Lineamientos sobre Políticas Clínicas 2011

©2011 National Abortion Federation

1660 L Street, NW, Suite 450

Washington, DC 20036

www.prochoice.org

Se puede acceder a los Lineamientos sobre Políticas Clínicas de la Federación Nacional del Aborto en el sitio Web http://www.prochoice.org/pubs_research/publications/clinical_policy.html

La Federación Nacional del Aborto es la asociación profesional de proveedores de aborto de América del Norte. Nuestra misión es garantizar la provisión de servicios de aborto seguro, legal y accesible que promuevan la salud y la justicia para las mujeres.

Agradecemos a Erika Benton, traductora de este documento, y a Ipas México para su apoyo en el revisión final al español.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN iii

NOTA SOBRE EL FORMATO v

QUIÉN DEBE REALIZAR UN ABORTO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EDUCACIÓN Y CONSEJERÍA PARA LAS PACIENTES 3

CONTROL DE INFECCIONES 5

PRUEBA DE Rh Y ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINA Rh 7

LIMITACIONES AL USO DE LA SONOGRAFÍA EN SERVICIOS DE ABORTO 9

ABORTO CON MEDICAMENTOS EN ETAPAS TEMPRANAS DEL EMBARAZO 13

ABORTO QUIRÚRGICO EN EL PRIMER TRIMESTRE 17

- PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO 17
- PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO 17
- PROCEDIMIENTO POSTOPERATORIO 18

MANEJO DEL EMBARAZO DE LOCALIZACIÓN DESCONOCIDA 19

ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE POR LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL 23

- PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS 23
- PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO 23
- PROCEDIMIENTO POSTOPERATORIO 24

ABORTO CON MEDICAMENTOS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE 27

ANESTESIA 31

- DEFINICIONES 31
- PERSONAL Y MONITOREO 32

INSTALACIONES Y EQUIPO 34
ESPECTRO CONTINUO DE LOS NIVELES DE PROFUNDIDAD DE SEDACIÓN - ASA 36
DEFINICIÓN DEL ESTADO FÍSICO - ASA 38
NORMAS DE MONITOREO ANESTÉSICO BÁSICO - ASA 39
USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL ABORTO 42
PROFILAXIS PREOPERATORIA DE ENDOCARDITIS ADMINISTRADA AL MOMENTO DE REALIZARSE UN ABORTO QUIRÚRGICO 44
COMPLICACIONES: HEMORRAGIA 46
HEMORRAGIA PREOPERATORIA 46
HEMORRAGIA PERIOPERATORIA 46
HEMORRAGIA TARDÍA 47
COMPLICACIONES: PERFORACIÓN 50
ATENCIÓN POSTOPERATORIA 52
EVALUACIÓN DEL CONTENIDO EVACUADO DEL ÚTERO 54
MANEJO, ALMACENAMIENTO Y DISPOSICIÓN DEL TEJIDO FETAL 56
PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA 58

Federación Nacional del Aborto

LINEAMIENTOS SOBRE POLÍTICAS CLÍNICAS PARA 2011

INTRODUCCIÓN

La misión de la Federación Nacional del Aborto (NAF, por sus siglas en inglés) es garantizar la provisión de servicios de aborto seguro, legal y accesible a fin de promover la salud y la justicia para las mujeres. Parte importante de su labor es desarrollar y mantener lineamientos y normas basados en evidencia y educar a los proveedores en el uso de las técnicas y tecnologías más recientes. Los programas de la NAF permiten a las mujeres recibir servicios de aborto de la más alta calidad.

Como en versiones anteriores, la edición 2011 de los *Lineamientos sobre Políticas Clínicas* fueron desarrollados por consenso y con fundamento en una revisión rigurosa de literatura médica relevante y en resultados observados en pacientes. Su propósito es ofrecer bases para asegurar niveles continuos de calidad, contribuir a la disminución de costos y servicios innecesarios, ayudar a proteger a los proveedores contra demandas por malas prácticas, proporcionar educación médica continua y promover la investigación.

Los *Lineamientos sobre Políticas Clínicas* de la NAF se publicaron por primera vez en 1996 y se actualizan anualmente; se basan en la metodología descrita por el Dr. David Eddy en *A Manual for Assessing Health Practices and Designing Practice Policies: The Explicit Approach* (Manual para evaluar prácticas de salud y diseñar políticas para la práctica: Un enfoque explícito). Los lineamientos sobre políticas clínicas se definen como una serie de enunciados desarrollados sistemáticamente que ayudan a pacientes y proveedores a tomar decisiones que redunden en una atención adecuada a la salud. Representan un intento por extraer la esencia de un enorme conjunto de conocimientos médicos y plasmarlos en un formato conveniente y fácil de usar.

Cuando se conocen los resultados de una intervención, las opciones de los proveedores son limitadas, pero cuando dichos resultados y/o cuando las preferencias de los pacientes por esos resultados son inciertas o variables, se debe proporcionar a los proveedores la flexibilidad de adaptar una política dada a casos individuales. Para ello, se puede contar con tres tipos de políticas en función a la flexibilidad deseada: normas, recomendaciones y opciones.

1) Las **NORMAS** se deben aplicar rigurosamente y se deben observar prácticamente en todos los casos. Habrá pocas excepciones y difíciles de justificar.

2) Las **RECOMENDACIONES** tienen el propósito de orientar; aunque no poseen la fuerza de las normas, debe existir una justificación clínica, documentada y racional en los casos en que no se cumplan. Permiten cierta flexibilidad en el manejo clínico.

3) Las **OPCIONES** son neutrales con respecto a una decisión terapéutica; simplemente expresan que existen distintas intervenciones y que se pueden elegir distintas opciones. Pueden contribuir al proceso educativo y no requieren justificación.

Los *Lineamientos sobre Políticas Clínicas* de la NAF incluyen, de ser necesario, una lista alfabética de referencias citadas y bibliográficas en cada sección, así como material de discusión sobre las áreas más

controvertidas. Los lineamientos son documentos activos que se someten a revisión cada tres años o antes si se cuenta con nueva evidencia médica.

Nota: Los Lineamientos sobre Políticas Clínicas no pretenden educar a los integrantes de la NAF en cuestiones legales y regulatorias que podrían afectar la práctica del aborto. Se espera que administradores, personal y proveedores estén al tanto de su legislación local, estatal/provincial/territorial y nacional pertinente, de los requerimientos y limitaciones de sus responsabilidades individuales y del alcance de su práctica profesional. Se recomienda a los proveedores integrantes de la NAF asegurar que todo empleado tenga acceso a recursos adecuados de información y apoyo.

Referencias:

1. Eddy, DM. Clinical decision making: From theory to practice. Designing a practice policy: Standards, guidelines, and options. JAMA, 1990, 263:3077.
2. Eddy, DM. A Manual for Assessing Health Practices and Designing Practice Policies: The Explicit Approach. Philadelphia: American College of Physicians, 1992.
3. Field, M & Lohr, K (Eds). Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
4. Garnick, D, et al. Can practice guidelines reduce the number and costs of malpractice claims? JAMA, 1991, 266:2856.
5. Hadorn, D, et al. An annotated algorithm approach to clinical guideline development. JAMA, 1992, 267:3311.
6. Hayward, RS, et al. Users' guide to the medical literature VIII: How to use clinical practice guidelines; A. Are the recommendations valid? JAMA, 1995, 274:570.
7. James, BC. Implementing Practice Guidelines through Clinical Quality Improvement. Frontiers of Health Services Management, 1993, 10: 1.
8. Leape, LL. Practice guidelines and standards: An overview. Qual. Rev. Bull., 1990, 161:42.
9. Meeker, CI. A consensus-based approach to practice parameters. Obstet.Gynecol., 1992, 79:790.
10. Walker, RD, et al. Medical Practice Guidelines. West J. Med, 1994, 161: 39.
11. Woolf, SH. Practice Guidelines: A New Reality in Medicine. I. Recent Developments. Arch Intern Med, 1990, 150: 1811.
12. Woolf, SH. Practice Guidelines: A New Reality in Medicine. II. Methods of Developing Guidelines. Arch Intern Med, 1992, 152: 946.
13. Woolf, SH. Practice Guidelines: A New Reality in Medicine. III. Impact on Patient Care. Arch Intern Med, 1993, 153: 2646.

rev. octubre de 2010

NOTA SOBRE EL FORMATO

De acuerdo con lo presentado en esta publicación, las Normas, las Recomendaciones y las Opciones son de carácter jerárquico. Por consiguiente, se espera que las prácticas clínicas ofrezcan el mayor nivel de orientación disponible respecto a una situación determinada. Para aclarar las relaciones de Recomendaciones y/u Opciones subordinadas a Normas y/o Recomendaciones de mayor nivel, los lineamientos de la NAF se enumeran y formatean de acuerdo al siguiente esquema:

Dentro de cada tema principal, las Normas se enumeran de manera consecutiva (por ejemplo: Norma 1).

Las Recomendaciones también se enumeran consecutivamente dentro de cada tema principal. La numeración la expresan los números colocados a la derecha del punto decimal (por ejemplo: Recomendación 0.1). Cuando una Recomendación aparece a continuación de una Norma o se relaciona con ella, la Recomendación aparece con sangría debajo de la Norma y el número de esa Norma se presenta a la izquierda del punto decimal (por ejemplo: Recomendación 1.1). Cuando la Recomendación es independiente y no se relaciona con una Norma específica, no se usa sangría y se utiliza un cero a la izquierda del punto del decimal (por ejemplo: Recomendación 0.1).

Los números consecutivos que denotan a las Opciones dentro de cada tema principal se representan con el segundo número que aparece a la derecha del punto decimal (por ejemplo: Opción 0.01). Cuando una Opción se presenta a continuación de una Norma o Recomendación, aparece con sangría debajo de esa Norma o Recomendación y el número que la identifica es el que se encuentra a la izquierda del punto decimal. Si la Opción se relaciona con una Norma o Recomendación, aparece con sangría debajo de esa Norma o Recomendación y el número que la identifica es el primero que se encuentra a la derecha del punto decimal (por ejemplo: Opción 1.01, Opción 1.11, Opción 0.11). Cuando la Opción es independiente y no se relaciona con una Norma o Recomendación específica, no se usa sangría y aparecen ceros en esas posiciones (por ejemplo: Opción 0.01).

QUIÉN DEBE REALIZAR UN ABORTO

Política: El aborto es un procedimiento seguro cuando lo realizan profesionales calificados.

Norma 1: El aborto lo deben practicar médicos titulados o proveedores de nivel medio titulados/certificados/registrados que hayan recibido capacitación en la provisión de servicios de aborto, de conformidad con lo establecido en la ley.

Norma 2: Todo proveedor que practique un aborto debe recibir capacitación para la realización de dicho procedimiento y para la prevención, reconocimiento y manejo de complicaciones.

Recomendación 0.1: Cuando los abortos los realizan proveedores de práctica avanzada como asistentes médicos, enfermeras profesionales o enfermeras parteras certificadas, se recomienda contar con protocolos médicos conforme al alcance de las prácticas clínicas contempladas en la ley.

Recomendación 0.2: Se recomienda contar con servicios de referencia adecuados para pacientes que no se puedan atender en el centro de salud al que acudan..

rev. diciembre de 2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO, EDUCACIÓN Y CONSEJERÍA PARA LAS PACIENTES

Política: Obtener el consentimiento informado de la paciente y determinar si tomó libremente la decisión de someterse a un aborto, son partes esenciales del proceso de aborto.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Norma 1: El proveedor debe asegurarse de proporcionar información precisa sobre los riesgos, beneficios y posibles complicaciones del aborto.

Opción 1.01: Dicha información se puede proporcionar individualmente o en sesiones de grupo.

Norma 2: Se debe documentar que la paciente dice entender el procedimiento y sus opciones, así como los posibles riesgos, beneficios y complicaciones; que su decisión no es forzada, y que está preparada para someterse a un aborto.

EDUCACIÓN Y/O CONSEJERÍA PARA LAS PACIENTES

Norma 3: Se debe ofrecer a toda paciente la oportunidad de tratar en privado aspectos e inquietudes relacionados con su aborto.

Norma 4: Las pacientes se deben someter al aborto lo más rápidamente posible, de conformidad con prácticas médicas adecuadas.

Norma 5: El centro de salud debe contar con información sobre procedimientos clínicos, atención postaborto y anticoncepción y ponerla a disposición de las pacientes.

Norma 6: Debe tomarse toda precaución posible, dentro de lo razonable, para garantizar la confidencialidad de la paciente.

Discusión: El consentimiento informado y la consejería para pacientes de aborto son dos procesos diferentes. El objetivo del primero es asegurar que la decisión de la mujer sea voluntaria e informada y obtener el permiso legal para la realización del aborto.

El servicio de educación o consejería consiste en hablar con la paciente sobre sus sentimientos e inquietudes y puede incluir apoyo para la toma de decisiones y la elección de métodos anticonceptivos, clarificación de valores o servicios de referencia a otros profesionales de la salud. Se recomienda contar con la posibilidad de referir a la mujer a servicios comunitarios en caso necesario o cuando sus necesidades rebasen las habilidades del personal clínico.

Cuando un tercero pague el aborto, se le deberán proporcionar algunos datos confidenciales. De conformidad con leyes y reglamentos aplicables, podría ser necesario informar a la paciente que se revelarán algunos de sus datos y obtener su autorización para ello.

Referencias:

1. Baker, A. Abortion and Options Counseling: A Comprehensive Reference. Granite City, Illinois: The Hope Clinic for Women, 1995.

2. Benson Gold, R. & Nash, E. State abortion counseling policies and the fundamental principles of informed consent, Guttmacher Policy Review, 2007, 10(4), 8-13.

3. Needle, R. & Walker, L. Abortion Counseling: A Clinician's Guide to Psychology, Legislation, Politics, and Competency. Springer Publishing Co., 2008.

4. Baker, A, et al. Informed Consent, Counseling and Patient Education. In Paul, M. et al. (Eds.), A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999.

rev. diciembre de 2010

CONTROL DE INFECCIONES

Política: El personal de salud y sus pacientes corren el riesgo de exponerse a patógenos de transmisión sanguínea y a materiales potencialmente infecciosos. Dichos materiales pueden llegar a las pacientes cuando no se observan controles adecuados de ingeniería y prácticas de trabajo que eliminen dicho riesgo.[A]

Norma 1: Deben establecerse y observarse planes de control de exposición, de conformidad con reglamentos locales, estatales/provinciales/territoriales y federales aplicables.

Discusión: Las políticas de agencias regulatorias (OSHA, CCOHS, etc.) pueden ayudar a desarrollar planes para proteger al personal y a las pacientes contra la exposición a materiales potencialmente infecciosos. Dichos planes deben incluir técnicas adecuadas para recolección, etiquetado y desecho de materiales biológicos peligrosos. Las clínicas deben proteger a empleados y pacientes contra la exposición inadvertida a materiales biológicos peligrosos al proporcionarles equipo de protección, vacunas contra la hepatitis B, evaluaciones después de la exposición, profilaxis (según el caso), seguimiento y programas anuales de capacitación sin costo.

Referencias:

1. Centers for Disease Control, U.S. Department of Health and Human Services (2003). Exposure to blood: What healthcare personnel need to know. Available at: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/bbp/Exp_to_Blood.pdf

2. Claflin, N, Hayden, C (1998). National Association for Healthcare Quality Guide To Quality Management, Glenview, IL.

3. Occupational Safety and Health Administration, U.S. Department of Labor (last reviewed 2007). Bloodborne pathogens and needlestick prevention. Available at: http://www.osha.gov/SLTC/bloodbornepathogens/index.html

4. Occupational Safety and Health Administration, U.S. Department of Labor (2001; last amended 2006) Standard 1910.1030: Bloodborne Pathogens. Available at: http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=STANDARDS&p_id=10051

5. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. 51(RR16); 1-44.

[A] Control de ingeniería: Tecnología y equipo disponibles que aíslan o eliminan riesgos del lugar de trabajo, tales como contenedores de desecho de objetos punzocortantes.
Control de prácticas de trabajo: Cambio en la manera de efectuar una tarea para reducir la probabilidad de exposiciónsición de los empleados a sangre o a materiales potencialmente infecciosos.

PRUEBA DE Rh Y ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINA Rh

Política: La aloinmunización Rh es un riesgo importante para la salud de mujeres con Rh negativo que se someten a un aborto.

Norma 1: Se debe documentar si la paciente de aborto es Rh positivo o negativo.
a. Ese dato se puede obtener mediante pruebas realizadas en el centro de salud o por proveedores externos.
b. No es necesario realizar una prueba para descartar la presencia de D débil (Du).

Norma 2: Se debe ofrecer y documentar la administración de inmunoglobulina Rh a las mujeres con Rh(-).

Norma 3: Si no se administra inmunoglobulina Rh en el centro de salud, se requerirá contar con alguno de los siguientes documentos:
a. Exención de responsabilidad firmado por la paciente que se rehúsa a recibir inmunoglobulina Rh;
b. Documentación que confirme que la paciente hizo otros arreglos para su administración

Discusión: En pacientes con Rh(-), la inmunoglobulina Rh se administra mediante una inyección intramuscular estándar; algunos médicos la inyectan en el cuello uterino.

Referencias:

1. ACOG practice bulletin. Prevention of Rh D alloimmunization. Number 4, May 1999. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetrics and Gynecology.
2. Jabara, S, Barnhart, K. Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion? A review. Am J Obstet Gynecol 2003; 188 (3): 623-7. Review.
3. Baskett, TF. Prevention of Rh alloimmunization: A cost-benefit analysis. Can. Med. Assoc. J., 1990, 142:337.
4. Bowman, J. The prevention of Rh immunization. Transfusion Med. Rev., 1988, 2:129.
5. Chavez, GFP. Epidemiology of Rh hemolytic disease of the newborn in the United States. JAMA, 1991, 263:3270.
6. Commentary: Immunoprophylaxis for Rhesus disease - Expensive but worth it. Brit. J. Obstet. Gynecol., 1991, 98:509.
7. Gibble, JW. Maternal immunity to red cell antigens and fetal transfusion. Cl. Lab. Med., 1992, 12:553.
8. Roberts, H. The use of anti-D prophylaxis in the management of miscarriage in general practice. Health Bull., 1991, 49:245.

rev. diciembre de 2008

LIMITACIONES AL USO DE LA SONOGRAFÍA EN SERVICIOS DE ABORTO

Política: El uso adecuado del ultrasonido puede orientar la toma de decisiones clínicas y mejorar la seguridad y eficacia de los servicios de aborto.

Norma 1: Los miembros del personal que realicen estudios de ultrasonido y los proveedores que los interpreten deben mostrar documentos que confirmen que han concluido el programa de capacitación correspondiente o deberán capacitarse mediante un curso desarrollado por el centro de salud donde laboren. La capacitación debe incluir un periodo de supervisión directa. Se debe conservar la documentación de la capacitación recibida y después del programa inicial se deberá implantar y documentar un sistema de evaluación continua de habilidades.

Opción 1.01: El CD-ROM de Capacitación en el Uso de Ultrasonido en los Servicios de Aborto, desarrollo por ARMS, NAF y CAPS, es un buen recurso de capacitación y se puede utilizar como parte de cualquier programa.[5]

Norma 2: Se debe contar con un sistema de privilegios clínicos para personal que realice exploraciones ecográficas y proveedores que las interpreten. El sistema debe incluir la revisión y renovación periódica de los privilegios.

Norma 3: Se debe informar a las pacientes sobre el propósito y limitaciones de los estudios de ultrasonido utilizados como parte de los servicios de aborto.

Opción 3.01: Dicha información se proporcionará por escrito y se podría solicitar a la paciente que firmara un formato como acuse de recibo de la misma.

Norma 4: Los hallazgos de todos los estudios de ultrasonido y su interpretación se deben incluir en el archivo médico, junto con fotografías o imágenes ecográficas almacenadas mediante cualquier otro método.[3] La documentación debe incluir también el nombre del miembro o miembros del personal que realizaron e interpretaron el estudio.

Recomendación 4.1: Se recomienda utilizar un formato estándar para documentar los hallazgos y la interpretación de los estudios.

Norma 5: Durante el primer trimestre, el estudio de ultrasonido debe incluir lo siguiente:

a. examen completo del útero, incluidos cortes en los planos longitudinal y transversal;
b. mediciones para documentar la edad gestacional;
c. vistas para documentar la localización del embarazo;
d. determinación del número de fetos, y
e. determinación de la presencia o ausencia de actividad cardiaca fetal.

Recomendación 5.1: De ser indicado desde el punto de vista clínico, se recomienda realizar y documentar una evaluación de las demás estructuras pélvicas (i.e. anexos del útero y fondo de saco).

Recomendación 5.2: Se recomienda contar con tecnología para realizar exámenes abdominales y transvaginales.

Norma 6: En el segundo trimestre, el estudio de ultrasonido debe incluir lo siguiente:

a. mediciones fetales para documentar la edad gestacional;
b. vistas para documentar la localización intrauterina del embarazo;
c. determinación del número de fetos;
d. determinación de la presencia o ausencia de actividad cardiaca fetal, y
e. ubicación de la placenta.

Recomendación 6.1: Si se sospecha placenta previa en una paciente con cicatriz uterina previa o la existencia de otra anormalidad placentaria, se debería referir a la paciente para estudios más detallados de imaginería diagnostica.

Norma 7: Se debe contar con un procedimiento para referir o evaluar más detalladamente a una paciente en quien no se haya identificado plenamente un embarazo intrauterino o para la cual los hallazgos iniciales del ultrasonido pudieran afectar el manejo del aborto o la atención que se le proporcione en el futuro.

Norma 8: Se deben utilizar ecógrafos que operen en tiempo real y se les debe calibrar y dar mantenimiento de manera adecuada.

Norma 9: Los transductores de los ecógrafos se deben desinfectar antes de examinar a una nueva paciente de acuerdo con las normas aplicables de control de infecciones.[4] Se deben tomar precauciones adecuadas para proteger tanto al personal como a las pacientes contra la posible toxicidad de los agentes químicos.

Discusión: El uso de ultrasonido no es un requerimiento para la provisión de servicios de aborto en el primer trimestre. Sin embargo, al paso de los años y en especial en escenarios de mayores recursos, se le ha utilizado de manera generalizada. Cumplir con las normas de la NAF sobre las limitaciones del uso de ultrasonido dentro de los servicios de aborto mejorará la precisión y confiabilidad de los hallazgos ecográficos para ese fin y por ende la calidad de la atención.

Según el Instituto Americano del Ultrasonido en Medicina (AIUM, por sus siglas en inglés), en colaboración con el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y el Colegio Americano de Radiología (ACOG y ACR, por sus siglas en inglés, respectivamente),[3] se realiza un "examen ecográfico limitado" cuando se requiere investigar una cuestión específica. Además de usarse para determinar la edad y ubicación

gestacionales, el examen limitado también puede resultar de utilidad en la atención intraoperatoria y postaborto, bajos ciertas circunstancias.[A]

Referencias:

1. ACOG Practice Bulletin # 101, February 2009: Ultrasonography in Pregnancy. American College of Obstetrics and Gynecology.

2. AIUM Official Statement: Limited Obstetrical Ultrasound. Approved November 2009. American Institute of Ultrasound in Medicine.

3. AIUM Practice Guideline for the Performance of Obstetric Ultrasound Examinations. 2007. American Institute of Ultrasound in Medicine.

4. AIUM Guidelines for Cleaning and Preparing Endocavitary Ultrasound Transducers Between Patients. 2003. American Institute of Ultrasound in Medicine.

5. Deutchman M, Reeves M, M Fjerstad et.al. Ultrasound in Abortion Care Training Program (CD-ROM and Workbook). 2007. Affiliates Risk Management Services, Inc.

6. Menihan, CM. Limited Sonography in Obstetric and Gynecologic Triage. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1998.

7. Nursing Practice Competencies and Educational Guidelines for Limited Ultrasound Examinations in Obstetric and Gynecologic/Infertility Settings. 1993. Carol Ann Gorman, Chairperson. Association of Women's Health, Obstetric and Gynecologic and Neonatal Nursing.

[A] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para el Aborto con Medicamentos en Etapas Tempranas del Embarazo, el Aborto por LUI en el Segundo Trimestre y la Evaluación del Contenido Evacuado del Útero.

ABORTO CON MEDICAMENTOS EN ETAPAS TEMPRANAS DEL EMBARAZO

Política: La inducción con medicamentos es un método eficaz para realizar un aborto en etapas tempranas del embarazo. La consejería y seguimiento adecuados mejorarán los niveles de seguridad y aceptabilidad del procedimiento.

Norma 1: Se debe obtener y documentar la historia clínica pertinente.

Norma 2: Se debe documentar la confirmación del embarazo.

Norma 3: La paciente debe recibir información sobre la eficacia, efectos secundarios y riesgos del procedimiento, especialmente los riesgos de hemorragia severa e infección.

Norma 4: La paciente debe recibir información sobre la necesidad de asegurarse de que ya no está embarazada y sobre la teratogenicidad asociada a los medicamentos que se utilizarán.

Norma 5: Las instrucciones proporcionadas a las pacientes deben incluir información sobre el uso de medicamentos en casa y los síntomas de complicaciones del aborto.

Recomendación 5.1: Es recomendable que todas las pacientes reciban instrucciones por escrito.

Norma 6: Se debe informar a la paciente que se le recomendará someterse a un aborto quirúrgico en caso de fallar el aborto con medicamentos y se debe documentar la respuesta de la paciente.

Norma 7: El centro de salud debe proporcionar un servicio de emergencia disponible las veinticuatro horas al que la paciente se pueda comunicar. También se debe ofrecer o asegurar la referencia de las pacientes a servicios de aspiración uterina de ser necesario.

Norma 8: Debe comprobarse y documentarse la edad gestacional.

Recomendación 8.1: Cuando existan discrepancias sustanciales entre lo observado en la exploración física y la FUM, se usará ultrasonografía y un cuadro consistente de medidas fetales que haya sido publicado, para confirmar y documentar la edad gestacional.

Opción 8.01: Se podría utilizar ultrasonografía de manera rutinaria.

Norma 9: De no haberse confirmado con ultrasonido la presencia de un embarazo intrauterino, se debe considerar la posibilidad de un embarazo ectópico. Como mínimo, la evaluación incluirá la historia clínica y el examen físico de la paciente y podría requerir también serología, sonografía y examen del contenido evacuado del útero por aspiración, así como seguimiento

documentado mediante la resolución del caso clínico o la transferencia de la atención médica.[3]

Norma 10: Se debe considerar la comodidad de la paciente durante el procedimiento de aborto.

Opción 10.01: Se podría utilizar analgesia u otras medidas de alivio de ser necesario, a menos que existan contraindicaciones.

Norma 11: Cuando concluya el proceso de aborto, la evacuación se deberá documentar con ultrasonografía, pruebas hCG o por medios clínicos. Si la paciente no se presenta al seguimiento según lo previsto, el personal clínico debe documentar las veces que haya intentado comunicarse con ella para asegurar que el proceso de aborto haya concluido. Todos los intentos de comunicación con la paciente (llamadas telefónicas y cartas) se deben documentar en su expediente médico.

Recomendación 11.1: Se recomienda utilizar ultrasonografía para determinar si el proceso de aborto ha concluido, en los casos en que no se presente sangrado después de los medicamentos.

Opción 11.01: Se podría utilizar ultrasonografía de manera rutinaria.

Norma 12: Se debe ofrecer inmunoglobulina Rh de conformidad con los lineamientos de políticas sobre el Rh.[4]

Recomendación 0.1: Se recomienda usar un esquema de mifepristona[5] y misoprostol vaginal, bucal o sublingual para gestaciones de hasta 63 días.[5, 9]

Recomendación 0.2: Se recomienda usar un esquema de mifepristona[C] y misoprostol oral para gestaciones de hasta 56 días.

Recomendación 0.3: Cuando no se disponga de mifespristona, se recomienda usar un esquema de metotrexato y misoprostol para gestaciones de hasta 63 días.[1]

Recomendación 0.4: Cuando no se disponga de mifespristona, se recomienda usar misoprostol para gestaciones de hasta 63 días. Los esquemas combinados resultan más efectivos que los que utilizan sólo la prostaglandina.[1]

Recomendación 0.5: Se deben obtener los valores de Hct o Hgb en mujeres con antecedentes importantes de anemia.[6]

---

[3] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para el Manejo del Embarazo de Localización Desconocida.
[4] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Pruebas de Rh y para la Administración de Inmunoglobulina Rh.
[5] Se deben usar abortivos solamente dentro de esquemas establecidos, de conformidad con protocolos de aceptabilidad, seguridad y eficacia demostradas en publicaciones de investigación clínica. Si desea mayor información, consulte el protocolo de la NAF para el uso de mifepristona/misoprostol para el aborto con medicamentos en etapas tempranas del embarazo.

Recomendación 0.6: Se debe llevar a cabo la revisión de los signos vitales (por ejemplo: presión arterial, pulso y temperatura) y la exploración física de acuerdo con la historia clínica y los síntomas de la paciente.

Discusión: Muchas pacientes prefieren los métodos farmacológicos para la interrupción de un embarazo temprano en lugar de la aspiración. El aborto con medicamentos tiene varias ventajas para las pacientes. Evita la cirugía y la anestesia y ofrece a las mujeres una participación y control más activos del proceso de aborto. Por otro lado, el aborto con medicamentos es menos efectivo que el aborto quirúrgico (90 a 98% versus 99% o más de efectividad), es más prolongado y puede requerir más visitas al centro de salud.

Los resultados de estudios de gran alcance han demostrado la seguridad y eficacia de un esquema combinado de metotrexato o mifepristona con misoprostol para la interrupción temprana del embarazo. Sin embargo, los métodos de inducción con medicamentos siguen evolucionando. Los investigadores continúan explorando diversos agentes farmacológicos, esquemas de dosificación, vías de administración, en qué edades gestacionales se pueden utilizar y los protocolos ideales para su empleo.

La mifepristona se administra por vía oral. Los primeros ensayos clínicos exploraron una dosis de 600 mg, pero estudios adicionales indican que 200 mg son de eficacia general comparable. El esquema con metotrexato más estudiado incluye 50 mg/m2 (área de superficie corporal) administrado por vía intramuscular, la misma dosis que se usa en el tratamiento del embarazo ectópico temprano sin ruptura. Un estudio encontró que el uso de una dosis estándar de 75 mg IM era de eficacia similar, pero los resultados requieren confirmación. La investigación también indica que administrar metotrexato oral en dosis de 25 a 50 mg es de eficacia aceptable.

Asimismo, se observa una evolución en la información sobre tipos, dosis y vías de administración de prostaglandinas utilizadas en los esquemas de aborto con medicamentos. Entre las prostaglandinas de mayor eficacia utilizadas en esquemas europeos de interrupción de embarazos tempranos se encuentran el gemeprost y la sulprostona, aunque esta última se descontinuó por producir efectos cardiovasculares adversos. Dichas prostaglandinas no se encuentran disponibles en los Estados Unidos. Actualmente, la prostaglandina más utilizada es el misoprostol por ser eficaz, de precio accesible y estable a temperatura ambiente, además de haber sido aprobado por la FDA para otras indicaciones.

La administración del misoprostol por vía bucal produce un efecto fisiológico en el útero similar al producido con la administración vaginal y también es muy efectivo para inducir abortos en gestaciones de hasta 63 días. Tanto la administración bucal como la sublingual del misoprostol se asocian a una mayor frecuencia de escalofríos. Los resultados de un estudio retrospectivo a gran escala sugieren que cambiar la vía de administración del misoprostol de vaginal a bucal después de usar mifespristona se asoció a una menor incidencia de casos de infección severa, aunque el riesgo absoluto es bajo.[2] La efectividad del aborto con medicamentos disminuye al avanzar la edad gestacional.

[6] Al hacer un balance de riesgos, costos y resultados, se encontró que el valor preoperatorio de Hct tenía una significancia estadística relativamente cuestionable en la prevención de morbilidad y mortalidad en el primer trimestre del embarazo, en mujeres sanas, sin antecedentes de anemia ni procesos de enfermedad importantes.

Si bien en los ensayos clínicos importantes sobre aborto con medicamentos en los Estados Unidos se utilizó sonografía transvaginal de manera rutinaria para determinar y monitorear la edad gestacional, los extensos estudios realizados en Francia se basaron más en la evaluación clínica y el monitoreo del nivel de hCG y reservaron el uso de la sonografía para casos de incertidumbre respecto a fechas o resultados. La sonografía evita cálculos erróneos que arrojen una edad gestacional menor a la real, permite confirmar si ha concluido el proceso de aborto y ayuda a diagnosticar embarazos ectópicos. Sin embargo, no se han efectuado ensayos aleatorizados para evaluar los efectos de la sonografía o de la evaluación clínica en los resultados del aborto con medicamentos.

Los lineamientos sobre políticas clínicas presentados en esta sección incluyen recomendaciones sobre los límites de edad gestacional, con fundamento en la investigación más reciente y basada en evidencia.

La inducción farmacológica del aborto es una alternativa importante al aborto quirúrgico en algunas circunstancias. Por ejemplo, podría utilizarse con éxito cuando existen anomalías uterinas congénitas o fibromas que limitan el acceso quirúrgico al saco gestacional. El uso de prostaglandinas como el misoprostol podría también evitar la necesidad de cirugía en casos de aborto espontáneo incompleto

Referencias:

1. Aldrich T, Winikoff B. Does methotrexate confer a significant advantage over misoprostol alone for early medical abortion? A retrospective analysis of 8678 abortions. BJOG. 2007 May;114(5):555-62.

2. Fjerstad, M, Trussell, J, Sivin, I, Lichtenberg, ES, & Cullins, V. New England Journal of Medicine, 2009, 361(2):145.

3. Gracia CR, Barnhart KT. Diagnosing ectopic pregnancy: Decision analysis comparing six strategies. Obstet Gynecol. 2001 Mar; 97(3):464-70.

4. Paul, M & Creinin, MD (Eds). Supplement on Medical Abortion. Am J Ob Gyn, 2000, 183:S1-S94.

5. Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Friptu V, Bracken H, Winikoff B. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. Contraception. 2009 Feb;79(2):84-90.

6. Shannon, C, Wiebe, E, Jacot, F, Guilbert, E, Dunn, S, Sheldon, W, Winikoff, B. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: A randomised trial. BJOG 2006; 113:621–628.

7. Speroff, L, Fritz, MA (2005). Ectopic pregnancy. In Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 7th ed., pp. 1275–1302. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

8. Stovall, TG, Ling, FW, Buster, JE. Nonsurgical diagnosis and treatment of tubal pregnancy. Fertility and Sterility 1990; 54; 537-538. Algorithm adapted by the University of Tennessee Medical Center and reproduced in Paul, M, et al (Eds.), A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999:163.

9. Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, Crowden WA, Goldberg AB, Gonzales J, Howe M, Moskowitz J, Prine L, Shannon CS. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2008 Dec;112(6):1303-10

rev. octubre de 2009

ABORTO QUIRÚRGICO EN EL PRIMER TRIMESTRE

Política: El aborto legal es uno de los procedimientos quirúrgicos más seguros y al observar los siguientes lineamientos se incrementa su nivel de seguridad.

PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO

Norma 1: Se debe obtener y documentar la historia clínica pertinente.

Norma 2: Se debe documentar la confirmación del embarazo.

Norma 3: Se debe verificar y documentar la edad gestacional.

Opción 3.01: El uso de ultrasonografía y de un cuadro consistente de medidas fetales que haya sido publicado puede ser de valor clínico para verificar la presencia de un embarazo intrauterino y la edad gestacional.

Norma 4: Si el ultrasonido no confirma la presencia de una gestación intrauterina, se deberá considerar que el embarazo es ectópico. Como mínimo, la evaluación deberá incluir historia clínica y exploración física y se podría requerir también serología, sonografía y examen del contenido del útero evacuado por aspiración, así como seguimiento documentado mediante resolución del caso clínico o la transferencia de la atención médica.[A]

Recomendación 0.1: Se deben obtener los valores de Hct o Hgb en mujeres con antecedentes importantes de anemia.[B]

Recomendación 0.2: Se deben revisar los signos vitales (por ejemplo: presión arterial, pulso y temperatura) y la exploración física de acuerdo con la historia clínica y los síntomas de la paciente.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Norma 5: Se debe considerar la comodidad de la paciente durante el procedimiento.

Recomendación 5.1: Se podría ofrecer analgesia u otras medidas de alivio, a menos que existan contraindicaciones.[C]

Norma 6: Se deberán esterilizar todos los instrumentos que se introduzcan a la cavidad uterina.

[A] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para el Manejo del Embarazo de Localización Desconocida.

[B] Al hacer un balance de riesgos, costos y resultados, se encontró que el valor preoperatorio de Hct tenía una significancia estadística relativamente cuestionable en la prevención de morbilidad y mortalidad en el primer trimestre del embarazo, en mujeres sanas, sin antecedentes de anemia ni procesos de enfermedad importantes.

[C] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para el Uso de Anestesia.

Opción 0.01: Se podría limpiar la vagina con un agente bactericida.

Opción 0.02: Se puede usar ultrasonografía durante el procedimiento para localizar restos fetales y ayudar a su extracción, así como para verificar que el útero esté intacto y que su contenido haya sido evacuado.

Recomendación 0.3: Se recomienda dilatar el cuello uterino suave y gradualmente.

Opción 0.31: Se podría lograr una dilatación adecuada con dilatadores osmóticos o misoprostol.

Opción 0.32: A una edad gestacional muy temprana, se podría facilitar la dilatación cervical al retrasar el procedimiento.

PROCEDIMIENTO POSTOPERATORIO

Norma 7: Se debe comprobar y documentar que se haya completado el procedimiento.[D]

Norma 8: Se debe ofrecer inmunoglobulina Rh de conformidad con los lineamientos de políticas sobre el Rh.[E]

Norma 9: Se deben observar los Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Atención Postoperatoria.[F]

Referencias:

1. Stovall, TG, Ling, FW, Buster, JE. Nonsurgical diagnosis and treatment of tubal pregnancy. Fertility and Sterility 1990;54; 537-538. Algorithm adapted by the University of Tennessee Medical Center and reproduced in Paul, M, et al. (Eds.), A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999:163.

2. Speroff L, Fritz MA (2005). Ectopic pregnancy. In Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 7th ed., pp. 1275–1302. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

3. Gracia CR, Barnhart KT. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies. Obstet Gynecol. 2001 Mar; 97(3):464-70.

rev. diciembre de 2008

[D] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para la Evaluación del Contenido Evacuado del Útero.
[E] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para la Administración de Pruebas de Rh y de Inmunoglobulina Rh.
[F] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Atención Postoperatoria.

MANEJO DEL EMBARAZO DE LOCALIZACIÓN DESCONOCIDA

Política: La identificación temprana de un embarazo ectópico reducirá la morbilidad asociada a la ruptura del mismo y aumentará las probabilidades de éxito del manejo no quirúrgico.

Norma 1: Se debe evaluar la historia clínica y el examen físico de la paciente para determinar el riesgo de implantación ectópica de un embarazo temprano. Ciertos signos y síntomas, como el sangrado vaginal y/o el dolor pélvico, deberían alertar a los proveedores acerca de la importancia de apegarse a políticas y procedimientos diseñados para descartar un embarazo ectópico.

Opción 1.01: Además del examen físico, la evaluación podría incluir:

a. sonografía;
b. aspiración uterina;
c. análisis cuantitativos seriados de hCG.

Recomendación 1.1: Todo centro de atención médica debería contar con un protocolo por escrito para evaluar casos de embarazo ectópico.

Opción 1.11: Los algoritmos clínicos para la evaluación de un posible embarazo ectópico pueden ser útiles para la preparación de los protocolos de práctica.[1,2,3]

Recomendación 1.2: Se recomienda que todo el personal relevante del centro de salud se encuentre familiarizado con el protocolo.

Norma 2: Se debe evaluar a la paciente para determinar la presencia de embarazo ectópico en los siguientes casos:

a. la ultrasonografía transvaginal no muestra embarazo intrauterino y el análisis cuantitativo de hCG en suero excede los 2000 mUI/ml;[A] o
b. la ultrasonografía abdominal no muestra embarazo intrauterino y el análisis cuantitativo de hCG en suero excede los 3600 mUI/ml; o
c. se encuentra una masa anexial sospechosa en el ultrasonido o en el examen pélvico; o
d. no se llevó a cabo ninguna sonografía antes del aborto que revele la presencia de un embarazo intrauterino y se observa sangrado mínimo o ninguno en respuesta a los medicamentos para aborto o no se identifican productos de la concepción en el contenido del útero evacuado por aspiración.[B]

[A] Todos los valores hCG usados en este documento se basan en la Tercera Norma Internacional, conocida originalmente como la Primera Preparación Internacional de Referencia.

[B] Se confirma un embarazo intrauterino cuando el ultrasonido revela la presencia de un saco gestacional con saco vitelino o cuando se identifican vellosidades coriónicas en el contenido del útero evacuado por aspiración. La confirmación sonográfica o tisular de un embarazo intrauterino disminuye en mucho las probabilidades de un embarazo ectópico concurrente en gestaciones concebidas de manera natural (1/4,000 – 1/8,000).[4–6]

Norma 3: Todas las pacientes con embarazo de localización desconocida deben recibir información sobre la posibilidad de presentar un embarazo ectópico y sus síntomas y peligros asociados, así como contar con un plan que establezca cuándo y cómo solicitar atención médica de emergencia. Todo ello se debería documentar en el archivo médico.

Recomendación 3.1: Se recomienda que todo centro de atención cuente con folletos educativos para las pacientes, donde se describan los signos de alerta de un embarazo ectópico; en el archivo médico se debería registrar que la paciente ha recibido el folleto.

Norma 4: No se debe eximir a la paciente del seguimiento hasta que:
a. se haya descartado un diagnóstico de embarazo ectópico,
b. se haya asegurado la resolución clínica de un posible embarazo ectópico, o
c. se haya realizado y documentado la transferencia de atención a un proveedor apropiado.

Norma 5: Se debería valorar de emergencia a las pacientes que presenten síntomas de rotura de un embarazo ectópico a fin de determinar si se requiere manejo quirúrgico.

Norma 6: Si se practica un aborto por aspiración o con medicamentos en una paciente con embarazo de localización desconocida, se debe verificar y documentar la resolución del embarazo. La comprobación se puede realizar mediante un examen del tejido obtenido por aspiración o mediante el monitoreo de niveles seriados de BhCG de acuerdo con esquemas basados en evidencia.[C]

Discusión: Para distinguir entre un embarazo intrauterino temprano, un aborto espontáneo y un embarazo ectópico, frecuentemente se requiere una combinación de valoración clínica, ultrasonido pélvico, determinación cuantitativa de hCG sérica e inspección del contenido evacuado del útero por aspiración.[8] En etapas tempranas de la gestación, es posible que un estudio de ultrasonido previo al procedimiento no identifique un embarazo intrauterino y que el proveedor tenga dudas sobre la viabilidad y localización del embarazo. Si bien por lo general en un ultrasonido en plano transvaginal se puede observar el saco gestacional entre las semanas 4 y 5 medidas desde la FUM, éste se podría confundir con un pseudo saco asociado a un embarazo ectópico.[4] Por consiguiente, es necesario localizar en el ultrasonido el saco vitelino o el embrión para confirmar de manera definitiva la presencia de un embarazo intrauterino.

Se ha encontrado que del 7 al 20% de las mujeres con embarazo de localización desconocida presentan un embarazo ectópico y que aproximadamente 25 a 50% de las mujeres con embarazos ectópicos se presentaron inicialmente con un embarazo de localización desconocida.[4] Aunque se le considera una causa importante de morbilidad y mortalidad relacionadas con el embarazo, se ha reportado que la implantación ectópica ocurre en menos del 1% de los embarazos entre mujeres que se presentan para someterse a un aborto inducido.[9,10]

[C] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para la Evaluación del Contenido Evacuado del Útero.

Referencias:

1. Barnhart KT. Ectopic pregnancy. N England Journal of Medicine, 2009, 351:379-87.

2. Bello GV, Schonholz D, Moshirpur J, et al. Combined pregnancy: The Mount Sinai experience. Obstet Gynecol Surv, 1986, 41;603-13.

3. Edwards J, Carson SA. New technologies permit safe abortion at less than six weeks' gestation and provide timely detection of ectopic gestation. Am.J.Obstet.Gyn., 1997, 176:1101-6.

4. Gracia CR, Barnhart KT. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies. Obstet Gynecol., 2001, Mar 97(3):464-70.

5. Hakim-Elahi E, Tovell H. Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. Obstet Gynecol, 1990, 76:129-35.

6. Kulp JL, Barnhart KT. Ectopic pregnancy. In Paul M, et al (Eds.) Management of Unintended and Abnormal Pregnancy – Comprehensive Abortion Care. Chichester: Blackwell Publishing, 2009.

7. Nama V, Manyonda I. Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management. Arch Gynecol Obstet, 2009, 279:443-53.

8. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, et al. Combined intrauterine and extrauterine gestations: A review. Am J Obstet Gynecol, 1983, 146:323-30.

9. Seeber BE, Barnhart KT (2006). Suspected ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 107:399-413. Algorithm adapted with permission in Paul M, et al (Eds.) Management of unintended and abnormal pregnancy – comprehensive abortion care, p. 283. Chichester : Blackwell Publishing, 2009.

10. Speroff L, Fritz MA. Ectopic pregnancy. In Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 7th ed., pp. 1275–1302. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005.

ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE POR DILATACIÓN Y EVACUACIÓN* (D&E)

**también conocido como "legrado uterino instrumental" (LUI)*

Política: El aborto en el segundo trimestre[A] realizado mediante dilatación y evacuación (D&E) es un procedimiento quirúrgico ambulatorio seguro cuando lo lleva a cabo personal clínico calificado y en consultorios médicos, clínicas independientes o centros de cirugía ambulatoria. Al aumentar la edad gestacional aumentan también las complicaciones y los riesgos.

PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS

Norma 1: Se debe obtener y documentar la historia clínica pertinente.

Recomendación 0.1: Se recomienda evaluar a una paciente con sospecha o diagnóstico de placenta previa y con cicatriz uterina de procedimientos anteriores para confirmar si padece dicha complicación.[2]

Recomendación 0.2: Se recomienda efectuar la exploración física de acuerdo con la historia clínica y los síntomas de la paciente.

Norma 2: Se debe verificar la edad gestacional usando ultrasonografía y un cuadro consistente de medidas fetales que haya sido publicado, antes de iniciar la interrupción de un embarazo de más de 14 semanas medidas desde la FUM y conforme a parámetros clínicos.

Recomendación 0.3: Se recomienda realizar un estudio preoperatorio de Hgb o Hct.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Norma 3: Se debe considerar la comodidad de la paciente durante el procedimiento de aborto.

Recomendación 3.1: Se recomienda ofrecer analgesia u otras medidas de alivio, a menos que existan contraindicaciones.[B]

Norma 4: Se debe dilatar apropiadamente el cuello uterino.

Recomendación 4.1: Se recomienda dilatar el cuello uterino suave y gradualmente.

Recomendación 4.2: Se recomienda usar dilatadores osmóticos y/o misoprostol para facilitar la adecuada dilatación del cuello uterino.

[A] Para efectos de los presentes lineamientos, el segundo trimestre empieza aproximadamente a las 14 semanas medidas a partir de la FUM. (Cunningham, FG, y cols. Williams' Obstetrics; 22nd Ed. Columbus OH: McGraw-Hill Inc., 2005:Capítulo 4)

[B] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para el Uso de Anestesia.

Norma 5: Cuando se usen dilatadores osmóticos, misoprostol y/u otros agentes de maduración cervical, debe haber un médico disponible antes del inicio del procedimiento en caso de requerirse atención de emergencia.

Opción 0.01: En abortos de finales del segundo trimestre, se podría administrar una inyección intraamniótica o intrafetal para provocar la defunción fetal dentro del útero. (Ver Discusión).

Norma 6: Se deberán esterilizar todos los instrumentos que se introduzcan a la cavidad uterina.

Recomendación 0.4: Se recomienda contar con uterotónicos para ayudar a controlar hemorragias uterinas.

Opción 0.02: Se podría administrar vasopresina intracervical o paracervical para disminuir la pérdida de sangre.[3, 7, 9-11]

Opción 0.03: Se puede usar ultrasonografía durante el procedimiento para localizar restos fetales y ayudar a su extracción, así como para verificar que el útero esté intacto y que su contenido haya sido evacuado.

Recomendación 0.5: Se recomienda establecer un acceso IV antes de la evacuación.

PROCEDIMIENTO POSTOPERATORIO

Norma 7: El personal de salud[C] debe comprobar y documentar que el procedimiento ha concluido.

Norma 8: Se deben observar los Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Atención Postoperatoria.[D]

Opción 0.04: Se pueden prescribir agentes uterotónicos al dar de alta a la paciente.

Discusión: Los abortos de segundo trimestre representan alrededor del 10% de los procedimientos realizados actualmente en los Estados Unidos. El procedimiento de dilatación y evacuación (D&E) requiere capacitación, técnicas y equipo especiales y adecuados a la edad gestacional. Hoy en día, es el método predominante para abortos en el segundo trimestre.

A la luz del contexto médico y legal en el que se realiza el aborto, el uso de las inyecciones intrafetales e intraamnióticas para producir la defunción fetal dentro del útero puede resultar de utilidad en abortos de finales del segundo trimestre. Además de las referencias presentadas al final de esta sección, los miembros de NAF que deseen mayor información, pueden acceder a *NAF Clinical Practice Bulletin: Digoxin Administration* (Boletín de Práctica Clínica de la NAF: Administración de Digoxina).

El personal clínico que practica abortos con D&E en el segundo trimestre debería realizarlos con el mayor nivel de seguridad posible para sus pacientes. La Suprema Corte de los Estados Unidos ha ratificado una ley

[C] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para la Evaluación del Contenido Evacuado del Útero.
[D] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Atención Postoperatoria.

que prohíbe algunos procedimientos de aborto en el segundo trimestre. Aunque la ley no establece el uso de inyecciones feticidas, algunos proveedores pueden decidir usarlas para no infringir la ley. El personal clínico debe adaptar las técnicas quirúrgicas para adecuarlas a las circunstancias de cada paciente, prestando atención a las implicaciones legales actuales y a la necesidad de mantener la seguridad de la paciente.

Como siempre, es responsabilidad de cada miembro del personal de salud conocer las leyes pertinentes a su práctica clínica.

Referencias:

1. Berkowitz, RL, et al. First-trimester transabdominal multifetal pregnancy reduction: A report of two hundred completed cases. Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 169:17.

2. Clark, SL, et al. Placenta previa, accreta and prior caesarian sections. Obstet. Gynecol., 1985, 66:89.

3. Dillon, TF. Vasopressin as a hemostatic in gynecology surgery. Am. J. Obstet. Gynecol., 1989, 78:1285.

4. Fletcher, JC, et al. Fetal intracardiac potassium chloride injection to avoid the hopeless resuscitation of an abnormal abortus: II. Ethical issues. Obstet. Gynecol., 1992, 80:310.

5. Grimes, DA & Schulz, KF. Morbidity and mortality from second-trimester abortions. J. Reprod. Med. 1985, 30:505.

6. Hern, WM. Serial multiple laminaria and adjunctive urea in late outpatient dilatation and evacuation abortion. Obstet. Gynecol, 1984, 63: 543.

7. Julian, TM. Vasopressin use during vaginal surgery. Contemp. Obstet. Gynecol., 1993, 38:82.

8. Lawson, HW, et al. Abortion mortality: United States, 1972 through 1987. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994, 171:1365.

9. Phillips, DR, et al. The effect of dilute vasopressin solution on the force needed for cervical dilatation: A randomized controlled trial. Obstet. Gynecol. 1997, 89:507.

10. Schultz, KF, et al. Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilatation and evacuation abortion. Lancet, 1985, 2:353.

11. Crawford, J, Edelman, A, Pereira, L, Bednarek, P, Buckmaster, J. The effects of vasopressin on uterine artery blood flow during dilation and evacuation. Am J. of Obstet Gynecol. 2007, 196(5):e38-e39.

12. Townsend, DE, et al. Vasopressin and operative hysteroscopy in the management of delayed post abortion and postpartum bleeding. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1991, 165(3) 616-8.

rev. diciembre de 2007

ABORTO CON MEDICAMENTOS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

Política: El aborto con medicamentos es un método seguro y eficaz para la interrupción de embarazos después del primer trimestre,[A] cuando se realiza en escenarios clínicos apropiados y por personal clínico capacitado. Al aumentar la edad gestacional, aumentan también las complicaciones y los riesgos.

Norma 1: En todo momento y hasta el alta de la paciente, debe haber personal adiestrado en manejo quirúrgico, equipo necesario y un proveedor capacitado para realizar un curetaje oportuno en caso de placenta retenida o hemorragia. Serán relevantes los Lineamientos sobre Políticas Clínicas para el Aborto en el Segundo Trimestre por Legrado Uterino Instrumental de la NAF (ver págs. 24-26 de este documento) cuando se requiera efectuar una intervención quirúrgica.

Norma 2: Un proveedor debe estar disponible para prestar atención de emergencia desde el inicio de la preparación del cuello uterino hasta el alta de la paciente en el postaborto.

Norma 3: Se debe obtener y documentar la historia clínica pertinente.

Recomendación 0.1: Se debe realizar la exploración física de manera indicada, de conformidad con la historia clínica y los síntomas de la paciente.

Norma 4: Se debe verificar la edad gestacional usando ultrasonografía y un cuadro consistente de medidas fetales que haya sido publicado, antes de iniciar la interrupción de un embarazo de más de 14 semanas medidas desde la FUM y conforme a parámetros clínicos.

Recomendación 0.2: Se recomienda evaluar a una paciente con sospecha o diagnóstico de placenta previa y con cicatriz uterina de procedimientos anteriores para confirmar si presenta otras anormalidades placentarias.[4]

Recomendación 0.3: Se recomienda realizar un estudio de Hgb o Hct antes del procedimiento.

Norma 5: Se debe considerar la comodidad de la paciente durante el procedimiento de aborto.

Recomendación 5.1: Se recomienda ofrecer analgesia u otras medidas de alivio, a menos que existan contraindicaciones.[B]

Opción 0.02: El tratamiento previo con mifepristona administrado 24 a 48 horas antes del misoprostol ha demostrado reducir el tiempo transcurrido entre la inducción y el aborto. (Ver Discusión).

[A] Para efectos de los presentes lineamientos, el segundo trimestre empieza aproximadamente a las 14 semanas medidas a partir de la FUM. (Cunningham, FG, et al. Williams' Obstetrics; 22nd Ed. Columbus OH: Mc-Graw-Hill, Inc., 2005: Capítulo 4).

[B] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para el Uso de Anestesia.

Opción 0.03: En abortos de finales del segundo trimestre, se pueden administrar inyecciones intrafetales o intraamnióticas para producir la defunción fetal dentro del útero. (Ver Discusión).

Opción 0.04: Se pueden usar prostaglandinas y/u oxitocina para inducir el trabajo de parto.

Norma 6: Se debe informar a las pacientes que la administración de prostaglandinas para la preparación o inducción puede precipitar el inicio de contracciones y evacuación uterinas.

Norma 7: Se debe indicar detalladamente a las pacientes cómo contactar al centro de salud y cómo proceder cuando observen signos de trabajo de parto. Las indicaciones deben incluir un plan para manejar un parto no programado y reconocer sus complicaciones.

Norma 8: Una vez confirmada la presencia de contracciones periódicas en la paciente , la deberá observar un proveedor capacitado para monitorear las contracciones y la expulsión.

Recomendación 0.4: Se recomienda establecer un acceso IV antes de la expulsión.

Norma 9: El proveedor debe verificar y documentar que se haya completado el procedimiento.[C]

Recomendación 0.5: Se recomienda contar con uterotónicos para ayudar a controlar hemorragias uterinas.

Norma 10: Se deben observar los Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Atención Postoperatoria.

Opción 0.04: Se podrían prescribir agentes uterotónicos al dar de alta a la paciente.

Norma 11: Un proveedor capacitado debe evaluar a pacientes con sospecha de presentar complicaciones postaborto de cualquier tipo.

Discusión: Se han utilizado dilatadores osmóticos o mecánicos, prostaglandinas y/o mifepristona para preparar el cuello uterino para inducción y expulsión. Datos actuales justifican el uso de los siguientes esquemas:

> 200 mg de mifepristona oral, seguida a las 36-48 horas por 600-800µg de misoprostol vaginal. Posteriormente, se pueden utilizar 400µg de misoprostol oral o vaginal cada tres horas para un máximo de cinco dosis.[1, 7, 10]
>
> Existe evidencia válida que apoya también el uso de 400µg de misoprostol vaginal cada seis horas hasta que se produzca la expulsión.[5]

[C] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para la Evaluación del Contenido Evacuado del Útero.

Se ha informado que las tasas de placenta retenida relacionadas con el aborto inducido con medicamentos son muy variables (entre 13 y 15%). Se podría requerir el uso de uterotónicos o de una intervención quirúrgica para completar el procedimiento.

No existe evidencia de que el riesgo de ruptura uterina en pacientes con cicatrices de cesáreas previas sea mayor al utilizar misoprostol en el segundo trimestre que con otros agentes de inducción. Si bien se desconoce el riesgo de ruptura uterina asociado a abortos en el segundo trimestre en ese tipo de pacientes, se reconoce que existe riesgo cuando el embarazo llega a término y se han reportado algunos casos en el segundo trimestre. Cuando el embarazo llega a término, las mujeres con placenta previa y cicatriz uterina—especialmente aquellas con varias cicatrices o cicatrices verticales de cesárea—corren mayor riesgo de presentar acretismo placentario, que es un padecimiento poco habitual.[4]

A la luz del contexto médico y legal en el que se realiza el aborto, el uso de las inyecciones intrafetales e intraamnióticas para producir la defunción fetal dentro del útero puede resultar de utilidad en abortos de finales del segundo trimestre. Además de las referencias presentadas al final de esta sección, los miembros de NAF que deseen mayor información, pueden acceder a *NAF Clinical Practice Bulletin for Digoxin Administration* (Boletín de Práctica Clínica de la NAF para la Administración de Digoxina).

Como siempre, es responsabilidad de cada miembro del personal clínico conocer las leyes pertinentes a su práctica clínica.

Referencias:

1. Ashok, PW, et al. Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. Contraception Jan 2004; 69(1):51-8.

2. Berkowitz, RL, et al. First-trimester transabdominal multifetal pregnancy reduction: A report of two hundred completed cases. Am. J. Obstet. Gynecol. 1993, 169:17.

3. Blumenthal, PD, et al. Abortion by labor induction. In Paul, M, et al. (Eds.), A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999.

4. Clark, SL, et al. Placenta previa, accreta and prior caesarian sections. Obstet.Gynecol.,1985, 66:89.

5. Dickinson, JE & Evans, SF. The optimization of intravaginal misoprostol dosing schedules in second-trimester pregnancy termination. Am. J. Obstet. Gynecol., 2002, 186:470.

6. Fletcher, JC, et al. Fetal intracardiac potassium chloride injection to avoid the hopeless resuscitation of an abnormal abortus: II. Ethical issues. Obstet. Gynecol., 1992, 80: 310.

7. Goh, SE, et al. Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: A review of 386 consecutive cases. Contraception May 2006; 73(5):516-9.

8. Goldberg, AB, et al. Misoprostol and pregnancy. New Eng. J. Med., 2001, 344:1.

9. Hern, WM. Serial multiple laminaria and adjunctive urea in late outpatient dilatation and evacuation abortion. Obstet.Gynecol., 1984, 63:543.

10. Nilas, L, et al. One or two day mifepristone-misoprostol interval for second trimester abortion. Acta Obstet Gynecol Scand., 2007; 86(9):1117-21.

rev. diciembre de 2007

ANESTESIA

Política: Se debería usar anestesia, analgesia o ansiolisis para ofrecer alivio a cualquier paciente durante un aborto, cuando los beneficios superen a los riesgos.

DEFINICIONES

1. Anestesia local - Eliminación o disminución de la sensación, especialmente del dolor, en una parte del cuerpo mediante aplicación tópica o inyección local de un medicamento. En el contexto de la práctica del aborto, este tipo de anestesia casi siempre significa bloqueo paracervical.

2. Sedación mínima (ansiolisis) – Estado inducido con medicamentos durante el cual los pacientes responden normalmente a órdenes verbales. Aunque la función cognitiva y la coordinación física pueden encontrarse impedidas, los reflejos de las vías respiratorias, la ventilación y las funciones cardiovasculares no se ven afectadas.[A]

3. Sedoanalgesia moderada ("sedación consciente") – Depresión de la conciencia inducida por medicamentos durante la cual los pacientes responden deliberadamente ** a órdenes verbales aisladas o acompañadas de estimulación táctil débil. No se requiere de ninguna intervención para mantener permeable la vía aérea y la ventilación espontánea es adecuada. Generalmente, se conserva la función cardiovascular.
   * El término monitoreo anestésico no describe el espectro continuo de la profundidad de la sedación sino a "un servicio específico de anestesia en el cual se le solicita al anestesiólogo participar en la atención de un paciente sometido a un procedimiento terapéutico o de diagnóstico".
   ** El reflejo de flexión o retirada ante un estímulo doloroso NO se considera una respuesta voluntaria.[A]

4. Sedoanalgesia profunda - Depresión de la conciencia inducida por medicamentos durante la cual los pacientes no pueden ser despertados fácilmente pero responden deliberadamente** a estímulos repetidos o dolorosos. La capacidad para mantener la ventilación de forma independiente puede encontrarse disminuida. Los pacientes podrían requerir ayuda para mantener permeable la vía aérea y la ventilación espontánea podría resultar inadecuada. Generalmente se conserva la función cardiovascular.[A]

5. Anestesia general – Pérdida de la conciencia inducida por medicamentos durante la cual los pacientes no pueden ser despertados ni siquiera por estímulos dolorosos. La capacidad para mantener la ventilación de forma independiente a menudo se encuentra disminuida. Los pacientes frecuentemente requieren ayuda para mantener permeable la vía aérea y se podría requerir ventilación con presión positiva debido a una depresión en la ventilación espontánea o en la función neuromuscular inducida por los medicamentos. La función cardiovascular podría verse disminuida.[A]

[A] Tomado de *Contiuum of Depth Sedation: Definition of General Anesthesia and levels of Sedation/Anesthesia*, 2009, reimpreso con el permiso de la Sociedad Americana de Anestesiólogos. Si desea obtener un ejemplar del texto completo, puede solicitarlo a: ASA, 520 N. Northwest Highway, Park Ridge, Illinois, 60068-2573

Como la sedación es un proceso continuo, no siempre es posible predecir cómo responderá un paciente en particular. Por consiguiente, los proveedores que buscan producir un nivel de sedación determinado deberían también poder rescatar*** a pacientes cuyo nivel de sedación llegue a ser más profundo del que se pretendía lograr originalmente. Los proveedores que administren sedoanalgesia moderada ("sedación consciente") deberían ser capaces de rescatar*** a pacientes que entran en estado de sedoanalgesia profunda y quienes administren sedoanalgesia profunda deberían poder rescatar*** a pacientes que entren en estado de anestesia general.

** El reflejo de flexión o retirada ante un estímulo doloroso NO se considera una respuesta voluntaria.

*** El rescate de un paciente que se encuentra en un nivel de sedación más profundo que el buscado lo debe realizar un proveedor capacitado en el manejo de vías aéreas y en soporte vital avanzado. El profesional calificado corrige las consecuencias fisiológicas adversas de un nivel de sedación más profundo de lo contemplado, tales como hipoventilación, hipoxia e hipotensión, y regresa al paciente al nivel de sedación original. No se considera apropiado continuar con el procedimiento en un nivel de sedación no considerado en el plan original.[B]

PERSONAL Y MONITOREO

Norma 1: Cuando se ha de administrar a las pacientes sedación mínima, moderada, profunda o anestesia general, se les debe informar de los riesgos, beneficios y efectos secundarios de los medicamentos que se utilizarán.

Recomendación 1.1: Se recomienda que dicha información incluya las precauciones relevantes a un estado mental disminuido temporalmente.

Norma 2: Cuando se utilice sedación mínima, moderada, profunda o anestesia general, se debe documentar el monitoreo del nivel de conciencia de la paciente.

Norma 3: Cuando se utilice anestesia local, sedación mínima, moderada, profunda o anestesia general, el proveedor responsable del tratamiento de la paciente y/o de la administración de los sedantes debe contar con capacitación adecuada.

Norma 4: Cuando se use sedación moderada, debe estar presente una persona distinta al proveedor y capacitada para supervisar los parámetros fisiológicos adecuados.

Recomendación 4.1: Se deberían verificar con frecuencia las respuestas verbales de la paciente que se encuentra bajo sedación moderada.

[B] Tomado de *Contiuum of Depth Sedation: Definition of General Anesthesia and levels of Sedation/Anesthesia*, 2009, reimpreso con el permiso de la Sociedad Americana de Anestesiólogos. Si desea obtener un ejemplar del texto completo, puede solicitarlo a: ASA, 520 N. Northwest Highway, Park Ridge, Illinois, 60068-2573

Norma 5: El personal que administra sedación moderada debe reconocer los casos en que ésta puede llegar a sedación profunda con hipoventilación y debe estar preparado para proporcionar soporte respiratorio.[C]

Norma 6: El médico responsable debe encontrarse disponible de inmediato cuando se administre sedación moderada.

Norma 7: Cuando se utilice sedación moderada, el monitoreo debe ser tal que permita detectar los efectos respiratorios, cardiovasculares y neurológicos de los medicamentos administrados.

Recomendación 7.01: Se recomienda usar oximetría de pulso para mejorar el monitoreo.

Recomendación 0.1: Al usar sedación moderada o anestesia local, se recomienda mantener el acceso IV para pacientes ASA P-3, P-4 y P-5 (ver página 38 de este documento).

Recomendación 0.2: Al usar sedación moderada, se recomienda mantener el acceso IV.

Norma 8: El profesional que administra sedación profunda o anestesia general debe estar certificado de acuerdo con reglamentos aplicables.

Norma 9: El profesional que administra sedación profunda o anestesia general no debe ser el mismo que realiza el aborto.

Norma 10: Cuando se utilice sedación profunda o anestesia general, se deben evaluar continuamente la oxigenación, la ventilación y la circulación de la paciente, según lo prescrito en las normas de la ASA para el monitoreo básico de la anestesia (ver páginas 39-41 de este documento).

Recomendación 10.1: Se recomienda contar con equipo de monitoreo de temperatura.

Norma 11: De acuerdo con los lineamientos de la ASA, cuando se usa sedación profunda o anestesia general, se debe mantener el acceso IV.

Norma 12: La paciente se deberá auto administrar el N2O/O2.

Norma 13: Cuando se use N2O/O2, se deben observar por lo menos los lineamientos para sedación moderada.

Norma 14: El equipo para administrar N2O/O2:
a) debe proporcionar una concentración de N2O no mayor a 70% en las inspiraciones;
b) debe proporcionar una concentración de O2 del 100% como máximo y del 30% como mínimo;
c) debe contar con un analizador de O2;
d) se debe revisar y calibrar periódicamente.

[C] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Procedimientos de Emergencia.

INSTALACIONES Y EQUIPO

Véase el lineamiento para procedimientos de emergencia.

Discusión: SOBRE EL USO DE LA ANESTESIA EN GENERAL - Todo medicamento utilizado en anestesia conlleva un potencial de riesgo severo, que se puede reducir al mínimo al observar lineamientos prácticos establecidos. Los lineamientos desarrollados por otras organizaciones se ocupan del uso de la anestesia principalmente en ambientes hospitalarios y en pacientes que difieren ampliamente en edad y estado general de salud.

Los lineamientos para el suministro y monitoreo de la anestesia publicados por organizaciones como la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), la Sociedad Americana de Anestesiólogos Dentales (ADSA), la Sociedad Americana de Endoscopía Gastrointestinal (ASGE), entre otras, han aclarado muchas cuestiones relacionadas con la provisión de anestesia. Sea anestesia local, sedación intravenosa o analgesia/anestesia general por inhalación, el grado de depresión del SNC más que la modalidad de anestesia en sí determina la base para establecer los lineamientos de la NAF. Los niveles de sedación no se diferencian claramente entre sí, sino que se fusionan unos con otros; a mayor profundidad de sedación, se requiere mayor nivel de atención y monitoreo. Esos niveles de sedación no se definen en este documento.

Los lineamientos de la NAF se abocan específicamente al uso de anestesia convencional. Se reconoce que la comodidad de las pacientes y la disminución de la ansiedad no dependen sólo de medidas farmacológicas, sino que se ven afectadas de manera importante por la consejería y el apoyo recibido por las pacientes de parte del personal. Asimismo, se reconoce que existe una gran variedad de modalidades alternativas (como acupuntura, yoga, hipnosis) que resultan de utilidad para muchas pacientes. Sin embargo, los lineamientos de la NAF se centran principalmente en el monitoreo necesario para el uso seguro y eficaz de métodos farmacológicos que generalmente se utilizan en establecimientos que ofrecen servicios de aborto a pacientes externas.

SOBRE EL USO DE LA OXIMETRÍA DE PULSO - No se han realizado ensayos clínicos en jóvenes que se someten a procedimientos ambulatorios de aborto, mismas que rara vez presentan compromiso respiratorio o hemodinámico. Dado el bajo riesgo de morbilidad y mortalidad asociadas al procedimiento, resulta poco probable que se realicen estudios de la escala requerida para evaluar la oximetría de pulso con base en resultados. La correlación principal con la desaturación prolongada de oxígeno se asocia con el envejecimiento y las deficiencias en las funciones cardiovasculares. Sin embargo, el uso de la oximetría de pulso se ha convertido en la norma de atención para toda paciente que haya recibido medicamentos que alteren el nivel de conciencia o el impulso respiratorio.

SOBRE EL USO DE N20 – El óxido nitroso se ha utilizado por años para producir analgesia y sedación y posee un historial de seguridad excelente cuando lo utilizan tanto anestesiólogos como otros proveedores. Se debe prestar atención al nivel de sedación proporcionado a la paciente y el proveedor debe estar preparado para reconocer y atender los cambios que se presenten en dicho nivel. El uso de un analizador de

oxígeno permite al proveedor monitorear la concentración de oxígeno en la inspiración y resulta esencial en la provisión segura de anestesia con óxido nitroso. La exposición ocupacional al N2O se ha asociado a un mayor riesgo de daño neurológico, aborto espontáneo, disminución de la fecundidad y enfermedades renales y hepáticas. Aunque no existe ninguna norma de la OSHA para el N2O, la NIOSH recomienda que los niveles de concentración de N2O en el aire se mantengan por debajo de 25 ppm (1995) mediante el uso de sistemas de eliminación de gases residuales, bien diseñados, y otros controles de ingeniería, mantenimiento de equipo, monitoreo de la exposición y prácticas de trabajo seguras.

rev. diciembre de 2009

Referencias:

1. ADAS Newsletters, 1988, 20:2, as reported in Rosenberg, MB, & Campbell, RL, Guidelines for intraoperative monitoring of dental patients undergoing conscious sedation, deep sedation, and general Anesthesia. Oral. Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1991, 71:2.

2. Atrash, HK, et al. Legal abortion mortality and general anesthesia. Am. J. Obstet. Gynecol., 1988, 158:420.

3. Bailey, PL, et al. Frequent hypoxemia and apnea after sedation with midazolam and fentanyl. Anesth., 1990, 73:826.

4. Bell, GD, et al. Recommendations for standards of sedation and patient monitoring during gastrointestinal endoscopy. Gut, 1991, 32:823.

5. Continuum of Depth of Sedation, Definitions of General Anesthesia and Levels of Sedation/Analgesia. (Approved by the ASA House of Delegates on October 27, 2004, and amended on October 21, 2009.)

6. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. The use of pulse oximetry during conscious sedation. JAMA, 1993, 270:1463.

7. Dodson, SR, et al. Continuous oxygen saturation monitoring during cardiac catheterization in adults. Chest, 1988, 94:28.

8. Eichhorn, JH, et al. Standards for patient monitoring during anesthesia at Harvard Medical School. JAMA, 1986, 256:1017.

9. Guidelines for Ambulatory Anesthesia and Surgery, IN: ASA Standards Guidelines: Statements. Park Ridge, IL: American Society of Anesthesiologists, 2008

10. Holzman, RS, et al. Guidelines for sedation by non-anesthesiologists during diagnostic and therapeutic procedures. J. Clin. Anesth., 1994, 6:265.

11. Lavies, NG, et al. Arterial oxygen saturation during upper gastrointestinal endoscopy: Influence of sedation and operator experience. Am. J. Gastroenterol., 1988, 83:618.

12. Physical Status Classification. 2009 ASA Relative Value Guide.

13. Morlote, EB, et al. Hemodynamic monitoring and pulse oximetry during percutaneous gastrostomy and jejunostomy: Necessity or nuisance? Surg. Endosc., 1991, 5:130.

14. Raemer, DB, et al. Hypoxemia during ambulatory gynecologic surgery as evaluated by the pulse oximeter. J. Clin. Monitoring, 1987, 3:244.

15. Singer, R & Thomas, PE. Pulse oximeter in the ambulatory anesthetic surgical facility. Plast. Reconstr. Surg., 1988, 82:111.

16. Standards for Basic Anesthetic Monitoring. (Approved by House of Delegates on October 21, 1986, and last amended on October 25, 2005.)

ANESTESIA

Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA)

ESPECTRO CONTINUO DE LOS NIVELES DE PROFUNDIDAD DE SEDACIÓN - ASA DEFINICIÓN DE ANESTESIA GENERAL Y NIVELES DE SEDOANALGESIA[D]

Comité de Origen: Manejo de Calidad y Administración Departamental
(Aprobado por la Cámara de Delegados de la ASA el 27 de octubre de 2004 y modificado el 21 de octubre de 2009)

	Sedación Mínima / ansiolisis	*Sedoanalgesia moderada / "sedación consciente"*	*Sedoanalgesia profunda*	*Anestesia general*
Capacidad de respuesta	Respuesta normal a estímulos verbales	Respuesta deliberada** a estímulos verbales o táctiles	Respuesta deliberada** ante estímulos repetidos o dolorosos	El paciente no despierta aun con estímulos dolorosos
Vía aérea	No afectada	No se requiere intervenir	Se podría requerir una intervención	Frecuentemente se requiere una intervención
Ventilación espontánea	No afectada	Adecuada	Podría ser inadecuada	Frecuentemente es inadecuada
Función cardiovascular	No afectada	Por lo general se conserva	Por lo general se conserva	Podría encontrarse disminuida

[D] Tomado de *Contiuum of Depth Sedation: Definition of General Anesthesia and levels of Sedation/Anesthesia*, 2009, reimpreso con el permiso de la Sociedad Americana de Anestesiólogos. Si desea obtener un ejemplar del texto completo, puede solicitarlo a: ASA, 520 N. Northwest Highway, Park Ridge, Illinois, 60068-2573.

** El reflejo de flexión o retirada ante un estímulo doloroso NO se considera una respuesta voluntaria.

ANESTESIA

Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA)

DEFINICIÓN DEL ESTADO FÍSICO - ASA[E]

Para evitar confusiones en cuanto a las bases que utiliza el Departamento de Anestesiología para clasificar el estado físico de pacientes, a continuación se presenta la clasificación oficial de la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA, por sus siglas en inglés).

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO FÍSICO

P-1- Paciente con salud normal.
P-2- Paciente con enfermedad sistémica leve.
P-3- Paciente con enfermedad sistémica grave.
P-4- Paciente con enfermedad sistémica grave que constituye una amenaza constante para su vida.
P-5- Paciente moribundo que no se cree que pueda sobrevivir sin cirugía.
P-6- Paciente declarado clínicamente muerto y cuyos órganos se extraen para donarlos.

[E] ASA Relative Value Guide. 2009. Reimpreso con el permiso de la Sociedad Americana de Anestesiólogos, 520 N. Northwest Highway, Park Ridge, Illinois 60068-2573.

ANESTESIA

Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA)

NORMAS DE MONITOREO ANESTÉSICO BÁSICO[F] - ASA

(Aprobado por la Cámara de Delegados de la ASA el 21 de octubre de 1986 y modificado por última vez el 25 de octubre de 2005)

Las normas que se presentan a continuación aplican a todo tipo de anestesia, aunque en casos de emergencia, se deben privilegiar las medidas pertinentes de soporte vital. A juicio del anestesiólogo responsable, se podría mejorar en cualquier momento lo estipulado en las normas; el propósito de éstas es promover la calidad de la atención ofrecida a la paciente, aunque su cumplimiento no puede garantizar resultados específicos. Las normas se someten a revisión esporádicamente conforme evolucionan la tecnología y la práctica; aplican a todos los anestésicos generales y locales y al monitoreo de la anestesia. Este conjunto de normas aborda únicamente el monitoreo básico, que constituye uno de los componentes del servicio de provisión de anestesia. Bajo ciertas circunstancias poco frecuentes, 1) alguno de los métodos de monitoreo podría resultar poco práctico desde el punto de vista clínico y 2) a pesar de utilizar adecuadamente los métodos de monitoreo descritos, se podrían dejar de detectar eventos clínicos inesperados. Podría suceder que el monitoreo sufriera interrupciones breves e inevitables. Bajo circunstancias atenuantes, el anestesiólogo responsable podría renunciar a los requisitos marcados con un asterisco (*); se recomienda que esos casos se registren junto con las razones para ello en una nota que se incluirá en el expediente clínico de la paciente. Las normas no fueron creadas para aplicarse a la atención de pacientes obstétricas en trabajo de parto ni para el manejo del dolor.

> Nótese que “recurrente" se define como “repetido regularmente y con frecuencia en una sucesión rápida y constante” mientras que “continuo” significa “prolongado sin ninguna interrupción en ningún momento”.

NORMA I: Se debe contar con la presencia en la sala de personal calificado en el uso de anestesia durante el periodo de administración de todo anestésico general y local y el monitoreo de los mismos.

OBJETIVO: Debido a los rápidos cambios en el estado de las pacientes bajo anestesia, se deberá contar con la presencia continua de anestesiólogos calificados para monitorear a la paciente y proporcionarle la atención necesaria. En caso de existir un riesgo directo conocido por el anestesiólogo y que requiera observación remota intermitente, por ejemplo exposición a radiación, se deben tomar provisiones para monitorear a la paciente. Si por una emergencia el anestesiólogo responsable tuviera que ausentarse temporalmente, deberá decidir a su juicio si atenderá la emergencia o a la paciente anestesiada y de ser necesario seleccionará a una persona que quede a cargo de la anestesia durante su ausencia.

NORMA II: Durante todo el proceso de administración de anestésicos, se debe evaluar continuamente la oxigenación, la ventilación, la circulación y la temperatura de la paciente.

[F] Standards for Basic Anesthetic Monitoring, 2005. Reimpreso con el permiso de la Sociedad Americana de Anestesiólogos, 520 N. Northwest Highway, Park Ridge, Illinois 60068–2573.

OXIGENACIÓN

OBJETIVO: Asegurar que exista una concentración adecuada de oxígeno tanto en el gas inspirado como en la sangre durante todo el proceso anestésico.

MÉTODOS:

1) Gas inspirado: Cada vez que se administre anestesia general con medios mecánicos, se debe medir la concentración de oxígeno en el sistema respiratorio de la paciente con un analizador de oxígeno que cuente con una alarma para detectar límites bajos de concentración de oxígeno.*

2) Oxigenación de la sangre: Durante todo el proceso de administración de anestésicos, se utilizará un método cuantitativo para evaluar tanto la oxigenación,* como la oximetría de pulso. Cuando se use oximetría, las variaciones de tono y la alarma de umbral bajo deberán ser audibles para el anestesiólogo o personal a cargo de la anestesia. Se debe contar con iluminación y exposición adecuadas de la paciente para evaluar el color.*

VENTILACIÓN

OBJETIVO: Asegurar la ventilación adecuada de la paciente durante todo el proceso de administración del anestésico.

MÉTODOS:

1) En toda paciente que reciba anestesia general se deberá evaluar de manera recurrente que la ventilación sea adecuada. Conviene realizar la evaluación cualitativa de signos clínicos como la excursión torácica, la observación de la bolsa reservorio y la auscultación de ruidos respiratorios. Se debe llevar a cabo un monitoreo recurrente para detectar la presencia de dióxido de carbono expirado a menos que éste sea invalidado por la naturaleza de la paciente, el procedimiento o el equipo. Es muy recomendable realizar un monitoreo cuantitativo del volumen de gas expirado.*

2) Cuando se utilice un tubo endotraqueal o máscara laríngea, se debe comprobar su colocación correcta mediante evaluación clínica y la identificación de dióxido de carbono en el gas expirado. Debe analizarse recurrentemente el CO2 al final de la espiración desde el momento de la colocación del tubo endotraqueal o la máscara laríngea, hasta la extubación/remoción o inicio de transferencia al lugar de atención postoperatoria. El análisis se realizará usando un método cuantitativo como la capnografía, la capnometria o la espectroscopia de masas.* Cuando se utilice capnografía o capnometría, la alarma de CO2 al final de la espiración deberá ser audible para el anestesiólogo o personal a cargo de la anestesia.**

3) Cuando la ventilación se controla con un ventilador mecánico, debe existir un dispositivo en uso continuo que pueda detectar la desconexión de los componentes del sistema de respiración. El dispositivo debe producir una señal audible cuando se exceda su umbral de alarma.

4) Durante la administración y monitoreo de anestesia local, se debe evaluar si la ventilación es adecuada mediante observación recurrente de signos clínicos cualitativos y/o monitoreo para detectar la presencia de dióxido de carbono en la espiración.

CIRCULACIÓN

OBJETIVO: Asegurar que la función circulatoria de la paciente sea adecuada durante todo el proceso anestésico.

MÉTODOS:

1) Se exhibirá continuamente el electrocardiograma de toda paciente que reciba anestesia, desde el inicio del proceso hasta que se le prepare para salir del lugar de administración de la misma. *

2) Se determinará y evaluará la presión arterial y el ritmo cardiaco de toda paciente que reciba anestesia, cada cinco minutos por lo menos.*

3) Además de lo arriba mencionado, se deberá evaluar recurrentemente la función circulatoria en toda paciente bajo anestesia general, mediante por lo menos alguno de los siguientes procedimientos: palpación del pulso, auscultación de los ruidos cardiacos, monitoreo del trazado de la presión intraarterial, monitoreo de pulso periférico con ultrasonido y pletismografía u oximetría de pulso.

TEMPERATURA CORPORAL

OBJETIVO: Ayudar a mantener una temperatura corporal adecuada durante todo el proceso de administración del anestésico.

MÉTODOS: Se monitoreará la temperatura corporal de toda paciente que reciba anestesia cuando se busquen, esperen o sospechen cambios significativos desde el punto de vista clínico en la temperatura corporal.

USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL ABORTO

Política: La prevención y el tratamiento de infecciones reducirá la morbilidad en el postaborto.

Recomendación 0.1: Todas las mujeres deben recibir antibióticos al momento de realizarse un aborto quirúrgico.

Opción 0.01: Se podrían administrar antibióticos a las pacientes que elijan un aborto con medicamentos.

Recomendación 0.2: Se debería considerar la administración de un tratamiento empírico para Chlamydia a pacientes con alto riesgo de infección preexistente.[A]

Recomendación 0.3: Se recomienda seguir los lineamientos de los CDC para infecciones documentadas del tracto reproductivo.[3]

Opción 0.02: Se podría iniciar un tratamiento con antibióticos al momento de la inserción de los dilatadores osmóticos.

Opción 0.03: Se podrían administrar antibióticos en la fase perioperatoria a mujeres sin prótesis en el corazón.[B]

Discusión: Al revisar la literatura, encontramos que se justifica la administración universal de antibióticos a todas las mujeres a quienes se practique un aborto quirúrgico. Existe un análisis retrospectivo a gran escala que apoya el uso de antibióticos en el aborto con medicamentos.[5]

Referencias:

1. Advisory Statement: Antibiotic prophylaxis for dental patients with total joint replacements. Journal of the American Dental Association. 2003, 134:895.

[A] Se define a una paciente con alto riesgo de contraer infección por Chlamydia a la que tiene las siguientes características:
   a. 25 años de edad o menos;
   b. nuevas o numerosas parejas sexuales;
   c. flujo mucopurulento;
   d. presencia de alguna ETS;
   e. antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria.

[B] "La declaración concluye que no se indica la profilaxis con antibióticos en pacientes con pernos, placas o implantes dentales ni se indica rutinariamente para la mayoría de las pacientes con reemplazo articular total sometidas a tratamiento odontológico. Sin embargo, se recomienda considerar la administración previa de medicamentos a un número reducido de pacientes que pudieran correr mayor riesgo de experimentar infecciones articulares hematógenas totales [1. Todas las pacientes que se encuentren dentro de los primeros dos años posteriores a un reemplazo articular; 2. Pacientes con compromiso inumológico/inmunosupresión, y 3. Pacientes con comorbilidad (infecciones articulares previas, malnutrición, hemofilia, infectadas por VIH, diabetes tipo 1 dependientes de insulina, procesos malignos)]".[1]

2. Blackwell, AL. Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. Lancet, 1993, 342:206.

3. Centers for Disease Control and Prevention. STD Treatment Guidelines (2006). MMWR 55 (no. RR-11).

4. Darj, E, et al. The prophylactic effect of doxycycline on postoperative infection rate after first-trimester abortion. Obstet. Gynecol., 1987, 70:755.

5. Fjerstad, M, Trussell, J, Sivin, I, Lichtenberg, ES, & Cullins, V. New England Journal of Medicine, 2009, 361(2):145.

6. Grimes, DA, et al. Prophylactic antibiotics for curettage abortion. Am. J. Obstet. Gynecol., 1984, 150:689.

7. Hakim-Elahi, E & Tovell, H. Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. Obstet. Gynecol., 1990, 76:129.

8. Larsson, PG, et al. Incidence of pelvic inflammatory disease after first-trimester legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metronidazole: A double-blind randomized study. Am. J. Obstet. Gynecol. 1992, 166:100.

9. Levallois, P & Rioux, J. Prophylactic antibiotics for suction curettage: Results of a clinical controlled trial. Obstet. Gynecol., 1988, 158:100.

10. McGregor, JA. Prophylactic antibiotics unjustified for unselected abortion patients. Am. J. Obstet. Gynecol., 1985, 152:722.

11. Moller, BR, et al. Pelvic infection after elective abortion associated with Chlamydia trachomatis. Obstet. Gynecol., 1982, 59:210.

12. Osser, S & Persson, K., Postabortal pelvic infection associated with Chlamydia trachomatis and the influence of humoral immunity. Am. J. Obstet. Gynecol., 1984, 150:699.

13. Qvigstad, E, et al. Pelvic inflammatory disease associated with Chlamydia trachomatis after therapeutic abortion: A prospective study. Brit. J. Vener. Dis., 1983, 59:189.

14. Sawaya, GF, et al. Antibiotics at the time of induced abortion: The case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. Obstet. Gynecol., 1996, 87:884.

15. Sawaya, GF & Grimes, DA. Preventing postabortal infection. Contemp. Obstet. Gynecol., 1994, 15:53.

rev. octubre de 2009

PROFILAXIS PREOPERATORIA DE ENDOCARDITIS ADMINISTRADA AL MOMENTO DE REALIZARSE UN ABORTO QUIRURGICO

Política: La endocarditis es un riesgo potencial de los procedimientos quirúrgicos.

Norma 1: **La Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés) ha dejado de recomendar la administración de antibióticos previa al procedimiento en pacientes con insuficiencia mitral, con o sin soplo.**

Opción 0.01: Las pacientes con válvulas cardiacas artificiales, antecedentes de endocarditis bacteriana o defectos cardiacos congénitos corregidos quirúrgicamente con materiales o aparatos prostéticos, corren mayor riesgo de padecer endocarditis bacteriana y podrían recibir profilaxis preoperatoria con antibióticos de acuerdo a lo recomendado por su cardiólogo o principal proveedor de salud.

Discusión: En 2007, la AHA modificó sus recomendaciones sobre profilaxis de endocarditis. A continuación se presentan citas tomadas de dichas recomendaciones.

"No se recomienda usar profilaxis con antibióticos exclusivamente para evitar la endocarditis infecciosa en procedimientos del tracto genitourinario (GU) o gastrointestinal (GI), incluidas la esofagogastroduodenoscopía o la colonoscopía (Clases III, LOE B) usadas para diagnóstico. Esto se opone a lo establecido en lineamientos anteriores de la AHA que enumeraban procedimientos del tracto GI o GU tanto para los que se recomendaba como para los que no se recomendaba ese tipo de profilaxis".

"Los casos de endocarditis infecciosa (EI) relacionados temporalmente con un procedimiento del tracto GI o GU son anecdóticos y se ha reportado sólo un caso o muy pocos. No se han publicado datos que demuestren concluyentemente la existencia de un vínculo entre los procedimientos del tracto GI o GU y el desarrollo de EI. Más aun, no existen estudios que demuestren que la administración de profilaxis antimicrobiana evita la EI asociada a procedimientos del tracto GI o GU".

"Las pacientes con infecciones del tracto GI o GU pueden padecer bacteriemia por enterococos intermitente o sostenida. Para pacientes que presenten los padecimientos listados en el Cuadro 3 (1. Válvula cardiaca o material prostético usado para reparación de válvula cardiaca; 2. Antecedentes de EI; 3. Defecto cardiaco congénito reparado por completo con material o aparato prostético colocado por cirugía o mediante intervención con catéter, durante los primeros seis meses posteriores al procedimiento, y 4. Receptoras de trasplantes cardiacos que desarrollan valvulopatía cardiaca) y que padezcan una infección del tracto GI o GU confirmada o para quienes reciban tratamiento con antibióticos para evitar la infección de una herida o sepsis asociada a un procedimiento del tracto GI o GU, podría ser razonable incluir en el esquema de antibióticos, un agente activo contra los enterococos, tal como penicilina, ampicilina, piperacilina o vancomicina (Clase IIb, LOE B); sin embargo, no hay estudios publicados que demuestren que usar dicho tratamiento evita la EI por enterococos".

Referencias:

1. Wilson, W, y cols. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group., Circulation, 2007, 116:1736-1754, p.1748-1749.

rev. diciembre de 2008

COMPLICACIONES: HEMORRAGIA

Política: Una de las complicaciones más graves de un aborto es la hemorragia. El reconocimiento temprano del origen de la misma puede ayudar a disminuir la morbilidad y la mortalidad.

HEMORRAGIA PREOPERATORIA

Recomendación 0.1: Se recomienda considerar la posibilidad de un embarazo ectópico o de un aborto espontáneo.

HEMORRAGIA PERIOPERATORIA

Norma 1: De presentarse una hemorragia excesiva, el proveedor deberá tomar medidas para identificar la etiología de la misma y controlarla.

Recomendación 1.1: Se recomienda establecer acceso IV.

Recomendación 1.2: El proveedor debería considerar la posibilidad de aborto incompleto, atonía, fibromas, laceraciones, perforaciones, acretismo placentario, embarazo cervical o cornal y coagulopatía.[A]

Opción 1.21: Podría resultar de utilidad emplear ultrasonografía para determinar si el contenido del útero ha sido evacuado y para detectar hemorragias ocultas.

Opción 1.22: Cuando se sospeche la existencia de un punto de hemorragia cervical, se puede lograr la hemostasia al comprimir los fórnices laterales del cuello uterino con fórceps de anillo o sutura.

Opción 1.23: Podría resultar de utilidad administrar masaje uterino y uterotónicos cuando se sospeche atonía.[B]

Opción 1.24: De sospecharse la presencia de coagulopatía, se podría hacer una prueba de sangre para determinar los parámetros de coagulación. Quizás se requiera administrar una transfusión o productos sanguíneos.

Recomendación 0.2: De continuar el sangrado excesivo, se recomienda tomar las siguientes medidas:
a) monitorear y documentar la presión arterial, el pulso y el estado clínico;
b) administrar uterotónicos;
c) mantener el acceso IV;

[A] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Complicaciones: Perforación.
[B] Methergine (intracervical o IM); oxitocina (intracervical, IM, o IV); prostaglandinas (por ejemplo: Prostin, intracervical o IM)

d) iniciar reposición de volumen;
e) preparar el traslado a un hospital de ser necesario.[C]

Norma 2: Se debe transferir a la paciente a un centro hospitalario cuando la hemorragia no responda a las medidas terapéuticas utilizadas o presente inestabilidad hemodinámica.[C]

HEMORRAGIA TARDÍA

Norma 3: Cuando una paciente reporte sangrado excesivo[D] después de haber sido dada de alta, se le deberá evaluar en el centro donde fue atendida o en un servicio de urgencias.

Discusión: Por lo general, la hemorragia excesiva en los periodos perioperatorio y postoperatorio es ocasionada por atonía uterina, a menudo complicada por la evacuación incompleta del contenido del útero. Por tanto, los esfuerzos iniciales más importantes se deberían centrar en asegurar la evacuación completa del útero y en aumentar el tono uterino mediante el uso de uterotónicos.

Surgen problemas cuando se ignora o subestima la gravedad de una hemorragia. Al enfrentarse a una hemorragia en desarrollo el personal clínico siempre debe recordar atender lo simple: evaluar continuamente la pérdida de sangre, medir y registrar con frecuencia la presión arterial y el pulso y asegurar el acceso intravenoso.

Como medida preventiva, muchos proveedores administran uterotónicos y vasoconstrictores. Aunque existe información que apoya el uso rutinario de vasopresina en el bloqueo paracervical, existe poca evidencia en la literatura que justifique el uso de otras estrategias profilácticas rutinarias. Sin embargo, médicos experimentados han encontrado que los siguientes esquemas resultan de utilidad.

Para el bloqueo paracervical:

a) 2-6 unidades de vasopresina;
b) 4-8 unidades de oxitocina (por ejemplo, 10 unidades en 50 cc de lidocaína, usando 20 cc de la lidocaína para el bloqueo o una dosis total de 4 unidades);
c) epinefrina (20 cc de 1:200 000 en lidocaína, equivalente a 0.1 cc de 1:1000);
d) ninguno de los anteriores.

Se podrían tomar las siguientes medidas en la etapa postoperatoria para el tratamiento de la hemorragia postaborto:

a) 0.2mg de Metergina oral, IM, intracervical o IV;
b) 10 unidades de oxitocina IM ó 10-40 unidades IV;
c) 800-1000mcg de misoprostol por vía rectal u 800mcg por vía sublingual (se ha utilizado para la HPP);
d) 0.25mcg de Hemabate IM;

[C] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Procedimientos de Emergencia.
[D] La hemorragia empapa por completo más de una toalla sanitaria por hora, durante más de tres horas.

e) presión intrauterina (por ejemplo, sonda de Foley o balón de Bakri o empaquetamiento);
f) taponamiento vaginal.

De continuar la hemorragia tras asegurar que ha concluido la evacuación uterina y de no existir laceraciones cervicales o vaginales visibles, el proveedor debe considerar la posibilidad de complicaciones como perforación, coagulopatía o acretismo placentario.[E]

Referencias:

1. Hakim-Elahi, E. & Tovell, H. Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. Obstet. Gynecol., 1990, 76:129.

rev. octubre de 2009

[E] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Complicaciones: Perforación.

COMPLICACIONES: PERFORACIÓN

Política: La perforación uterina es una complicación del aborto que puede generar porcentajes significativos de morbilidad.

Norma 1: Si a juicio del proveedor un instrumento penetra más allá de lo esperado, se debe considerar la posibilidad de una perforación uterina.

Norma 2: De ocurrir una perforación, incluso si la paciente es asintomática, se le deberá observar y dar seguimiento minuciosamente.

Opción 2.01: Se podría establecer cobertura con antibióticos.

Opción 2.02: Se podrían administrar uterotónicos.

Opción 2.03: Se podría transferir a la paciente a un hospital.

Opción 2.04: De ocurrir una perforación que no altere el embarazo, se podría finalizar el procedimiento inmediatamente, esperar un poco o referir a la paciente a otro proveedor.

Recomendación 2.1: De ocurrir una perforación que altere el embarazo, se debería completar el proceso de aborto tan pronto como sea posible.

Opción 2.05: Se podría completar el proceso de evacuación uterina usando ultrasonografía directa.

Opción 2.06: Se podría completar el aborto bajo visualización laparoscópica.

Norma 3: Se debe hospitalizar a la paciente para que reciba atención definitiva cuando:
a) se detectan vísceras intrabdominales en la cavidad uterina, el cuello del útero, la vagina, los tubos de succión o en el examen tisular;
b) se detectan partes fetales en la cavidad abdominal;
c) se detecta un hematoma en expansión en la región intrabdominal o retroperitoneal, o
d) se detecta inestabilidad hemodinámica.

Norma 4: Si se sospecha perforación uterina y se ha insertado la cánula en la cavidad uterina, se debe detener la succión inmediatamente antes de la remoción de la cánula.

Discusión: La identificación precisa de perforaciones puede ser difícil. Cuando se sospeche la existencia de una perforación, lo más seguro es proceder como si realmente existiera hasta descartarla.

La mayoría de las perforaciones se localizan en la línea media o en el fondo del útero, especialmente en el primer trimestre. Generalmente, las perforaciones se encuentran ocultas y no representan un problema, pero

en abortos del segundo trimestre existe mayor riesgo de perforaciones graves porque el miometrio es más vascular y menos resistente a cualquier daño provocado por instrumentos de mayores dimensiones. Las perforaciones laterales tienden a dañar los vasos uterinos. Existen mayores probabilidades de que ocurran perforaciones en los siguientes casos:

a) marcada anteflexión o retroflexión uterina;
b) estenosis de la os cervical interna que requiere aplicar más fuerza para producir la dilatación;
c) anomalías uterinas;
d) evacuación uterina difícil y prolongada.

Es probable que haya ocurrido una perforación uterina cuando:
a) un instrumento penetra en la cavidad uterina más profundamente de lo esperado y sin encontrar resistencia;
b) la paciente experimenta más dolor del esperado durante el procedimiento;
c) la paciente presenta dolor excesivo y persistente en el período inmediato de recuperación.

Varios factores pueden ayudar a evitar perforaciones:
a) valorar con exactitud la edad gestacional;
b) valorar con exactitud la posición uterina;
c) enderezar el eje uterino, y
d) efectuar la preparación cervical después del primer trimestre;[A]

Referencias:

1. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation. Contraception. 2007, 76:486.

2. Cervical preparation for surgical abortion from 20-24 weeks' gestation. Contraception. 2008, 77:308.

3. Elchalal, y cols. Ultrasound-directed diagnosis and treatment of pelvic hematoma after therapeutic abortion. J Clin.Ultrasound, 1993, 21:55.

4. Freiman, SM & Wulff, GJ Jr. Management of uterine perforation following elective abortion. J Obstet.Gyn., 1977, 50:647.

5. Kaali, SG, y cols. The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. Am.J.Obstet.Gyn., 1989, 161:406.

6. Lajinian, S, y cols. Sonographic appearance of suspected iatrogenic uterine perforation. J Reprod.Med., 1994, 39:911.

7. Lauersen, NH & Birnbaum, S. Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first-trimester abortions. Am.J Obstet.Gyn., 1973, 117:522.

8. White, MK, y cols. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. Am.J.Obstet.Gyn., 1977, 129:623.

rev. octubre de 2009

[A] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para el Aborto por LUI en el Segundo Trimestre.

ATENCIÓN POSTOPERATORIA

Política: Se pueden detectar las complicaciones más graves de un aborto en el periodo postoperatorio inmediato. Resulta esencial para el bienestar de las pacientes proporcionar atención adecuada y seguimiento accesible.

Norma 1: Se debe verificar y documentar que se ha completado el proceso de aborto.[A]

Norma 2: Se debe ofrecer inmunoglobulina Rh de conformidad con los lineamientos de Rh.[B]

Norma 3: Un proveedor de salud capacitado en atención postoperatoria debe observar a todas las pacientes durante el período de recuperación.

Norma 4: Un miembro del personal clínico[C] debe permanecer en el centro de salud hasta que todas las pacientes se encuentren estables desde el punto de vista médico.

Norma 5: Antes de dar de alta a la paciente, se debe documentar lo siguiente : la paciente debe encontrarse bajo atención ambulatoria y con presión arterial y pulso estables; se debe haber controlado el sangrando y el dolor.

Norma 6: Se deben proporcionar a la paciente instrucciones que describan los signos y síntomas de los efectos de la anestesia y de las complicaciones postoperatorias.

Recomendación 6.1: Se recomienda entregar instrucciones por escrito a todas las pacientes.

Norma 7: El centro de salud debe ofrecer un contacto de emergencia disponible las 24 horas donde las llamadas se prioricen de acuerdo con los reglamentos aplicables. Asimismo, el establecimiento debe garantizar a la paciente servicios de referencia a un médico cuando la situación lo amerite.

rev. diciembre de 2009

[A] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para la Evaluación del Contenido Evacuado del Útero.
[B] Véase Lineamientos sobre Políticas Clínicas para Pruebas de Rh y para la Administración de Inmunoglobulina Rh.
[C] La definición de personal clínico incluye a médicos, enfermeras de atención primaria, asistentes médicos y enfermeras parteras.

EVALUACIÓN DEL CONTENIDO EVACUADO DEL ÚTERO

Política: La remoción completa e identificación de los productos de la concepción ayudan a evitar complicaciones del aborto.

Norma 1: Se debe confirmar que haya concluido el proceso de aborto antes de que la paciente salga del centro de salud.

A. Si no se observa un polo fetal en el ultrasonido previo al procedimiento, se debe examinar el contenido evacuado del útero antes de que la paciente salga del centro de salud.
B. En otros casos, se debe examinar el tejido o usar ultrasonido para confirmar la evacuación.

Recomendación 1.1: Se recomienda examinar el contenido evacuado del útero antes de que la paciente salga del centro de salud.

Recomendación 1.2: En abortos efectuados en el primer trimestre del embarazo, se recomienda inspeccionar por flotación y a contraluz los tejidos evacuados para verificar la presencia de productos de la concepción, incluido el saco gestacional.

Opción 1.01: No se requiere realizar un estudio de patología del contenido evacuado del útero.

Norma 2: De obtenerse tejido insuficiente o productos incompletos de la concepción o si los hallazgos del ultrasonido son inciertos, se debe reevaluar a la paciente.

Recomendación 2.1: Se recomienda considerar la posibilidad de efectuar un estudio ultrasonográfico de la pelvis como medida de seguimiento.

Recomendación 2.2: Se recomienda considerar la posibilidad de repetir la aspiración.

Recomendación 2.3: Se podría considerar la realización de análisis cuantitativos seriados de hCG o pruebas sensibles de embarazo en orina.[A]

Norma 3: Si la paciente presenta tejido insuficiente después de una evaluación adecuada, se debe seguir un protocolo para descartar la posibilidad de embarazo ectópico y se debe informar a la paciente sobre los síntomas y riesgos de ese tipo de embarazo.

Recomendación 3.1: Si se determina que la cavidad uterina se encuentra vacía, se recomienda efectuar análisis cuantitativos seriados de hCG.

[A] La prueba sensible de embarazo en orina da positivo cuando alcanza 25 MUI de -hCG.

Norma 4: No se debe eximir a la paciente de la atención de seguimiento hasta que se haya descartado la posibilidad de un embarazo ectópico o se haya documentado que la paciente fue referida apropiadamente.

Recomendación 4.1: Se recomienda realizar una prueba cuantitativa de hCG sérico a las 48 horas del procedimiento. Si se observa una disminución del 50% o más, no se requerirá seguimiento para un posible embarazo ectópico.[1]

Recomendación 4.2: Si las pruebas cuantitativas de hCG sérico a las 48 horas del procedimiento no muestran cambios o revelan un aumento de valor por debajo de lo normal, se debería proporcionar y documentar una evaluación y tratamiento definitivo para embarazo ectópico o referir a la paciente y documentarlo.

Norma 5: En abortos del segundo trimestre, se deben evacuar del útero la placenta y todas las partes importantes del feto.

Recomendación 5.1: De no identificarse las estructuras arriba mencionadas, se debería considerar la realización de una evaluación ultrasonográfica y repetir la exploración uterina guiada por ultrasonido.

Recomendación 5.2: Se recomienda que el proveedor siga atendiendo a la paciente hasta que se determine que el proceso de aborto ha concluido.

Referencias:

1. Crenin, MD. Change in serum beta-human chorionic gonadotropin after abortion with methotrexate and misoprostol. Am J Obstet Gyn., 1996 Feb; 174(2):776-8.

rev. octubre de 2009

MANEJO, ALMACENAMIENTO Y DISPOSICIÓN DEL TEJIDO FETAL

Política: El manejo, almacenamiento y disposición de tejido realizados de manera inadecuada pueden ocasionar la diseminación de enfermedades infecciosas y aumentar el riesgo de robo o extravío del tejido. Debido a la posible naturaleza infecciosa del tejido extraído durante el aborto, se establecen lineamientos para su manejo, almacenamiento y disposición adecuados.

Norma 1: Se debe considerar que todo tejido extirpado quirúrgicamente constituye un riesgo biológico y se debe manejar, almacenar y eliminar de conformidad con los reglamentos oficiales aplicables. Se debe implantar un protocolo adecuado, para el manejo, almacenamiento y disposición de tejidos.

Norma 2: Se debe cumplir con controles adecuados de ingeniería y prácticas de trabajo para el manejo de materiales potencialmente infecciosos.[A]

rev. diciembre de 2008

[A] Control de ingeniería: Tecnología y equipo disponibles que aíslan o eliminan riesgos del lugar de trabajo, tales como contenedores de desecho de objetos punzocortantes.
Control de prácticas de trabajo: Cambio en la manera de efectuar una tarea para reducir la probabilidad de exposición de los empleados a sangre o a materiales potencialmente infecciosos.

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA

Política: El manejo óptimo de las emergencias derivadas de un aborto reduce la morbilidad.

Norma 1: Se debe contar con equipo en buenas condiciones y medicamentos que no hayan caducado para atender emergencias médicas. Se debe contar con oxígeno, vías aéreas orales, uterotónicos y epinefrina, entre otros.

Recomendación 1.1: Se recomienda que los centros de salud cuenten con un área específica para equipo de emergencia que incluya oxígeno, medicamentos y suministros.

Recomendación 1.2: Se debería contar con protocolos para garantizar la capacitación continua del personal en el uso de equipo de emergencia, manejo de emergencias e indicaciones para el traslado de urgencia.

Recomendación 1.3: Se recomienda incluir soluciones cristaloides IV en los medicamentos, y en centros que utilicen sedantes IV, se recomienda contar con antagonistas apropiados.

Recomendación 1.4: Los centros de salud deberían considerar la posibilidad de elaborar un convenio para traslados a un hospital, donde se especifiquen los medios de comunicación y transporte y el protocolo de transferencia de la atención en casos de emergencia.

Norma 2: Cuando se realicen procedimientos de aborto, un proveedor con certificación vigente en RCP debe encontrarse disponible en el centro de salud para ofrecer atención de emergencia.

Recomendación 2.1: Se recomienda que todo el personal médico cuente con certificación vigente en RCP.

Opción 0.1: Se podrían utilizar los siguientes suministros:

	Tipo de emergencia	Prevención, tratamiento
1.	Anafilaxis	Corticosteroides, epinefrina
2.	Reacciones alérgicas	Difenhidramina (Benadryl), epinefrina, inhaladores de albuterol
3.	Paro respiratorio	Oxígeno, succión, bolsa autoinflable con válvula y máscara, vías aéreas
4.	Hemorragia, shock	Solución cristaloide IV (solución salina normal o Ringer Lactato), uterotónicos, balón de compresión (de Bakri o Foley)

5.	Paro cardiaco	RCP, DEA
6.	Convulsiones	Diazepam (Valium), midazolam (Versed)
7.	Depresión respiratoria	Oxímetro de pulso, oxígeno

rev. diciembre de 2008

©2011 National Abortion Federation
1660 L Street, NW, Suite 450
Washington, DC 20036

www.prochoice.org