

Atención del aborto terapéutico

Guía de Práctica Clínica (GPC)

2015

CDU 616+614+618 (866)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Atención del aborto terapéutico, Guía de Práctica Clínica

Quito: MSP, Dirección Nacional de Normatización - MSP; 2015

40pp; tabs: gra:18x25

ISBN- 978-9942-07-878-0

1. Salud Pública

2. Aborto

3. Ginecología

4. Ecuador

5. Guía de Práctica Clínica

6. Protocolo médico. Procedimientos

Ministerio de Salud Pública

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud

Dirección Nacional de Normatización

Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia.

Quito - Ecuador

Teléfono: (593-2) 381-4400

www.salud.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización – MSP

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) ha sido adaptada por profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y especialistas en la materia, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización. En ella se reúnen recomendaciones y evidencias científicas para apoyar a médicos y pacientes en la toma de decisiones para la atención del aborto terapéutico.

Estas son de carácter general y no definen un modo único de conducta procedimental o terapéutica, sino una orientación basada en evidencia científica para la misma. La aplicación de las recomendaciones en la práctica médica deberá basarse además en el buen juicio clínico de quien las emplea como referencia, en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente, en los recursos disponibles al momento de la atención, así como en las normas existentes.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses y han procurado ofrecer información completa y actualizada. Sin embargo, en vista de la posibilidad de cambios en las ciencias médicas, se recomienda revisar el prospecto de cada medicamento que se planea administrar para cerciorarse de que no se hayan producido cambios en las dosis sugeridas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación cobra especial importancia en el caso de medicamentos nuevos o de uso infrecuente.

Publicado en 2015

ISBN- 978-9942-07-878-0



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Ecuador](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/ec/), y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Atención del aborto terapéutico, Guía de Práctica Clínica. 1ª Edición. Quito:

Dirección Nacional de Normatización, MSP; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Impreso por El Telégrafo EP.

Corrección de estilo: La Caracola Editores

Hecho en Ecuador - Printed in Ecuador

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que:** la Constitución de la República del Ecuador ordena: "Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.";
- Que:** el artículo 361 de la citada Constitución de la República del Ecuador prescribe: "El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector";
- Que:** la Ley Orgánica de Salud dispone: "Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.";
- Que:** la Ley Ibidem en el artículo 6 establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: "(...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud";
- Que:** el Código Orgánico Integral Penal, en el artículo 150, prevé los casos en los que el aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, no será punible;
- Que:** el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00004520 de 13 de noviembre de 2013, establece como misión de la Dirección Nacional de Normatización definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión; y,
- Que:** es necesario contar con un instrumento que reúna evidencias y recomendaciones científicas para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones acerca de la atención del aborto terapéutico,

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DE RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

- Art. 1.-** Aprobar y autorizar la publicación de la Guía de Práctica Clínica denominada “Atención del aborto terapéutico”, adaptada por la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública.
- Art. 2.-** Disponer que la Guía de Práctica Clínica denominada “Atención del aborto terapéutico” sea aplicada a nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud – RPIS y Red Complementaria - RC).
- Art. 3.-** Publicar la citada Guía de Práctica Clínica en la página web del Ministerio de Salud Pública.
- Art. 4.-** De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Hospitales y de la Dirección Nacional de Centros Especializados, y, a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a,

20 NOV. 2014


Carina Vance Maffa
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobada	Dr. David Acuña	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
	Dra. Verónica Espinosa	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria	
	Dra. Paula Cisneros	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretaria, Subrogante	
	Dra. Sonia Brazzini	Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos	Directora	
	Pdc. Andrés Aguirre	Dirección Nacional de Centros Especializados	Director	
Solicitado y aprobado	Dra. Gabriela Aguirre	Dirección Nacional de Normatización	Directora	
	Dra. Elisa Jaramila	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora	
Revisado	Abg. Isabel Ledezma	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora	
Elaborado	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Asesora	
Revisión y validación de la Guía	Dra. Norma Roca	Dirección Nacional de Normatización	Técnicas	
	Dra. Martha Gordón			

Autoridades

Mag. Carina Vance, Ministra de Salud Pública
Dr. David Acurio, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dra. Marysol Ruilova, Viceministra de Atención Integral en Salud
Dra. Verónica Espinosa, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
Dra. Patricia Granja, Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Dra. Ana Lucía Torres, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dra. Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización MSP

Edición general

Dirección Nacional de Normatización MSP

Equipo de edición y redacción

Dr. Wilfrido León, Médico Ginecólogo, Consultor UNFPA.
Dr. Eduardo Yépez, Médico Ginecólogo, Consultor UNFPA.
Soc. Ana Cristina Vera, Asesora del Despacho Ministerial, MSP.
Dra. Belén Nieto, Médica Ginecóloga, Consultora UNFPA.
Dra. Susana Guíjarro, Máster en Salud Pública, DNN, MSP

Equipo de validación

Dra. Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización, MSP.
Dr. David Acurio, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
Dra. Elisa Jarramillo, Coordinadora General de Asesoría Jurídica MSP.
Dra. Verónica Espinosa, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud.
Dra. Ana Lucía Torres, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.
Abg. Isabel Ledesma, Directora Nacional de Consultoría Legal MSP.
Abg. Manuel Velepucha, Director Nacional Jurídico MSP.
Dr. Juan Carlos Panchi, Director Nacional de Discapacidades MSP.
Dr. Andrés Corral, Director Nacional de Hospitales MSP.
Dra. Paula Cisneros, Directora Nacional de Primer Nivel Atención MSP.
Obst. Marcia Robalino, Analista, Dirección Nacional de Normatización, MSP.
Dra. Carlota Villamarín, Médica Ginecóloga, Directora Técnica CEMOPLAF.
Obst. Gabriela Rivera, Coordinadora de Atención posaborto CEMOPLAF.
Obst. Marcela Masabanda, Coordinación Técnica de Servicios de Salud, Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), MSP.

Obst. Eréndira Betancourt, Presidenta de la Federación Nacional de Obstetrices del Ecuador (FENOE).

Dr. Octavio Miranda, Médico Ginecólogo, Presidente de Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FESGO).

Dr. Fernando Hernández, Médico Ginecólogo, Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.

Dra. Alexandra Caicedo, Médica Ginecóloga, Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.

Dra. Virginia Gómez de la Torre, Médica, Fundación Desafío.

Dr. Andrés Calle, Médico Ginecólogo, Hospital Carlos Andrade Marín.

Dr. Ramiro López, Médico Genetista, MSP.

Dra. Martha Gordón, Dirección Nacional de Normatización, MSP.

Contenido

1. Descripción general de esta GPC	11
2. Preguntas que responde esta GPC	12
3. Introducción	12
4. Justificación	13
5. Objetivo general	14
6. Objetivos específicos	14
7. Aspectos metodológicos	14
8. Definiciones	15
9. Indicaciones para la realización de un aborto terapéutico	18
10. Manejo y tratamiento del aborto terapéutico	24
11. Glosario de términos	25
12. Referencias	26
13. Anexos	31

1. Descripción general de esta GPC

Título	Atención del aborto terapéutico (AT)
Organización desarrolladora	Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)
Código CIE-10	O004 Aborto médico Incluye: Aborto terapéutico Terminación del embarazo: <ul style="list-style-type: none"> • Legal • Terapéutico
Categoría de la GPC	Acciones específicas en primer nivel Atención en segundo y tercer nivel
Profesionales a quienes va dirigida	Esta GPC está dirigida al grupo de profesionales involucrados en la atención de salud sexual y salud reproductiva, embarazo, parto, puerperio y AT.
Otros usuarios potenciales	Médicos generales, médicos familiares, médicos gineco-obstetras, anesestesiólogos, médicos de emergencia, obstetrices, enfermeras y profesionales de los equipos de atención de todos los niveles.
Población blanco	Mujeres con indicaciones de AT
Fuente de Financiamiento	Ministerio de Salud Pública del Ecuador Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)
Intervenciones y acciones consideradas	Diagnóstico, tratamiento farmacológico, no farmacológico y quirúrgico del AT.
Metodología	<p>Esta guía fue elaborada mediante la metodología ADAPTE, a partir de las guías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutic termination of pregnancy. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program; 2013 Abril - The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2011 November - Ethical Issues in Obstetrics and Gynaecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health; 2009 October - World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Second edition. Geneva: WHO; 2011. <p>Los contenidos fueron actualizados a partir de la evidencia publicada en el período 2008-2014, con énfasis en el uso de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados. El proceso de adaptación incluyó la revisión por pares de la guía para su adaptación al contexto nacional y reuniones de consenso y validación del manejo farmacológico.</p>

Validación	Selección de GPC para adaptar Método de validación GPC: revisión y validación por pares clínicos Validación: DNN
Fuente de financiamiento	Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)
Conflicto de interés	Todas las personas involucradas en el desarrollo de esta GPC han declarado la ausencia de conflicto de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente guía.
Actualización	Cada dos años a partir de la fecha de publicación, o según necesidad de acuerdo a los avances científicos en el tema.

Clasificación CIE-10

O004	Aborto médico
	Incluye: Aborto terapéutico
	Terminación del embarazo:
	• Legal
	• Terapéutico

2. Preguntas que responde esta GPC

1. ¿Cuáles son las indicaciones para la realización de un AT?
2. ¿Cuál es el asesoramiento que el personal de salud debe dar a una mujer con indicación de AT?
3. ¿Cuál es el manejo farmacológico y quirúrgico del AT?
4. ¿En qué momento se debe referir a una paciente con indicación de AT?

3. Introducción

La mayoría de los embarazos tienen un curso normal; sin embargo, algunas veces pueden representar un peligro para la salud integral de la mujer o para su vida. En reconocimiento de estas circunstancias, en la mayoría de países en el mundo se han aprobado leyes y protocolos que permiten la terminación del embarazo ante tales condiciones. Según los registros de Naciones Unidas, el 98% de los países del mundo permiten la práctica del AT para salvar la vida de las mujeres, 63% para preservar su salud física, 62% para preservar su salud mental, 43% en casos de violación e incesto, 39% en casos de malformaciones fetales.¹

El artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal ecuatoriano, publicado en el Registro Oficial el 10 febrero de 2014, establece: “El aborto practicado por un médico u otro profesional de

la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos: 1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental".²

Hasta la década de 1980, la terminación terapéutica de un embarazo se realizaba de manera quirúrgica; sin embargo, el apareamiento de opciones medicamentosas torna más seguro este tipo de procedimientos.¹

Evitar la demora en el diagnóstico y tratamiento del AT, así como brindar herramientas para su manejo, tendrá un impacto significativo sobre las secuelas y la posibilidad del cuidado de salud y supervivencia de la mujer. Esta GPC es parte de las estrategias del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal.³

4. Aspectos metodológicos

La presente GPC está elaborada con las mejores prácticas clínicas y recomendaciones disponibles para el manejo del AT. El MSP, como rector del SNS, ha diseñado como parte de una propuesta metodológica un set de instrumentos que incluyen:

- Guía de Práctica Clínica
- Guía de bolsillo
- Guía para el ciudadano
- Manual de procedimientos

Los estudios localizados en la búsqueda científica fueron revisados para identificar los datos más apropiados para ayudar a responder las preguntas clínicas y asegurar que las recomendaciones estén basadas en la mejor evidencia disponible.

La búsqueda de información se realizó en metabuscadores de GPC; sumarios de la evidencia, síntesis de la evidencia en salud sexual y reproductiva: Biblioteca Cochrane y Biblioteca de Salud Sexual y Reproductiva de la OMS, estudios en Pub Med y sistemas de alerta bibliográfica. Se sometió a evaluación con el instrumento AGREE II a todas las guías seleccionadas.^{4,5}

Evidencias y grados de recomendación

El símbolo ✓ representa un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo desarrollador de la guía acuerda. Por lo general, son aspectos prácticos sobre los que

se quiere hacer énfasis y para los cuales probablemente no existe suficiente evidencia científica que los sustente. Estos aspectos de buena práctica clínica no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Símbolos empleados en esta GPC

Evidencia	E
Recomendación	R
Punto de buena práctica	✓

5. Objetivo general

Proveer una aproximación razonable y sustentada en evidencia científica para la atención, diagnóstico, evaluación y tratamiento oportuno del AT, que contribuya a disminuir la morbimortalidad materna en Ecuador y a mejorar la atención de la salud de las mujeres en estas condiciones.

6. Objetivos específicos

1. Identificar las indicaciones para un AT.
2. Facilitar la accesibilidad para la interrupción terapéutica del embarazo a las mujeres con esta indicación, dentro del marco que señala la ley ecuatoriana.
3. Describir intervenciones eficaces para la atención del AT con énfasis en la implementación de medidas de seguridad y de respeto a los derechos humanos.
4. Identificar oportunamente los casos con posible indicación de AT que requieren referencia de un establecimiento de menor complejidad a otro de mayor complejidad dentro del SNS.

7. Definiciones

Aborto: la OMS define el aborto como la terminación del embarazo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial, antes de que el feto logre la viabilidad (menor de 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm).⁶

Aborto terapéutico: es aquel que se realiza cuando se considera que el embarazo afecta la salud o vida de la mujer.⁶

Edad gestacional o duración del embarazo: el número de días o semanas completas desde el primer día de la última menstruación normal.¹

Métodos quirúrgicos de AT: utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo; incluyen la aspiración al vacío (AMEU) y la dilatación y curetaje (D y C).¹

Métodos farmacológicos de AT: utilización de drogas farmacológicas (misoprostol, oxitocina) para finalizar un embarazo. También se utiliza el término “AT no quirúrgico”.¹

Persona con discapacidad: se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que las hubiera originado, se ve restringida permanentemente en su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento de discapacidades del Ecuador.⁷

Persona con discapacidad mental: la discapacidad mental es la resultante de la interacción entre algunas condiciones psíquicas y/o intelectuales de largo plazo que pueden presentar las personas, y las barreras del entorno, tales como formas de exclusión social, carencias de apoyo y actitudes estigmatizadoras, que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.^{8,9} El Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador establece en el Art. 1 que “se entenderá por persona con discapacidad a aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que las hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una proporción equivalente al 40% de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional.”⁷

Peligro: es la posibilidad de lesión o daño que la continuación del embarazo puede ocasionar a la salud de la mujer.¹⁰

Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia.¹¹

8. Indicaciones para la realización de un AT

Las razones contempladas en la legislación ecuatoriana para que un aborto pueda ser considerado como terapéutico se encuentran en el Código Orgánico Integral Penal (COIP),² que establece: “El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado,

que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos”:

1. “Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”.

Cuando se detecta que el embarazo o parto puede significar un peligro para la salud de la mujer no evitable por otros medios, el personal de salud debe asesorar a la paciente sobre la posibilidad de acceder a un aborto terapéutico en el Sistema Nacional de Salud. En caso de ser requerido el procedimiento, el profesional deberá realizarlo en un plazo máximo de seis días,¹² y, en caso de no contar con capacidad resolutive, referirlo de manera inmediata.

2. “Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.”²

Cuando una mujer con discapacidad mental acude a los servicios del Sistema Nacional de Salud, con un embarazo producto de una violación, se deben aplicar los protocolos vigentes para la atención integral a mujeres víctimas de violencia sexual¹³ y asesorar sobre la posibilidad de acceder a un aborto terapéutico. El abordaje debe ser diferenciado considerando que, debido a la violación, puede presentar una descompensación o agudización de la patología mental. En caso de confirmarse el embarazo y requerirse la interrupción, esta deberá realizarse en un plazo máximo de seis días.

8.1. AT cuando hay peligro para la vida o salud de la mujer embarazada

Casi todos los países permiten el aborto para salvar la vida o la salud de la mujer embarazada. Algunos suministran listas detalladas de las entidades clínicas que consideran una amenaza para la vida o salud, pero no están dirigidas a impedir el juicio clínico del proveedor para evaluar los riesgos que puedan considerarse como un peligro para cada mujer en particular.

No existe una lista referencial de enfermedades debido a la complejidad potencial de las indicaciones por las que se puede realizar AT. Por esta razón, cada caso debe considerarse particularmente sobre la base de un análisis minucioso, y de acuerdo al criterio de los profesionales de la salud en conjunto con la mujer embarazada.^{1, 14-18, 20}

Se debe garantizar la prevención de cualquier riesgo para la vida o salud integral de la mujer, razón por la que aquellas patologías que no consten específicamente en ninguna

lista internacional deberán ser valoradas por los profesionales de salud en el marco de la Legislación Ecuatoriana para AT, basados en los principios bioéticos de la beneficencia, la no maleficencia, la justicia y la autonomía.^{1, 11-19}

Para la aplicación de la GPC de AT, la definición de salud que se utiliza es la establecida en nuestra Ley Orgánica de Salud:

“Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.”¹¹

Esta definición hace referencia a una interpretación integral de la salud, que incluye el cuidado de la misma en todos los aspectos.

8.3. Aborto terapéutico cuando el embarazo es producto de una violación en una mujer que padezca discapacidad mental

El concepto de discapacidad ha evolucionado en las últimas décadas, pasando de ser un término centrado en los déficits o minusvalías que pueden presentar las personas debido a causas congénitas o adquiridas, a la resultante de la interacción entre ciertas condiciones o diferencias que presentan las personas y las barreras del entorno social, debido a la superación del modelo médico o rehabilitador que pone énfasis en la discapacidad como una condición necesitada de cuidados médicos y una actitud caritativa, problematizando el carácter individual y natural de aquellos que portan una diferencia interpretada como una deficiencia. La alternativa desarrollada apunta a un modelo social de discapacidad en el cual se da énfasis a un entorno incapacitante, en el cual las deficiencias y la discapacidad son una construcción social, dando cuenta de que las personas se encuentran en situación de discapacidad por la configuración de la sociedad.^{8,9}

La presencia de un embarazo en una mujer con discapacidad mental en una proporción equivalente al 40% requiere de una comprensión integral de la situación de violencia sexual que esto representa. El embarazo se demostrará con un examen de sangre o con una ecografía.

Se debe asesorar al representante legal sobre la importancia de denunciar el hecho con el objetivo de proteger a la mujer. Sin embargo, la denuncia no constituye un requisito para acceder al procedimiento.

Es indispensable que el/a representante legal presente una petición que puede ser verbal o escrita en la cual se declara el hecho de la violación. Si el o la representante legal no sabe leer y escribir, el servicio recogerá la petición y pedirá a el o la representante legal que la suscriba con su huella digital, y en lo posible con una copia de su cédula de identidad, para que quede como constancia y respaldo del servicio de salud que va a realizar el procedimiento.

Dentro de los protocolos para atención a la violencia sexual,¹³ está determinada la obligación del servicio de notificar a la autoridad competente para la investigación de este hecho con el objetivo de proteger a la mujer víctima de violencia, garantizar la no revictimización de la misma y la reparación integral; sin que este hecho retrase o condicione la atención en salud.

9. Manejo y tratamiento del AT

9.1. Asesoramiento frente al AT^{1, 12, 16-18}

Todo el personal de salud debe conocer el bajo riesgo de morbilidad y mortalidad materna de un AT seguro y debe estar capacitado para asesorar a la mujer sobre las opciones disponibles.	E - 1a
Ante una indicación de AT, las mujeres necesitan información inmediata sobre las opciones y la prestación de servicios pertinentes.	✓ - R
Disposiciones inadecuadas, retraso en el acceso y falta de apoyo del proveedor están fuertemente asociadas con resultados de salud adversos posteriores.	✓
Los servicios deben asegurarse de que esté disponible información basada en evidencia, por escrito, en variedad de formatos y lenguajes para las mujeres que consideran un AT.	✓
Las mujeres deben recibir asesoramiento para tomar decisiones sobre sus opciones frente a un embarazo que ponga en peligro su salud o vida.	R-C
El personal de salud debe informar a la paciente sobre la garantía de la confidencialidad sobre su condición de salud, decisión y la conducta a seguir.	R - C
Se recomienda asesoría adecuada en caso de lactogénesis posaborto.	✓
Se recomienda asesoría sobre anticoncepción posaborto.	✓

9.2. De la provisión de servicios^{1, 12, 18}

Los establecimientos de salud que atiendan AT deben facilitar el acceso al mismo, o en caso de no tener capacidad resolutive, referir oportunamente al establecimiento de salud correspondiente.	✓
--	---

Los establecimientos de salud que no tienen capacidad resolutive para atención de emergencia de AT, deben disponer de un sistema eficiente para la referencia.	✓
El personal de salud debe garantizar que no se restrinja el acceso de las mujeres al AT por motivos de edad, origen étnico, creencias religiosas, discapacidad, orientación sexual, condición migratoria, condición de salud, estado civil o número de abortos previos.	R - B
Los proveedores deben asegurarse de que un miembro femenino del personal esté disponible si se lo solicita.	✓
Los establecimientos de salud deben ser culturalmente sensibles.	✓

9.3. Manejo inicial^{1, 12, 17, 18, 22, 23}

Debe realizarse un diagnóstico inicial y, de ser necesaria, la referencia al nivel de atención correspondiente para las mujeres con indicaciones de AT.	✓
El diagnóstico inicial incluye: <ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmar si la mujer está embarazada y, si es así: 2. Estimar la edad gestacional 3. Confirmar que el embarazo es intrauterino Los riesgos asociados con el AT inducido, aunque pequeños cuando el AT se lleva a cabo adecuadamente, aumentan con la duración del embarazo.	R - C
Las mujeres que deciden continuar con el embarazo deben ser referidas para cuidado prenatal adecuado.	R - C
Las mujeres que tienen indicación de AT requieren asesoría adecuada que incluya la anticoncepción y promoción de una vida sexual segura y libre de violencia.	✓
Los proveedores de salud deben identificar situaciones de vulnerabilidad (por ejemplo, violencia sexual, intrafamiliar y de género) para referir al apoyo apropiado de manera oportuna.	R - C
El personal de salud debe informar claramente a la mujer sobre situaciones que pueden presentarse a pesar de llevar a cabo el procedimiento señalado: <ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgos del procedimiento 2. Otros riesgos asociados 	✓

9.4. Preparativos para el procedimiento^{16, 22-34}

<p>Con respecto a los métodos utilizados para inducir el AT, los establecimientos de salud deberán estar adecuados de acuerdo a su nivel de complejidad para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atender a las mujeres con indicación de AT en las diferentes edades gestacionales. 2. Disponer y ofrecer los métodos recomendados de acuerdo al nivel de complejidad para cada etapa de gestación. 3. Garantizar la oportuna referencia o derivación hacia el servicio correspondiente. 4. Asesoramiento sobre los distintos métodos de aborto. 5. Asesoramiento sobre distintos métodos anticonceptivos. 6. Acompañamiento pre y posprocedimiento. 	R - C
<p>El personal de salud debe informar a la mujer sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo lo concerniente al procedimiento. 2. Que es probable que se presenten cólicos, dolor y sangrado. 3. Cuánto tiempo es probable que tome el proceso. 4. Opciones para manejo del dolor. 5. Complicaciones y riesgos asociadas con el método de AT. 6. Cuándo ella será capaz de reanudar sus actividades normales, incluyendo las relaciones sexuales. 7. Cualquier atención de seguimiento que se requiera. 8. Brindar opciones de métodos anticoncepción post-AT. 9. Confidencialidad de su información en salud. 	R-C
<p>Los establecimientos de salud deben ser capaces de proveer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración tan pronto como sea posible a las mujeres que requieren el AT por razones médicas. 2. En caso necesario, referencia inmediata a un proveedor capacitado. 3. Ofrecer evaluación oportuna dentro de tres días calendario después de la referencia. 4. El procedimiento de un AT (desde la valoración inicial hasta la realización del AT), no debe exceder de seis días calendario como tiempo total prudente, tomando en cuenta la edad gestacional. 	R-C
<p>Las mujeres deben ser informadas sobre su derecho a demorar o cancelar las citas o el procedimiento si así lo desean.</p>	✓
<p>Se recomienda que después de un aborto terapéutico las mujeres que requieren hospitalización estén en un lugar diferente al de las mujeres púerperas o parturientas a término con el objetivo de evitar violencia, discriminación y afectaciones a la salud mental de las mismas.</p>	✓
<p>Se recomienda el alta temprana después del tratamiento con misoprostol para las mujeres que se sometan a un AT hasta antes de las nueve semanas de gestación, si no se presentan complicaciones.</p>	✓
<p>Durante el manejo previo al procedimiento, el personal debe ser sensible y receptivo a las necesidades de las mujeres y respetar su confidencialidad, privacidad y dignidad.</p>	R- C

<p>En conjunto con la atención de AT, se debe asegurar el cumplimiento de las recomendaciones relativas a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anticoncepción después del AT. 2. Profilaxis antibiótica. 3. Tamizaje para infecciones de transmisión sexual. 4. Profilaxis de isoimmunización. 5. Información y asesoría pre-AT y post-AT. 	R - C
---	--------------

9.5. Métodos recomendados para la realización del AT^{1, 11, 13, 16, 34}

Los métodos adecuados de AT difieren de acuerdo a la edad gestacional.

<p><i>Para embarazos con una edad gestacional mayor a 14 semanas</i></p> <p>Se recomiendan tanto la dilatación y evacuación (D y E) como los métodos farmacológicos (misoprostol) para el AT. Los proveedores deben ofrecer al menos uno de estos métodos, y preferentemente ambos, según la experiencia del profesional.</p>	E-1a
---	-------------

9.5.1. Métodos quirúrgicos (AMEU) para AT^{1, 16, 35-41}

<p>La aspiración manual endouterina al vacío (AMEU) es la técnica recomendada para el AT quirúrgico en embarazos con un máximo de 12 a 14 semanas de gestación.</p>	E - 1b
<p>Este procedimiento no debe completarse mediante curetaje cortante a modo de rutina.</p>	E - 1b
<p>El método de dilatación y curetaje cortante (D y C), debe reemplazarse por la aspiración de vacío (AMEU) por sus mayores ventajas y seguridad.</p>	E - 1b
<p>Se debe preparar el cuello uterino antes del procedimiento en casos de mujeres con un embarazo de más de 14 semanas de gestación que opten por la técnica de Dilatación y Evacuación. Los métodos recomendados para la preparación del cuello uterino antes de la dilatación y evacuación después de las 14 semanas de gestación son los dilatadores osmóticos o el misoprostol.</p>	E - 1b

<p>Antes de un AT quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino en el caso de las mujeres con un embarazo de 12 a 14 semanas de gestación. Su empleo puede considerarse en las mujeres con un embarazo en cualquier edad gestacional.</p> <p>Se recomienda cualquiera de estos métodos de preparación del cuello uterino antes de un AT quirúrgico durante el primer trimestre:³⁸</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual, de dos a tres horas antes del procedimiento 2. 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, tres horas antes del procedimiento. 	E - 1b
No se recomienda la anestesia general en forma rutinaria para el AT por aspiración al vacío o dilatación y evacuación.	E - 1b
Siempre se deben dar medicamentos para el manejo del dolor en el caso de un AT farmacológico o quirúrgico. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local o la sedación complementada con apoyo son necesarios para manejar el dolor que aumenta con la edad gestacional.	E - 1b
La oxitocina no deberá iniciarse antes de seis horas de la administración de misoprostol.	R - B
El uso de oxitocina se relaciona con una disminución significativa en la cantidad de sangrado posterior a la realización de AMEU.	E - 1a

9.5.2. Métodos farmacológicos para AT^{11, 12, 13, 39}

<p><i>Para embarazos con una edad gestacional de hasta 12 semanas (84 días)</i></p> <p>El método recomendado para el AT médico es 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 µg con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas.</p>	E - 1a
<p><i>Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (a partir de los 84 días) hasta las 22 semanas</i></p> <p>El método recomendado para el AT farmacológico es 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, repetido cada tres horas con un máximo de cinco dosis.</p>	E - 1a
Se recomienda dar asesoría, planificar conjuntamente con la mujer el momento de la inducción y el tipo de aborto terapéutico.	✓

9.6. Complicaciones del AT^{1, 16-18}

Las mujeres deben ser informadas de que el AT es un procedimiento seguro, que la mortalidad y las complicaciones principales son raras en todas las gestaciones	R - B
Las mujeres deben estar informadas sobre complicaciones poco frecuentes, que puede ocurrir como: <ol style="list-style-type: none"> 1. La ruptura uterina cuyo riesgo es menor al 1 en 1000 casos y se producen en AT de mayor edad gestacional. 2. Severa hemorragia que requiere transfusión; el riesgo es menor para los AT tempranos. Ocurre en menos de 1 en 1000 casos, aumentando a 4 en 1000 en gestaciones más allá de 20 semanas. 3. Perforación uterina (asociada solo a AT quirúrgico); el riesgo es del orden de 1 a 4 en 1000 casos y es menor para los AT tempranos y los realizados por personal de salud capacitado. 4. Trauma cervical (en AT quirúrgico solamente); el riesgo de daños no es mayor que 1 de cada 100 casos y es menor para los AT y los realizados por personal de salud capacitado. 5. Otros riesgos quirúrgicos y de anestesia. 	R - B
Las complicaciones y los riesgos deben ser discutidos con las mujeres de manera que puedan entenderse y debe recalcarse sobre la seguridad global del procedimiento terapéutico. ^{42, 43}	R - B
Se debe ofrecer a las mujeres información acerca de los síntomas y signos que pueden experimentarse después de un AT. Los más comunes son dolor y sangrado; los síntomas gastrointestinales son frecuentes especialmente después del AT farmacológico.	R - B

9.7. Criterios de referencia y contrarreferencia⁴⁴

Referir a la paciente a establecimientos con adecuada complejidad y capacidad resolutoria una vez que se ha establecido el diagnóstico diferencial, detectada o sospechada la indicación de AT permite tomar decisiones de especialidad acertadas y oportunas; para ello utilice lo indicado en la norma técnica para la referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del SNS.	✓
Superada la fase de atención de especialidad y aplicadas todas las medidas de atención integral post-AT, enviar al nivel primario con indicaciones claras del especialista sobre manejo subsecuente, con informe de acciones y resultados de la atención de especialidad.	✓

10. Glosario de términos

AMEU

Procedimiento quirúrgico para conseguir la evacuación uterina; se utiliza la fuerza de succión de una jeringuilla graduada y regulada para aspirar el contenido uterino.¹

Contrarreferencia

Es el proceso inverso, es decir la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información en el formulario correspondiente.⁴⁴

Misoprostol

Análogo sintético de la prostaglandina E1 que provoca contracciones uterinas y evacúa el contenido uterino entre otras utilidades en obstetricia.

Está indicado:

- En todos los casos en que se requiera **la interrupción segura del embarazo, sea en el primer o en el segundo trimestre** de la gestación.
- Para la **preparación y dilatación del cuello antes de un AT quirúrgico.**¹

Referencia

Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel de sistema de salud a otro superior en tecnicidad y competencia. El nivel superior puede ser el inmediato superior o no.⁴⁴

11. Abreviaturas

ACOG:	Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia
AGREE:	Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
AMEU:	aspiración manual endouterina
AT:	aborto terapéutico
CIE 10:	revisión 10a. de la Clasificación Internacional de Enfermedades
COIP:	Código Orgánico Integral Penal
D y C:	dilatación y curetaje
D y E:	dilatación y evacuación
FIGO:	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GPC:	Guía de Práctica Clínica
µg:	microgramos
MSP:	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
OMS:	Organización Mundial de la Salud
UNFPA:	Fondo de Población de Naciones Unidas

12. Referencias

1. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2012.
2. Código Orgánico Integral Penal. Registro Oficial 180 (Febrero 2014).
3. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de reducción de la muerte materna y neonatal. Quito: MSP Ecuador; 2008.
4. AGREE Collaboration. Evaluación de guías de práctica clínica. Instrumento AGREE. 2001 Sep. Available from http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-osteba/es/contenidos/informacion/osteba_formacion/es_osteba/adjuntos/instrumentoAagree.pdf
5. Henríquez Trujillo R, Jara Muñoz E, Chicaiza Ayala W, Sánchez del Hierro G. Introducción a la Medicina Basada en Evidencias. First. Quito: Cooperación Técnica Belga en Ecuador; 2007.
6. FLASOG. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. Tercera Edición; 2013 May.
7. Ley Orgánica de Discapacidades (LOD). Ecuador (2012).
8. Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Santiago, Chile; 2014. Available from www.observatoriodiscapacidadmental.cl
9. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo; 2006.
10. González Vélez AC. La aplicación práctica de la causal salud: un análisis de casos desde el marco de los derechos humanos. Bogotá: La Mesa por la vida y la salud de las mujeres; 2011
11. Ley Orgánica de Salud. Ecuador (2006).
12. Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado. Perú (2013).
13. Normativa y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar

- y sexual por ciclos de vida Proceso de Normatización del SNS Subcomisión de Prestaciones del SNS (2008).
14. FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology. Geneva: FIGO; 2009 Oct.
 15. Karchmer S. Consideraciones sobre las indicaciones médicas para la interrupción del embarazo. Gac Méd Méx. 2003; 139 (Suplemento 1): S37-S46.
 16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Londo: RCOG Press; 2011 Nov.
 17. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. Therapeutic termination of pregnancy. Queensland: State of Queensland (Queensland Health); 2013 Apr.
 18. Romero, Mariana. Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles. 1ª. ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; 2007.
 19. Constitución de la Republica del Ecuador. Registro Oficial 449 (2008 Feb).
 20. Aquilino Polaino Lorente, PSICOPATOLOGÍA E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. Cuad. Bioét. XX, Madrid – España. 3ª edición. 2009.
 21. Independent Advisory Group on Sexual Health and HIV. Working to Improve the Nation's Sexual Health. London: Department of Health; 2010 Available from http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100408121942/http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthimprovement/Sexualhealth/SexualHealthGeneralInformation/DH_4079794 (visited 17 January 2011).
 22. Medical Foundation for AIDS & Sexual Health. Recommended standards for sexual health services. London: MedFASH; 2005. Available from <http://www.medfash.org.uk/uploads/files/p17abl5efr149kqsu10811h21i3tt.pdf>
 23. Department of Health. Abortion Statistics, England and Wales: 2009. Statistical Bulletin 2010 (1). London: DH; 2010.
 24. Glasier A, Thong JK. The establishment of a centralised referral service leads to earlier abortion. Health Bull (Edinb). 1991 Sep; 49 (5): 254-9.

25. Department of Health. Equality Impact Assessment for National Sexual Health Policy. London: Department of Health; 2010. Available from http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_111231.pdf
26. Bradshaw J, Finch N, Miles JN. Deprivation and variations in teenage conceptions and abortions in England. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2005 Jan; 31 (1):1 5-9.
27. Griffiths C, Prost A, Hart G. Sexual and reproductive health of South Asians in the UK: an overview. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2008 Oct; 34 (4): 251-60.
28. NHS Institute for Innovation and Improvement. Quality and Service Improvement Tools. Patient Information. London: NHS; 2008. Available from http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/patient_information.html
29. Mashlach R, Seidman GI, Seidman DS. Use of mifepristone as an example of conflicting and misleading medical information on the internet. *BJOG*. 2002 Apr; 109 (4): 437-42.
30. Wong SS, Bekker HL, Thornton JG, Gbolade BA. Choices about abortion method: assessing the quality of patient information leaflets in England and Wales. *BJOG*. 2003 Mar; 110 (3): 263-6.
31. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. About abortion care: what you need to know. London: RCOG; 2004.
32. Department for Education. Revisions to Working together to safeguard children. London; 2015 <https://www.gov.uk/government/publications/working-together-to-safeguard-children>
33. Department of Health. Confidentiality; NHS Code of Practice. London: Department of Health; 2003. Available from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4069253 (visited 13 January 2011).
34. Department of Health. Maternity matters: choice, access and continuity of care in a safe service. London: Department of Health; 2007. Available from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073312
35. National Institute for Health and Clinical Excellence. Pregnancy and complex social factors. Clinical guideline CG110. London: NICE; 2010.

36. Aston G, Bewley S. Abortion and domestic violence. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2009; 11: 163-8.
37. Department of Health. Responding to domestic abuse: A handbook for health professionals. London: DH; 2005. Available from http://www.domesticviolencelondon.nhs.uk/uploads/downloads/DH_4126619.pdf
38. Gomperts RJ, Jelinska K, Davies S, Gemzell-Danielsson K, Kleiverda G. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *BJOG*. 2008 Aug;115(9):1171-5.
39. Department of Health. Final reports from the Taskforce on the health aspects of violence against women and children. London: DH; 2010.
40. Fielding SL, Edmunds E, Schaff EA. Having an abortion using mifepristone and home misoprostol: a qualitative analysis of women's experiences. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002 Jan-Feb;34(1):34-40.
41. Faúndes A (ed). *Uso de misoprostol en Obstetricia y Ginecología*. 2ª. ed. FLASOG; 2007.
42. Gynuity Health Projects. *Prestación de Servicios de Aborto con Medicamentos en Contextos de Bajos Recursos*. New York: Gynuity Health Projects; 2009
43. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Understanding how risk is discussed in healthcare – information for you*. London: RCOG; 2010. Available from <http://www.rcog.org.uk/understanding-how-risk-is-discussed-healthcare>
44. Norma del Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. MSP – Ecuador (2013).

14. Anexos

Anexo 1.

Nivel de evidencia y grados de recomendación

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. La MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales.

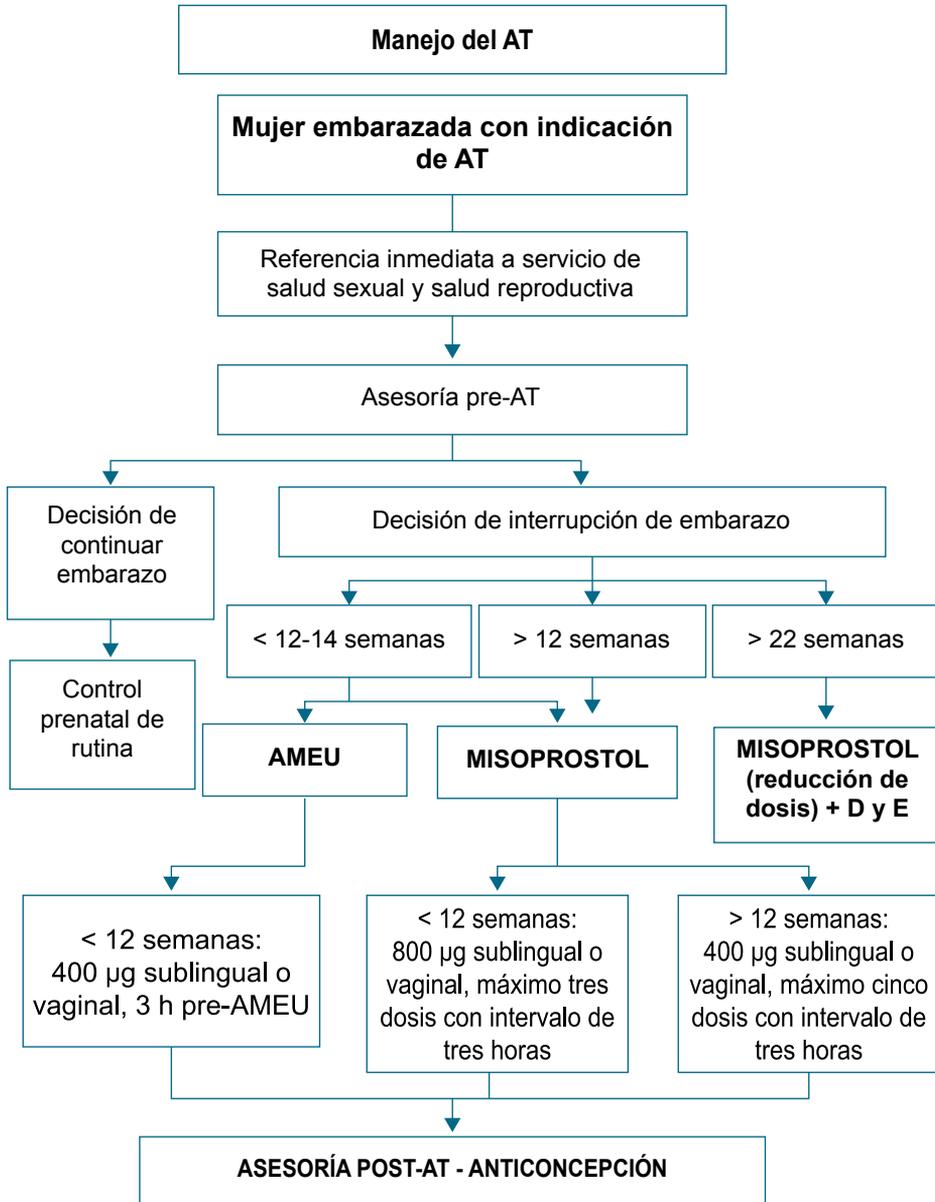
Existen diferentes formas de gradar la evidencia en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria. Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

La Escala Modificada de Shekelle y colaboradores clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números de 1 a 4 y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría	Calidad de la evidencia
1 a	Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios
1 b	Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio
2 a	Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad
2 b	Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte
3	Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas
4	Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas
Categoría	Fuerza de la recomendación
A	Directamente basada en evidencia categoría 1
B	Directamente basada en evidencia categoría 2 o recomendaciones extrapoladas de evidencia 1
C	Directamente basada en evidencia categoría 3 o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 1 o 2
D	Directamente basadas en evidencia categoría 4 o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 2 y 3

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

Anexo 2. Algoritmo de AT^{1,31}



Elaboración: autores

Anexo 3.**Condiciones de almacenamiento de medicamentos uterotónicos**

Principio activo	Almacenamiento en lugar oscuro	* Rango de temperatura (grados Celsius)
Oxitocina	++	2°C a 8°C/Menor a 30°C
Misoprostol	+	Menor a 30°C
Metilergonovina	+++	2°C a 8°C

Adaptado por: autores

*Según las condiciones de almacenamiento que consta en el envase secundario (estuche)

Anexo 4. Medicamentos avalados por esta guía

Misoprostol

ATC	G02AD06
Indicación avalada en esta guía	Manejo de AT (terapéutico)
Forma farmacéutica y concentración	Tableta 200 microgramos
Dosis	<p><i>Para embarazos con una edad gestacional de 12 semanas (84 días) como máximo</i></p> <p>El método recomendado para el AT clínico es 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 µg con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas.</p> <p><i>Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (84 días)</i></p> <p>El método recomendado para el AT clínico es 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, repetido cada tres horas con un máximo de cinco dosis.</p>
Precauciones	- Pacientes con glaucoma, hipertensión intraocular, asma, epilepsia.
Contraindicaciones	Embarazo normal (salvo en situaciones indicadas). Placenta previa, ruptura uterina, prolapso de cordón umbilical. Ruptura prematura de membranas. Infección pélvica activa. Enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o hepática activa.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: dolor abdominal, náusea, flatulencia, diarrea.</p> <p>Poco frecuente: hipertoniá uterina, sangrado uterino, alergia, hipertensión y disnea (en uso concomitante con oxitocina y metilergonovina/ergonovina).</p> <p>Raros: ruptura de útero (principalmente en multíparas y con cesárea previa), muerte materna por embolismo de líquido amniótico, coagulación intravascular diseminada, muerte fetal.</p>
Interacciones	<p><i>Disminución de la eficacia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Útero-inhibidores: por efecto antagónico. <p><i>Aumento de los efectos adversos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Antihipertensivos y otros vasodilatadores: mayor riesgo de hipotensión por sinergia. - Oxitocina: se incrementan sus efectos en general, por sinergia.

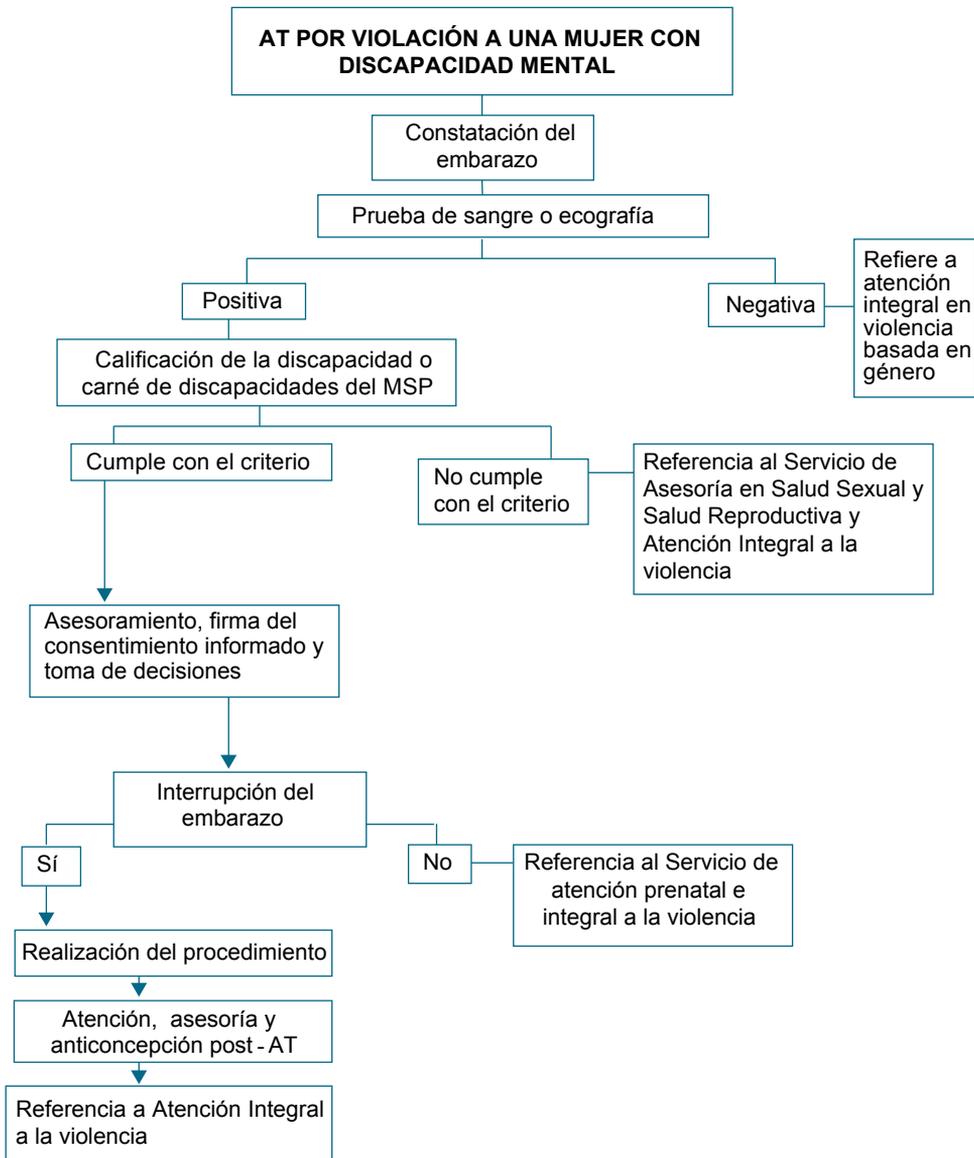
Oxitocina

ATC	H01BB02																																						
Indicación avalada en esta guía	Prevención de hemorragia uterina post-AT																																						
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 10 UI/mL																																						
Dosis	<p>La dosis eficaz de oxitocina varía para cada mujer. La administración es IV diluida en dextrosa 5% o solución salina 0,9%, la administración es dosis respuesta, con aumentos graduales de la dosis y velocidad de infusión; la administración se mantiene hasta lograr (tres contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RÉGIMEN</th> <th>DOSIS INICIAL (mU/min)</th> <th>AUMENTO DE DOSIS</th> <th>INTERVALO DE DOSIS (MIN)</th> <th>DOSIS MÁXIMA (Mu/min)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Dosis bajas</td> <td>0,5 - 1</td> <td>1</td> <td>30-40</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>1 - 2</td> <td>2</td> <td>15</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>Dosis alta</td> <td>6</td> <td>6, 3, 1</td> <td>15 - 40</td> <td>42</td> </tr> </tbody> </table> <p>Norma y Protocolo materno 2008-MSP</p> <p>- Si realizamos una dilución de 1 ampolla de oxitocina de 10 UI en una solución salina de 1000 cc, la correspondencia con cada régimen es:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RÉGIMEN</th> <th>DOSIS INICIAL (mU/min)</th> <th>AUMENTO DE DOSIS</th> <th>INTERVALO DE DOSIS (MIN)</th> <th>DOSIS MÁXIMA (Mu/min)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Dosis bajas</td> <td>1 – 2 gotas/min 3 – 6 cc/hora</td> <td>2 gotas/min 6 cc/hora</td> <td>30-40</td> <td>40 gotas/min 120 cc/hora</td> </tr> <tr> <td>2 – 4 gotas/min 6 – 12 cc/hora</td> <td>4 gotas/min 12 cc/hora</td> <td>15</td> <td>80 gotas/min 240 cc/hora</td> </tr> <tr> <td>Dosis alta</td> <td>12 gotas/min 36 cc/hora</td> <td>12 gotas/min 36 cc/hora</td> <td>15 - 40</td> <td>84 gotas/min 252 cc/hora</td> </tr> </tbody> </table>	RÉGIMEN	DOSIS INICIAL (mU/min)	AUMENTO DE DOSIS	INTERVALO DE DOSIS (MIN)	DOSIS MÁXIMA (Mu/min)	Dosis bajas	0,5 - 1	1	30-40	20	1 - 2	2	15	40	Dosis alta	6	6, 3, 1	15 - 40	42	RÉGIMEN	DOSIS INICIAL (mU/min)	AUMENTO DE DOSIS	INTERVALO DE DOSIS (MIN)	DOSIS MÁXIMA (Mu/min)	Dosis bajas	1 – 2 gotas/min 3 – 6 cc/hora	2 gotas/min 6 cc/hora	30-40	40 gotas/min 120 cc/hora	2 – 4 gotas/min 6 – 12 cc/hora	4 gotas/min 12 cc/hora	15	80 gotas/min 240 cc/hora	Dosis alta	12 gotas/min 36 cc/hora	12 gotas/min 36 cc/hora	15 - 40	84 gotas/min 252 cc/hora
	RÉGIMEN	DOSIS INICIAL (mU/min)	AUMENTO DE DOSIS	INTERVALO DE DOSIS (MIN)	DOSIS MÁXIMA (Mu/min)																																		
	Dosis bajas	0,5 - 1	1	30-40	20																																		
		1 - 2	2	15	40																																		
	Dosis alta	6	6, 3, 1	15 - 40	42																																		
RÉGIMEN	DOSIS INICIAL (mU/min)	AUMENTO DE DOSIS	INTERVALO DE DOSIS (MIN)	DOSIS MÁXIMA (Mu/min)																																			
Dosis bajas	1 – 2 gotas/min 3 – 6 cc/hora	2 gotas/min 6 cc/hora	30-40	40 gotas/min 120 cc/hora																																			
	2 – 4 gotas/min 6 – 12 cc/hora	4 gotas/min 12 cc/hora	15	80 gotas/min 240 cc/hora																																			
Dosis alta	12 gotas/min 36 cc/hora	12 gotas/min 36 cc/hora	15 - 40	84 gotas/min 252 cc/hora																																			

Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de cesárea. - Polihidramnios. - Multiparidad. - Antecedentes de sepsis uterina o parto traumático anterior. - Preeclampsia severa y enfermedades cardiovasculares severas. - Insuficiencia renal, aumenta riesgo de sobrecarga hídrica. - Riesgo de desarrollar coagulación intravascular diseminada, preeclampsia o enfermedad cardíaca grave
Contraindicaciones	<p>Hipersensibilidad al medicamento, emergencias obstétricas, hipertensión uterina, ruptura o riesgo de ruptura uterina</p>
Efectos adversos	<p>Frecuentes: náusea, vómito, hipertensión uterina (madre) Poco frecuente: arritmias (madre), episodios hipertensivos (madre), anafilaxia (madre), afibrinogenemia, hemorragia post-AT (madre), embolismo de líquido amniótico (madre), laceraciones cervicales o vaginales (madre) Raros: tetania uterina, ruptura uterina, abrupción placentaria, toxicación hídrica, daño cerebral, hemorragia subaracnoidea (madre)</p>
Interacciones	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anestésicos inhalatorios (halotano y enflurano): disminuyen efecto oxitócico. - Antagonistas adrenérgicos. <p>Aumento de los efectos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anestesia caudal con vasoconstrictores: aumenta riesgo de HTA severa. - Cloruro de sodio o urea intraamnióticos y otros oxitócicos: aumenta riesgo de hipertensión, ruptura uterina, y riesgo de hipertensión arterial. - Prostaglandinas (misoprostol): se potencian mutuamente sus efectos, aumentando el riesgo de hipertensión arterial. - Simpaticomiméticos: efecto sinérgico, incrementando el riesgo de hipertensión arterial.

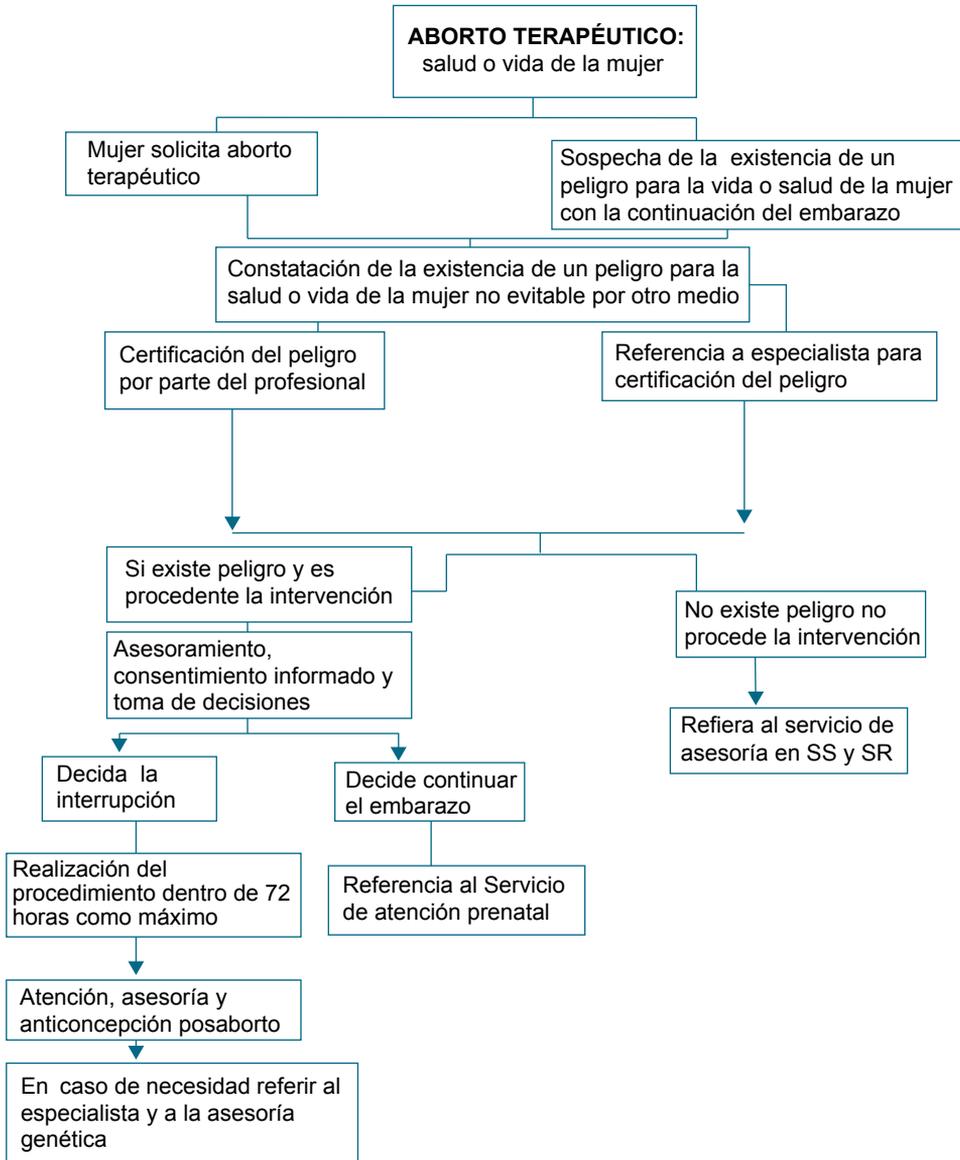
Anexo 5.

Ruta para la realización de un AT por violación a una mujer con discapacidad mental



Anexo 6.

Ruta para realización del AT por riesgos de vida o de salud de la mujer





ISBN 978-9942-07-878-0



9 789942 078780