

Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto 2021

Resumen ejecutivo

Argentina unida



Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina

Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados posaborto 2021

Resumen ejecutivo

Introducción

La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva junto con la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación refuerzan la iniciativa, globalmente recomendada, de que la atención de personas durante el proceso del aborto y del posaborto se brinde de acuerdo con un modelo de atención integral, con perspectiva de derechos, de calidad, centrado en las personas y basado en evidencias.

Se espera que la implementación de esta guía, en el marco de la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, contribuya a:

- Fortalecer una atención sustentada en estándares de calidad para las mujeres, niñas, adolescentes y otras personas gestantes durante el aborto y el posaborto.
- Fortalecer y generalizar el uso de misoprostol en los tratamientos de evacuación uterina posaborto en todos los niveles de atención.
- Universalizar la utilización de la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) como el método quirúrgico efectivo, moderno y seguro de elección para la evacuación uterina en el posaborto, por tratarse de una tecnología moderna, efectiva y segura, dejando de lado la práctica del legrado uterino.
- Reducir la mortalidad y las secuelas y complicaciones severas por aborto.
- Mejorar el manejo de la emergencia, por parte de todos los equipos de salud, de los diferentes niveles de atención, a través del reconocimiento y tratamiento precoz de las urgencias y emergencias.
- Activar la derivación oportuna y/o evitar derivaciones innecesarias, según el cuadro clínico y el contexto, para una mejor calidad de atención y un aprovechamiento eficiente de los recursos.
- Incentivar la implementación de tareas colaborativas dentro de los equipos de salud.
- Propiciar el trabajo integrado e integral durante la transición de los cuidados a lo largo del proceso de atención de las personas que cursan un aborto o posaborto.
- Reducir las necesidades insatisfechas de anticoncepción mediante la adopción inmediata de métodos anticonceptivos seguros y efectivos, que permitan la continuidad en el largo plazo y contribuyan a reducir las gestaciones no intencionales.
- Propiciar la implementación de la telemedicina como estrategia segura, accesible y costobeneficiosa para las mujeres, niñas, adolescentes y otras personas gestantes.

Metodología para la elaboración de la guía

Teniendo como referencia la “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto” del año 2015 (PNSSPR, 2015), el proceso de elaboración de esta guía se llevó adelante siguiendo la metodología, sistemática y reproducible, basada en las recomendaciones de la “Guía para la adaptación de guías de práctica clínica” del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Argentina (MSDS, 2019).

Inicialmente, se definieron tres áreas prioritarias de interés:

- Aspectos generales relacionados con los **servicios a prestar**: organización y gestión, proceso de atención, recursos humanos, poblaciones vulnerables, derechos.
- Aspectos relacionados con la **atención clínica**.
- Aspectos relacionados con el **acompañamiento integral durante el posaborto y la anticoncepción posaborto**.

Se elaboraron las preguntas PICO¹ en base a ocho preguntas clínicas planteadas y se realizó la búsqueda de evidencias, evaluando su calidad y adaptándolas al contexto local. No se realizó el proceso de llevar la evidencia a graduación de la recomendación, por lo que **estas recomendaciones están basadas en evidencias, pero deberán leerse como puntos de buena práctica**.

Finalmente, la guía fue sometida a revisión por parte de personas expertas y externas al proyecto, considerando en la versión final sus aportes y recomendaciones.

¹ PICO: población, intervención, comparación y *outcome* (o resultado).

Resumen de recomendaciones

Los aspectos relacionados con la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto revisados en esta guía pueden resumirse en el siguiente esquema:



1.1. Ejes que atraviesan el proceso de atención (marco jurídico)

1.2. Accesibilidad y sostenibilidad de los servicios

1.3. Ampliación y formación de recursos humanos

1.4. Poblaciones especiales

2.1. Atención clínica inicial

2.2. Escenarios clínicos

2.3. Estadios evolutivos: diagnóstico

2.4. Estadios evolutivos: tratamiento

2.5. Atención en la urgencia y la emergencia

3.1. Acompañamiento integral posaborto (consejería)

3.2. Anticoncepción posaborto

1.1. Ejes que atraviesan el proceso de atención

Los conceptos compartidos en esta primera pregunta no asumen la categoría de recomendaciones clínicas, sino que se sustentan en el plexo jurídico de nuestro país, que contempla además los tratados internacionales de DDHH.

Solo se mencionan en este resumen algunos de los principios establecidos en la Ley 27.610 y otros puntos claves del marco legal a los que deben ajustarse los equipos de salud durante la atención del aborto y del posaborto.

En el Anexo de la guía se especifica el plexo normativo que regula los principios de atención durante el posaborto.

Derechos asegurados

Las mujeres, niñas, adolescentes y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a:

Ley 27.610, art. 2 (inc. c y d).

- **Requerir y recibir atención posaborto** en los servicios del sistema de salud, **sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley.**
- **Prevenir los embarazos no intencionales** mediante el **acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.**

Privacidad y confidencialidad

- Observar el **estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad**, así como el debido resguardo de la confidencialidad; **sólo se compartirá información o se incluirá a su familia o a su acompañante con su expresa autorización.**
- Deberá **protegerse** a la paciente de **injerencias ilegítimas por parte de terceros.**
- En los casos de violación cuyas víctimas fueran niñas o adolescentes, el deber de comunicar la vulneración de derechos y el deber de formular denuncia penal **deberán cumplirse respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad de niñas y adolescentes**, su capacidad progresiva e interés superior.
- El personal de salud debe **crear las condiciones** para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico **durante todo el proceso de atención y también con posterioridad.** Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta **alcanzada por el secreto médico.**
- La paciente tiene derecho a que **toda persona que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, deba respetar el derecho a la confidencialidad, salvo expresa autorización escrita de la propia paciente.**

Ley 27.610, art. 4 (inc. b y c).

Calidad	El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la Organización Mundial de la Salud . La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada .	Ley 27.610, art. 4 (inc. f).
Asistencia	Se deberá asistir a quienes ingresen en un aborto en curso . Está penado dilatar injustificadamente, obstaculizar, o negarse a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.	Ley 27.610, art. 10; Ley 26.529, art. 2 (inc. a); Ley 26.485, art. 3, 4, 5, 6 (inc. b, d y e).
Objección de conciencia	No se podrá alegar objeción de conciencia para negarse a prestar atención sanitaria posaborto .	Ley 27.610, art. 15.
Denuncia	Tanto la realización de un aborto inducido por fuera de los alcances de la Ley 27.610 como la tentativa de aborto no deben denunciarse nunca .	Ley 27.610, art. 18; Código Penal, art. 156.

1.2. Accesibilidad y sostenibilidad de los servicios

Acceso de la población a la información sobre aborto y posaborto	1.2.1.	Quienes toman decisiones deberían asegurarse de que la información sobre la atención posaborto y cómo acceder a ella, sea ampliamente difundida a toda la población.	NICE, 2019.
	1.2.2.	Las/es/os gestoras/es de clínicas o proveedores deberían asegurarse de evitar que las mujeres o PCG deambulen por varias consultas, estudios o evaluaciones que no son imprescindibles .	NAF, 2020.
	1.2.3.	La organización de la atención debería permitir que las mujeres o PCG puedan elegir el servicio que sea de su confianza .	NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.
	1.2.4.	Quienes toman decisiones deberían evaluar la posibilidad de ofrecer servicios posaborto a través de medios telefónicos o de telemedicina .	NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.

Organización de la red de cuidados	1.2.5.	Quienes toman decisiones deberían evaluar un amplio rango de oferta de servicios posaborto , desde guardias hospitalarias hasta servicios de atención primaria, comunitarios y de telemedicina, para cumplir con las necesidades de cada comunidad.	NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.
	1.2.6.	Quienes toman decisiones y las/es/os gestoras/es de clínicas deberían elaborar algoritmos de derivación ante casos complejos o personas con comorbilidades severas , para minimizar los retrasos en el acceso a los tratamientos apropiados.	NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.
	1.2.7.	Los centros de alta complejidad deberían estar disponibles y cercanos para la prestación de servicios a mujeres o PCG con comorbilidades o necesidades especiales , o ante complicaciones severas .	NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.
Otros factores que favorecen la accesibilidad	1.2.8.	El personal de salud no debe permitir que sus creencias y valores personales interfieran con la atención de personas en situación de posaborto.	NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.
	1.2.9.	Los servicios deberían ser sensibles a las preocupaciones de privacidad y confidencialidad en la atención de las personas durante el posaborto, incluyendo la comunicación entre profesionales .	NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.
	1.2.10.	Las actitudes negativas y prejuiciosas deberían ser erradicadas en los servicios posaborto.	NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.
	1.2.11.	Es necesario un conocimiento claro por parte de los equipos de salud de lo que implica "consejería" y "sensibilidad y compromiso" en la atención posaborto, para que los servicios prestados aseguren una información completa y adecuada, además de un soporte efectivo para las mujeres o PCG.	OMS, 2015; Rogers y Dantas, 2017.

1.2.12.	La atención de las mujeres y personas gestantes durante el posaborto debería maximizarse con el rol activo del personal de enfermería, obstétricas/es/os y personal de medicina de atención primaria.	ACOG, 2014; OMS, 2015.
----------------	--	---------------------------

1.3. Formación y ampliación de los recursos humanos disponibles para brindar atención de calidad a las personas que cursan un aborto o posaborto

Formación de recursos humanos

1.3.1.	Tanto estudiantes como profesionales que se encuentran en entrenamiento para el ejercicio de diferentes disciplinas (medicina, obstetricia y enfermería) deberían tener la oportunidad de ganar experiencia en atención del posaborto durante su entrenamiento formal.	ACOG, 2014; NICE, 2020; O’Shea et al., 2020.
---------------	---	--

1.3.2.	Se deberá asegurar que todas las personas que se están formando en especialidades que incluyan la atención del aborto reciban entrenamiento formal en atención del posaborto, independientemente de sus valores y creencias personales.	ACOG, 2014; NICE, 2020; O’Shea et al., 2020.
---------------	--	--

Ampliación de red de prestadores de cuidados en el posaborto

1.3.3.	Médicas/es/os especialistas² y no especialistas, parteras y enfermeras³ podrán realizar AEU⁴ para el manejo del aborto incompleto sin complicaciones (de menos de 13 semanas) ⁵ .	OMS, 2015.
---------------	--	------------

1.3.4.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas, profesionales en partería y enfermería y auxiliares de ambas disciplinas (enfermería y partería) podrán realizar tratamiento con misoprostol para el manejo del aborto incompleto sin complicaciones⁶.	OMS, 2015.
---------------	--	------------

² El término *médicos especialistas* incluye a profesionales con formación especializada en medicina general y familiar, y en ginecología y obstetricia.

³ Las mujeres o PCG suelen considerar más reconfortante la atención dispensada por profesionales de partería y enfermería (confianza moderada). La incorporación de enfermería es viable y puede reducir las inequidades al ampliar los servicios de aborto sin riesgos a poblaciones subatendidas (OMS, 2015).

⁴ Aspiración endouterina.

⁵ El manejo del aborto incompleto sin complicaciones con AEU manual o eléctrica (cuando el tamaño del útero indica que el embarazo es de menos de 13 semanas) incluye el reconocimiento de la afección, la determinación del tamaño del útero, el procedimiento en sí y el control del dolor (OMS, 2015).

⁶ El manejo del aborto incompleto sin complicaciones con misoprostol (cuando el tamaño del útero indica un embarazo de 13 semanas como máximo) comprende el reconocimiento de la afección, la evaluación del tamaño del útero y la administración de misoprostol oral o bucal en la dosis correcta (OMS, 2015).

1.3.5.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas, profesionales en partería y enfermería y auxiliares de ambas disciplinas podrán realizar el tratamiento inicial básico⁷ de la infección posaborto.	OMS, 2015.
1.3.6.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas profesionales en partería y enfermería y auxiliares de ambas disciplinas podrán realizar el tratamiento inicial básico de las complicaciones hemorrágicas posaborto.	OMS, 2015.
1.3.7.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas, profesionales en partería y enfermería y sus respectivos auxiliares podrán brindar información y asesoramiento antes y después del aborto, incluyendo la anticoncepción posaborto.⁸	OMS, 2015.
1.3.8.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas, profesionales en partería y enfermería podrán realizar la inserción y extracción de un dispositivo intrauterino (DIU) o de un implante subdérmico a quienes cursan un posaborto.⁹	OMS, 2015.
1.3.9.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas, profesionales en partería y enfermería, sus respectivos auxiliares y farmacéuticos podrán realizar la colocación y continuación de anticonceptivos inyectables.	OMS, 2015.
1.3.10.	Las mujeres o PCG podrán autoadministrarse los anticonceptivos inyectables en determinadas circunstancias.¹⁰	OMS, 2015.
1.3.11.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas podrán realizar ligadura tubaria posaborto.	OMS, 2015.

⁷ El tratamiento inicial básico comprende la detección de la complicación, la estabilización de la mujer o PCG y el suministro de antibióticos por vía oral o parenteral y de líquidos por vía intravenosa antes de la derivación a un profesional o centro sanitario apropiado para aplicar el tratamiento definitivo (OMS, 2015).

⁸ El asesoramiento antes y después del aborto es un proceso focalizado e interactivo en el que la mujer o PCG recibe voluntariamente apoyo, información y orientación imparcial de una persona preparada para ello (OMS, 2015).

⁹ Esta tarea debe limitarse a aquellos que realicen la atención en centros de salud u otros entornos con condiciones de asepsia (OMS, 2015).

¹⁰ Esta opción puede traducirse en ahorros de tiempo y dinero para las mujeres o PCG. Sin embargo, solo se recomienda en aquellas situaciones en que existan mecanismos para facilitar a la mujer o PCG la información y capacitación necesarias, vínculos robustos de derivación a un proveedor de atención, y sistemas operativos de vigilancia y seguimiento (OMS, 2015).

1.4. Poblaciones especiales

Los principios legales que garantizan el acceso de calidad de las personas cuyos derechos se encuentran en mayor riesgo de vulneración se desarrollan en los puntos 1.1., 1.2 y 3.1., incluidos, a su vez, dentro del marco general que brindan los principios rectores de la atención.

Se deberán considerar, especialmente para estos casos, el plafón de derechos garantizados en el plexo normativo de nuestro país, junto con las normas jurídicas específicas que regulan y protegen el acceso a los derechos de niñas y adolescentes, personas con discapacidad, personas en situación de violencia sexual o violencia de género, pueblos originarios y personas migrantes e integrantes del colectivo trans. Además, otras personas en riesgo de vulneración de sus derechos son las personas de áreas remotas o rurales, quienes no manejan la lectoescritura o viven en situación de marginación social o económica.

Cuidados centrados en las personas

- | | | |
|--------|---|----------------------------|
| 1.4.1. | Los miembros de los equipos de salud deberán adoptar un abordaje centrado en la persona¹¹ , que asegure el respeto por su dignidad y sus derechos . | FSRH, 2016. |
| 1.4.2. | Los equipos de salud deberían facilitar las oportunidades para discutir temas en privado , sin la presencia de amigas/es/os, familiares o pareja. | FSRH, 2016. |
| 1.4.3. | Los equipos de salud deberán estar capacitados acerca del modo de preguntar sobre violencia de género y abuso sexual , incluyendo el conocimiento de la ruta a seguir para la referencia y el abordaje específico de estas situaciones. | FSRH, 2016. |
| 1.4.4. | Quienes se encuentren en situaciones especiales, con una mayor exposición a la vulneración de derechos , deberán recibir consejería acorde a su situación y una eventual consulta o derivación a otros equipos, si fuera necesario. | RCOG, 2016;
NICE, 2020. |

Red y transición de los cuidados

- | | | |
|--------|--|---------------------------|
| 1.4.5. | Los servicios y proveedores de cuidados posaborto deberían estar conectados con otros servicios , ya sea comunitarios, de salud sexual y reproductiva u otros cuidados, para el abordaje de comorbilidades de todo tipo, y cuidados y apoyo no médicos . | OMS, 2014;
FSRH, 2016. |
|--------|--|---------------------------|

¹¹ **Atención centrada en la persona:** forma de entender y practicar la atención sanitaria que **adopta concientemente el punto de vista de individuos, cuidadores/as, familias y comunidades** como partícipes y personas beneficiarias de sistemas de salud que inspiren confianza y estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las **necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales**. La atención centrada en la persona **es más amplia que la atención centrada en el/la/le paciente**, en la medida en que trasciende la consulta clínica para **englobar también la salud de la persona en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud** (OMS, 2016).

Información

1.4.6.

La información debe ser **ofrecida en diversos formatos** escritos y audiovisuales (incluyendo la escritura braille y los formatos comprensibles para quienes no manejan la lectoescritura), así como **en diferentes lenguas**, cuando esto fuera necesario para superar barreras de comunicación.

FSRH, 2016.

2. Aspectos relacionados con la atención clínica

2.1. Recomendaciones generales sobre el abordaje clínico inicial

Aborto espontáneo o inducido

2.1.1.

El abordaje clínico inicial debería ser **siempre el mismo**, independientemente de **si el aborto es espontáneo o inducido**.

PNSSPR, 2015.

Enfoque de derechos

2.1.2.

Se debe tratar a las mujeres, niñas, adolescentes y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar con **dignidad y respeto** por sus derechos. Se debe **prestar atención a sus reacciones, proveer información y apoyo y tomar en cuenta sus circunstancias individuales**.

NICE, 2019.

Enfoque clínico

2.1.3.

La persona prestadora de salud deberá realizar una **evaluación inicial rápida para detectar precozmente complicaciones graves** como shock hipovolémico, shock séptico o abdomen agudo.

Harris, 2020;
Ipas, 2020.

2.2. Escenarios clínicos posibles al ingreso de una mujer o PCG en situación de aborto

Tanto en un aborto espontáneo como en un aborto inducido, la mujer o PCG pasa por sucesivas etapas clínicas que tienen características propias y deben ser categorizadas con el examen clínico al momento de ingreso a la consulta.

Formas de presentación

2.2.1.

La mayoría de las mujeres o PCG que buscan atención en situación de aborto o posaborto llegan al sistema de salud con una **situación clínica estable** con sangrado y/o dolor moderado y **la evaluación clínica debe tender a diagnosticar el tipo de aborto y establecer el plan de manejo**.

Ipas, 2020.

Motivos de consulta	2.2.2.	Los motivos de consulta más comunes son la metrorragia y el dolor abdominal bajo asociados a la certeza o sospecha de embarazo , según el caso.	Ipas, 2020.
Anamnesis	2.2.3.	La anamnesis inicial incluirá: <ul style="list-style-type: none"> • motivo de consulta y antecedentes de la situación, • antecedentes médicos y quirúrgicos pertinentes, • antecedentes gineco- obstétricos, • evaluación de riesgo psicosocial (consumos, violencia, adolescencia, comorbilidades, etc.). Se deberá además constatar la edad gestacional según FUM , test de embarazo o ecografías previas.	PNSSPR, 2015.
Examen clínico inicial	2.2.4.	Dentro del examen clínico inicial se deberá evaluar el estado general mediante la determinación de signos vitales como la tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y temperatura axilar (Tº), y la valoración del estado de conciencia.	PNSSPR, 2015.
	2.2.5.	El examen clínico inicial incluirá además: <ul style="list-style-type: none"> • la especuloscopia para categorizar el origen, la intensidad y las características de la pérdida hemática; • el tacto vaginal bimanual para evaluar el tamaño uterino y las características y condiciones en que se encuentra el cuello uterino y los anexos. Con estas determinaciones será posible determinar el estadio evolutivo del aborto.	PNSSPR, 2015.
Estudios de laboratorio	2.2.6	Los estudios de laboratorio no se solicitan de rutina sino según necesidad por el estado clínico que presenta la paciente.	Ipas, 2020.
	2.2.7.	La falta de estudios de laboratorio no debería dificultar ni retrasar el diagnóstico y tratamiento.	MSAL, 2020.
	2.2.8.	Es recomendable solicitar grupo sanguíneo y factor RH.	Ipas, 2020.

Ecografía	2.2.9.	La ecografía no debe solicitarse de rutina sino cuando existan dudas acerca del estadio evolutivo del aborto o la edad gestacional, o para diagnósticos diferenciales.	MSAL, 2020.
	2.2.10.	La realización de un aborto inducido no requiere sistemáticamente de una ecografía de control . La ecografía es útil para detectar la persistencia del embarazo, midiendo el grosor del endometrio, pero generalmente carece de utilidad para diagnosticar el aborto incompleto y puede llevar a la realización de intervenciones quirúrgicas innecesarias .	OMS, 2019; DNSSR, 2021.
	2.2.11.	Si la/le/el profesional de salud decide realizar un ultrasonido para el seguimiento del aborto con medicamentos, el único hallazgo ultrasonográfico que requiere una intervención es la continuación del embarazo viable .	Ipas, 2020.
Profilaxis de la isoimmunización Rh	2.2.12.	El riesgo de isoimmunización Rh en mujeres o PCG Rh negativas con gestaciones de 9 semanas o menos es muy bajo . Se recomienda y es mandatoria en todos los abortos con edad gestacional igual o mayor a 10 semanas .	NICE, 2020.
	2.2.13.	La profilaxis anti D en las mujeres o PCG Rh negativas debe indicarse al momento del diagnóstico de la situación de aborto o posaborto , según corresponda a la edad gestacional.	NICE, 2019.
Vacunación	2.2.14.	Si la persona no ha sido vacunada contra el tétanos en los 10 años anteriores a la consulta, se debe aplicar la vacuna antitetánica o doble adulto . ¹² En todos los casos, es conveniente evaluar el estado de las vacunas y sugerir la colocación de las vacunas faltantes , sin que este requisito se convierta en obstáculo para la práctica.	DNSSR, 2021.

¹² Ante un aborto espontáneo o inducido realizado en condiciones seguras, no es necesario colocar la profilaxis con gammaglobulina antitetánica, aún cuando corresponda la vacunación con vacuna doble adultos o toxoide tetánico.

Diagnósticos diferenciales

2.2.15.

Ante un cuadro de **atraso menstrual, pérdida por genitales** y eventual **dolor en hipogastrio**, además del diagnóstico de aborto se deberán tener en cuenta como diagnósticos diferenciales más frecuentes al **embarazo ectópico y a la enfermedad del trofoblasto**.

PNSSPR, 2015.

2.3. Estadios evolutivos del aborto. Diagnóstico

Amenaza de aborto

2.3.1.

La **amenaza de aborto** es el primer estadio evolutivo de un aborto.

PNSSPR, 2015.

- Se presenta con **hemorragia genital leve con dolor** en hemiabdomen inferior.
- En la especuloscopia se observa **salida de sangre** por el orificio cervical, en cantidad **leve a moderada**,
- En el tacto vaginal el **orificio cervical externo (OCE) se encuentra cerrado**.

Aborto en curso

2.3.2.

El **aborto en curso**¹³:

PNSSPR, 2015.

- Se presenta con **metrorragia intensa con coágulos y dolor hipogástrico** que se intensifica.
- En la especuloscopia se observa **salida de sangre por el orificio cervical, en cantidad moderada a abundante, con coágulos**.
- En el tacto vaginal, el **canal cervical** se encuentra **abierto en todo su trayecto**, con dilatación del orificio cervical externo (**OCE**) y del orificio cervical interno (**OCI**). Se pueden tocar además partes fetales y ovulares.

Aborto completo

2.3.3.

En el aborto **completo** el contenido uterino ha sido **expulsado completamente**.

PNSSPR, 2015.

- Clínicamente **ceden los dolores y el sangrado**.
- En la especuloscopia **disminuye la pérdida hemática**.
- En el tacto vaginal **se reduce el volumen uterino** y el **canal cervical comienza a cerrarse**.

¹³ Existe un estadio intermedio, que figura en la bibliografía, en el cual están intensificados todos los signos y síntomas de la amenaza de aborto, pero el cuello continúa cerrado o solo el orificio cervical externo está abierto (PNSSPR, 2015).

Aborto incompleto

2.3.4.

En el **aborto incompleto, los restos ovulares no se han eliminado completamente.**

PNSSPR, 2015;
OMS, 2019.

- **La hemorragia y el dolor disminuyen, pero persisten.**
- En la especuloscopia, pueden verse restos en el canal cervical
- En el tacto, el tamaño uterino disminuye pero **no involuciona completamente.** Se percibe el **útero reblandecido.** El **canal cervical permanece abierto** y pueden palparse **restos** en él.

Aborto detenido o diferido

2.3.5.

En un **aborto retenido o diferido** existe **ausencia de vitalidad embrionaria o fetal,** o presencia de **saco gestacional sin embrión.**¹⁴ En general, su diagnóstico **es un hallazgo ecográfico** ante síntomas de amenaza de aborto o como parte de los estudios habituales de control de embarazo. Puede presentarse de manera **asintomática, con regresión de los síntomas y signos de gestación, o con sangrado o dolor.** Además el **tamaño uterino puede ser menor a la edad gestacional.** El canal cervical está habitualmente cerrado.

PNSSPR, 2015;
DNSSR, 2021.

2.4. Estadios evolutivos del aborto. Tratamiento

Ver usos de misoprostol y esquemas para profilaxis antibiótica en Tablas 2 y 3 de la guía.

Amenaza de aborto

2.4.1.

No hay evidencia suficiente que demuestre la **efectividad de ningún tratamiento** para estos casos.

NICE, 2020.

2.4.2

Se debe **confirmar la vitalidad** embrio-fetal con un ultrasonido si no se pudiera percibir actividad cardíaca fetal con otro método.¹⁵

NICE, 2020.

¹⁴ También se lo denomina: huevo muerto y retenido, gestación detenida, huevo anembrionado, huevo huero, gestación anembrionada, entre otros.

¹⁵ Esto es válido para las situaciones de **aborto espontáneo.** En el caso de **IVE o ILE** se deberá **priorizar la decisión de la persona usuaria,** cuidando siempre los principios éticos, legales y de buenas prácticas que rigen la atención.

	2.4.3.	La persona debe recibir información oral y escrita que incluya signos de alarma y formas de acceso rápidas , incluyendo números telefónicos con atención las 24 horas, instancias de telemedicina y/o páginas web.	NICE, 2020.
	2.4.4.	Si la condición clínica lo permite, la mujer o PCG con una amenaza de aborto espontáneo deberá volver en 7 a 14 días , brindando además información según la recomendación 2.4.3.	NICE, 2020.
	2.4.5.	Si ha usado misoprostol en situación de IVE o ILE, se le realizarán las recomendaciones pertinentes en cuanto a la posología y formas de administración , haciendo los ajustes de dosis pertinentes, si fuera necesario, y brindando además información según la recomendación 2.4.3.	Punto de buena práctica.
Aborto en curso, aborto incompleto, aborto detenido	2.4.6.	En estos tres cuadros clínicos, el objetivo terapéutico es la evacuación uterina. Para el cumplimiento de este objetivo, si se trata de un aborto de menos de 13 semanas , se recomiendan tres estrategias de manejo que dependerán de la condición clínica y de la preferencia de la mujer o PCG: <ul style="list-style-type: none"> • Expectante (esperar y ver). • Evacuación uterina con medicamentos. • Evacuación uterina quirúrgica o instrumental. 	PNSSPR, 2015; NICE, 2019.
	2.4.7.	En todas las situaciones se brindará cuidadosa información oral y escrita acerca de qué esperar antes, durante y luego de cada una de las opciones de tratamiento. De igual modo, se asesorará en diferentes formatos acerca de signos de alarma y acceso rápido al sistema de salud y a los dispositivos de telemedicina y teléfonos 24 h.	OMS, 2014; NICE, 2019.
Aborto en curso, aborto incompleto, aborto detenido: tratamiento expectante	2.4.8.	Se debe ofrecer el manejo expectante por 7 a 14 días , ya que representa la primera línea de las estrategias de tratamiento en abortos espontáneos con gestaciones de menos de 13 semanas. Se ofrecerán las otras opciones si: <ul style="list-style-type: none"> • Existe riesgo de hemorragias por embarazo en primer trimestre tardío, coagulopatías u otras. • Hay evidencia o riesgo de infección. • Esperar no es una opción para la paciente. 	NICE, 2019.

	2.4.9.	El manejo expectante requiere cuidadosa información oral y escrita sobre signos de alarma y acceso rápido al sistema de salud y a los dispositivos de telemedicina y teléfonos 24 h , tal como se detalla en la recomendación 2.4.7.	NICE, 2019.
	2.4.10.	Una ecografía después de los 7 a 14 días determinará si es el final del proceso o la necesidad de intervención médica o quirúrgica.	NICE, 2019.
	2.4.11.	La necesidad de intervención o no intervención después de un aborto con medicamentos debe basarse en los síntomas y signos clínicos , y no en los hallazgos de un ultrasonido. ¹⁶	Ipas, 2020.
Aborto en curso, aborto incompleto, aborto detenido: tratamiento con medicamentos	2.4.12.	Para el manejo médico del aborto incompleto y el aborto detenido , la información se brindará de la misma manera en que se detalla en la recomendación 2.4.7.	
	2.4.13.	El régimen de misoprostol recomendado para el aborto incompleto menor de 13 semanas es de 600 mcg por vía oral o de 400 mcg por vía sublingual, en dosis única. En ausencia de sangrado puede utilizarse la vía vaginal.	Ipas, 2020.
	2.4.14.	El régimen de misoprostol recomendado para el aborto incompleto de 13 semanas o más es de 400 mcg por vía bucal o sublingual, cada 3 horas, hasta la expulsión de los restos. En ausencia de sangrado puede utilizarse la vía vaginal.	Ipas, 2020.
	2.4.15.	El régimen de misoprostol recomendado para el aborto diferido (menos de 13 semanas) es de 600 mcg por vía sublingual. En la ausencia de sangrado puede usarse la vía vaginal en dosis de 800 mcg. Por ambas vías se indicará cada 3 horas hasta la expulsión (por lo general, de 1 a 3 dosis). Cuando se disponga de mifepristona , agregar pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol.	OMS, 2019; Ipas, 2020.

¹⁶ Después de haber finalizado un aborto con medicamentos, **el endometrio puede tener diversos grosores y una apariencia compleja o heterogénea.** Ningún estudio ha encontrado que exista un grosor máximo límite, más allá del cual se pueda diagnosticar con certeza un aborto con medicamentos fallido. La decisión de intervenir –o no– se debe basar en los **signos y síntomas clínicos, tales como sangrado continuo o abundante, y no en los hallazgos del ultrasonido** (Ipas, 2020).

	2.4.16.	El régimen de misoprostol recomendado para el aborto diferido (más de 13 y hasta 24 semanas) es de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual cada 4-6 horas hasta la expulsión. Cuando se disponga de mifepristona , agregar tratamiento preliminar con una dosis de 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol .	OMS, 2019; Ipas, 2020.
	2.4.17.	En todos los casos, se ofrecerá de rutina tratamiento para el dolor con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) antieméticos, y cualquier otra medicación que pueda requerirse. ¹⁷	OMS, 2012; NICE, 2019; Ipas, 2020.
	2.4.18.	No se recomienda el uso del paracetamol para reducir el dolor durante el aborto.	OMS, 2014; Ipas, 2020.
Aborto en curso, aborto incompleto, aborto detenido: tratamiento quirúrgico o evacuación uterina instrumental	2.4.19.	Para el manejo quirúrgico del aborto incompleto y el aborto detenido , la información se realizará de la misma forma en que se detalla en la recomendación 2.4.7.	OMS, 2014; NICE, 2019; Ipas, 2020.
	2.4.20.	Se recomienda fuertemente que la aspiración por vacío manual o eléctrica reemplace en la práctica cotidiana al legrado evacuador para el tratamiento del aborto incompleto. ¹⁸	FIGO, 2011; OMS, 2012; Ipas, 2020.
	2.4.21.	De ser posible, el procedimiento AEU será ambulatorio .	NICE, 2019.
	2.4.22.	De ser necesario, se referirá a la mujer o PCG a una dependencia apropiada , si se detecta alguna condición que pueda provocar o exacerbar complicaciones.	OMS, 2014.
	2.4.23.	Existe evidencia limitada para recomendar algún tipo de anestesia . Se recomienda adaptar esto a las necesidades de la persona ¹⁹ y al método con el que esté más familiarizado el proveedor de salud.	NICE, 2019.

¹⁷ Para asegurar que las **medicaciones orales** tengan su mayor efectividad en el momento del procedimiento, **administrarlas 30-45 minutos antes** (OMS, 2014). También se deberá entregar la medicación necesaria al dar el alta de las instituciones sanitarias (por ej., luego de una internación por un aborto de segundo trimestre o de una AMEU realizada en forma ambulatoria).

¹⁸ La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) afirman que la aspiración por vacío o los regímenes de aborto con medicamentos deben reemplazar el legrado uterino instrumental (FIGO, 2011; OMS, 2012). **En lugares donde no existen servicios de evacuación endouterina, se deben introducir servicios de aspiración por vacío y el aborto con medicamentos** (Ipas, 2020).

2.4.24.	Es útil la combinación de anestesia local mediante bloqueo paracervical con AINE (antes del procedimiento) y medidas adicionales como: <ul style="list-style-type: none"> • Uso de analgésicos centrales (opioides) o ansiolíticos. • Medidas no farmacológicas. 	OMS, 2014; Ipas, 2020.
2.4.25.	No se recomienda el uso de anestesia general de rutina para la aspiración de vacío o dilatación y evacuación (D y E). ²⁰	OMS, 2014.
2.4.26.	Se recomienda fuertemente la profilaxis antibiótica antes del procedimiento quirúrgico de evacuación uterina. ²¹	OMS, 2014; Ipas, 2020.

2.5. Atención durante la urgencia y la emergencia

Organización de los servicios para la emergencia

2.5.1.	Se debe disponer de protocolos para el manejo de urgencias médicas , que deben incluir indicaciones claras para el traslado de emergencia e instrucciones por escrito y de fácil acceso para la comunicación con servicios de apoyo externos para casos de urgencia.	CLAP, 2019; NAF, 2020.
2.5.2.	Los protocolos deben revisarse anualmente y cubrir los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> • hemorragia, • perforación, • paro/depresión respiratoria, • Anafilaxia, • traslados de emergencia. 	NAF, 2020.

¹⁹ Por ejemplo, la elección de uno u otro tipo de anestesia dependerá de si necesita minimizar el tiempo de recuperación o si, por el contrario, la/el/le paciente desea no estar conciente durante el procedimiento.

²⁰ **Las medicaciones usadas para anestesia general son uno de los pocos aspectos de los cuidados del aborto que pueden amenazar la vida.** Cualquier dependencia sanitaria que ofrezca anestesia general debe tener equipos y personal especializados en el manejo del procedimiento y sus complicaciones. Cuando se maneja el **dolor por vía intravenosa**, sedación conciente o anestesia general, **debe estar presente un/a/e clínico/a/e con la capacidad** (y la certificación, si así lo exige la ley) para vigilar los parámetros respiratorios, cardiovasculares y neurológicos, incluyendo el nivel de conciencia. El/la/le profesional que hace el manejo del dolor por vía IV debe **contar con la preparación para dar soporte respiratorio en caso de producirse un paro respiratorio (OMS, 2014).**

²¹ **Además de la profilaxis antibiótica, todo el personal clínico y de apoyo debe comprender y aplicar sistemáticamente las precauciones estándar para la prevención y control de infecciones, para su propia protección y la de sus pacientes (OMS, 2014).**

	2.5.3.	El personal de salud de los efectores sin un quirófano disponible o sin experiencia debe tener protocolos claros para la reanimación y traslado de la mujer o PCG a un establecimiento de salud de nivel superior ante una urgencia o emergencia.	Ipas, 2020.
	2.5.4.	Es conveniente optar por entrenar a los equipos de salud mediante simulacros anuales de los protocolos de emergencia.	NAF, 2020.
	2.5.5.	Todo el personal debe tener conocimiento de las funciones adecuadas que han de desempeñar en el manejo de emergencias médicas.	NAF, 2020.
	2.5.6.	Los insumos de emergencia se deben encontrar en lugares conocidos, accesibles y apropiados , y se les debe actualizar periódicamente .	NAF, 2020.
	2.5.7.	El centro de salud debe contar por lo menos con dos uterotónicos y/o métodos mecánicos para el control de la hemorragia (sonda Foley, balón de Bakri) ²² .	NAF, 2020.
Abordaje inicial	2.5.8.	El prestador de salud deberá realizar una evaluación inicial rápida a toda persona que se encuentre en situación de aborto para detectar precozmente complicaciones graves como shock hipovolémico, shock séptico o abdomen agudo. Ver recomendación 2.1.3.	Harris, 2020; Ipas, 2020.
	2.5.9.	La inestabilidad hemodinámica se caracteriza por hipotensión arterial, taquicardia e hipoperfusión tisular periférica , acompañada muchas veces por alteración del sensorio . Cuando una persona se presenta con inestabilidad hemodinámica deben implementarse las siguientes medidas de manera inmediata y simultánea : <ul style="list-style-type: none"> • evaluación, • resucitación, • estabilización, • tratamiento. 	Harris, 2020.

²² En ausencia de otros métodos mecánicos para **taponamiento uterino**, pueden usarse también un preservativo inflado o gasas estériles (Ipas, 2020).

- 2.5.10.** El **pedido de ayuda** es el **primer paso en cualquier emergencia**, para luego abordar el resto de las prioridades de manejo. CLAP, 2019.
-
- 2.5.11.** Los cuadros que cursan con **inestabilidad hemodinámica** pueden requerir **estabilización en el nivel local y traslado inmediato a una institución de mayor complejidad** por necesidad quirúrgica, transfusional o de unidad de terapia intensiva. OMS, 2014; Harris, 2020; Ipas, 2020.
-
- 2.5.12.** En toda paciente con **inestabilidad hemodinámica**, cuando **no se tenga una ecografía** previa que constata embarazo intrauterino, siempre se deberá **descartar un embarazo extrauterino complicado** con hemoperitoneo. Harris, 2020.
-
- 2.5.13.** Las causas de **inestabilidad hemodinámica** en una persona en situación de aborto pueden ocurrir por:
- **hemorragia excesiva** (shock hipovolémico),
 - **infección severa** (shock séptico),
 - presencia de **toxinas bacterianas** (shock tóxico).

Complicaciones hemorrágicas

La Sociedad de Planificación Familiar define la hemorragia posaborto como **sangrado excesivo que requiere una respuesta clínica**, tal como una transfusión o ingreso hospitalario, y/o como **sangrado mayor de 500 ml** (Kerns y Steinauer, 2013; Ipas, 2020).

Se asume, a los fines de esta guía y como recomendación de buena práctica, seguir las **guías e indicaciones del “código rojo obstétrico”** para la hemorragia posparto, tal como consta en el algoritmo anexo de la guía.

Las causas de hemorragia posaborto son (OMS, 2014; CLAP, 2019; Ipas 2020):

- retención de restos placentarios,
- atonía uterina,
- laceraciones cervicales o vaginales,
- lesiones uterinas (perforación o rotura),
- acretismo placentario,
- coagulopatías.

Ver diagnóstico y abordaje inicial de la hemorragia en Tabla 4 y Cuadro 1 de la guía.

Abordaje inicial	2.5.14.	Si bien la hemorragia luego de un aborto inducido realizado en condiciones seguras es rara, durante una situación de posaborto puede ocurrir un sangrado activo no controlado. Cuando esta pérdida alcanza un volumen del 40% del volumen sanguíneo total , ocurre el shock hipovolémico. En este estado, las demandas de los tejidos no se alcanzan y aparece la inestabilidad hemodinámica . Se debe vigilar de cerca a la paciente que presenta hemorragia para detectar signos de shock.	CLAP, 2019; Ipas, 2020.
	2.5.15.	El índice FC/TAS ²³ puede ayudar a definir la severidad del shock hipovolémico; <ul style="list-style-type: none"> • 0,7 a 0,9 Normal • 1 a 1,2 Leve • 1,2 a 1,5 Moderado • >1,5 Grave 	CLAP, 2019.
	2.5.16.	Las prioridades en el manejo son: <ul style="list-style-type: none"> • pedir ayuda, • controlar el sangrado, • reponer el volumen circulatorio para mejorar la perfusión y la capacidad de transporte de oxígeno. 	CLAP, 2019.
	2.5.17.	Al enfrentarse a una hemorragia en evolución, se deben recordar siempre las cuestiones sencillas de la atención : evaluar continuamente la pérdida de sangre , medir y registrar con frecuencia los signos vitales y asegurar una o dos vías intravenosas de grueso calibre (14 o 16) .	NAF, 2020.
Tratamiento	2.5.18.	La atonía uterina por evacuación uterina incompleta es la causa más común de hemorragia posaborto. Se debe, en lo posible: <ol style="list-style-type: none"> 1. asegurar la evacuación completa del útero (aspiración endouterina); 2. estimular la contracción uterina con uterorretractores y masaje uterino; 3. intentar taponamiento uterino (balón de Bakri, sonda Foley, condón inflado dentro del útero). Se debe pasar con rapidez al próximo paso si no se controla el sangrado.	Ipas, 2020; NAF, 2020.

²³ FC: frecuencia cardíaca, TAS: tensión arterial sistólica.

- 2.5.19.** El **manejo farmacológico** que se realiza en los casos de **atonía uterina** puede realizarse con los siguientes medicamentos:
- **metilergonovina** 0.2 mg por vía intramuscular o intracervical; repetir cada 2 a 4 horas²⁴;
 - **misoprostol** 800 mcg por vía sublingual o rectal;
 - **oxitocina** 10 a 40 unidades por cada 500 ml a 1000 ml de líquido intravenoso o 10 unidades por vía intramuscular.
- Ipas, 2020.
-
- 2.5.20.** Una **laceración cervical o vaginal** puede ser tratada con **presión directa con una gasa o pinza con esponja, aplicación de agentes coagulantes tópicos** (como nitrato de plata o una solución de subsulfato férrico), o colocando **suturas absorbibles**.
- Ipas, 2020.
-
- 2.5.21.** El **manejo quirúrgico** puede realizarse en las atonías uterinas, retenciones de restos placentarios o lesiones traumáticas de vagina, cuello o útero.
- CLAP, 2019.
-
- 2.5.22.** Si la hemorragia **persiste** luego de realizados los pasos para tratar la atonía y si no se detectan laceraciones cervicales o vaginales visibles, se debe **pensar en otros diagnósticos** (perforación, acretismo, coagulopatía). Es probable que se requiera el **traslado inmediato**.
- NAF, 2020.

Complicaciones infecciosas

Es muy importante detectar a las mujeres o PCG que ingresan cursando una infección. La infección en el posaborto es frecuente, y es más probable que sea severa si el aborto ha sido inseguro (RCOG, 2016).

Ver diagnóstico y tratamiento inicial de la sepsis en Cuadros 2, 3 y 4 de la guía.

Presentación clínica

- 2.5.23.** Las **características clínicas** de sospecha de **infección** incluyen:
- temperatura mayor de 37.5°
 - útero blando o poco retraído, doloroso
- RCOG, 2016.

²⁴ Evitar en mujeres o PCG con hipertensión arterial (Ipas, 2020).

- dolor abdominal a la palpación con defensa y/o reacción peritoneal
- secreción maloliente o purulenta a través del cérvix

Siempre se deberá evaluar la existencia de **inestabilidad hemodinámica**.

Aborto infectado simple

2.5.24. En el **aborto infectado simple**, la infección está circunscrita a la cavidad uterina. Requiere tratamiento **antibiótico ambulatorio** y descartar **retención de restos ovulares y lesiones uterinas**²⁵. PNSSPR, 2015; RCOG, 2016.

2.5.25. En el **aborto infectado simple sin restos ovulares**, luego del aborto inducido con medicamentos y sin inestabilidad hemodinámica corresponde a **endometritis posaborto**. Se realizará **tratamiento antibiótico ambulatorio** con²⁶:

- ceftriaxona 250 mg intramuscular, única dosis;
- doxiciclina 100 mg cada 12 h vía oral por 14 días;
- metronidazol 500 mg vía oral cada 12 h por 14 días.

Harris, 2016; CDC, 2015.

Aborto infectado con restos placentarios

2.5.26. El **aborto infectado con restos placentarios** requiere²⁷:

- **internación,**
- **descartar lesiones uterinas (perforación),**
- **iniciar tratamiento antibiótico parenteral,**
- **evacuación uterina** mediante **AEU** una vez iniciado el tratamiento antibiótico.

Harris, 2016; CDC, 2015.

2.5.27. El tratamiento antibiótico de la **endometritis con restos placentarios** y de la **salpingitis o peritonitis posaborto** debe iniciarse con doble plan antibiótico por vía parenteral:

- clindamicina 900 mg IV cada 8 horas;
- gentamicina 3 a 5 mg/kg en una sola dosis diaria.

Harris, 2016; CDC, 2015.

²⁵ La detección de restos ovulares puede hacerse mediante examen clínico o, cuando ello no sea posible, mediante ecografía.

²⁶ Infecciones polimicrobianas a partir de flora vaginal y flora intestinal (CDC, 2015; Harris, 2016).

²⁷ Se considera que la infección tiene posibilidades de extensión a la pelvis con salpingitis o pelviperitonitis (CDC, 2015; Harris, 2016).

**Infección
severa:
diagnóstico**

- 2.5.28.** La inestabilidad hemodinámica sugiere sepsis asociada al foco infeccioso presente. RCOG, 2016.
-
- 2.5.29.** Los cuadros de infección severa son:
- síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (**SIRS**),
 - sepsis,
 - sepsis severa,
 - shock séptico.
-
- 2.5.30.** El **SIRS** debe reunir al menos **dos de los siguientes signos**:
- **T°** > 38 o <36°
 - **TAS** < 90 mmHg.
 - **FC** > 100 lat/min.
 - **FR** > 20 resp/min.
 - **Leucocitos** > 12000 mm³ o < 4000 mm³.
-
- 2.5.31.** La **sepsis** corresponde al **SIRS más foco infeccioso** documentado o sospechado. Harris, 2016; NCEC, 2014.
-
- 2.5.32.** La **sepsis severa** corresponde a la sepsis más **hipoperfusión tisular o falla orgánica agregadas**. NCEC, 2014.
-
- 2.5.33.** En el **shock séptico** no hay respuesta a la **resucitación** con 30 ml/kg máximo total de fluidos y el nivel de **lactato** es mayor a 4 nmol/ml. NCEC, 2014.

**Manejo inicial de
la sepsis**

- 2.5.34.** El manejo inicial de una paciente **séptica** es **crítico en la 1ra hora**. Requiere cuatro pasos fundamentales:
- Detección.
 - Comunicación.
 - Reconocimiento (diagnóstico).
 - Tratamiento (resucitación).
-
- 2.5.35.** **Detección:** NCEC, 2014.
- Ante **dos criterios de SIRS** en una mujer o persona en situación de **aborto** se recomienda **tomar inmediatamente el aborto como foco primario**.

2.5.36. Comunicación.²⁸ Se recomienda: NCEC, 2014.

- tener identificado, comunicado y visible a quién se debe llamar para solicitar ayuda;
- estandarizar los datos a transmitir y el tipo de ayuda.

2.5.37. Reconocimiento. Dentro de la 1ra hora se deberá: NCEC, 2014.

- realizar 2 hemocultivos;
- instaurar antibioticoterapia;
- solicitar lactato y recuento de glóbulos blancos;
- colocar sonda vesical para medir diuresis horaria;
- colocar oxígeno al 95 o 100%, a 10 ml/hora con máscara;
- identificar y tratar el foco de infección (retención de restos, absceso pélvico, perforación de víscera, peritonitis).

2.5.38. Resucitación: NCEC, 2014.

- administrar fluidos en bolo de 300 a 500 cm³ hasta un máximo de 30 ml/kg;
- reevaluar a los 60 minutos con **TAS**.

2.5.39. Si a los 60 minutos de iniciada la resucitación, NCEC, 2014.

- la TAS **recupera** por encima de 90 mmHg,
- el nivel de **lactato** se encuentra entre **2 y 4 mmol/l**,
- se debe **buscar impacto sobre los órganos blanco**.

Si alguno de los parámetros evaluados muestra **disfunción o falla orgánica**, se diagnostica **sepsis severa** y se **deriva a la unidad de cuidados intensivos (UCI)**.

2.5.40. Si a los 60 minutos de iniciada la resucitación, NCEC, 2014.

- **la TAS persiste menor a 90 mmHg,**
 - **el lactato es de 4 o más mmol/l**
- se diagnostica **shock séptico**, que requiere **inotrópicos y traslado a UCI**.

²⁸ La comunicación pobre intraequipo y con equipos externos de apoyo ha sido identificada como una **causa que contribuye a los incidentes adversos** (NCEC, 2014).

2.5.41. El **tratamiento antibiótico** se plantea inicialmente **dentro de la primera hora**, una vez tomadas las dos muestras para hemocultivo. NCEC, 2014.

2.5.42. La **evacuación del foco infeccioso** se realizará una vez recibido el tratamiento antibiótico y estabilizada la paciente. NCEC, 2014.

Complicaciones traumáticas

Se debe tener en cuenta siempre la posibilidad de lesiones traumáticas cervicales, uterinas o de víscera hueca.

Las mismas pueden ser posteriores a un aborto inducido en condiciones inseguras; sin embargo, aún en condiciones seguras, estas complicaciones también pueden ocurrir, tanto en la evacuación uterina quirúrgica como en los abortos con medicamentos (Harris, 2020).

Perforación uterina: abordaje inicial

2.5.43. Algunas de estas complicaciones se presentan con **inestabilidad hemodinámica** y requieren el abordaje inicial descrito para hemorragia o sepsis. Otras, **sin signos tan graves, pueden ser manejadas según la causa.** Harris, 2020.

2.5.44. Quienes trabajan en centros de salud sin quirófano disponible o no cuentan con la suficiente experiencia deben tener **protocolos claros** para la **reanimación y para el traslado** a un establecimiento de salud de nivel superior. Ipas, 2020.

2.5.45. Las mujeres o PCG en **riesgo de shock** requieren:

- **colocación de una o dos vías intravenosas de grueso calibre;**
- oxígeno suplementario;
- reanimación con líquidos y reposición de productos sanguíneos.

2.5.46. Si **ocurre o se sospecha la presencia de una perforación**, incluso en pacientes **asintomáticas**, el protocolo debe abordar los siguientes puntos:

- colocación de una vía intravenosa;
- observación adicional;
- plan de seguimiento que incluya acciones para completar el proceso de aborto, de ser necesario;
- criterios para trasladar a la paciente a un hospital.

	2.5.47.	La perforación uterina habitualmente pasa desapercibida y se resuelve sin necesidad de intervención.	OMS, 2014.
	2.5.48.	Si se sospecha que existe una perforación, lo más seguro es proceder como si en efecto la hubiera.	NAF, 2020.
	2.5.49.	A toda mujer o PCG bajo sospecha de perforación uterina , aunque sea asintomática, se le debe informar de la complicación y se debe observar su cuadro clínico.	Ipas, 2020.
Tratamiento conservador	2.5.50.	En el primer trimestre , en una intervención realizada en condiciones seguras, a menudo las perforaciones son asintomáticas y su resolución ocurre sin intervención alguna. <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las perforaciones se localiza en la línea media y/o en el fondo del útero. • De ocurrir antes de la succión, generalmente se pueden manejar mediante observación y seguimiento cuidadoso. • Las perforaciones laterales podrían involucrar a los vasos sanguíneos del útero y de ser así, serían más significativas. 	NAF, 2020.
	2.5.51.	Si la mujer o PCG está estable , y se trata de una perforación por AEU sin síntomas, se le debe informar sobre los signos de alarma , que indican cuándo debe buscar asistencia de emergencia, si es necesario, y se debe formular un plan de seguimiento antes de darla de alta del centro de salud.	Ipas, 2020.
Referencia a nivel de complejidad	2.5.52.	Si la mujer o PCG está inestable o se observa que su cuadro clínico está empeorando , debe ser trasladada a un establecimiento de salud de tercer nivel de atención para que reciba el manejo correspondiente.	Ipas, 2020.
	2.5.53.	Toda mujer o PCG que presente una perforación uterina confirmada, con evidencia de lesión intestinal , debe ser trasladada a un establecimiento de salud de tercer nivel para que reciba el manejo correspondiente.	Ipas, 2020.

	2.5.54.	En el segundo trimestre , incluso una perforación asintomática podría justificar el traslado de la paciente a un hospital para evaluarla , ya que podría observarse una morbilidad más significativa.	NAF, 2020.
	2.5.55.	Siempre que se necesite y esté disponible, la laparoscopia es el método de estudio de elección.	OMS, 2020.
	2.5.56.	Si el estado de la mujer o PCG o los hallazgos de la laparoscopia sugieren daño del intestino, vasos sanguíneos u otras estructuras, tal vez se necesite realizar una laparotomía para reparar cualquier daño.	OMS, 2014.
	2.5.57.	Si se completa el procedimiento después de la sospecha o confirmación de perforación, se debería realizar la evacuación endouterina bajo la guía directa de ultrasonido o mediante visualización directa durante la laparoscopia o en la laparotomía.	Ipas, 2020; NAF, 2020.
Otros diagnósticos	2.5.58.	La ecografía podrá ser útil para descartar restos placentarios, perforaciones uterinas, acretismo placentario, malformaciones arteriovenosas y sospechar perforación de víscera hueca.	Harris, 2020.
	2.5.59.	Dentro de las complicaciones traumáticas además de la rotura uterina deberán considerarse el acretismo placentario y las malformaciones arteriovenosas en mujeres o PCG con cesáreas o abortos quirúrgicos previos.	Harris, 2020.

3. Aspectos relacionados con la atención y anticoncepción

3.1. Recomendaciones para el acompañamiento integral posaborto

Consulta de seguimiento

- | | | |
|--------|---|--|
| 3.1.1. | Cuando el aborto fue inseguro o menos seguro , la atención posterior constituye una estrategia para disminuir la morbilidad asociada a estas complicaciones. | OMS, 2012. |
| 3.1.2. | En la consulta de seguimiento: <ul style="list-style-type: none">• se evaluará clínicamente la recuperación de la mujer o PCG;• se confirmará la evacuación uterina;• eventualmente, se realizará un examen clínico centrado en los síntomas y malestares que refiera;• se analizarán sus necesidades o se aclararán dudas con respecto a la anticoncepción;• se brindará información para el autocuidado;• se facilitará la referencia a la mujer o PCG a otros equipos de la red de cuidados, según sus necesidades, con un enfoque de salud integral. | Ipas, 2014;
OMS, 2014. |
| 3.1.3. | No existe evidencia que indique que un examen pélvico sea beneficioso cuando una mujer o PCG regresa para una consulta de seguimiento de rutina y se encuentra asintomática . | OMS, 2014;
Ipas, 2020;
DNSSR, 2021 |
| 3.1.4. | Cuando el aborto fue seguro y no hubo complicaciones puede no haber visita de seguimiento . Se debe informar sobre los servicios disponibles y las formas de acceso . | OMS, 2012. |
| 3.1.5. | Se recomienda una visita de control de rutina a los 7-14 días solo en el caso de aborto inducido realizado en forma ambulatoria en el que se haya utilizado misoprostol como único medicamento , para comprobar que se haya consumado el aborto .
En algunos casos, puede resultar importante mantener una consulta antes de ese tiempo para brindar mayor contención y acompañamiento en el proceso. | OMS, 2014;
OMS, 2019;
Ipas, 2020;
DNSSR, 2021 |
| 3.1.6. | Luego de un aborto médico con mifepristona y misoprostol no es necesario hacer controles de rutina. | OMS, 2014. |

Apoyo que deberían recibir las mujeres o PCG después del aborto²⁹	3.1.7.	Luego de un aborto quirúrgico no complicado no es necesario hacer controles de rutina.	OMS, 2014.
	3.1.8.	Aún en los casos en los que el seguimiento no sea obligatorio, se le puede ofrecer a la mujer o PCG una consulta de control opcional entre 7 y 14 días después de su procedimiento para continuar con el asesoramiento anticonceptivo y brindarle métodos o más apoyo emocional, o para conversar sobre sus inquietudes médicas.	OMS, 2014.
	3.1.9.	El seguimiento clínico y la información acerca de los cuidados necesarios es un punto de buena práctica.	NICE, 2020.
	3.1.10.	La información sobre los cuidados que debe darse en el momento del alta médica³⁰ debe contener: <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre los detalles del autocuidado. • Posibles complicaciones, sus signos y síntomas. • Qué hacer en cada caso. • Cuándo y dónde buscar ayuda, si la requiere. • Cuándo regresar si quedó alguna situación pendiente (por ej., anemia). 	OMS, 2014; RCOG, 2016; NICE, 2020.
	3.1.11.	Se considera que debe existir un sistema telefónico de consultas de urgencia las 24 h.	NAF, 2020.
	3.1.12.	La información debe proveerse en varios formatos: verbales, escritos y en video. ³¹	NICE, 2020.
	3.1.13.	Se deberá brindar información acerca de otros servicios disponibles , relativos a la salud sexual y reproductiva o a otras situaciones pendientes de la salud general detectadas. ³²	OMS, 2014; RCOG, 2016.

²⁹ Consultar también las recomendaciones en las **secciones 1.1., 1.2., 1.3. y 1.4. de este documento.**

³⁰ Considerar también estas recomendaciones **al momento del alta hospitalaria**, tanto para las personas que se internan para una **interrupción de la gestación como para aquellas que lo hicieron por complicaciones de aborto espontáneo o provocado.**

³¹ Recordar además los ajustes razonables y sistemas de apoyo adaptados a las necesidades de cada persona.

³² Por ejemplo, asesoramiento y exámenes por ITS/VIH, servicios de apoyo por abuso, servicios psicológicos o sociales, u otros especialistas de la medicina (OMS, 2014).

3.1.14.	Es recomendable explicar a la mujer, niña, adolescente o persona con otras identidades de género con capacidad de gestar que existe un rango amplio de emociones en torno al aborto, haciéndole saber dónde podría concurrir si considera la necesidad de apoyo emocional.	NICE, 2020.
3.1.15.	Las evidencias muestran que el apoyo emocional podría provenir de múltiples fuentes como amigos y familia, consejeros de equipos de salud o psicólogos.	NICE, 2020.
3.1.16.	Quienes integran los equipos de salud deberían estar preparados para ofrecer y proveer apoyo emocional posaborto.	NICE, 2020.

3.2. Recomendaciones para la anticoncepción posaborto³³

Ver criterios de elegibilidad para métodos anticonceptivos en el posaborto en Tablas 5 y 6 de la guía.

¿Cómo?

3.2.1.	Todas las mujeres o PCG que reciben atención posaborto deberían recibir consejería para la adopción de un método anticonceptivo.	Ipas, 2014; FSRH, 2017; FSRH, 2020.
3.2.2.	Se debería abordar una atención centrada en la persona para la elección de un método anticonceptivo posaborto, informar y acompañar las decisiones tomadas.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
3.2.3.	La consejería deberá guardar los criterios de privacidad y confidencialidad y elección informada además de respeto por los derechos sexuales y reproductivos teniendo en cuenta las necesidades emocionales y físicas de estas mujeres o PCG.	Ipas, 2020.
3.2.4.	La información completa y adecuada deberá incluir: efectos indeseados, modos de uso, beneficios y fallas de los métodos, además, de la recomendación de uso del condón para prevenir infecciones de transmisión sexual.	QCG, 2019.

³³ Para las recomendaciones acerca de la anticoncepción inmediata tras el evento obstétrico, consultar la guía correspondiente (DNSSR, 2021).

	3.2.5.	La información completa deberá ser dada en varios formatos y lenguajes que incluyan el audiovisual y el escrito , y respetar las expectativas, sentimientos, creencias y antecedentes socioeconómicos, culturales y psicológicos.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.6.	Se recomienda dar la oportunidad de una entrevista a solas para un abordaje que incluya preguntas o diagnóstico de violencia de género.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.7.	Toda mujer o PCG debe ser informada con respecto a que la ovulación puede ocurrir 2 semanas después de un aborto , con el consiguiente riesgo de embarazo.	OMS, 2015; NAF, 2020.
¿Cuándo?	3.2.8.	Es recomendación de buena práctica ofrecer y discutir sobre la anticoncepción al inicio y/o durante el proceso de un aborto.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.9.	Si es aceptada, la anticoncepción debe comenzar tan pronto como sea posible y antes de comenzar a tener relaciones sexuales.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.10.	Es de buena práctica informar que en la situación de posaborto es conveniente aplazar el inicio de relaciones sexuales con penetración vaginal hasta que cese el sangrado uterino .	DNSSR, 2019.
	3.2.11.	Después de un aborto quirúrgico , los anticonceptivos hormonales y no hormonales , incluidas la colocación del DIU y la esterilización femenina, se pueden iniciar inmediatamente .	OMS, 2018; Ipas, 2020.
	3.2.12.	Los métodos hormonales , tales como píldoras, parches, anillos, inyectables e implantes, se pueden iniciar el mismo día que inicia la primera tableta de aborto con medicamentos .	Ipas, 2020.
¿Quiénes?	Las recomendaciones se encuentran en los puntos 1.3.7. a 1.3.11.		
¿Qué?	3.2.13.	Se deberán usar los criterios de elegibilidad médica de la OMS para el uso de anticonceptivos.	OMS, 2015; DNSSR, 2019; Ipas, 2020.

	3.2.14.	Las mujeres o PCG deberían saber que cualquier método que elijan puede usarse con seguridad después de un aborto.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.15.	Las mujeres o PCG deberían saber que cualquier método de anticoncepción de emergencia puede ser usado con seguridad en el posaborto sin complicaciones ³⁴ .	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.16.	Las mujeres o PCG deberían saber que, luego de la evacuación quirúrgica de la cavidad uterina, un DIU puede ser colocado inmediatamente si no hay infección.	FSRH, 2017; OMS, 2018; FSRH, 2020.
	3.2.17.	Las mujeres o PCG deberían ser informadas de que los métodos reversibles de larga duración tienen una efectividad superior a los demás métodos.	FSRH, 2017; DNSSR, 2019; FSRH, 2020.
	3.2.18.	Las mujeres o PCG deberían saber que la contracepción de solo progestágenos (píldoras, implantes, DIU, inyectables) puede comenzar a usarse con seguridad luego de la evacuación uterina con medicamentos o quirúrgica.	FSRH, 2017; OMS, 2018; FSRH, 2020.
	3.2.19.	Las mujeres o PCG deberían saber que la contracepción hormonal combinada puede comenzar a usarse con seguridad luego de la evacuación uterina con medicamentos o quirúrgica.	FSRH, 2017; OMS, 2018; FSRH, 2020.
Equipos de salud y tomadoras/es de decisiones	3.2.20.	Quienes toman decisiones, gestoras/es clínicas/os y personal de salud deberían asegurarse de que haya una provisión completa de métodos anticonceptivos reversibles en los lugares donde se realice atención posaborto.	QCG, 2019.
	3.2.21.	Quienes toman decisiones y gestoras/es clínicas/os deberían asegurarse de que el personal de salud de los centros donde se realiza la atención posaborto tenga las habilidades necesarias para ofrecer y proveer todos los métodos anticonceptivos disponibles.	NICE, 2020.

³⁴ La anticoncepción hormonal de emergencia no tiene contraindicaciones, por lo que puede usarse aún luego de un aborto con complicaciones (OMS, 2018).

- | | | |
|---------|---|----------------------------|
| 3.2.22. | El personal de salud debería asegurarse de poder colocar un implante subdérmico al momento de la atención posaborto. | NICE, 2020. |
| 3.2.23. | El personal de salud debería asegurarse de poder insertar un DIU con cobre o liberador de levonorgestrel al momento de la atención posaborto. | NICE, 2020. |
| 3.2.24. | El personal de salud debería saber que la correcta inserción de un DIU o un implante subdérmico es conveniente y altamente aceptable para las mujeres o PCG y se ha asociado a altas tasas de continuación del método y disminución del riesgo de embarazo no intencional con respecto a la inserción tardía. | FSRH, 2017;
FSRH, 2020. |

0800 222 3444

<https://argentina.gob.ar/salud/saludsexual>
saludsexual@msal.gov.ar

