

Ley 27.610 - Atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Aspectos médicos del acceso a IVE/ILE

Nota técnica 4

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.



Ministerio de Salud
Argentina

LEY 27.610 - ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO. ASPECTOS MÉDICOS DEL ACCESO A IVE/ILE

Nota técnica 4

Marzo 2021

1. INTRODUCCIÓN

La presente nota técnica se basa en la mejor evidencia científica disponible hasta la actualidad; desde el punto de vista clínico, incorpora las recomendaciones internacionales acerca de los procedimientos para la interrupción del embarazo –dosis de medicamentos y aspiración manual endouterina (AMEU) – y enfatiza la necesidad del acceso rápido a la atención.

La Nota Técnica tiene como objetivos:

- Garantizar el cumplimiento de los términos de la Ley 27610 y el acceso a los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas.
- Acompañar y apoyar a los equipos de salud en el cumplimiento de sus funciones
- Orientar las acciones de los servicios y equipos de salud en base a evidencia científica actualizada

2. PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE IVE/ILE

Todas las niñas, adolescentes, mujeres y personas con otras identidades de género y capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14) inclusive, del proceso gestacional y por fuera de ese plazo, a la interrupción legal del embarazo cuando este fuere resultado de una violación o estuviere en peligro la vida o la salud de la persona gestante (artículo 4, Ley 27.610).

Ofrecer una atención integral para la interrupción del embarazo implica:

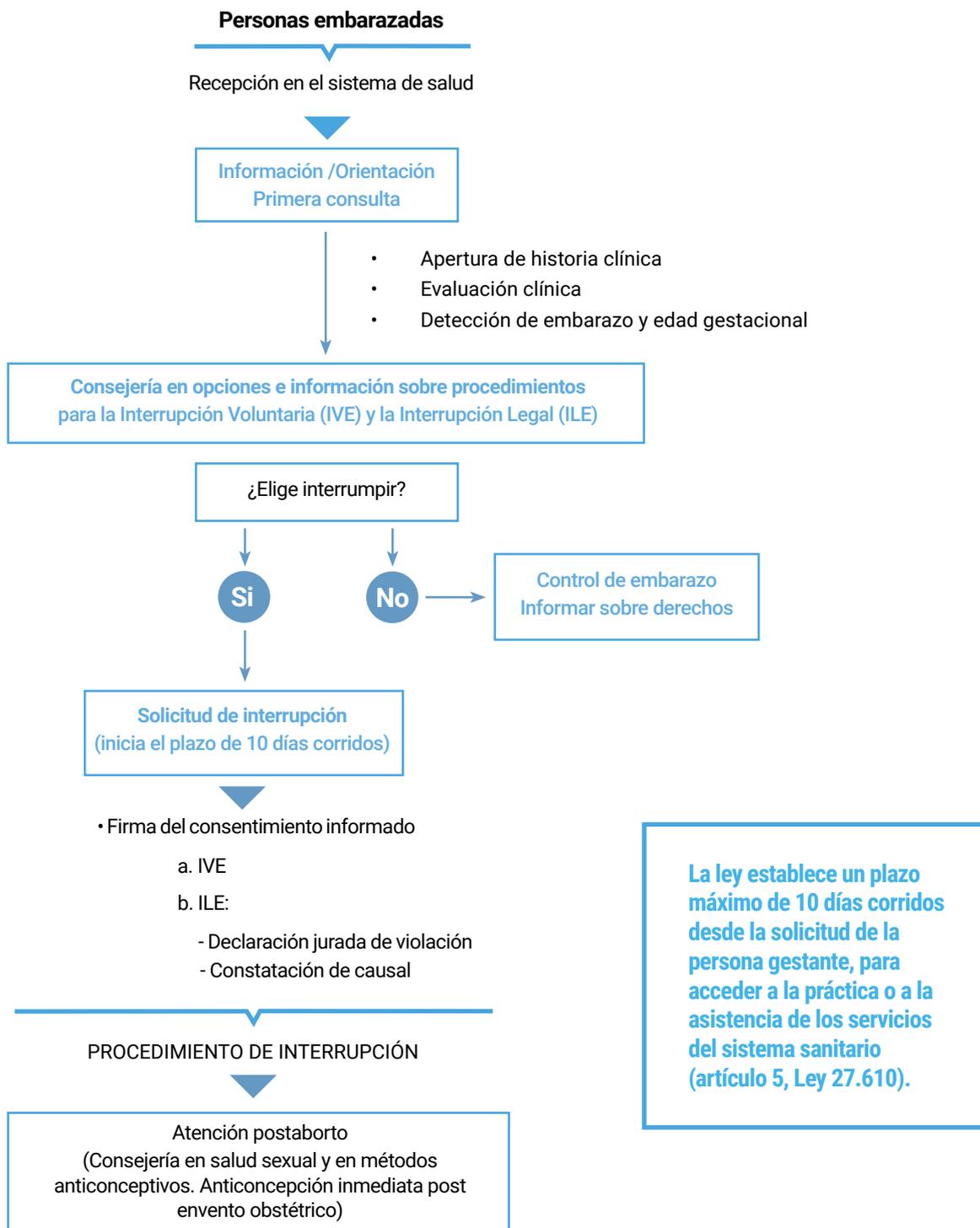
Brindar un trato digno	Con respeto a sus necesidades psico-físicas y respeto a sus propias convicciones
Privacidad y la confidencialidad	Resguardar el secreto medico en todo el proceso de atención
Promover y respetar la autonomía	No influenciar ni imponer las creencias personales del personal de salud
Intercambiar información amplia y completa	Ofrecer en lenguaje comprensible información amplia veraz y oportuna
Garantizar la atención de calidad	Acorde a estándares científico-técnicos actualizados
Ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores	Informar, disponer y proveer los métodos anticonceptivos disponibles y aceptables para las personas que lo requieren de atención



3. COMPONENTES DE LA ATENCION INTEGRAL

A. RECEPCIÓN: INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

Cuadro 1: Flujograma de modelo de atención para interrupción del embarazo IVE/ILE



B. ENTREVISTA INICIAL: CONSEJERÍA

La consejería es un espacio de información que tiene como objetivo que la persona usuaria pueda tomar decisiones autónomas.

Información clave para el momento de la consejería:

- Hasta las 14 semanas inclusive, las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, no requieren explicitar los motivos de su decisión para interrumpir el embarazo. Sin embargo, algunas personas pueden querer o necesitar hacerlo y el equipo debe estar dispuesto a escucharlas.
- Considerar que el contexto en que las mujeres y personas con otras identidades de género, toman sus decisiones puede ser complejo y pueden implicar ambivalencias, contradicciones y/o sufrimiento. Una escucha atenta, que respete los sentimientos y las decisiones que adopta, mejora el vínculo y permite una mejor atención.
- Una actitud no prejuiciosa, paciente y respetuosa es determinante para que la persona pueda tomar la decisión que considere más adecuada para su vida y adoptar prácticas de cuidado para su salud.

C. HISTORIA CLÍNICA

Es fundamental que en la historia clínica (HC) se consignen todos los pasos realizados durante el proceso de atención:

- consejería en opciones,
- anamnesis,
- evaluación física,
- realización de estudios complementarios en los casos en que sea necesario,
- interconsultas si las hubiere, etc.
- consentimiento informado y,
- en los casos de violación, la declaración jurada

En los casos de violación no es necesario que la persona relate los detalles del evento. No se debe insistir en la indagación y recolección de datos del posible actor del delito de violación o las circunstancias de los hechos para no revictimizarla.

Todas las prácticas e intervenciones que se realicen, ya sea de manera ambulatoria o con internación, deben registrarse tanto en la HC como en los otros sistemas de registro establecidos según la institución o jurisdicción correspondiente.

C.1. EVALUACIÓN MÉDICA

En los casos en que la persona opte por realizar la IVE/ILE, la/el médica/o tratante debe valorar, en conjunto con la usuaria, cuál es el método más apropiado para realizarla. El procedimiento a utilizar dependerá de la edad gestacional, las preferencias de la mujer o persona con otra identidad de género y las posibilidades del centro asistencial.

Para determinar la edad gestacional, en general, es adecuado considerar la fecha de la última menstruación (FUM), el examen pélvico bimanual, abdominal y el reconocimiento de los signos del embarazo. También pueden utilizarse la determinación de la subunidad β de la Gonadotropina Coriónica Humana (sub β HCG) o una ecografía (OMS, 2014).



C.2. ANAMNESIS

El objetivo de la anamnesis es poder estimar la edad gestacional, y a su vez, identificar las posibles contraindicaciones para los distintos procedimientos y aquellos factores que puedan suponer un mayor riesgo de complicaciones. Debe incluir:

- Antecedentes de la situación actual: FUM y edad gestacional. En caso que la usuaria padezca una enfermedad de base consignar estado clínico y tratamientos que realiza.
- Antecedentes médicos y quirúrgicos: relevar el estado de vacunación (incluida la antitetánica), trastornos de sangrado o coagulación, antecedentes de otras enfermedades, alergias a medicamentos, medicaciones que toma en el momento de la consulta, etc.
- Antecedentes ginecológicos y obstétricos: ritmo menstrual (ciclos regulares o irregulares), embarazos anteriores y sus resultados, uso de anticonceptivos, si tiene conocimiento de estar cursando alguna ITS o si vive con VIH y está realizando algún tratamiento.
- Situación psicosocial: indagar si cuenta con una red de contención, ya sea familiar, de una pareja o social. Detectar si ha sido víctima de violencia o si presenta consumo problemático de sustancias, o discapacidad intelectual/psicosocial. En caso de considerarse pertinente, realizar una interconsulta con los servicios de salud mental y/o social.

C.3. EXAMEN FÍSICO

- Examen físico general completo.
- Examen ginecológico. Suele ser más preciso y confiable si la persona gestante orina antes ya que permite determinar la altura uterina y con ello la edad gestacional, a la vez que resulta en menor incomodidad para la persona gestante. Se debe tomar en consideración que, para muchas niñas/os y adolescentes la consulta para solicitar el aborto podría ser la ocasión para su primer examen ginecológico, por lo que será necesario explicar paso a paso el procedimiento.

C.4. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

En la mayoría de los casos, las/os profesionales solo precisan la información obtenida a través de la anamnesis y el examen físico para confirmar el embarazo y estimar su duración. Sin embargo, en cada caso en particular y en función a los datos obtenidos en la HC y el examen físico, se evaluará la necesidad de solicitar exámenes complementarios.

Tener en cuenta que esto no puede ser un requisito ni la imposibilidad de ejecutarlos un obstáculo para la realización de la interrupción (OMS, 2012; Ipas, 2017).

Laboratorio

Los análisis de laboratorio de rutina no constituyen un requisito para acceder a una práctica de IVE/ILE. Puede realizarse un hematocrito y hemoglobina y en algunos casos, de acuerdo a la condición clínica de la persona, puede ser necesaria la solicitud de otros análisis. Si la mujer no sabe su grupo sanguíneo y factor Rh, solicitarlo siempre que sea posible, de manera de administrar inmunoglobulina anti-Rh cuando esté indicado.

Ecografía

La ecografía no está considerada como un estudio de rutina para la realización de una IVE/ILE, si está disponible, puede ayudar a determinar la edad gestacional, descartar un embarazo ectópico y diagnosticar otras patologías o la inviabilidad del embarazo. (Ipas, 2017)

En caso de realizarse la ecografía, solo se compartirán con la persona la imagen o el sonido de los latidos si ella lo solicita expresamente. Si no lo hace, es de suma importancia tomar los recaudos necesarios para que esto no suceda.



C.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado recorre todo el proceso de atención e implica que la persona usuaria pueda contar con toda la información necesaria para tomar decisiones en forma autónoma y consciente. La/el profesional debe brindar información y dar espacio para que realice preguntas y repreguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos. El resultado es un documento escrito, que debe adjuntarse a la HC, donde la persona manifiesta haber recibido información y decidido en forma autónoma, libre de presiones de cualquier tipo, y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa.

A partir de los 16 años todas las personas, con o sin discapacidad, pueden brindar su consentimiento de manera autónoma.

Situaciones especiales para la firma del consentimiento informado (artículos 8 y 9, Ley 27.610).

Niñas menores de 13 años

Podrán brindar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores o personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado, quienes deberán firmar también el consentimiento informado de la niña

Adolescentes 13-16 años

Pueden brindar su consentimiento en forma autónoma, excepto en aquellas situaciones en las que deba utilizarse una técnica que pueda implicar un riesgo grave para la salud o la vida. En esos casos será necesaria la asistencia de sus progenitores o personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado

Personas con restricción de la capacidad

Tienen derecho a solicitar y acceder a una IVE/ILE por sí mismas. Pueden realizarse ajustes razonables para garantizar la accesibilidad, y la implementación de sistemas de apoyos y salvaguardas, si así lo solicitan.

C.6 DECLARACIÓN JURADA

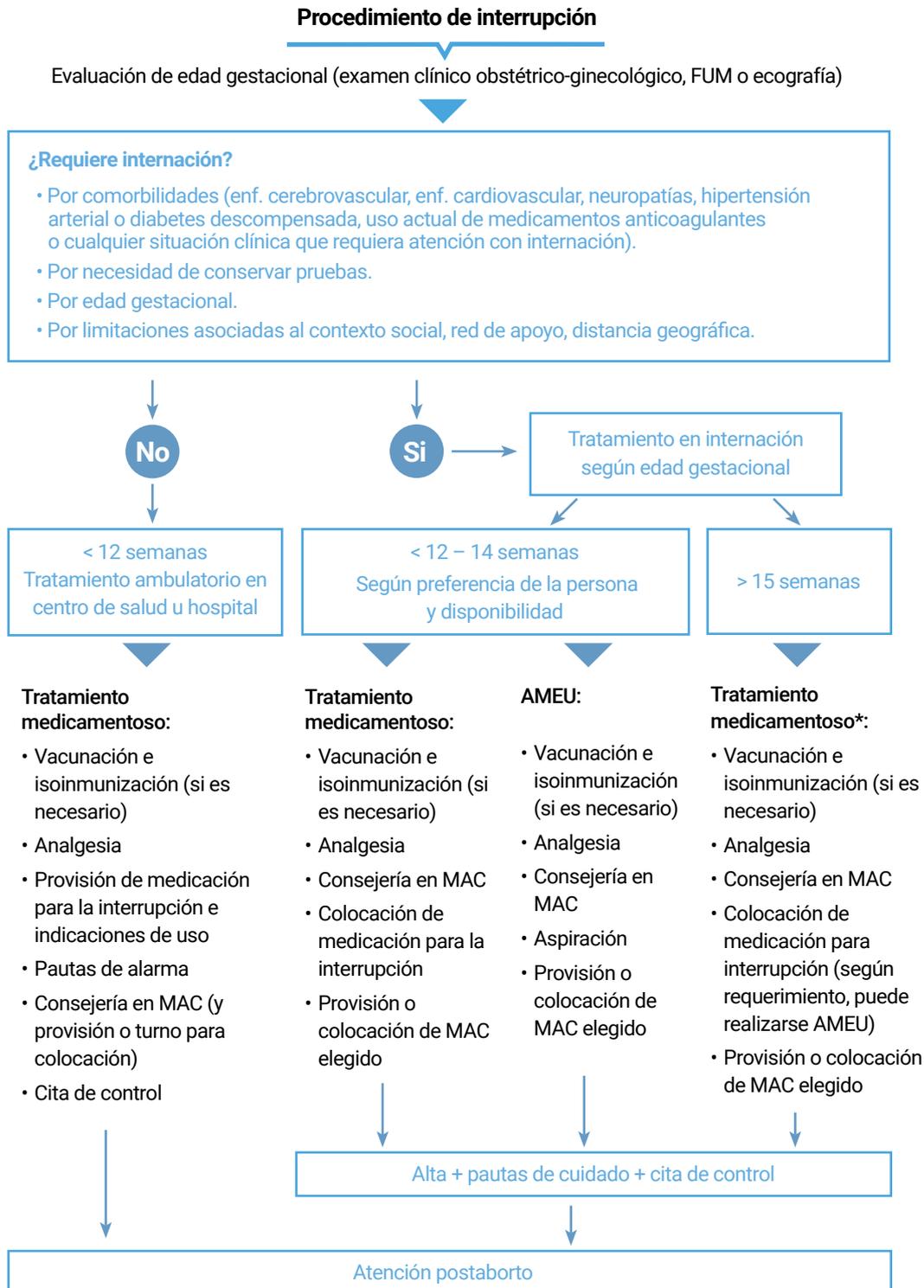
Cuando una persona solicite el acceso a la IVE/ILE por causal violación la/el médica/o tratante puede ofrecer la declaración jurada en la que se expresa que el embarazo es producto de una violación. No es necesario que describa los hechos y detalles. En todos los casos el equipo interviniente deberá asegurarse de ofrecer contención, información sobre la posibilidad de denunciar el hecho y preservación de evidencia genética útil para el proceso judicial. No es requisito la denuncia policial o judicial.

4. PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Las opciones terapéuticas para realizar una IVE/ILE dependen de la edad gestacional, las preferencias de la persona gestante y las posibilidades del centro asistencial. Por tratarse, en general, de procedimientos de baja complejidad, la atención de las mujeres y personas con otras identidades de género que requieren una IVE/ILE puede realizarse en el primer nivel de atención y en forma ambulatoria. Sin embargo, es necesario que se involucren todos los niveles del sistema de salud para atender a personas que presenten eventuales complicaciones, se encuentren en etapas más avanzadas del embarazo o cuando haya un compromiso de salud y sea conveniente realizar el procedimiento bajo supervisión médica. En el cuadro 2 se ofrece un flujograma de atención sugerido.



Cuadro 2: Flujograma del proceso de interrupción en situaciones de IVE/ILE

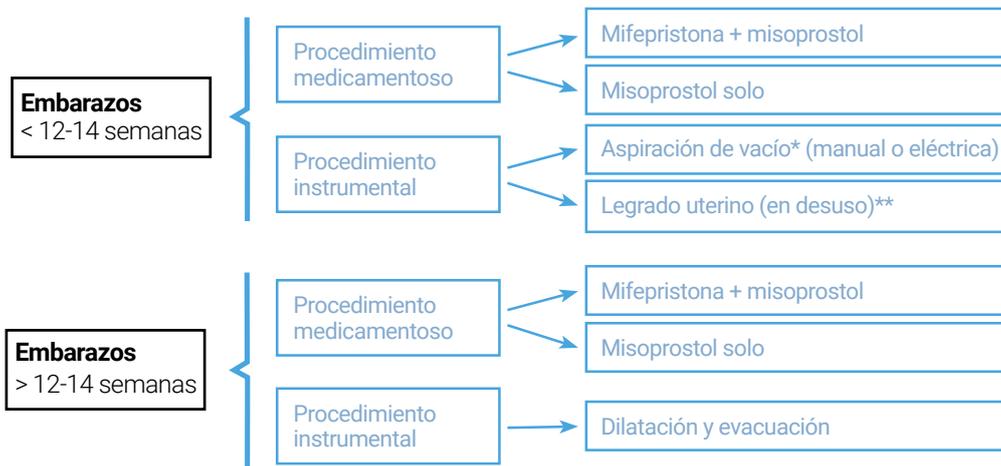


* En donde exista el equipamiento y personal entrenado una opción es dilatación y evacuación (DyE).

4.1. PROCEDIMIENTOS PARA LA EVACUACIÓN UTERINA

En el Cuadro 3 se presentan las opciones terapéuticas de acuerdo a las recomendaciones de la OMS (2014).

Cuadro 3. Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo (2014)



* En algunos países se dispone de adaptadores y cánulas 14 y 16 que permiten extender el uso de AMEU a tamaños uterinos mayores (AMEU extendido). BMJ / 13 January 2021 <https://srh.bmj.com/content/familyplanning/early/2021/01/26/bmj.srh-2020-200945.full.pdf>.

** El legrado o raspado uterino debe ser usado cuando ninguno de los otros métodos está disponible. Los servicios de salud y los responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible por reemplazar el legrado uterino por el tratamiento medicamentoso o la aspiración.

Nota de la DNSSR: a febrero 2021 la mifepristona no está registrada en Argentina

4.1.1. PROCEDIMIENTO MEDICAMENTOSO

El procedimiento para la interrupción del embarazo con medicamentos ha demostrado ser aceptable en muchos entornos, aun en países de escasos recursos. La medicación de elección recomendada por la OMS es misoprostol combinado con mifepristona, ya que este último medicamento aumenta considerablemente la efectividad del tratamiento, disminuye el tiempo de respuesta y el dolor. Sin embargo, la mifepristona no se encuentra registrada aún en nuestro país. En Argentina aún se emplean regímenes de misoprostol solo. De todas maneras, dado que las organizaciones internacionales recomiendan el régimen combinado (mifepristona + misoprostol) también se describe el esquema.

Manejo medicamentoso de embarazos hasta 12 semanas

Para manejos de embarazos de hasta 12 semanas con régimen de misoprostol solo la OMS recomienda misoprostol 800 mcg vaginal, sublingual o bucal, repitiendo las dosis hasta la expulsión (OMS, 2019). Ipas indica que hasta las 13 semanas debe utilizarse 800 mcg de misoprostol vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión, sin límite máximo de dosis. Este régimen registra un 85% de efectividad (Ipas, 2019).

Manejo de embarazos > de 12 semanas

Con un régimen de misoprostol solo en embarazos de más de 12 semanas, la OMS recomienda dosis de misoprostol 400 mcg, vaginal, sublingual o bucal, cada 3 horas, hasta que se produzca la expulsión (OMS, 2019, Ipas, 2019) sin límite de dosis. En las interrupciones del segundo trimestre pueden combinarse, si fuera necesario, los tratamientos medicamentoso e instrumental. La OMS señala que "no se justifica



hacer un raspado uterino de rutina". (OMS, 2014). Asimismo, indica que la evacuación uterina (para lo que recomienda la AMEU como primera opción) para extraer la placenta solo se debe realizar en mujeres que presentan sangrado profuso, fiebre o placenta retenida más allá de las 3 o 4 horas. (OMS, 2014)

Criterios de internación

Se indicará la internación para realizar el procedimiento medicamentoso en aquellas personas que presenten comorbilidades como enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardiovascular, neuropatías, diabetes mellitus o hipertensión arterial descompensada, tratamiento actual con anticoagulantes. Deben considerarse también situaciones de vulnerabilidad social como falta de red social, violencia, distancia geográfica y otras.

Si se trata de un embarazo producto de una violación y la persona decide realizar la denuncia penal, es necesario informarle que para conservar el material para estudio de ADN se requiere realizar el procedimiento en forma hospitalaria. Siempre la decisión de internarse para poder conservar la prueba es de la persona.

Uso de misoprostol en personas con cicatriz uterina

No existe evidencia concluyente sobre el uso de misoprostol en personas con cicatrices uterinas. FIGO señala que existe alguna evidencia de que en las terminaciones de embarazo entre la semana 13 y la 26, con uso de misoprostol en mujeres con un parto con cesárea previa, el riesgo de ruptura uterina es menor al 0.3% y otros estudios no encontraron diferencias significativas (FIGO, 2017). FIGO plantea que el misoprostol puede utilizarse en mujeres con cicatriz uterina transmural durante las 13 a 26 semanas (FIGO, 2017).

Tabla 1: Precauciones y contraindicaciones para el uso de misoprostol solo y de misoprostol con mifepristona*.

	Misoprostol	Mifepristona + misoprostol
Precauciones	<p>Tiene colocado un DIU: se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol (Ipas, 2018).</p> <p>Está amamantando: recomendar que deseche la leche materna durante las primeras horas después de la administración (Gynuity, 2009a).</p> <p>Problemas graves o inestables de salud tales como: trastornos hemorrágicos, cardiopatías, disfunciones hepáticas y anemia grave entre otros (Ipas, 2018; FLASOG, 2013). Se recomienda evaluación clínica individualizada y seguimiento constante.</p>	<p>Tiene colocado un DIU: se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol (Ipas, 2018).</p> <p>Está amamantando: recomendar que deseche la leche materna durante las primeras horas después de la administración (Gynuity, 2009a).</p> <p>Problemas graves o inestables de salud tales como: trastornos hemorrágicos, cardiopatías, disfunciones hepáticas y anemia grave entre otros (Ipas, 2018; FLASOG, 2013). Se recomienda evaluación clínica individualizada y seguimiento constante.</p> <p>Asma grave no controlada o terapia corticoesteroides a largo plazo (Ipas, 2018). Se recomienda evaluación clínica individualizada y seguimiento constante.</p>
Contraindicaciones	<p>Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.</p> <p>Antecedentes de reacción alérgica a misoprostol.</p>	<p>Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.</p> <p>Antecedentes de reacción alérgica a mifepristona o misoprostol.</p> <p>Porfiria hereditaria.</p> <p>Insuficiencia suprarrenal crónica.</p>

* A febrero 2021 la mifepristona no está registrada en la Argentina.



Vías de administración

Las vías de administración que se utilizan en distintos esquemas de misoprostol solo pueden ser bucal, vaginal o sublingual.

En la administración por vía bucal, el comprimido de misoprostol se coloca en el espacio entre la encía y la mejilla, y se deja absorber a través de la mucosa bucal, mientras que por la vía sublingual se aplica bajo la lengua. El comprimido es altamente soluble y puede disolverse en 20 minutos o menos. Pasados 30 minutos, se debe tragar lo que quede de los comprimidos (FLASOG, 2013).

Tener en cuenta que la vía bucal o sublingual puede incrementar la presencia de náuseas y/o vómitos. En caso de ser necesario se pueden utilizar antieméticos.

Misoprostol: Tiempo para obtener resultado terapéutico y eficacia

El aborto con misoprostol es seguro y eficaz, con tasas de expulsión de entre el 72% y el 91% a las 24 horas, el tiempo promedio de 10 a 15 horas desde la inducción hasta el aborto y tasas de complicaciones graves de menos del 1%.

En la mayoría de los casos la expulsión fetal y placentaria ocurren en las primeras 24 horas, pero puede demorarse entre 48 y 72 horas (FLASOG, 2013).

Profilaxis antibiótica

No se requieren antibióticos profilácticos luego de una interrupción realizada con medicamentos, ya que el riesgo de infección intrauterina es muy bajo (OMS, 2014; Ipas, 2020).

Analgésicos

Para una atención de calidad, se debe brindar siempre medicación analgésica. Se recomienda administrar AINE (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) como ibuprofeno de 400 a 600 mg, 30 a 45 minutos antes del procedimiento. Esta dosis puede repetirse a las 6 horas según necesidad.

Información y recomendaciones

Es importante informar a la persona sobre los efectos esperables, especialmente en los casos en que realice el tratamiento de manera ambulatoria en su domicilio, para disminuir así las preocupaciones que pudieran surgirle. Estos incluyen:

- **Sangrado:** normalmente empieza el mismo día en que se toma el medicamento. Es leve a moderado, suele durar en promedio 9 días, pero puede continuar hasta la siguiente menstruación.
- **Dolor o cólicos abdominales:** normalmente comienzan durante la hora posterior a la toma o colocación. Para disminuirlos se pueden tomar analgésicos, como ibuprofeno 400/600 mg, desde una hora antes de realizar el procedimiento. No se recomienda el uso de aspirina ni de sustancias que puedan alterar la percepción (como el alcohol y drogas), ya que pueden dificultar el reconocimiento de pautas de alarma.
- **Síntomas gastrointestinales:** pueden presentarse diarrea, náuseas y vómitos pasajeros. Se puede utilizar antieméticos.
- **Fiebre/escalofríos:** ocurren ocasionalmente y son pasajeros, cede con dosis habituales de AINES.

También es importante brindar pautas o signos de alarma a los que la mujer o persona con otra identidad de género tiene que estar atenta para que, si se presentan, realice una consulta oportuna en la guardia hospitalaria o, de no ser posible, en un centro de salud. Recomendar que concurra de inmediato si presenta:

- Fiebre un día después de realizar el tratamiento.
- Dolor abdominal fuerte, que no mejora después de tomar analgésicos.



- Sangrado importante, es decir, si empapa más de dos apósitos femeninos grandes por hora durante más de dos horas consecutivas.
- Sangrado abundante repentino, después de que este disminuyó o se detuvo durante varios días luego de haber tomado misoprostol.
- Sangrado continuo durante varias semanas y/o mareos.

Seguimiento y atención posaborto medicamentoso

En los casos en que se realice el tratamiento ambulatorio utilizando misoprostol solo, se recomienda hacer el control a los 7 a 14 días posteriores, no antes para permitir que pueda completarse el proceso de expulsión. No se recomienda la realización de examen físico de rutina. Debe realizarse solo ante la presencia de síntomas que lo ameriten (OMS, 2019). En algunos casos puede resultar importante mantener una consulta antes de ese tiempo para brindar mayor contención y acompañamiento en el proceso.

Para determinar si el aborto se completó puede utilizarse examen pélvico o ecografía. Es importante tener en cuenta que la ecografía puede ser útil para detectar situaciones en las que los embarazos sigan adelante. No es recomendable como rutina medir por este medio el engrosamiento endometrial como forma de diagnóstico de aborto incompleto, ya que el uso de este indicador puede llevar a intervenciones quirúrgicas innecesarias (OMS, 2019).

Si en el momento de la visita de seguimiento, por la entrevista y el examen clínico, se constata que la persona se encuentra cursando un aborto incompleto, según el criterio médico y la preferencia de la persona, se puede repetir el procedimiento medicamentoso o realizar una aspiración endouterina. En este último caso, el centro de salud debe contar con la posibilidad de efectuarlo o realizar la derivación a otro efector de salud donde cuenten con esta opción.

No se recomienda realizar la aspiración antes de los 7 días de iniciado el procedimiento medicamentoso, a menos que esté indicado clínicamente porque se presenta alguna complicación, como una hemorragia intensa o infección.

Estas pautas también deben tenerse en cuenta en los casos de mujeres o personas con otras identidades de género, con gestaciones menores a 12 semanas que realicen una interrupción con un procedimiento medicamentoso con internación.

4.2. EVACUACIÓN CON PROCEDIMIENTO INSTRUMENTAL

La práctica de IVE/ILE también puede realizarse mediante un procedimiento instrumental. La práctica recomendada es la aspiración de vacío manual o eléctrica. El raspado o legrado uterino se considera un método obsoleto dados sus riesgos.

En aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino se deben dirigir todos los esfuerzos a reemplazarlo por la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención.

Link a la Nota técnica N°2 sobre AMEU (DNSSR, 2020): <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/nota-tecnica-2-aspiracion-manual-endouterina-ameu>

Profilaxis antibiótica

El uso de rutina de antibióticos al momento del procedimiento instrumental disminuye el riesgo de infecciones posteriores. Deben aplicarse las precauciones habituales para el control de las infecciones, aunque no se debe negar la interrupción cuando no se dispone de antibióticos profilácticos.



Tabla 2: Esquemas para profilaxis antibiótica para la evacuación instrumental

Institución	Recomendación
Planned Parenthood Federation of America (PPFA, 2016)	200 mg de doxiciclina por vía oral antes del procedimiento o 500 mg de azitromicina por vía oral antes del procedimiento o 500 mg de metronidazol por vía oral antes del procedimiento.
Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2018)	200 mg de doxiciclina por vía oral dentro de 1 hora antes del procedimiento.
Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG, 2015)	200 mg de doxiciclina por vía oral 2 horas antes del procedimiento o 500 mg de azitromicina por vía oral 2 horas antes del procedimiento.

Fuente: IPAS (2020).

Cuidados inmediatos luego del procedimiento

En la mayoría de los casos de procedimientos de interrupción del embarazo realizados durante el primer trimestre de gestación y con anestesia local, la persona se siente lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación. En embarazos con mayor edad gestacional o cuando se utilizó sedación o anestesia general se necesitan períodos más largos de recuperación.

Manejo de las complicaciones

Las complicaciones son infrecuentes, sin embargo, es importante que los servicios que realicen prácticas de IVE/ILE, en todos los niveles del sistema de salud, estén equipados y cuenten con personal entrenado para reconocer las posibles complicaciones en forma temprana, para proveer una rápida atención y/o derivar a la mujer de manera oportuna. Algunas situaciones posibles son:

- **Aborto incompleto.** Es una complicación poco frecuente que puede alcanzar 3-8% de los procedimientos medicamentosos en el primer trimestre. Los signos y síntomas que lo indican son el sangrado vaginal y el dolor abdominal; también puede incluir signos de infección. El tratamiento dependerá principalmente del tiempo transcurrido desde la realización de la interrupción, de la edad gestacional y de la situación clínica de la mujer.
- **Interrupción fallida.** Si en el control post procedimiento se constata que el embarazo continúa, puede considerarse una segunda ronda con medicamentos dependiendo de la edad gestacional, o realizar una aspiración de vacío o dilatación y evacuación.
- **Hemorragia.** La hemorragia puede ser producto de la retención del producto de la concepción, el traumatismo o daño del cérvix, u, ocasionalmente, de una perforación uterina. Una hemorragia después de un aborto inducido es rara, ya que ocurre en 0 a 3 de cada 1.000 casos después del aborto con medicamentos realizado hasta las 9 semanas de gestación o de la aspiración por vacío realizada antes de las 13 semanas de gestación, y en 0.9 a 10 de cada 1.000 casos después de la evacuación endouterina realizada a las 13 semanas o más de gestación. (Kerns, J. y Steinauer, J.,2013; Pridmore, B.R. y Chambers, D.G.,1999).

El sangrado tipo menstrual prolongado es frecuente en el aborto con medicamentos, aunque por lo general no es lo suficientemente abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio de salud debe tener la capacidad, en caso de que sea necesario, de estabilizar y tratar o derivar a una persona con hemorragia de la forma más rápida posible.



El tratamiento para la hemorragia post aborto es: (extrapolado de ACOG, 2017)

Metilergonovina 0.2mg por vía intramuscular o intracervical

Repetir cada 2 a 4 horas. Evitar en mujeres con hipertensión arterial.

Misoprostol 800 mcg por vía sublingual o rectal

Oxitocina de 10 a 40 unidades en 500 a 1000ml fluido IV

10 unidades por vía intramuscular (solo en úteros grandes).

Taponamiento intrauterino

gasa estéril ó
sonda Foley con balón 30 a 75 ml ó
balón de Bakri ó
Condón inflado

- **Infección.** Los síntomas habituales incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos. Cuando se diagnostica una infección, administrar antibióticos y, si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, completar la evacuación uterina. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir internación.
- **Perforación uterina.** La perforación uterina en el momento de efectuar la aspiración endouterina es una complicación rara, pero tiene el potencial de ser grave; según las estimaciones, entre 0.1 y 3 casos por cada 1.000 procedimientos de aborto inducido. Ante la sospecha, puede requerirse una laparoscopia o laparotomía exploradora. En muchos casos, se puede manejar de manera conservadora una perforación uterina sin complicaciones antes de las 13 semanas de gestación, observando cambios en el cuadro clínico.
- **Complicaciones relacionadas con la anestesia.** La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración de vacío en el primer trimestre como para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre. En caso de utilizar anestesia general, debe realizarla un médico anestesiólogo en un quirófano equipado con todo lo necesario para realizar una reanimación y para resolver las complicaciones anestésicas que se puedan presentar.

Indicaciones para luego del procedimiento o el momento de alta

En el momento de dar el alta o, en el caso de que el procedimiento sea ambulatorio, luego de dar las indicaciones de cómo utilizar los medicamentos, es importante explicarle a la persona que en los días siguientes puede experimentar:

- Cólicos uterinos moderados, similares a los de una menstruación normal, que se pueden controlar con un analgésico (Ibuprofeno)
- No utilizar aspirinas ni sustancias que alteren la percepción (como alcohol o drogas), ya que podrían disminuir la identificación de signos de alarma.
- Explicar que tendrá un sangrado leve o manchas de sangre durante un par de semanas
- Sugerencias sobre la higiene personal rutinaria: evitar el uso de tampones, las duchas vaginales y los baños de inmersión.
- indicar la conveniencia de postergar la actividad sexual con penetración vaginal, esperar hasta que se detenga el sangrado vaginal por completo.
- Ofrecer información sobre anticoncepción, con énfasis en métodos de larga duración.



Signos y síntomas de alarma que requieren atención inmediata

Explicar qué hacer y dónde buscar atención médica urgente en los siguientes casos:

- sangrado excesivo o persistente
- náuseas o vómitos
- cólicos persistentes y/o de intensidad creciente, que no ceden con analgésicos comunes
- fiebre y/o escalofríos que aparecen o persisten 24 horas después de finalizado el tratamiento medicamentoso
- dolor ante la presión en el abdomen o distensión abdominal
- flujo de mal olor o purulento
- mareos o desmayos
- otras situaciones que le generen preocupación

Establecer una cita de control entre los 7 y 14 días posteriores al procedimiento.

5. ANTICONCEPCIÓN POST INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Como en toda consejería en métodos anticonceptivos (MAC), el objetivo es que la persona, contando con toda la información necesaria, elija si así lo desea un MAC, de acuerdo a sus necesidades y preferencias, respetando y favoreciendo el ejercicio de su autonomía.

Se sugiere seguir los criterios médicos de elegibilidad (OMS,2015)

Los criterios de elegibilidad permiten que la persona pueda elegir el método que prefiere entre las opciones que son seguras.

De acuerdo a ellos, los anticonceptivos disponibles se clasifican en cuatro categorías, incluida la situación postaborto

1. Condición en la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2. Condición en la que las ventajas del uso del método anticonceptivo generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Condición en la que los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. Condición que representa un riesgo para la salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Tabla 3: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos post aborto

Situación	ACO	ACI	AOPS	AMPD	Implante	DIU-Cu/DIU-LNG
Post aborto de primer trimestre	1	1	1	1	1	1
Post aborto de segundo trimestre	1	1	1	1	1	2
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	4

Fuente: OMS (2015a), DNSSR (2019).



REFERENCIAS

- ACOG/ American College of Obstetrics and Gynecology (2017). Practice Bulletin #183, “Postpartum Hemorrhage”. Disponible en: <https://bit.ly/2NzvT5a> (Último acceso: 12/02/2021).
- DNSSR (2019). Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/2Z71C1t> (Último acceso:08/02/2021).
- DNSSR (2020). Nota técnica N°2: Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Levy, D.Lukin, G. y Messina, A. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/376mo44> (Último acceso:11/02/2021).
- FLASOG (2013). Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología. Disponible en <https://bit.ly/2OqSPnn> (Último acceso: 07/02/2021).
- FIGO (2017). Misoprostol solo: regímenes recomendados 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2ZmlbAx> (Último acceso: 07/02/2021).
- Gynuity (2009a). Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Guía introductoria. Gynuity Health Projects.
- Disponible en <https://bit.ly/2LHrYT1> (Último acceso: 07/02/2021).
- Ipas (2017). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Disponible en: <https://bit.ly/3pda888> (Último acceso: 07/02/2021)
- Ipas (2018). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en: <https://bit.ly/2Z7wZY2> (Último acceso: 07/02/2021).
- Ipas (2019). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L.Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en: <https://bit.ly/2N0uULh> (Último acceso: 07/02/2021).
- Ipas. (2020). Clinical Updates in Reproductive Health. L. Castleman& N. Kapp (Eds.). Chapel Hill. Disponible en: <https://bit.ly/2N0vfxX> (Último acceso:07/02/2021).
- Kerns, J. y Steinauer, J. (2013). Society of Family Planning Clinical Guideline 20131: Management of postabortion hemorrhage. Contraception, 87(3), 331-42.
- OMS (2012). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3tArUG> (Último acceso: 07/02/2021)
- OMS (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Disponible en: <https://bit.ly/3jlQBLN> (Último acceso: 07/02/2021).
- OMS (2015). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos Quinta edición 2015 - Resumen ejecutivo. Disponible en: <https://bit.ly/2NbFcZ4> (Último acceso: 17/02/2021)
- OMS (2019). Tratamiento médico del aborto. Disponible en: <https://bit.ly/3rMaKmV> (Último acceso:07/02/2021).
- Pridmore, B.R. y Chambers, D.G. (1999). Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 39(3), 349–53.



argentina.gob.ar/salud

0800 222 3444

saludsexual@msal.gov.ar