestre.aspx>.

Ipas. (2014b). *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de capacitación*. K. L. Turner y A. Huber (Eds.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Fuente: <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-integral-del-aborto-centrada-en-la-mujer--manual-de-capacitation.aspx>

Ipas. (2018). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. A. Mark (Ed.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Fuente: www.ipas.org/actualizacionesclinicas.

Médicos sin Fronteras. (2010). *Public Health Engineering in Precarious Situations*. P. Maes y J. v. d. Noortgate (Eds.). Fuente: http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/public_health_en.pdf

Tietjen, L., Bossemeyer, D. y McIntosh, N. (2004). *Prevención de infecciones: guía para los establecimientos de salud con recursos limitados*. Baltimore, Maryland: Jhpiego. Fuente: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACT433.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Safe management of wastes from health-care activities*, segunda edición. Y. Chartier, J. Emmanuel, U. Pieper, A. Prüss, P. Rushbrook, R. Stringer, W. Townsend, S. Wilburn y R. Zghondi (Eds.). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

