



## **Guía de referencia sobre el aborto con medicamentos**

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

© 2018, 2019 Ipas

ISBN: 1-933095-99-7

Producido en Estados Unidos de América.

Cita: Edelman, A. y Mark, A. (2019). *Guía de referencia sobre el aborto con medicamentos: 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](http://www.ipas.org)

Foto de la portada: © Ipas

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 el aborto con medicamentos**

---

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

Alison Edelman  
Consultora Clínica Senior, Ipas  
Profesora/ Ginecobstetricia  
Oregon Health & Science University

Alice Mark  
Directora Médica Asociada  
National Abortion Federation



## 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 el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación . . . . .	10
Evaluación clínica . . . . .	10
El proceso de consentimiento informado . . . . .	17
Regímenes y eficacia del aborto con medicamentos. . . . .	17
Manejo del dolor. . . . .	21
Inducción de muerte fetal . . . . .	22
Manejo de la expulsión del feto. . . . .	25
Recuperación . . . . .	27
Consideraciones especiales . . . . .	28
Anexos sobre atención clínica . . . . .	30
Capítulo 3: Atención postaborto brindada a mujeres con tamaño uterino de 13 semanas o más de gestación. . . . .	39
Antecedentes. . . . .	39
Evaluación clínica . . . . .	40
Manejo de la evacuación endouterina con el régimen con medicamentos . . . . .	40
Manejo de la expulsión del feto. . . . .	42
Recuperación . . . . .	42
Capítulo 4: Manejo de las complicaciones . . . . .	42
Hemorragia. . . . .	43
Retención de restos ovulares . . . . .	44

Infección y septicemia . . . . .	45
Shock. . . . .	46
Dolor intenso . . . . .	47
Capítulo 5: Prestación de servicios . . . . .	47
Manejo de los servicios . . . . .	48
Tiempo de administración del régimen . . . . .	49
Instalaciones, equipo y personal . . . . .	50
Cómo apoyar el bienestar emocional del personal . . . . .	51
Anexos sobre la prestación de servicios . . . . .	52
Referencias bibliográficas . . . . .	62
Otros recursos . . . . .	65

## Agradecimientos

Las autoras agradecen el apoyo que brindaron los siguientes colegas de Ipas para la elaboración de esta guía de referencia: Deeb Shrestha Dangol de Ipas Nepal; Yonas Getachew de Ipas Etiopía; y Dalia Brahmi, Laura Castelman, Joan Healy, Nathalie Kapp, Ann Leonard, Nadia Piedrahita y Jessica Reinholz de Ipas, Carolina del Norte, EE. UU. Además, queremos agradecer a los revisores externos: Mulat Adefris, MD, University of Gondar, Gondar, Etiopía; el Dr. Paul B. Blumenthal, Stanford University, Palo Alto, California, EE. UU.; Teresa Bombas, MD, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; Kristina Gemzell-Danielsson MD, PhD, Karolinska Institute, Estocolmo, Suecia; Phillip G. Stubblefield MD, Boston University School of Medicine, Boston, MA, EE. UU.

## 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
OMS	Organización Mundial de la Salud
RO	Restos ovulares

## Capítulo 1: Introducción

**Esta guía de referencia proporciona información y recomendaciones basadas en evidencias para el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación, a veces denominado aborto inducido o interrupción del embarazo en el segundo trimestre, utilizando regímenes a base de misoprostol (mifepristona combinada con misoprostol, o misoprostol solo) para mujeres que necesitan un aborto inducido, tratamiento del aborto incompleto o atención postaborto.**

Esta guía se dirige principalmente a profesionales de la 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 el método de aborto con medicamentos.

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 abor-



to. 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 y prestador/a de servicios 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 morbimortalidad 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 aborto con medicamentos, 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 servicios de aborto con medicamentos en el segundo trimestre. Esta guía de referencia suplementa la *Guía de referencia sobre la dilatación y evacuación: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre')*, disponible en [www.ipas.org/2otriDE](http://www.ipas.org/2otriDE). 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* ([www.ipas.org/actualizacionescnicas](http://www.ipas.org/actualizacionescnicas)).

Los reglamentos locales posiblemente permitan que el personal de salud brinde atención clínica más allá de las primeras 24 semanas de gestación. Hemos incluido información sobre cómo adaptar los protocolos para tamaño uterino/gestaciones 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 la 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 como local y gubernamental) y personal de apoyo, además de las 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 ([www.ipas.org/actualizacionescnicas](http://www.ipas.org/actualizacionescnicas)).

## 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. Las habilidades empleadas en la prestación de servicios de aborto en el primer trimestre —tales como proporcionar infor-

mación, consejería, el proceso de consentimiento informado para el aborto con medicamentos, 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>.

El personal clínico con experiencia en obstetricia también puede realizar abortos con medicamentos en el segundo trimestre, ya que las habilidades necesarias son similares al manejo de la inducción del parto a término. Si los prestadores de servicios obstétricos nunca han efectuado abortos en el primer trimestre ni brindado atención postaborto, posiblemente necesiten capacitación suplementaria en el manejo básico de los servicios de aborto antes de proporcionar servicios de aborto en el segundo trimestre.

Antes de aprender a proporcionar servicios de aborto con medicamentos en el segundo trimestre y atención postaborto, 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;
- Manejar el dolor durante el aborto en el primer trimestre;
- 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 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/lpas%20Publications/Extendiendo-los-servicios-de-atencion-integral-del-aborto-al-segundo-trimestre.aspx>.

## Capítulo 2: Atención clínica brindada a las mujeres durante el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación

Este capítulo resume la atención clínica brindada a mujeres en proceso de aborto con medicamentos en el segundo trimestre. El capítulo se presenta en el orden de la prestación del servicio de aborto con medicamentos en el segundo trimestre, con el régimen combinado de mifepristona y misoprostol, o con el régimen de misoprostol solo.

Los pasos para proporcionar servicios de aborto en el segundo trimestre son:

- Evaluación clínica
- Proceso de consentimiento informado
- Régimen de aborto con medicamentos
- Inducción de muerte fetal (según sea necesario)
- Manejo del dolor
- Manejo de la expulsión del feto
- Recuperación
- Consideraciones especiales: mujeres jóvenes, mujeres con indicaciones maternas o fetales para el aborto, antecedentes de histerotomía y placenta previa

### Evaluación clínica

El/La prestador/a de servicios primero debe evaluar el estado clínico de la mujer y su elegibilidad para tener un aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación. 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, página 31, 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 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 aborto en el segundo trimestre

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).
Antecedentes de histerotomía	Ver “consideraciones especiales” en la página 28.
Asma	<p>Las mujeres con asma leve o bien controlada pueden recibir cuidados rutinarios.</p> <p>Las mujeres con ataques agudos de asma o asma mal controlada posiblemente deban retrasar el tratamiento hasta que el asma esté bajo control, o recibir tratamiento en un hospital.</p> <p>Es seguro utilizar el misoprostol en mujeres con asma.</p>
Cardiopatía	Si la enfermedad es sintomática o grave, posiblemente sea necesario brindar atención en combinación con cuidados cardíacos intensivos. Podría ser necesario realizar monitoreo adicional y brindar tratamiento en un establecimiento de salud de nivel superior.
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.
Hipertensión arterial	La metilergonovina (alcaloides del cornezuelo de centeno) no debe utilizarse en mujeres con hipertensión arterial.
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 <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/</a>).</p>

AFECCIÓN	RELEVANCIA CLÍNICA
Trastorno hemorrágico	Si la mujer presenta un trastorno hemorrágico activo, posiblemente sea necesario referirla a un establecimiento 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).

\*No existe un estándar universal para el tratamiento de lo que se considera como bajo nivel de hematocrito/hemoglobina antes del aborto con medicamentos, 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 en el segundo trimestre, 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 39). 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 otros métodos empleados para determinar la edad gestacional no puedan determinar si ésta califica para que la mujer sea elegible para tener un aborto con medicamentos en la unidad de salud prevista. **No se debe administrar los medicamentos para iniciar el proceso de aborto hasta que se haya confirmado la edad gestacional con un examen físico. Errores en la determinación pueden llevar a la supervivencia fetal momentánea imprevista (ver recuadro, página 15).** Si se utiliza el examen de ultrasonido para ayudar a determinar la edad gestacional, aún 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) (ver *Ilustración 2*, a continuación) 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 33. Si se utiliza la ultrasonografía, se puede indicar el número de fetos, la posición fetal y la ubicación de la placenta.

Si no se dispone de ultrasonido y el personal de salud no tiene experiencia determinando la edad gestacional, la medición del pie del feto después de la expulsión 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 puede ayudar a cada prestador/a de servicios a decidir acerca de inducir la muerte fetal para evitar la supervivencia fetal momentánea (página 22), 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.

Ilustración 1.

#### Diámetro biparietal

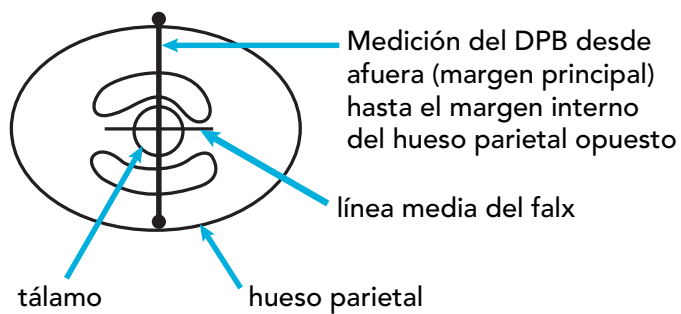
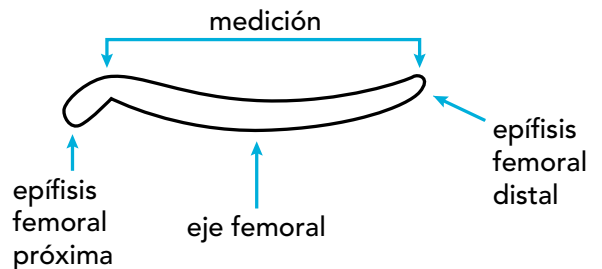


Ilustración 2.

#### Longitud del fémur



## 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 aborto con medicamentos, incluidos los riesgos de aborto fallido, sangrado, hemorragia, infección, procedimiento quirúrgico imprevisto, retención de placenta, etc. (aunque raro, el más común de estos riesgos es retención de placenta, que puede necesitar medicamentos adicionales, aspiración endouterina o extracción con pinzas a través del cérvix);
- 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 (para la administración del misoprostol o por cualquier síntoma preocupante);
- Aproximadamente cuánto tiempo durará el proceso: por ejemplo, el aborto con medicamentos inducido con mifepristona/misoprostol generalmente toma seis horas después de administrado el misoprostol, pero podría llevar hasta tres días;
- Qué medicamentos recibirá y cómo serán administrados;
- 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.

### DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

- Qué medicamentos recibirá, con qué frecuencia 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 finalización del aborto;
- 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.

## El 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.

## Regímenes y eficacia del aborto con medicamentos

En general, las recomendaciones de regímenes concuerdan con las de las publicaciones de la 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*. 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 haya ocurrido lo siguiente:

- La evaluación clínica (ver página 40), 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.

### MIFEPRISTONA + MISOPROSTOL (RÉGIMEN PREFERIDO)

Una dosis de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguida 1 o 2 días después por una dosis de 400 mcg de misoprostol, administrada por vía vaginal, sublingual o bucal cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta.

### MISOPROSTOL SOLO (CUANDO NO SE DISPONE DE MIFEPRISTONA)

Una dosis de 400 mcg de misoprostol, administrada por vía vaginal o sublingual cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta. Para mujeres nulíparas, la dosis por vía vaginal es más eficaz que por vía sublingual.

Los mismos medicamentos utilizados para el aborto con medicamentos en el primer trimestre son utilizados en el segundo trimestre pero con diferentes dosis. A diferencia del aborto con medicamentos que ocurre antes de las primeras 10 semanas de gestación, durante el cual la mujer puede tomarse el misoprostol en su casa, después de las 10 semanas, el misoprostol es administrado en la unidad de salud y la mujer es observada hasta que el feto es expulsado.

La mifepristona disminuye el tiempo que transcurre entre el inicio del misoprostol y la expulsión del feto (conocido como tiempo para lograr la expulsión o tiempo para finalizar el aborto), y aumenta la probabilidad de que la mujer tenga un aborto completo; por lo tanto, la combinación de mifepristona y misoprostol es el régimen preferido [10]. Cuando se sigue el régimen indicado y el tiempo de administración de mifepristona y misoprostol, más del 95% de las mujeres presentan expulsión completa en 48 horas y el tiempo medio hasta la expulsión es aproximadamente de seis a nueve horas [11, 12]. Si no se dispone de mifepristona, se puede utilizar el régimen de misoprostol solo, con tasas de expulsión superiores al 70% en 48 horas y tiempo medio hasta la expulsión de 12 a 18 horas aproximadamente [12, 13].

## TASAS DE EFICACIA Y TIEMPO HASTA LA EXPULSIÓN

### *Eficacia del aborto con medicamentos*

Con el régimen combinado, la expulsión completa del feto y la placenta ocurre en un 90% de las mujeres a las 24 horas. Si se continúan las dosis de misoprostol en aquellas que no han expulsado a las 24 horas, casi todas las mujeres habrán expulsado el feto a las 48 horas. A raíz de nuevas evidencias y mayor experiencia con el misoprostol, éste se puede repetir en las dosis necesarias, lo cual aumenta las tasas de eficacia [11, 12, 14].

La tasa de eficacia es menor con los regímenes de misoprostol solo, con expulsión completa reportada en la literatura como superior al 50% a las 24 horas y hasta el 90% a las 48 horas [12, 13, 15, 16].

Rara vez, con cualquiera de los dos regímenes, la mujer no expulsa el feto a las 48 horas y posiblemente necesite más dosis de misoprostol para lograr tener un aborto completo.

### *Tiempo hasta la expulsión*

Con el régimen combinado, el tiempo medio hasta la expulsión del feto reportado en la literatura es de seis a nueve horas [11, 12]. Es posible una variedad de tiempos de expulsión: algunas mujeres tardarán más tiempo, incluso varios días, para tener un aborto completo. **Mayor tiempo hasta la expulsión está asociado con una edad gestacional más avanzada y nuliparidad.**

Para los regímenes de misoprostol solo, el tiempo medio hasta la expulsión del feto reportado en la literatura es de 12 a 18 horas, pero hay una gran variedad de tiempos reportados. Las mujeres parás demoran menos tiempo hasta la expulsión que las mujeres nulíparas [12, 13].

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

### *Administración de mifepristona*

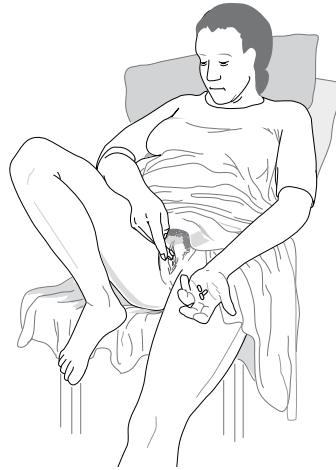
La mifepristona es administrada a la mujer para que se la tome por vía oral como paciente ambulatoria. Por lo general, no tiene efectos secundarios y la mayoría de las mujeres permanecen asintomáticas sin sangrado o cólicos. Entre 24 y 48 horas después de tomarse la mifepristona, la mujer debe regresar a la unidad de salud para iniciar el misoprostol. Siempre que sea posible, se debe respetar el intervalo entre medicamentos, ya que el tiempo para concluir la expulsión es más corto cuando la mifepristona se toma uno o dos días antes del misoprostol, lo cual significa que las mujeres tienen cólicos durante menos tiempo y permanecen en la unidad de salud menos tiempo [17]. Sin embargo, si es necesario el tiempo entre la administración de mifepristona y misoprostol se puede acortar o eliminar, ya que incluso cuando la mifepristona se toma al mismo tiempo que el misoprostol, el régimen combinado sigue siendo más eficaz que el régimen de misoprostol solo [17 a 19].

Si la inducción de muerte fetal es lo indicado, ésta puede realizarse al mismo tiempo que se administra la mifepristona (ver página 22).

### *Administración de misoprostol*

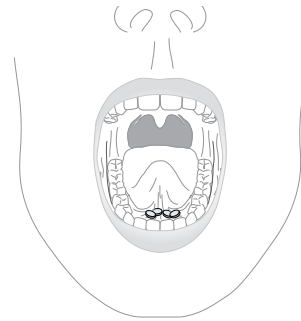
Tanto con el régimen combinado como con el de misoprostol solo, la mujer recibe misoprostol en la unidad de salud cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta. El misoprostol puede ser administrado en cualquier unidad de salud donde haya personal trabajando las 24 horas del día que pueda manejar las emergencias. Cuando se utiliza el régimen combinado de mifepristona y misoprostol, la mujer puede finalizar el proceso de aborto e irse a su casa el mismo día. El aborto inducido con misoprostol solo es un proceso más largo y la mayoría de las mujeres necesitan más tiempo. Con cualquiera de los dos regímenes, cierto porcentaje de mujeres tendrá que permanecer internada hasta el siguiente día o más tiempo; por lo tanto, la unidad de salud debe estar preparada para cuidar a las mujeres las 24 horas del día hasta que se termine el proceso de aborto.

La clave para minimizar el tiempo para finalizar el aborto es utilizar mifepristona y asegurar que el misoprostol sea administrado cada tres horas hasta la expulsión. No hay límite en cuanto al número de dosis de misoprostol que la mujer puede recibir. **Aun cuando la mujer presenta cólicos o dolor, debe continuar recibiendo misoprostol hasta que expulse el feto y la placenta.** A diferencia de la inducción del trabajo de parto a término, las dosis de misoprostol no deben estar limitadas por la intensidad o frecuencia de las contracciones. El monitoreo formal de las contracciones uterinas durante el aborto con medicamentos no es necesario ni recomendado.



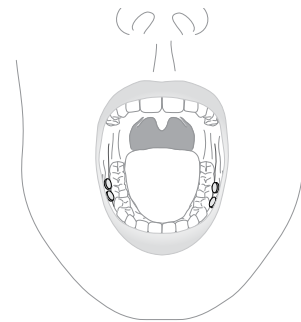
### USO VAGINAL

Para uso vaginal, las tabletas de misoprostol son 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 SUBLINGUAL

Para uso sublingual, la mujer coloca las tabletas de misoprostol debajo de la lengua y después de 30 minutos, se traga toda porción restante de las tabletas.



### USO BUCAL

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

Las dosis administradas por vía sublingual o 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. En el régimen de misoprostol solo, las dosis administradas por vía vaginal son más eficaces que las dosis por vía sublingual para mujeres nulíparas.

En el momento de administrar las dosis de misoprostol, la mujer debe acostarse en una cama o camilla, en un área privada y separada de las mujeres en proceso de trabajo de parto. Durante el proceso de aborto, la mujer generalmente presenta cólicos con dolor y sangrado que alcanza su nivel máximo con la expulsión. De vez en cuando, las mujeres presentan náuseas, vómito y, con menor frecuencia, fiebre. A menos que ya 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), administre una dosis de 650 mg de acetaminofén (o paracetamol) cada cuatro horas, según sea necesario.

Al inicio de las dosis de misoprostol, se debe administrar un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) a menos que la mujer tenga una reacción alérgica. El personal de apoyo debe monitorear el dolor de manera continua. Además, debe monitorear los signos vitales cada tres horas, comenzando con la primera dosis de misoprostol. La frecuencia del monitoreo debe aumentarse a cada una o dos horas cuando la mujer presenta cólicos con dolor más intenso. Se debe administrar medicamentos para el dolor según sea necesario (ver Manejo del dolor, a continuación). En el Anexo 4, página 36, se expone un ejemplo del formulario de monitoreo que se debe utilizar durante la administración de dosis de misoprostol. Durante el proceso de aborto, no se debe realizar el monitoreo del corazón fetal ni el monitoreo de las contracciones uterinas (tocometría).

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

## QUÉ ESPERAR EN CUANTO A LA GRAVEDAD Y DURACIÓN DEL DOLOR

La mayoría de las mujeres requieren medicamentos para el dolor durante el aborto en el segundo trimestre [11, 20]. La nuliparidad, la edad gestacional avanzada, mayor cantidad de dosis de misoprostol y el intervalo entre la inducción y la expulsión están asociados con mayor dolor durante el aborto con medicamentos en el segundo trimestre [20-22]. El dolor rara vez comienza después de tomar mifepristona pero es más pronunciado después del misoprostol y generalmente alcanza su nivel máximo con la expulsión.

## 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 [23]. Ipas recomienda combinar métodos farmacológicos y no farmacológicos [24], por ejemplo:

- Iniciar los AINE en el momento de administrar la primera dosis de misoprostol y luego proporcionarlos cada 6 a 8 horas, según sea necesario.
- Agregar analgésicos narcóticos por vía oral y/o parenteral, según sea necesario, para aliviar el dolor intermitente.
- Se puede administrar acetaminofén/paracetamol para la fiebre, pero no es eficaz para el manejo del dolor relacionado con el aborto. Si se utilizan analgésicos combinados con acetaminofén, tenga cuidado de no sobrepasar la dosis máxima de acetaminofén recomendada cada 24 horas.
- Proporcionar medidas no farmacológicas, tales como una bolsa de agua caliente, un ambiente relajado y apoyo de personal capacitado, familiares o amistades. El apoyo verbal brindado a la mujer durante el aborto puede ayudar a disminuir el dolor y la ansiedad, pero no sustituye los medicamentos para el dolor. La mujer puede moverse o caminar si esto ayuda a aliviar las molestias.
- Si se dispone de personal, equipo y monitoreo, las mujeres en proceso de aborto en el segundo trimestre pueden beneficiarse de los mismos tipos de medicamentos para el manejo del dolor utilizados en mujeres en proceso de trabajo de parto a término, tales como anestesia epidural o analgesia controlada por la paciente [25].

## Inducción de muerte fetal

En algunos casos, el/la prestador/a de servicios decide inducir la muerte fetal comenzando aproximadamente a las 20 semanas o más de gestación para evitar la supervivencia fetal momentánea después de la expulsión [10]. La inducción de muerte fetal no incrementa la seguridad del aborto y podría aumentar los efectos secundarios, pero quizás haya razones jurídicas, éticas y/o psicológicas para considerarla [26]. 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 aborto o durante la expulsión bloqueando el cordón umbilical fetal.



## TÉCNICA

### *Instilación de digoxina*

La digoxina tiene una baja tasa de complicaciones y es fácil de inyectar (ver Ilustración 3, a la izquierda) en el líquido amniótico con o sin la guía del ultrasonido [27, 28]. 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 [29].

La inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina tiene limitada absorción sistémica materna y ningún efecto significativo cardíaco materno ni trombotico [27]. 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:

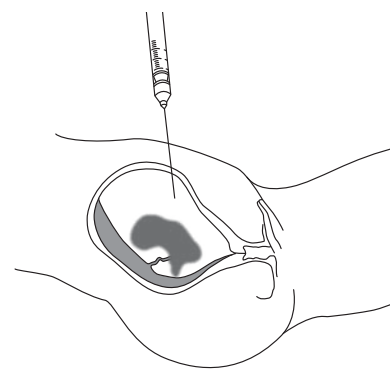
- Arritmia cardíaca materna
- Insuficiencia renal materna
- Reacción alérgica a la digoxina

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)

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.

Ilustración 3.



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 rápido 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 en el momento en que se administra la inyección de digoxina, y es dada de alta con instrucciones claras de regresar un día después para iniciar el misoprostol. Debería sentirse normal el resto del día. Muy pocas mujeres tienen contracciones o sangrado después de la inyección de digoxina [26].

### *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 [30, 31]. **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. Este método es más fácil de realizar durante la D y E pero ha sido descrito por profesionales de salud durante el aborto con medicamentos. La asistolía fetal ocurre poco después de la compresión del cordón umbilical [32].

## Manejo de la expulsión del feto

A medida que se dilata el cérvix, posiblemente se pueda palpar un saco protuberante de membranas en la vagina. La mujer podría sentir molestia debido a la presión resultante. Se puede aliviar esta molestia rompiendo la membrana con una mano enguantada o con una pinza, y a menudo la expulsión del feto ocurre poco después (en un par de horas).

Si las partes fetales se pueden palpar en la vagina, la mujer puede intentar empujar, pero este esfuerzo probablemente será útil solo en la etapa tardía del segundo trimestre. A diferencia del trabajo de parto a término, el cérvix quizás no se dilate completamente. Una enfermera, partera o médico/a debe estar presente para apoyar a la mujer durante el período activo de la expulsión.

Coloque un campo o sábana sobre las piernas de la mujer y bríndele apoyo verbal. Si la presentación del feto no es cefálica (es decir, es de nalgas o transversal), típicamente el feto será expulsado sin dificultad. Si la calota queda atrapada, generalmente será expulsada con el paso del tiempo. Si no se logra ningún progreso, los expertos sugieren facilitar la expulsión colocando una mano en la vagina y estirando el cérvix manualmente.

A menudo el feto y la placenta son expulsados juntos, pero si se expulsa el feto solamente, se debe pinzar el lado materno del cordón umbilical. Según los deseos de la mujer, el feto puede ser envuelto para que ella lo sujete, o se puede envolver, mantenerse fuera de vista y retirarse. Dado que el feto no es viable, no es necesario pinzar el lado fetal del cordón umbilical. De vez en cuando, es posible que el feto tenga movimientos espontáneos. Algunas mujeres o sus familiares quizás deseen sujetar el feto, mientras que otras tal vez deseen esperar hasta que pare de moverse. Otras posiblemente no deseen ni ver ni sujetar el feto. Como anécdota, la petición de ver o sujetar el feto es más probable de mujeres que interrumpen su embarazo debido a indicaciones maternas y/o fetales.

Si el feto y la placenta son expulsados simultáneamente, se debe monitorear el sangrado y los signos vitales de la mujer. Si el sangrado es mínimo, no es necesario administrar agentes uterotónicos adicionales.

### NINGUNA EXPULSIÓN FETAL DESPUÉS DE 24 HORAS

Con mifepristona y misoprostol, aproximadamente el 10% de las mujeres no expulsan dentro de 24 horas y necesitan más dosis de misoprostol. Si se utiliza el régimen de misoprostol solo, un menor número de mujeres expulsan dentro de 24 horas.

Si la expulsión fetal no ocurre dentro de las 24 horas posteriores a la dosis inicial de misoprostol, examine a la mujer para descartar eventos raros como rotura uterina, embarazo abdominal o diagnóstico falso de embarazo (masa pélvica). Estos se deben considerar cuando el cérvix permanece cerrado a pesar de contracciones uterinas prolongadas, dolor abdominal extremo o si ocurren cambios hemodinámicos agudos en cualquier momento durante el proceso de aborto.

Si la expulsión no ocurre después de 24 horas y se han descartado otros diagnósticos, continúe administrando las dosis de misoprostol cada tres horas hasta la expulsión. Si el cérvix de la mujer está dilatado lo suficiente, otra opción es ofrecerle una D y E si se dispone de un/a prestador/a de servicios calificado/a con experiencia y el equipo necesario.

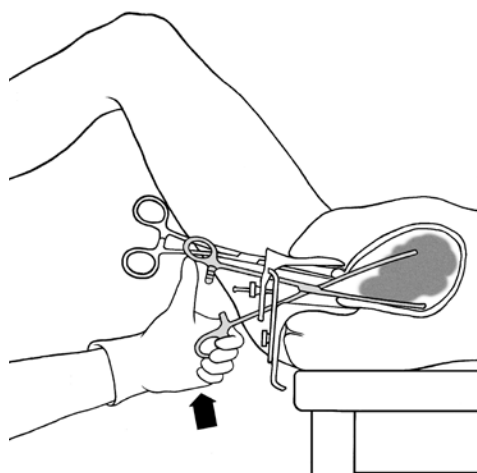
## EL FETO FUE EXPULSADO PERO LA PLACENTA NO

Si la mujer presenta signos vitales estables y sangrado mínimo, la placenta debería ser expulsada espontáneamente dentro de cuatro horas [33]. Continúe administrando las dosis de misoprostol hasta que se expulse la placenta. Tenga cuidado de no ejercer tracción en el cordón, ya que éste es muy frágil y se podría romper.

Si la placenta no se ha expulsado espontáneamente y han pasado cuatro horas, la mujer se encuentra hemodinámicamente inestable o desea ser dada de alta, hay algunas opciones para el manejo de la placenta:

- Administrar medicamentos uterotónicos. Si llegó el momento de administrar la próxima dosis de misoprostol, adminístrela. Si han pasado una o dos horas desde la última dosis de misoprostol, administre una dosis adicional de 400 a 800 mcg de misoprostol por vía sublingual, bucal u oral. La vía vaginal es menos eficaz en presencia de sangrado vaginal; por lo tanto, se aconseja administrar las dosis por vía bucal o sublingual.
- Utilizar pinza de Foerster (pinza de anillos) o, si está disponible, pinza de Sopher, para extraer suavemente la placenta (ver Ilustración 4, a la derecha). Coloque un espéculo en la vagina de manera que el cordón salga por el centro del espéculo. Utilice la pinza de anillos para seguir el cordón, ejerciendo una tracción ligera en la placenta. Evite desgarrar el cordón.
- Se puede efectuar la aspiración manual o eléctrica para aspirar la placenta, similar al tratamiento para la retención de placenta posparto. Utilice una cánula de 12 mm o 14 mm, si está disponible. Nunca se recomienda el legrado uterino instrumental (LUI), ya que la OMS lo considera como una tecnología obsoleta.

Ilustración 4.



## DESPUÉS DE LA EXPULSIÓN COMPLETA

Después de la expulsión del feto y la placenta, inspeccione el perineo para determinar si tiene laceraciones. En edades gestacionales más avanzadas y/o si la mujer presenta sangrado abundante, posiblemente sea necesario realizar un examen vaginal más extenso. Examine el feto y la placenta para confirmar que la expulsión fue completa; a menudo la placenta tiene una apariencia membranosa, pero si el volumen de la placenta expulsada concuerda con la edad gestacional y la mujer presenta sangrado mínimo, el/la prestador/a de servicios puede sentirse seguro/a de que la expulsión fue completa. En ese caso, realizar una verificación de la cavidad uterina, ya sea con legrado uterino instrumental o con aspiración por vacío, no ofrece ningún beneficio adicional. Si la mujer desea un dispositivo intrauterino después de tener un

aborto sin complicaciones, éste puede ser colocado inmediatamente después que expulse la placenta o antes que regrese a su casa.

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 59).

## Recuperación

### OBSERVACIÓN

No hay ningún plazo obligatorio durante el cual la mujer debe permanecer en la unidad de salud después de un aborto con medicamentos en el segundo trimestre 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 postaborto [34]. 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 el método preferido por la mujer no está disponible, 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 un aborto con medicamentos sin complicaciones realizado en el segundo trimestre [35]. Si la mujer presenta signos y síntomas de infección uterina, se debe retrasar la colocación del DIU y la esterilización hasta que se resuelva la infección.

### PREOCUPACIONES EMOCIONALES

La mayoría de las mujeres se ajustan bien después del aborto [36-38], 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 un aborto con medicamentos en el segundo trimestre, a menos que la mujer haya presentado una complicación, haya tenido una indicación médica o fetal para el aborto,

## 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 de mama 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 un aborto con medicamentos en el segundo trimestre 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)

desea 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 [39-43]. Posiblemente necesiten más apoyo emocional y más medicamentos para el manejo del dolor. Los regímenes de medicamentos utilizados para el tratamiento y otra atención clínica son los mismos 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. Ofrézcale opciones sobre sus preferencias antes de iniciar el aborto y permítale que guíe la atención que usted le brinde.

## ANTECEDENTES DE HISTEROTOMÍA

Se han informado casos de ruptura uterina durante el aborto con medicamentos en el segundo trimestre tanto en mujeres con cicatriz uterina como en aquéllas sin cicatriz uterina. Para cualquier mujer en proceso de aborto con medicamentos en el segundo trimestre, el riesgo de ruptura uterina es muy raro: ocurre en menos de 1 por cada 1000 mujeres [44]. Para mujeres con antecedentes de histerotomía, el riesgo de ruptura uterina es de aproximadamente 3 por cada 1000 mujeres.

**Dado que la ruptura uterina es un suceso raro para todas las mujeres, recomendamos que no se haga ningún cambio en el régimen de aborto con medicamentos para las mujeres cuya gestación es de menos de 22 a 24 semanas y que han tenido solo una cirugía uterina anterior.** En mujeres con tamaño uterino mayor que corresponde a una gestación de 22 a 24 semanas, o en mujeres con más de una cirugía uterina anterior, recomendamos disminuir las dosis de misoprostol; sin embargo, no hay suficiente evidencia para indicar que cambiar el régimen de dosis disminuirá el riesgo de ruptura uterina.

## 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 [45]. 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 [46]. 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

Hay pocos estudios que guíen al personal clínico en la prestación de servicios de aborto con medicamentos para embarazos de más de 24 semanas

de gestación, pero los regímenes a base de misoprostol continúan siendo eficaces para mujeres que necesitan aborto o atención postaborto. Existe limitada evidencia sobre la dosis, vía y tiempo de administración. Por lo general, las dosis de misoprostol son menores y el intervalo entre dosis mayor que para un embarazo de menos de 24 semanas de gestación. Según las recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad de Planificación Familiar, el régimen para el aborto con medicamentos entre 24 y 28 semanas es una dosis de 200 mcg de misoprostol por vía vaginal cada cuatro horas hasta la expulsión del feto. La administración de una dosis de 200 mg de mifepristona, por vía oral, de 24 a 48 horas antes del misoprostol disminuye el tiempo hasta la expulsión [47-49]. Si la mujer tiene 28 semanas o más de embarazo y no presenta cicatriz uterina, se debe seguir los protocolos locales para la inducción del trabajo de parto a término [50]. Si la mujer presenta una cicatriz uterina y un embarazo de 28 semanas o más de gestación, no se debe utilizar el misoprostol. Si hay preocupación de supervivencia fetal momentánea, se puede inducir la muerte fetal antes de iniciar el misoprostol (ver Inducción de muerte fetal, página 22).

## 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, comparadas con las mujeres que llevan el embarazo a término [51-54]. 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 [55]. La mayoría de las mujeres que tuvieron un aborto lo consideraban como la decisión correcta, aunque hayan expresado arrepentirse.

## 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: Ejemplo del formulario para el monitoreo de la paciente

Anexo 5: Material auxiliar (aborto con medicamentos)

Anexo 6: Flujograma de complicaciones/material auxiliar (aborto con medicamentos solamente)



## 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
Respiratorio (p. ej., asma)			
Cardiovascular (p. ej., hipertensión arterial, cardiopatía valvular)			
Hepático/gastrointestinal			
Endocrino (p. ej., enfermedad de tiroides, diabetes)			
Ginecológico/urológico (incluidas las cirugías uterinas)			
Psiquiátrico			
Antecedentes quirúrgicos			
Otro			

\*GTPAV = gravida, 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/Hct		
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)

## NOTAS:

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

Tabla 1: Edad gestacional calculada por las medidas del diámetro biparietal [56]. 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 [56]. La precisión del ultrasonido disminuye a medida que la edad gestacional avanza.

LONGITUD DEL FÉMUR (cm)	EDAD GESTACIONAL (semanas)
1.0	12.8
1.1	13.1
1.2	13.4
1.3	13.6
1.4	13.9
1.5	14.2
1.6	14.5
1.7	14.8
1.8	15.1
1.9	15.4
2.0	15.7
2.1	16.0
2.2	16.3
2.3	16.6
2.4	16.9
2.5	17.2
2.6	17.6
2.7	17.9
2.8	18.2
2.9	18.6
3.0	18.9

LONGITUD DEL FÉMUR (cm)	EDAD GESTACIONAL (semanas)
3.1	19.2
3.2	19.6
3.3	19.9
3.4	20.3
3.5	20.7
3.6	21.0
3.7	21.4
3.8	21.8
3.9	22.1
4.0	22.5
4.1	22.9
4.2	23.3
4.3	23.7
4.4	24.1
4.5	24.5
4.6	24.9
4.7	25.3
4.8	25.7
4.9	26.1
5.0	26.5
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 [57].

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

## Anexo 4: Formulario para el monitoreo de la paciente (ejemplo)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de la administración de mifepristona: \_\_\_\_\_

FECHA	HORA	TA	PULSO	TEMP	ESCALA DE DOLOR	DOSIS Y VÍA DE MISO	PRÓXIMA DOSIS	MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR	EXAMEN	NOTAS
20 oct	10:30	120/55	88	36.4	1/10	400 mcg bucal	13:30	Ibuprofeno, 800 mcg VO	diferido	Ingresada para iniciar miso Discutimos anticoncepción, desea implante
	13:30	135/60	88	36.6	4/10	400 mcg bucal	16:30	Tramadol 50 mg VO	1cm	Contracciones más fuertes, sangrado vaginal mínimo

## Anexo 5

### CAPACITACIÓN

## Material auxiliar (AM solamente)

### EVALUACIÓN

- Obtener la historia clínica
- Examinar y determinar la edad gestacional
- Brindar consejería y obtener el consentimiento para el aborto con medicamentos
- *Si solicitado o necesario:* inducir la muerte fetal con una inyección de 1.0 a 1.5 mg de digoxina intraamniótica
- (contraindicaciones: cardiopatía o enfermedad renal maternas, o alergia a digoxina)
- **Manejo del dolor:** administrar un antiinflamatorio no esteroideo en el momento de administrar la dosis de misoprostol; repetir según sea necesario a intervalos indicados. Proporcionar otros medicamentos para el dolor según sea necesario (p. ej., narcóticos y/o ansiolíticos).

### REGÍMENES DE ABORTO\*

Mifepristona y misoprostol  
(régimen preferido):

Misoprostol solo:

### OTRAS CONSIDERACIONES

#### Diversas

- Si presenta fiebre relacionada con el misoprostol: administrar paracetamol
- Si presenta cicatriz uterina previa:\*

#### Ninguna expulsión fetal en un plazo de 24 hrs

- Realizar un examen (determinar si presenta ruptura uterina) y después:
- Repetir el régimen inicial, o
- Considerar romper las membranas y continuar misoprostol, o

- Alta dosis de oxitocina 200u/500 ml a 50 ml/h durante 24h; suspender infusión durante 1h cada 4h para evitar intoxicación por agua
- PGE2 20 mg por vía vaginal cada 4h durante 24h

#### Ninguna expulsión de la placenta dentro de las 2 horas posteriores a la expulsión fetal

- Realizar un examen y después:
- Aplicar una tracción suave al cordón, o
- Administrar de 400 a 800 mcg de misoprostol, o
- Alta dosis de oxitocina durante 2h, o
- Realizar AMEU

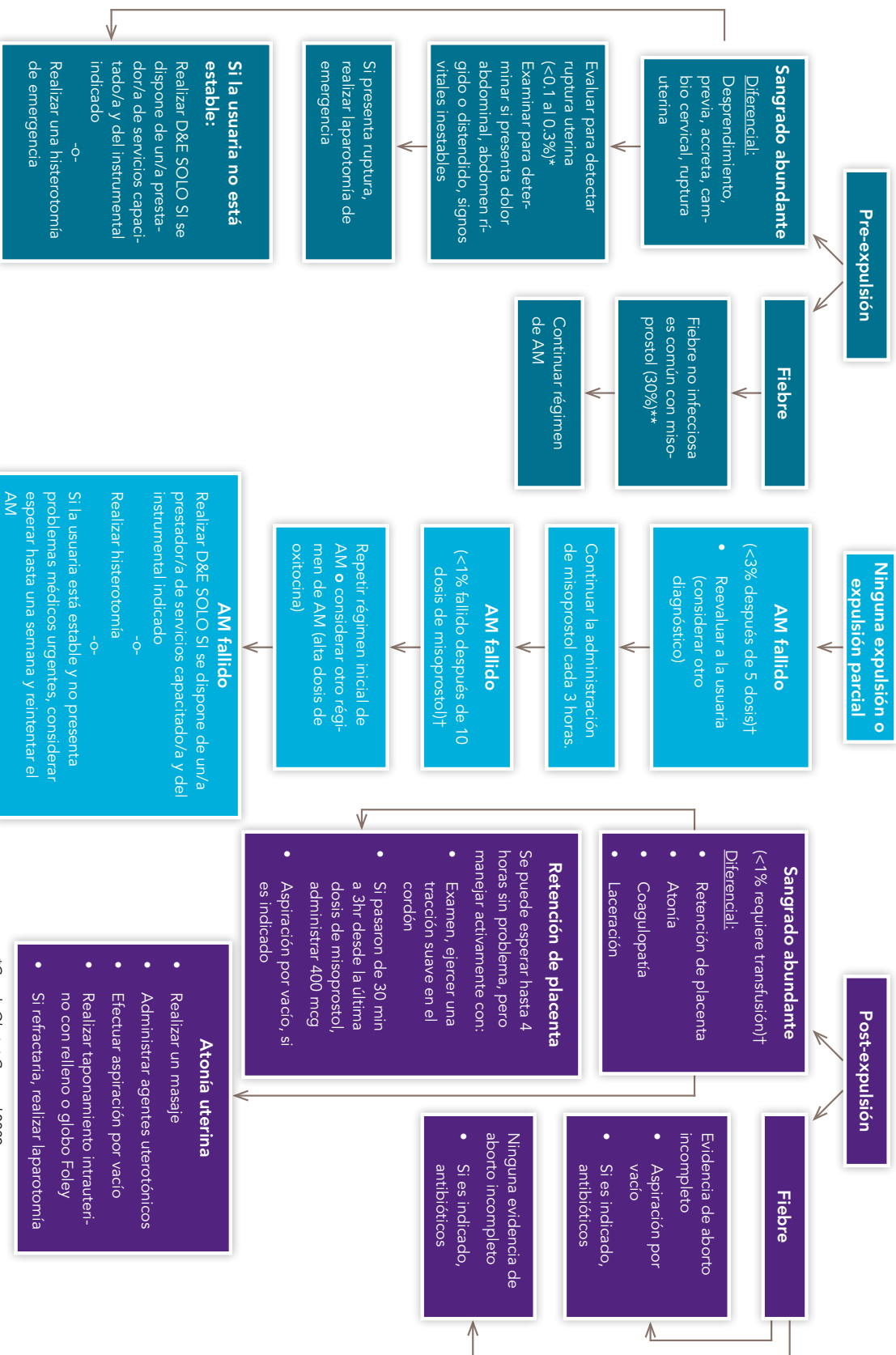
\*Remítase a la publicación de Ipas titulada Actualizaciones clínicas en salud reproductiva, para obtener la más actualizada información, basada en evidencia, sobre los regímenes y antecedentes de cicatriz uterina.

Fuente: publicación de Ipas titulada

*Aborto en el segundo trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios*

## CAPACITACIÓN

### Flujograma de complicaciones/material auxiliar (AM solamente)



Fuente: publicación de Ipas titulada

Aborto en el segundo trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios

\*Goyal, Obstet Gynecol 2009

\*\*Chai, Hum Repro 2009

†Ashok et al., Contraception 2004: 1 ciclo = 24 horas



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

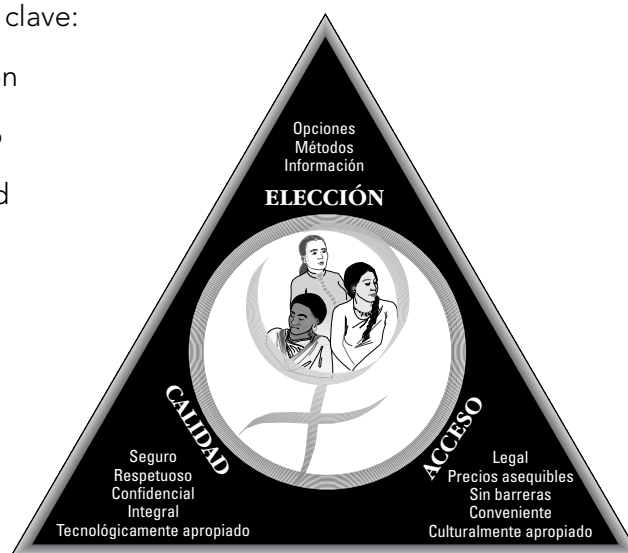
### Antecedentes

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 [58]. Sin embargo, la mayoría de los programas y estudios de investigación sobre atención postaborto se enfocan en las mujeres en el primer trimestre [59]; 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 [60]. Donde existen profesionales de salud calificados y unidades de salud que brindan apoyo, se puede ofrecer dilatación y evacuación además del método de medicamentos para la evacuación endouterina. (Ver la publicación de Ipas titulada *Guía de referencia sobre la dilatación y evacuación [D y E]: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación* [‘segundo trimestre’], disponible en [www.ipas.org/2nd-triDE](http://www.ipas.org/2nd-triDE).)

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
- Líquido que se escapa 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 el régimen con medicamentos

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. Si el tamaño uterino es mayor a 13 semanas, la D y E posiblemente sea el método recomendado si se reúnen los siguientes criterios:

- 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 otra unidad 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.

**Si la mujer presenta un cuadro clínico estable, con sangrado vaginal mínimo y sin signos de infección o septicemia, con un orificio cervical abierto, y el tamaño uterino es de menos de 13 semanas por examen bimanual, se puede utilizar el régimen del primer trimestre para manejar el aborto incompleto: una dosis única de 600 mcg de misoprostol por vía oral o vaginal. La administración por vía vaginal se recomienda solo si la mujer no presenta sangrado vaginal. En caso de aborto diferido, se debe utilizar el siguiente régimen: 800 mcg de misoprostol por vía sublingual cada tres horas hasta la expulsión del feto o un máximo de tres dosis. [61] [62].** La mujer puede tomar el misoprostol en la unidad de salud o en su casa, según su preferencia. Para mayor información sobre la atención postaborto para mujeres en el primer trimestre del embarazo, por favor remítase a *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición, en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-postaborto-centrada-en-la-mujer--manual-de-referencia.aspx>.

**Si la mujer presenta un cuadro clínico estable, con sangrado vaginal mínimo y sin signos de infección o septicemia, con tamaño uterino de más de 13 semanas, también se puede realizar el manejo con medicamentos.** Existe evidencia limitada para sugerir el mejor régimen para el tratamiento postaborto en el segundo trimestre, pero una revisión de la literatura indica que una dosis de por lo menos 200 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal, administrada cada seis horas, es un régimen eficaz [47]. El pretratamiento con una dosis de 200 mg de mifepristona por vía oral, administrada entre 24 y 48 horas antes del misoprostol disminuye el tiempo hasta la expulsión y es recomendado para mujeres que presentan un cuadro clínico estable [63]. Si la condición de la mujer descarta esperar 24 horas, la administración simultánea de mifepristona y misoprostol podría disminuir el tiempo hasta la expulsión [17]. **Con el fin de simplificar los regímenes de aborto con medicamentos para la atención postaborto y el aborto inducido, la evidencia indica que el régimen para el aborto inducido se puede emplear en ambas circunstancias (ver recuadro página 17).**

## REGÍMENES PARA EL MANEJO DE LA ATENCIÓN POSTABORTO CON MEDICAMENTOS

- Se puede administrar una dosis de por lo menos 200 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal cada seis horas.
- El pretratamiento con una dosis de 200 mg de mifepristona por vía oral, administrada 1 o 2 días antes del misoprostol, podría disminuir el tiempo desde la inducción hasta la expulsión.
- Se puede emplear el régimen de misoprostol solo, o el régimen combinado de mifepristona y misoprostol, para inducir el aborto en mujeres con embarazo de 13 semanas o más de gestación.

### Manejo de la expulsión del feto

La atención clínica brindada a mujeres en proceso de atención postaborto en el segundo trimestre con medicamentos es la misma que para el aborto inducido con medicamentos, y los protocolos para el manejo del dolor, cuidados de recuperación y anticoncepción se pueden utilizar sin modificación. Sin embargo, cada prestador/a de servicios debe ser consciente de que la mujer corre mayor riesgo de presentar complicaciones, tales como infección, hemorragia y coagulación intravascular diseminada (CID). Para el manejo de complicaciones específicas, ver Capítulo 4.

### 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 (página 27).

## 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 el aborto con medicamentos en el segundo trimestre– es menos del 1% [64]. Las complicaciones menores, tales como retención de placenta que requiere aspiración por vacío para su extracción, ocurren con más frecuencia con el aborto con medicamentos que con una D y E. Rara vez no ocurre expulsión después de 48 horas.

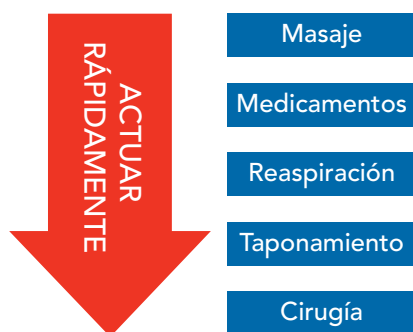
Las complicaciones pueden ocurrir durante el procedimiento de aborto, durante la recuperación o después que la mujer regresa a su casa. Las complicaciones son más probables a medida que la edad gestacional avanza y en mujeres que tienen muerte fetal o necesitan atención postaborto. Las complicaciones 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 quirúr-

gicas 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 [65]. 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 46) y luego realizar el diagnóstico secuencial rápido y manejo de las posibles causas de la hemorragia (ver *Figura 1*). Las mujeres que presentan sangrado abundante deben ser colocadas rápidamente en posición de litotomía, 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 grave 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 en el segundo trimestre, 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 [65], [66], [67] (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 [65]

De vez en cuando ocurre CID después del aborto en el segundo trimestre 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.

#### MISOPROSTOL PARA LA RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES (ATENCIÓN POSTABORTO) CON TAMAÑO UTERINO DE MENOS DE 13 SEMANAS:

Misoprostol, una dosis única de 600 mcg por vía oral • 400 mcg por vía sublingual • vaginal. Administración por vía vaginal en la ausencia de sangrado vaginal solamente.

## Infección y septicemia

La mujer puede presentar 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.

Signos y síntomas de infección o septicemia:

- 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

## Shock

Shock puede ocurrir después de una hemorragia o septicemia. El manejo de shock requiere tratamiento inicial para aumentar la tensión arterial y el 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 ( $\geq 110$  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 ( $\geq 30$  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  $> 500$  ml;
  - hematocrito  $\leq 15\%$ ;
  - hemoglobina  $\leq 5$  g/100 ml (por ejemplo, si la paciente presenta sangrado abundante, tiene un pulso elevado ( $\geq 120$  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 del aborto. 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 ambos.

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 sienta 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 ruptura uterina durante el proceso de aborto generalmente se quejan 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 el útero.

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 1, página 31, 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 aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación. Ver la publicación de Ipas titulada *Aborto en el segundo trimestre: un juego de herramientas para la prestación de servicios* (disponible en <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 aborto con medicamentos en el segundo trimestre

## Manejo de los servicios

### UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS

A diferencia del aborto de embarazos de menos de 10 semanas de gestación, las mujeres con una gestación más avanzada deben recibir todas las dosis de misoprostol en la unidad de salud bajo observación hasta finalizado el aborto. 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 informado, así como recibir la mifepristona y la amniocentesis de digoxina (si es lo indicado) como paciente ambulatoria y regresar el día siguiente para el misoprostol y monitoreo hasta la expulsión. La administración de misoprostol y el monitoreo durante el proceso de aborto deben ocurrir en una unidad de salud donde haya personal presente de manera continua hasta que finalice la expulsión del feto.

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.

### PROGRAMACIÓN

La mujer puede ser dada de alta después que reciba la mifepristona y debe regresar a la unidad de salud 1 o 2 días después para recibir misoprostol. Si la mifepristona fue administrada 1 o 2 días antes del misoprostol, la expulsión del feto ocurre en un tiempo medio de 6 a 9 horas después de iniciar el misoprostol. Sin mifepristona, la expulsión lleva un tiempo medio de 12 horas. Independientemente del régimen, algunas mujeres tardan mucho más tiempo en expulsar; en casos raros, hasta tres días.

## Tiempo de administración del régimen

**El tiempo de administración del régimen de medicamentos para inducir el aborto puede ser modificado acorde a las necesidades de la mujer.**

Si la mujer necesita viajar largas distancias, si su condición médica está empeorando, o si tiene un problema con el tiempo de administración, el/la prestador/a de servicios puede disminuir el intervalo entre la administración de mifepristona y misoprostol, o puede ingresarla para que espere durante el intervalo. Si se disminuye el tiempo de espera entre la administración de mifepristona y misoprostol, se alarga el tiempo hasta la expulsión del feto, así como el tiempo durante el cual la mujer presentará cólicos dolorosos y sangrado. Sin embargo, aun cuando la mifepristona y la primera dosis de misoprostol son administrados simultáneamente, acortar el tiempo hasta la expulsión tiene cierto beneficio comparado con administrar misoprostol solo [17-19]. Lo ideal sería respetar el intervalo de 24 a 28 horas entre la administración de mifepristona y misoprostol, lo cual disminuye el tiempo durante el cual la usuaria tiene dolor, y disminuye la cantidad total de misoprostol necesaria para finalizar el proceso. Si la mujer vive cerca de la unidad de salud o puede conseguir alojamiento, puede tomar la mifepristona y regresar a la unidad de salud 1 o 2 días después, temprano por la mañana; la mayoría de las mujeres expulsan el embarazo dentro de 6 a 9 horas después y pueden regresar a su casa el mismo día.

## 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* (disponible en: <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%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. Mifepristona y misoprostol a menudo son proporcionados en un paquete combinado que tienen las dosis correctas para el aborto con medicamentos en el primer trimestre. Para el aborto con medicamentos en el segundo trimestre se utiliza la misma cantidad de mifepristona pero más dosis de misoprostol. Por ello, es necesario encargar cantidades adicionales de misoprostol 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 aborto 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 usuaria necesita un espacio cómodo y privado donde pueda esperar hasta que ocurra la expulsión, y donde haya personal disponible de manera continua hasta que finalice el aborto. 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

Ver el *Formulario de evaluación de la unidad de salud y personal clínico*, que facilitará la evaluación del equipo, espacio e insumos/medicamentos (Anexo 7, página 53). Cada usuaria necesita un espacio cómodo y privado donde pueda esperar hasta que ocurra la expulsión del feto, típicamente una cama o camilla, pero también se puede utilizar una silla reclinable. Aunque el aborto con medicamentos en el segundo trimestre tiene similitudes con el trabajo de parto a término, si es posible, las mujeres en proceso de aborto con medicamentos en el segundo trimestre deben quedarse en espacios o unidades separados de aquellas en proceso de trabajo de parto y alumbramiento de bebés a término.

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 59, 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 la determinación exacta de la edad gestacional, pero la máquina de ultrasonido no tiene que estar in situ durante el proceso de aborto.

### **Eliminación segura del feto y la placenta**

Los restos ovulares son considerados desechos patológicos, es decir, una categoría de desechos de servicios de salud 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 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 [69]. Ver Anexo 8, página 59: 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. La prestación directa de servicios no está limitada a médicos/as. Los servicios de aborto con medicamentos en el segundo trimestre pueden ser proporcionados de manera segura por parteras, asociados médicos, enfermeras profesionales con práctica médica, así como por otros tipos de prestadores de servicios con formación académica en cuidados obstétricos, capacitados y con experiencia. Es esencial asegurar que cada integrante del personal 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.

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: Región:		Ciudad: Fecha:		
<b>MEDICAMENTOS, INSUMOS, EQUIPOS, ESPACIO FÍSICO</b>				
		<b>IN SITU</b>	<b>NO EN SITU</b>	<b>COMENTARIOS</b>
<b>PROCEDIMIENTO DE ABORTO CON MEDICAMENTOS</b>	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			
<b>ESPACIO</b>	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			

		IN SITU	NO EN SITU	COMENTARIOS
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)			Si no hay servicios de emergencia disponibles, comente sobre la coordinación de traslados, transporte y disponibilidad para traslados
Oxígeno y bolsa Ambú				



		IN SITU	NO EN SITU	COMENTARIOS
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

¿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:

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 65).

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 [69].

### 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 65).

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 65).

## **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 & Gynaecology*, 121, 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 & Gynaecology*, 112(9), 1229-1235. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00503.x
3. Zhirova, 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 Gynecology & Obstetrics*, 95(2), 209-220. doi:10.1016/j.ijgo.2006.08.002
5. Harries, J., Ormer, P., Gabriel, M. y Mitchell, E. (2007). Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reproductive Health*, 4, 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 & 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. doi:10.1002/14651858.CD009617.pub2
9. Goldstein, S. R. y Reeves, M. F. (2009). Clinical assessment and ultrasound in early pregnancy. In P. Maureen, et al. (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care* (2nd 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. Ashok, P. W., Templeton, A., Wagaarachchi, P. T. y Flett, G. M. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception*, 69(1), 51-58.
12. Dabash, R., et al. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 130(1), 40-44. doi:10.1016/j.ijgo.2015.02.023
13. von Hertzen, H., et al. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, 24(1), 106-112. doi:10.1093/humrep/den328
14. Ngoc, N. T., et al. (2011). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 118(3), 601-608.
15. Pongsatha, S. y Tongsong, T. (2014). Randomized controlled trial comparing efficacy between a vaginal misoprostol loading and non-loading dose regimen for second-trimester pregnancy termination. *Journal of Obstetrical and Gynaecological Research*, 40(1), 155-160. doi:10.1111/jog.12147



16. Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C. y Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: a randomized comparative trial. *Human Reproduction*, 15(3), 709-712.
17. Chai, J., et al. (2009). A randomized trial to compare two dosing intervals of misoprostol following mifepristone administration in second trimester medical abortion. *Human Reproduction*, 24(2), 320-324. doi:10.1093/humrep/den425
18. Shaw, K. A., Topp, N. J., Shaw, J. G. y Blumenthal, P. D. (2013). Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 121(6), 1335-1347. doi:10.1097/AOG.0b013e3182932f37
19. Abbas, D. F., et al. (2016). Simultaneous Administration Compared With a 24-Hour Mifepristone-Misoprostol Interval in Second-Trimester Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology*, 128(5), 1077-1083. doi:10.1097/AOG.0000000000001688
20. Hamoda, H., Ashok, P., Flett, G. y Templeton, A. (2004). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(9), 996-1000.
21. Rose, S. B., Shand, C. y Simmons, A. (2006). Mifepristone- and misoprostol-induced mid-trimester termination of pregnancy: A review of 272 cases. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46(6), 479-485. doi:10.1111/j.1479-828X.2006.00646.x
22. Goh, S. E. y Thong, K. J. (2006). Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: a review of 386 consecutive cases. *Contraception*, 73(5), 516-519. doi:10.1016/j.contraception.2005.12.004
23. Jackson, E. y Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 83(2), 116-126. doi:10.1016/j.contraception.2010.07.014
24. Baird, T. L., Castleman, L. D., Hyman, A. G., Gringle, R. E. y Blumenthal, P. D. (2007). *Guía clínica para la atención integral del aborto en el segundo trimestre* (2a ed.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
25. Smith, R. L., et al. (2016). Analgesia for Medically Induced Second Trimester Termination of Pregnancy: A Randomized Trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. Journal d'Obstétrique et Gynécologie du Canada*, 38(2), 147-153. doi:10.1016/j.jogc.2015.12.015
26. 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.
27. Drey, E. A., Thomas, L. J., Benowitz, N. L., Goldschlager, N. y Darney, P. D. (2000). Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(5), 1063-1066.
28. 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
29. 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

30. 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
31. 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
32. 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.
33. Green, J., et al. (2007). Intervention rates for placental removal following induction abortion with misoprostol. *Contraception*, 76(4), 310-313. doi:10.1016/j.contraception.2007.06.010
34. Boyd, E. F., Jr. y Holmstrom, E. G. (1972). Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(4), 469-473.
35. Organización Mundial de la Salud. (2015). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, (5a ed.). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
36. 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
37. 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
38. 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
39. 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
40. 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
41. Foster, D. G., & 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
42. 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
43. 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
44. Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 113(5), 1117-1123. doi:10.1097/AOG.0b013e31819dbfe2
45. Rizos, 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.

46. 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
47. Mark, A. G., Edelman, A. y Borgatta, L. (2015). Second-trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 129(2). doi:10.1016/j.ijgo.2014.11.011
48. Perritt, J. B., Burke, A. y Edelman, A. B. (2013). Interruption of nonviable pregnancies of 24–28 weeks' gestation using medical methods. *Contraception*, 88(3), 341-349.
49. Mentula, M., Suhonen, S. y Heikinheimo, O. (2011). One- and two-day dosing intervals between mifepristone and misoprostol in second trimester medical termination of pregnancy—a randomized trial. *Human Reproduction*, 26(10), 2690-2697. doi:10.1093/humrep/der218
50. Organización Mundial de la Salud. (2011). *WHO recommendations for induction of labour*: Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
51. American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC.
52. 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
53. 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/>
54. 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.
55. 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
56. Filly, R. A. y Hadlock, F. P. (2000). Sonographic determination of menstrual age. *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*, 4, 150.
57. 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
58. 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
59. 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.
60. 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
61. Kim, C., et al. (2017). Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD007223. doi:10.1002/14651858.CD007223.pub4
62. Morris, J. L., et al. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 138(3), 363-366. doi:10.1002/ijgo.12181

63. Stibbe, K. J. y de Weerd, S. (2012). Induction of delivery by mifepristone and misoprostol in termination of pregnancy and intrauterine fetal death: 2nd and 3rd trimester induction of labour. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(3), 795-796. doi:10.1007/s00404-012-2289-3
64. Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F., & 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.
65. Kerns, J. y Steinauer, J. (2013). Society of Family Planning Clinical Guideline 20131: Management of postabortion hemorrhage. *Contraception*, 87(3), 331-342.
66. Prata, N. y 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
67. Mavrides, E., et al. (2016). Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124, e106-e149.
68. 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
69. 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: <http://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](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*. Jhpiego. Fuente: [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNACT433.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACT433.pdf)

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



