



ORIENTACIONES TÉCNICAS

Para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas

2011

Grupo de Trabajo

Dr. Guillermo Galán.	Profesor Asistente de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Chile, Docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la USACH, docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor. Miembro de la SOCHOG y FACOG. Ex presidente de APROFA y antiguo voluntario de la IPPF.
Dr. Ramiro Molina Cartes	Profesor Titular Facultad Medicina, Universidad de Chile. Director del posgrado en Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia. Director del Examen internacional de IFEPAG.
Dr. Marco Clavero	Médico Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San José. SSMN
Dr. René Castro S	Médico Gineco Obstetra
Dr. Eghon Guzmán	Asesor Programa Salud de la Mujer MINSAL. Chair de la Sección Chilena del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG). Ex Presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG) y de la Sociedad Chilena de Ultrasonografía en Medicina y Biología (SOCHUMB).
Mat. Patricia Godoy	Unidad de Ginecología Hospital Sótero Del Río
Dr. Alfredo M. Germain	Director Centro Especializado Vigilancia Medicina Materno-Fetal (CEVIM) Unidad de Medicina Materno-Fetal Departamento de Obstetricia y Ginecología Clínica Las Condes
Mat. Miriam González O	Programa Salud de la Mujer. Dpto. Ciclo Vital MINSAL Magíster en Salud Pública
Dra. Mónica Kimelman	Profesora Asociada Facultad de Medicina Universidad de Chile. Experta en Salud Mental y Psiquiatría Perinatal
Dra Carmen López S.	Médica Psiquiatra
Dr. Carlos Ramírez	Médico Gineco Obstetra Hospital San Juan De Dios
Ps. Sandra Ramírez	Centro de Atención de la Mujer. Hospital San Juan de Dios
Mat. Anita Roman M.	Presidenta del Colegio de Matronas de Chile
Dr. Sergio Silva	Jefe Unidad de Ginecología Hospital Sótero Del Río. Profesor Auxiliar Asociado de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile
Dra. Sylvia Santander R.	Jefa del Departamento de Ciclo Vital. Encargada Nacional del Programa de Adolescentes y Jóvenes . DIPRECE. MINSAL
Dr. Fernando Troncoso	Jefe de la Unidad de Ginecología del Hospital Padre Hurtado. Profesor de la Universidad del Desarrollo y Miembro del Dpto. de Gineco-obstetricia de la Clínica Santa María.

Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas

ISBN: 978-956-348-006-1

Índice

Prólogo	5
1. Marco Conceptual	7
2. Principios que orientan la atención a mujeres que presentan una Pérdida Reproductiva	9
3. Epidemiología.	11
4. Recomendaciones para el manejo de los aspectos biomédicos del Aborto	19
4.1. Amenaza de aborto	19
4.2. Síntomas de aborto	19
4.3. Aborto inevitable	19
4.4. Aborto en evolución	21
4.5. Aborto incompleto	22
4.6. Aborto completo	22
4.7. Aborto retenido	23
4.8. Aborto con DIU	23
4.9. Aborto Inducido	24
4.10. Enfermedad trofoblástica	28
4.11. Pérdida reproductiva recurrente	30
4.12. Embarazo ectópico	31
4.13. Muerte fetal	37
5. Recomendaciones para la acogida, detección y derivación por condiciones psicosociales de riesgo	41
5.1. Acogida	41
5.2. Detección de condiciones psicosociales de riesgo	43
5.3. Conducta a seguir cuando se detecta riesgo psicosocial	44
6. Muerte perinatal: aspectos emocionales del duelo	48
6.1. Duelo patológico	48
6.2. Diagnóstico antenatal de malformaciones fetales	49
7. Pérdida reproductiva sin complicaciones significativas	50
8. Pérdida reproductiva con complicaciones	51
9. Recomendaciones para el alta de una paciente con pérdida reproductiva	51
10. Referencias	55
11. Anexo	57

Norma General Técnica N° 119

“Orientaciones técnicas para la atención integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas”.

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Salud Pública

Resolución Exenta N° 264

Departamento de Asesoría Jurídica

Santiago, 3 Mayo 2011

Prólogo

En las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva, implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. La pérdida de una gestación en curso, es una condición que se presenta en algunas mujeres y consideramos que es muy importante asegurar que los servicios técnicos otorgados a las mujeres que consultan por esta razón sean de calidad, así como es relevante que estos servicios cuenten con consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas.

Hasta ahora, en el país, la atención de las mujeres que presentaban complicaciones por una pérdida reproductiva, ha sido asumida con enorme responsabilidad por los profesionales que la realizaban, por lo que es muy importante que estas intervenciones sean respaldadas por recomendaciones técnicas actualizadas, basadas en evidencia, que puedan asegurar su calidad, el respeto a los derechos y un trato digno a las mujeres. Estas Orientaciones Técnicas, constituyen un avance importante en los esfuerzos por responder a las necesidades de todas las personas en el marco de sus derechos en salud.

El documento de recomendaciones, está dirigido a todos los profesionales y técnicos que se desempeñan, en los servicios de gineco - obstetricia de la red sanitaria pública y privada. Se ha logrado luego de un importante trabajo colaborativo de profesionales médicos gineco-obstetras, psiquiatras, matronas, psicólogas, cuyo esfuerzo ha permitido sistematizar lo más reciente del conocimiento científico, en cuanto a las acciones pertinentes de desarrollar en el ámbito de la pérdida reproductiva, así como también, la capacidad del sistema sanitario chileno para implementarlas. Estos profesionales son merecedores del reconocimiento y agradecimiento del Ministerio de Salud y de todas aquellas personas que se beneficiarán de su aplicación.

Las políticas sanitarias, los avances de la ciencia y el desarrollo científico, han permitido que en el país mueran muy pocas mujeres por causa obstétrica, por lo que el desafío presente no es sólo salvar la vida como lo fue hasta hace algunas décadas, sino que también evitar secuelas, en las mujeres que presentan una pérdida reproductiva.

Más allá de cumplir eficientemente esas responsabilidades, la atención de salud debe responder a las necesidades, expectativas y derechos de las mujeres de hoy, para quienes una pérdida reproductiva puede significar un duelo, por la frustración de un proyecto de maternidad o ser expresión de que las condiciones en que viven las exponen a violencia, a insuficiente control de su actividad sexual y/o dificultades en el acceso a servicios de regulación de la fertilidad. La importancia que hoy se otorga en la atención de salud a los determinantes sociales que subyacen en los problemas de salud y a los aspectos psicológicos involucrados, se basa, tanto en la evidencia científica de su importancia para el pronóstico y tratamiento, como en el mayor conocimiento y conciencia que tiene la ciudadanía de sus derechos.



Jaime Mañalich Muxi

Ministro de Salud

Marco Conceptual

1

El Estado de Chile reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud y ha suscrito, ante la comunidad internacional, múltiples compromisos en el ámbito de la atención de las mujeres que presentan complicaciones de una pérdida reproductiva.

En 1994, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, estableció que “En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para la atención de las complicaciones que se deriven del aborto o pérdida reproductiva. La orientación, educación y los servicios de planificación familiar post-aborto se deben ofrecer oportunamente, lo que también debería ayudar a evitar las pérdidas reproductivas.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer¹, en agosto de 2006, “recomendó al Estado de Chile que dé acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos inseguros y reduzca las tasas de mortalidad materna por esta causa, de conformidad con la recomendación general 24, relativa a la mujer, la salud, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing”.

En las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. La pérdida de una gestación en curso es una condición que se presenta en algunas mujeres y que forma parte de la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva. Es importante, por lo tanto, asegurar la calidad de estos servicios en sus aspectos técnicos e incorporar en éstos las consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas.

Existe evidencia de que algunas condiciones de vida de las mujeres se asocian a una mayor probabilidad de presentar pérdidas reproductivas y también de sufrir complicaciones e, incluso, morir a causa de un aborto. Estos determinantes sociales son los que explican, en general, las desigualdades en el nivel de salud de los distintos grupos de población. Los más importantes son el nivel socioeconómico bajo, el bajo nivel educativo, la edad temprana, la falta de acceso a servicios de regulación de la fertilidad, la cultura machista con aceptación de la subordinación de la mujer y la violencia de género.

El ámbito de estas recomendaciones es más amplio que la definición de aborto que propone la Organización Mundial de la Salud: “interrupción del embarazo sea espontánea o inducida antes de las 22 semanas o 500 gramos de peso fetal”.

¹ Naciones Unidas CEDAW/C/CHI/CO/4 - “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”

El concepto de pérdida reproductiva comprende no sólo aquella que no culmina en el nacimiento de un nuevo ser humano por su interrupción prematura, sino que también, cuando el feto muere antes, durante el parto y post parto.

Por lo tanto, es aplicable a la atención de las mujeres que están viviendo una pérdida reproductiva en cualquier edad gestacional: las que presentan un aborto (antes de las 22 semanas de gestación), aquellas en las que se comprueba la muerte fetal antes del término y quienes son madres de un/a recién nacido que fallece poco después del parto.

Es importante mencionar el embarazo ectópico, un tipo de pérdida reproductiva en la que se suma al término de la gestación la incertidumbre acerca de la fertilidad futura, especialmente cuando se pierde parte de los órganos reproductivos.

Cada una de estas situaciones merece una forma particular de atención en los aspectos médicos y también de apoyo a entregar a la mujer que vive esta pérdida, de acuerdo a quién es y a sus propias e individuales circunstancias.

En síntesis, en las presentes orientaciones el concepto de pérdida reproductiva involucra todas las situaciones en que una gestación no da inicio a un proceso de crianza, que se hará cargo de la nueva persona hasta que ésta se convierte en un ciudadano o ciudadana. Asumen también que cada mujer vive con un significado diferente cada una de sus gestaciones y cada pérdida reproductiva y por lo tanto, reacciona a ella de forma diferente y la integra de forma distinta a su proyecto de vida y su existencia y se refieren tanto al manejo de los aspectos biomédicos como de los aspectos psicosociales involucrados en una pérdida reproductiva.

Principios que orientan la atención a mujeres que presentan una pérdida reproductiva

2

Estos principios se basan en el reconocimiento de los derechos, creencias, valores, percepciones, actitudes individuales y las características propias de la cultura a la que pertenecen las mujeres que son atendidas por una pérdida reproductiva:

- a) Respeto a la autonomía y el derecho de las personas a tomar decisiones en salud sexual y reproductiva. Esto implica por parte del equipo médico no emitir juicios ni opiniones valóricas acerca de los comportamientos de la paciente y por otro, entregar toda la información, actualizada e imparcial que le permita en el futuro tomar las mejores decisiones para el autocuidado de su salud y no verse nuevamente en la misma condición de riesgo. La persona debe percibirse y ser percibida como protagonista del proceso de atención.

- b) Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere todo acto médico. Asumir que la entrega de información de parte de las personas atendidas es siempre voluntaria. Debe preguntarse aquello que es necesario para el diagnóstico y manejo clínico del problema de salud que presenta la persona y respetar la negativa a entregar información, explicando la importancia clínica de contar con ésta. La confidencialidad está respaldada por el ordinario N° 1675 de abril de 2009 dirigido a los Directores de Servicios del País y firmado por el Ministro de Salud.

- c) Derecho a una atención profesional en que exista competencia técnica de los y las proveedores/as de servicio. Quienes prestan atención deben tener los conocimientos necesarios y manejar técnicas correctas y actualizadas relacionadas con todos los procedimientos que realizan o que planean incluir en la atención. Deben conocer y manejar técnicas de comunicación que les permitan entregar en forma óptima la información y tener una comunicación efectiva con las personas que atienden. De no haber dichas competencias en algunas áreas, se deberá solicitar la concurrencia de personas con más conocimiento y habilidades, es decir, se debe optimizar la competencia con un trabajo en equipo.

- d) La atención de mujeres que han presentado una pérdida reproductiva debe ser oportuna, integral y multidisciplinaria en lo que respecta a salud sexual y reproductiva, debe incluir atención post-parto, consejería en salud sexual y reproductiva, regulación de la fertilidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual y ginecológica.
- e) Condiciones de infraestructura y tiempo que permitan entregar una atención que cumpla con las condiciones anteriores.

Epidemiología de la pérdida reproductiva

3

A continuación, se describe la epidemiología de las pérdidas reproductivas y de los problemas de salud mental en las mujeres que las presentan.

Tabla 1: Egresos hospitalarios por embarazo terminado en aborto (O00-O08), Chile 2008

Código CIE-10	Embarazo terminado en aborto(O00-O08)	2.008	
		Nº	%
	TOTAL	33.428	100
O00	Embarazo Ectópico	3543	10,6
O01	Mola hidatiforme	260	0,8
O02	Otros productos anormales de la concepción	13396	40,1
O03	Aborto espontáneo	4779	14,3
O04	Aborto médico	0	0,0
O05	Otro aborto	222	0,7
O06	Aborto no especificado	11070	33,1
O07	Intentos fallidos de aborto	35	0,1
O08	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	123	0,4

Fuente: DEIS-MINSAL

Embarazos terminados en aborto

El año 2008, de un total de 319.856 egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio, los egresos por embarazo terminado en aborto representan el 10,5% (33.428). De éstos, los más frecuentes fueron, Otros productos anormales de la concepción (40,1%), aborto no especificado (33,1%), aborto espontáneo (14,3%). Tabla 1

Tabla 2: Egresos Hospitalarios debidos a Embarazo Ectópico. Chile 2008

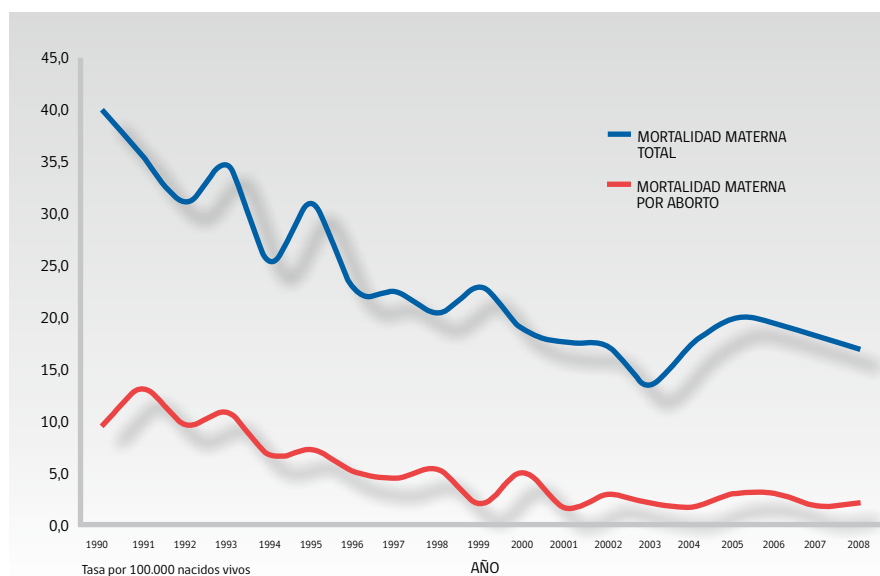
Código CIE-10	Causa	2.008	
		Nº	%
000	Embarazos Ectópicos	3543	100%
000.0	Embarazo abdominal	63	1,8%
000.1	Embarazo tubario	1603	45,2%
000.2	Embarazo ovárico	56	1,6%
000.8	Otros embarazos ectópicos	113	3,2%
000.9	Embarazo ectópico no especificado	1708	48,2%

Fuente: DEIS MINSAL

El año 2008, el 11,1 % del total de egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio, correspondieron a egresos por embarazo ectópico, de estos, el 48,2% corresponde a embarazo ectópico no especificado y el 45,2 % a embarazo tubario (Tabla 2).

Mortalidad Materna

La mortalidad materna ha descendido en forma progresiva desde 1990, con una tasa de 40,0 por 100.000 nacidos vivos a 16,5 al año 2008. La mortalidad por aborto, también ha descendido de 9,4 a 2,0 por 100.000 nacidos vivos en el mismo período, con algunas variaciones intermitentes. Esta disminución es debido principalmente a un acceso amplio y gratuito a métodos de planificación familiar. Ver gráfico N° 1.

Gráfico 1: Mortalidad materna y por aborto, Chile 1990-2008

Fuente: DEIS

Tabla 3: Defunciones y Tasa¹ de Mortalidad Fetal según causa. Chile 2006 -2009

Código CIE-10	Descriptor	2006		2007		2008		2009	
		Def-	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
	Total	2.124	8,65	2.165	8,86	2.165	8,64	2.252	8,80
D18.-	Hemangioma y linfangioma de cualquier sitio	18	0,07	16	0,07	20	0,08	21	0,08
D480	Tumor de comportamiento incierto o desconocido del hueso y cartilago articular	0	0,00	0	0,00	2	0,01	1	0,00
P00.-	Feto y RN afectados por condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo presente	95	0,39	108	0,44	110	0,44	102	0,40
P01.-	Feto y RN afectados por complicaciones maternas del embarazo	227	0,92	314	1,29	274	1,09	294	1,15
P02.-	Feto y RN afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas	435	1,77	559	2,29	606	2,42	669	2,61
P03.-	Feto y RN afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto	8	0,03	10	0,04	8	0,03	6	0,02
P059	Retardo del crecimiento fetal, no especificado	15	0,06	10	0,04	21	0,08	9	0,04
P209	Hipoxia intrauterina, no especificada	348	1,42	458	1,88	504	2,01	572	2,24
P241	Aspiración neonatal del líquido amniótico y de moco	0	0,00	0	0,00	2	0,01	1	0,00
P35-P39	Infecciones específicas del período perinatal	6	0,02	8	0,03	11	0,04	18	0,07
P70.-	Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido	10	0,04	17	0,07	20	0,08	32	0,13
P832	Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	26	0,11	35	0,14	34	0,14	36	0,14
P95X	Muerte fetal de causa no especificada	744	3,03	403	1,65	301	1,20	204	0,80
Q00-Q07	Malformaciones congénitas del sistema nervioso	23	0,09	22	0,09	22	0,09	30	0,12
Q20-Q28	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	18	0,07	21	0,09	19	0,08	25	0,10
Q60-Q64	Malformaciones congénitas del sistema urinario	3	0,01	13	0,05	8	0,03	10	0,04
Q65-Q79	Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular	12	0,05	14	0,06	12	0,05	6	0,02
Q80-Q89	Otras malformaciones congénitas	67	0,27	80	0,33	93	0,37	105	0,41
Q90-Q99	Anomalías cromosómicas, no clasificadas en otra parte	56	0,23	69	0,28	81	0,32	98	0,38
	Resto de causas	13	0,05	8	0,03	17	0,07	13	0,05

¹Tasa por 1.000 Nacidos DEIS MINSAL

Mortalidad Fetal

Entre los años 2006 a 2009, las tasas más altas se presentan por: feto y RN afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas (1,77 - 2,61); hipoxia intrauterina, no especificada (1,42 - 2,24); feto y RN afectados por complicaciones maternas del embarazo (0,9 - 1,15), muerte fetal de causa no especificada (3,03 - 0,80); malformaciones congénitas: sistema nervioso, circulatorio, urinario, osteomuscular y otras (0,49 - 0,69), por 1.000 nacidos vivos.

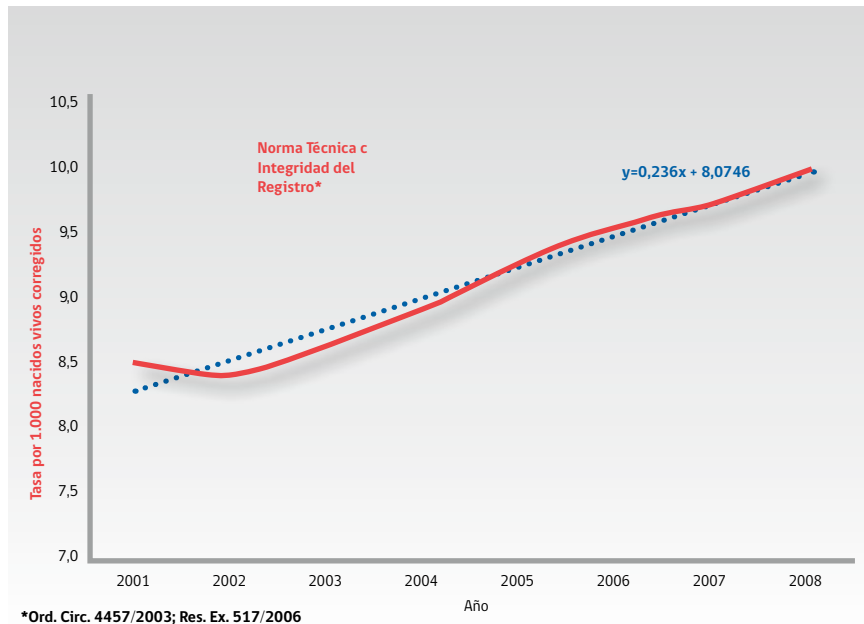
Tabla 4: Mortalidad fetal de 36 y más semanas de gestación - 2008 -DEIS

Fetos 36 y más semanas	Nº	%
Complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas	163	41
Hipoxia no especificada	110	28
Malformaciones congénitas	43	11
Otras causas	24	6
Causa no especificada	34	9
Madre con diabetes y diabetes gestacional	11	3
RCIU	7	2
Complicaciones del T de P y Parto	4	1
Total	396	100

En la tabla 4, se presentan las causas de muerte fetal de 36 sem. de gestación y más, siendo la principal causa las complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas, seguida por la hipoxia no especificada, malformaciones congénitas, etc.

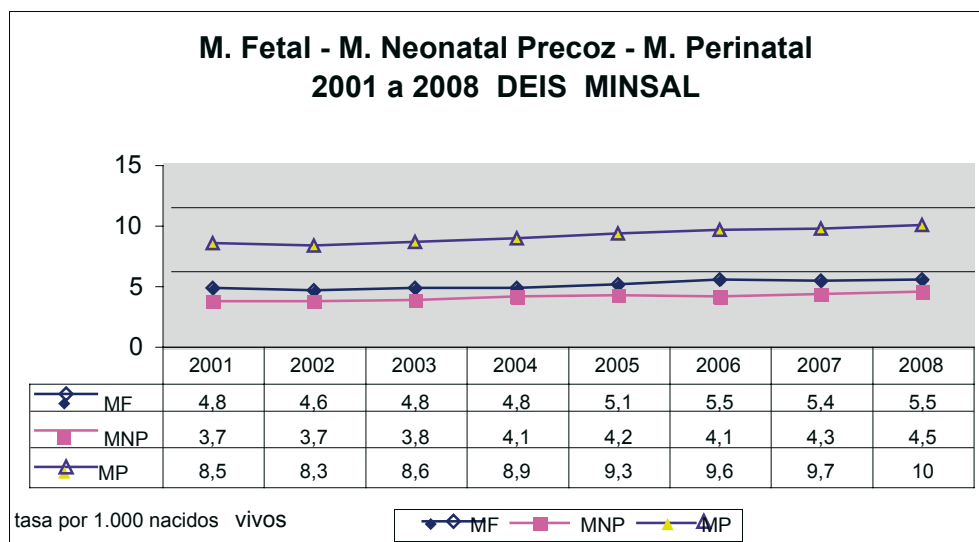
Mortalidad Perinatal

Gráfico 2: Mortalidad Perinatal, Chile 2001-2008



La tasa de Mortalidad Perinatal presenta un aumento a partir del año 2003, con la implementación de la Norma de Integridad del Registro de las Muertes Fetales e Infantiles (Res. Exenta N° 517 del 21.06.2000). La velocidad de crecimiento de la tasa es 0,24 por 1.000 por año. Desde el año 2005 al 2008, se observa un aumento gradual de 9,29 a 9,97 por 1.000 nacidos vivos corregidos.

Gráfico 3: MF-MNP-MP , Chile 2001-2008



Las tasas de mortalidad fetal, neonatal precoz y perinatal aumentan gradualmente entre los años 2001 y 2008.

Entre las causas asociadas a pérdida reproductiva, se encuentra la sífilis no tratada. El diagnóstico de sífilis en embarazadas constituye una urgencia médica, pues se trata de una enfermedad infecciosa sistémica transmisible.

Riesgo de contagio durante la gestación*:

- 50% - 90% en Sífilis Primaria y Secundaria.
- 40% -80% en Sífilis Latente Precoz.
- < 30% en Sífilis Latente Tardía.

Si el diagnóstico y tratamiento de la embarazada no se realiza de manera oportuna, los resultados esperados son: aborto en el 25% de los casos; mortinato en el 25% de los casos.

La tasa de Sífilis en embarazadas es 7,0 por 100.000 mujeres en edad fértil año 2010. La tasa de Sífilis congénita es de 0,25 por 1.000 nacidos vivos año 2010.

Pérdida reproductiva y salud mental

A partir de los años 70, el impacto que un aborto puede tener en la salud mental de las mujeres ha sido profusamente estudiado. Los estudios no sólo no son concluyentes, sino que arrojan resultados contradictorios.

Sin embargo, la opinión de las asociaciones médicas más prestigiosas, incluyendo la de la Asociación Americana de Psicología, concuerdan en que no existen bases suficientes para definir un "síndrome post aborto", incluso en la mayoría de los estudios se comprueba que la depresión es menos frecuente en período post aborto que en el post parto.

También, existe coincidencia de que el período de mayor angustia es el que precede a la pérdida reproductiva. Las reacciones negativas severas son raras, aunque muchas mujeres pueden experimentar remordimiento, tristeza o culpabilidad, la mayoría de las mujeres siente alivio.

*Norma Técnica 103: Manejo, tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)

El indicador principal del bienestar de una mujer después de tener un aborto, sin importar raza o religión, es el nivel de bienestar antes del inicio de la gestación.

Las reacciones psicológicas a una pérdida reproductiva, cuando se trata de una gestación no deseada, deben ser consideradas en comparación con el impacto psicológico de otras maneras de resolver la situación (maternidad impuesta o decidir por la adopción). La tensión asociada es habitualmente aguda y transitoria, aunque muchas mujeres siguen preocupándose acerca del destino del niño o niña.

En la interrupción voluntaria del embarazo, se observa que las emociones referidas retrospectivamente en las narrativas de la mujer, están estrechamente ligadas a la existencia y calidad de la interacción con el bebé o feto. Los sentimientos de pérdida surgen sólo si hay apego previo.

En ausencia de vinculación materno - fetal persistente durante las primeras semanas de gestación, la interrupción del embarazo por decisión de la mujer, no tiene secuelas. En casos de vinculación ambivalente, la interrupción del embarazo alivia inicialmente y culpabiliza posteriormente, evolucionando a menudo hacia duelos patológicos. Por lo cual, en países en que el aborto voluntario es legal, la entrevista psicológica forma parte del protocolo de atención.

Las presiones socioculturales que asignan una fuerte connotación negativa a la decisión de renunciar a la crianza del futuro niño o niña, se asocian a una mayor probabilidad de reacciones emocionales negativas.

Los problemas de salud mental más importantes ocurren con mayor frecuencia en mujeres que presentaban problemas de salud mental previos a la gestación, en las que decidieron tener el aborto bajo presión externa, y en las que tuvieron el aborto en circunstancias desfavorables.

Es importante señalar, que los eventos estresantes juegan un rol importante en las pérdidas reproductivas en el primer trimestre del embarazo y dan cuenta de prematurez y bajo peso. La gran frecuencia de eventos estresantes en las familias chilenas tales como stress en el trabajo, tensión en la familia, cesantía, jornada laboral intensa en el primer trimestre, depresión, violencia intrafamiliar y social, abuso de alcohol y drogas, etc., hacen imprescindible una detección temprana para prevenir abortos y patologías del embarazo y el feto por esta contribución.

Recomendaciones específicas para la atención de una mujer con pérdida reproductiva

4

Aborto

4.1 Amenaza de Aborto

Definición: embarazada que presenta contracciones uterinas dolorosas.

Diagnóstico: dolor en hipogastrio irradiado a región sacra, de tipo cólico que se repite con intervalos de 10 a 30 minutos.

Manejo:

- No hospitalizar.
- Tranquilizar y contener emocionalmente
- Detectar eventos estresantes
- Reposo en cama en decúbito lateral.
- Abstinencia sexual mientras persistan las molestias.
- En caso de dolor se debe preferir el uso de antiespasmódicos orales.

4.2 Síntomas de Aborto

Definición: Igual que amenaza de aborto, pero con sangrado de cuantía variable, aunque menor o igual a una menstruación.

Diagnóstico: dolor con las características descritas en amenaza de aborto, más la comprobación que el sangrado es a través del orificio cervical externo (OCE), a través de visión con espéculo.

Manejo:

- No hospitalizar.
- Reposo en cama en decúbito lateral.
- Abstinencia sexual mientras dure el sangrado.
- Ecografía.
- Control médico y ecográfico a la semana.

4.3 Aborto Inevitable

Definición: embarazo con pronóstico ominoso, pero que no terminará necesariamente en un aborto.

Los criterios de inevitabilidad son los siguientes:

- Cuello dilatado, mayor que lo esperable para la paridad de la paciente.
- Huevo roto.
- Huevo infectado.
- Desprendimiento ovular.
- Metrorragia importante.

Diagnóstico:

- **Cuello dilatado:** se puede comprobar por el tacto vaginal o en ocasiones mediante ecografía transvaginal. La visión con espéculo, no siendo un método muy efectivo, puede servir cuando la dilatación cervical es importante, sobre 2 cms.
- **Huevo roto:** información por anamnesis de la pérdida de líquido claro por genitales y/o visualización por especuloscopia. Confirmar por medio de ecografía la ausencia o disminución del líquido ovular.
- **Huevo infectado:** paciente generalmente con huevo roto que presenta fiebre no atribuible a otra causa. Puede haber antecedente de maniobras o coito dentro de las 48 a 72 hrs. previas. Al examen a veces se observa flujo vaginal a través del OCE, que puede tener mal olor o aspecto purulento. Amniocentesis: si se obtiene líquido, se observan bacterias al Gram, recuento de leucocitos > de 50 x mm³, y una glucosa menor de 30 mg %.
- **Desprendimiento ovular:** útero aumentado de consistencia, a veces aumentado de tamaño, muy doloroso a la palpación, con metrorragia importante o moderada, cuello acortado y sin dilatación. Todo ello se describe como “útero en trompo sin púa”.
- **Metrorragia importante:** en este caso, el sangrado es descrito por la paciente como mayor que el de una menstruación normal, que puede incluso escurrir por las piernas, a veces con coágulos.

Manejo:

- **Hospitalización.**
- **Cuello dilatado:** si tiene contracciones uterinas dolorosas, esperar trabajo de aborto espontáneo en las primeras 6 a 24 horas, y luego evaluar ecográficamente por si el embarazo sigue indemne o se visualizan restos ovulares. Alta en caso de descartarse infección, comprobar embrión vivo y si el sangrado es escaso o nulo.
- **Huevo roto:** con embarazos < de 25 semanas y embrión vivo, hospitalizar durante 5 a 7 días para estudiar y descartar infección. Si hay sospecha de infección, aparece fiebre o signos evidentes de infección, solicitar Hemograma - VHS y PCR. De confirmarse, deben ser tratadas con antibióticos y hospitalizadas. Las pacientes deben ser instruidas previo al alta sobre la necesidad de consultar en urgencia si presentan fiebre, metrorragia, contracciones o expulsión de flujo amarillento con o

sin mal olor. Se deberán controlar en forma ambulatoria cada dos semanas hasta las 24 semanas, realizándose ecografía en cada control. Al cumplir las 25 semanas se deben controlar en Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico o derivar a Embarazo Patológico.

- **Huevo infectado:** tratamiento antibiótico por 7 días. Alternativas:
 - Metronidazol más Ceftriazona (como primera línea): Metronidazol 500 mg c/6 hrs. vía oral por 7 días y Ceftriazona 1 gr. iv. diario por 5 a 7 días.
 - Clindamicina 600 mg c/6 u 8 hrs vía ev + Gentamicina 3 - 5 mg/Kg im en una dosis diaria. Este esquema se usa por tres días, después de lo cual se suspende la Gentamicina y se continúa sólo con Clindamicina hasta completar siete días.
 - Amoxicilina-Acido Clavulánico (500 mg-125 mg) cada 8 horas vía oral.
 - Ampicilina 500 mg a 1 gr. c/6 hrs. (oral o ev. respectivamente) por siete días + Gentamicina 3-5 mg/Kg im en una dosis diaria durante 3 días.
 - Eritromicina 500 mg c/6 hrs. oral + Gentamicina 3-5 mg/Kg im en una dosis por siete días.

Importante: La gentamicina se debe utilizar sólo im y en una dosis diaria para evitar daño al oído o renal.

Una vez obtenida la mejoría de la paciente, se puede dar de alta con controles semanales, tanto clínico como ecográfico.

En caso de trabajo de aborto: evolución espontánea; en caso de comprobarse óbito, hospitalizar y evacuar útero (ver Aborto Retenido).

- Desprendimiento ovular: hospitalizar, realizar ecografía para evaluar vitalidad embrionaria o fetal y dejar en evolución espontánea. Administrar analgesia.
- Metrorragia importante: hospitalizar, realizar ecografía para completar diagnóstico y evaluar vitalidad fetal o embrionaria. Cuando el embarazo se ve viable, la gran causa es la placenta de inserción baja, la que se debe buscar dirigidamente en la ecografía. Dejar en evolución espontánea. Si la metrorragia cede, dar de alta con indicación de ecografía de control a la semana. Toda paciente de alta debe ser instruida cuidadosamente cuándo y por qué consultar en urgencia: contracciones uterinas dolorosas y frecuentes con o sin metrorragia, la que se considerará importante si es mayor que una menstruación.

4.4 Aborto en Evolución

Definición: embarazo no viable con contracciones uterinas dolorosas frecuentes y modificaciones cervicales: cuello borrado y con dilatación del orificio cervical interno (OCI). Pueden palparse a través de cuello partes fetales u ovulares.

Diagnóstico: fundamentalmente clínico, presencia de contracciones uterinas dolorosas, tacto vaginal y especuloscopia.

Manejo y acogida de la usuaria:

- Hospitalizar y esperar evolución espontánea.
- Contención emocional y apoyo por equipo de salud capacitado
- Mantener informada a la usuaria y familia
- Disponibilidad del obstetra para responder preguntas y dudas
- En caso de dolor, administrar Metadona 2-3 mg., de una solución de 10 mg en 10 ml de agua destilada por vía e.v.
- Una vez expulsado el producto, evaluar cuantía de la metrorragia para indicar legrado inmediato o diferido. Si quedan restos ovulares, asociado a metrorragia importante, con cuello dilatado, tratar de extraerlos, traccionando suavemente con pinzas Foester.
- Si la metrorragia no es importante, la paciente deberá ser evaluada al día siguiente clínica y ecográficamente, por la posibilidad que sea un aborto completo, con lo cual se omitiría el legrado.

4.5 Aborto Incompleto

Definición: presencia de restos ovulares o partes fetales o embrionarias en la cavidad uterina, sin contracciones uterinas.

Diagnóstico: clínicamente en una paciente que ha tenido contracciones uterinas, se ha evidenciado o relata que expulsó material compatible con restos, y al examen ginecológico se encuentra un útero de tamaño acorde al embarazo o un poco menor, pero nunca normal, cuello dilatado y metrorragia de regular a gran cuantía. La ecografía puede demostrar material abundante en cavidad, ecogénico, amorfo, heterogéneo con un diámetro AP de la cavidad de 15 o más mm.

Manejo: Hospitalización, legrado y alta al día siguiente.

4.6 Aborto completo

Definición: ausencia de restos ovulares o partes embrionarias o fetales en la cavidad uterina después de haber ocurrido la expulsión del contenido uterino.

Diagnóstico: clínicamente en una paciente que ha tenido contracciones uterinas, se ha evidenciado o relata que expulsó abundante material compatible con restos, embrión o feto, y que al examen ginecológico se encuentra un útero de tamaño normal o menor para la gestación, cuello cerrado o levemente dilatado, y metrorragia escasa o nula. Generalmente, existe el relato de la paciente que dice haber experimentado disminución del dolor y la metrorragia después de la expulsión de los tejidos ovulares. La ecografía demuestra material homogéneo o discretamente heterogéneo, pero que en general no supera los 15 mm. de diámetro anteroposterior. Recordar que el cuello uterino, en caso de aborto completo se cierra casi completamente a las 72 hrs de producido el aborto.

Manejo:

- Alta sin legrado.

- Educar acerca de posible causa de consulta por eventual metrorragia en su domicilio.
- Abstinencia sexual por dos semanas.
- Anticonceptivos.
- Control en su policlínico.

4.7 Aborto Retenido

Definición: presencia intrauterina de embrión o feto sin actividad cardíaca o un saco gestacional sin embrión.

Diagnóstico: en caso de huevo anembrionado, definido como un saco gestacional de más de 35 mm. de diámetro mayor en ecografía transabdominal, o de 18 mm en ecografía transvaginal, sin embrión en su interior, basta una ecografía para confirmar el diagnóstico. Si el saco es de menor tamaño, se necesitan dos ecografías separadas por dos semanas con las mismas características para confirmar el diagnóstico. De haber embrión presente se requiere de una medida de longitud cefalocaudal mayor de 5 mm. para certificar la ausencia de latidos cardiófetales.

Manejo:

Hospitalizar para evacuar útero. Colocar 100-200 ug de Misoprostol en el fondo de saco posterior o en el OCE, digitalmente o por visualización con espéculo. Se deben vigilar contracciones uterinas, metrorragia y posible expulsión del embrión, feto o restos ovulares. Ocasionalmente, se puede producir dolor abdominal o fiebre escasa, que no son relevantes clínicamente. Si no hubo expulsión o inicio de trabajo de aborto, repetir a las cuatro horas, hasta cuatro veces. Si no hay éxito, se puede realizar un legrado a las seis horas de colocada la última dosis de Misoprostol. Si se expulsa el producto de la gestación y la paciente no sangra en forma significativa, se realiza ecografía transvaginal. Si el endometrio tiene un grosor menor de 15 mm., se considera aborto completo y se maneja como tal.

Existe la alternativa, si la paciente lo permite, después de una buena consejería, dar de alta y dejar en evolución espontánea hasta 8 semanas, después de lo cual, no habiéndose producido el aborto, se debe practicar el vaciamiento uterino de la forma más expedita, según sean las condiciones cervicales.

4.8 Aborto con DIU

Definición: paciente portadora de un embarazo no viable, que teniendo DIU en cavidad uterina, cae en cualquiera de las categorías o tipos de aborto ya mencionados.

Diagnóstico: el diagnóstico es clínico, con la visualización o palpación de las guías del DIU, o su demostración por ecografía.

Manejo:

- Si no se dispone de ecografía en forma inmediata, en caso de síntomas o amenaza de aborto con visualización de las guías del DIU, éste simplemente se debe extraer y realizar una ecografía dentro

de las siguientes 72 horas. En caso de DIU proximal al saco, de acuerdo a las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, siempre que estén las guías visibles debe retirarse el DIU, si no están visibles deben buscarse en el canal cervical.

- Cuando se dispone de ecografía, se puede manejar de la siguiente manera: en pacientes con amenaza o síntomas de aborto con DIU distal al saco (cerca del orificio cervical interno) o lateral, se debe intentar retirar, siempre y cuando se vean las guías a través del orificio cervical externo (OCE). En caso de DIU proximal al saco (cerca del fondo uterino o adyacente) o que no se vean las guías, no se debe intentar retirar el DIU.
- En caso de restos de aborto con DIU, se deben indicar antibióticos según esquemas antes descritos por tres dosis y realizar el legrado, en lo posible con la primera dosis administrada por lo menos dos horas previas.
- En caso de fiebre sobre 38° C, se debe considerar como aborto séptico (ver Aborto Séptico).

4.9 Aborto Inducido

Todo embarazo no viable con evidencia o sospecha fundada de maniobras con el fin de interrumpir el embarazo, que tengan cualquiera de las características correspondientes a las diferentes etapas o tipos de aborto ya mencionados.

Diagnóstico: por ecografía y con el antecedente o sospecha fundada de maniobras.

Manejo:

- Todo embarazo en que la paciente reconozca maniobras, se debe considerar séptico e iniciar tratamiento como corresponde en esos casos (ver Aborto Séptico). Si se produce el aborto y la evolución es benigna, es decir, la paciente no presenta fiebre y los restos ovulares no son de mal olor y no hay material purulento en la cavidad uterina, se puede interrumpir el tratamiento antibiótico ya iniciado 24 horas después del legrado.
- Si el aborto no se produce, previo al alta, se debe comprobar mediante ecografía si hay vitalidad embrionaria o fetal, cantidad de líquido amniótico o aspecto del saco en el caso de embarazos pequeños sin embrión en su interior. Comprobada la indemnidad del embarazo se debe considerar como un intento de aborto frustrado. En este caso, dar de alta.

Aborto Séptico.

Definición: cualquiera de las categorías o etapas de aborto ya mencionadas que presenten fiebre sobre 38 °C en dos tomas separadas por 6 hrs. A esto se puede agregar, en algunos casos, contracciones uterinas, flujo purulento con o sin mal olor saliendo por el OCE, con o sin signos de compromiso peritoneal, miometrial o anexial. El antecedente de maniobras declaradas no es un

requisito indispensable para considerar el aborto como séptico. Todo aborto febril con DIU se debe considerar como aborto séptico con maniobras.

Diagnóstico: fundamentalmente clínico. Todo aborto con fiebre se debe considerar provocado hasta que no se demuestre lo contrario. Es importante distinguir dos tipos:

- De bajo riesgo: gestaciones de 8 semanas o menos, que tengan fiebre por menos de 24 hrs., y que no presenten signos de compromiso miometrial, anexial o peritoneal.

- De alto riesgo: gestaciones > de 8 semanas, o que tengan cualquiera de los siguientes elementos:
 - Fiebre por más de 24 hrs.
 - Signos de compromiso miometrial, anexial o peritoneal.
 - Flujo purulento por OCE con o sin mal olor.

Manejo:

Bajo riesgo:

- Hospitalizar.
- Hematocrito y recuento de blancos.
- Régimen hídrico por 6 h.
- Antibióticos:
 - Primera línea metronidazol más ceftriaxona
 - Clindamicina 20 mg/Kg en tres o cuatro dosis oral + Gentamicina 3 mg/Kg IM en una dosis diaria. Duración: 3 a 5 días.
 - Metronidazol 500 mg c/6 hrs. oral + Gentamicina 3 mg/Kg IM en una dosis diaria. Duración: 3 a 5 días.
 - Ceftriaxona 1 g/día en una dosis IV o IM. Duración: 3 a 5 días.
 - Ciprofloxacino 500 mg c/12 h oral más Metronidazol 500 mg c/6 horas por vía oral. Duración: 3 a 5 días.
- Hoja de shock horaria (pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y diuresis por 2 a 6 horas), dentro de las cuales debe ser reevaluada por médico para decidir si se continúa igual, se dejan controles más espaciados, o se inicia tratamiento como si fuera aborto séptico de alto riesgo.

Alto riesgo:

- Hospitalizar.
- Hematocrito, recuento de blancos, bilirrubina, orina completa. Pruebas de coagulación. Solicitar hemograma, en caso de no poder realizarse al ingreso.
- Régimen cero por 6 h.
- Antibióticos:

Primera línea:

- Clindamicina 20-40 mg/Kg en tres o cuatro dosis IV + Gentamicina 3-5 mg/Kg IM en una dosis diaria. Al tercer día de tratamiento se pueden bajar las dosis de Clindamicina, dejando un esquema oral. Duración: 5 a 7 días.

- Metronidazol 500 mg c/6 h IV + Gentamicina 3-5 mg/Kg IM en una dosis diaria. Al tercer día se puede cambiar a Metronidazol oral 500 mgrs. cada 6 horas y suspender la Gentamicina. Duración total: 5 a 7 días.
- Ceftriaxona 1 g /día IV + Metronidazol 500 mg c/6 h IV durante 24 a 48 h, después de las cuales se puede cambiar el Metronidazol a oral en la misma dosis. Duración total: 5 a 7 días.
- Hoja de shock horaria por seis horas, dentro de las cuales debe ser reevaluada por médico para decidir si se continúa igual o se dejan controles más espaciados.

Evacuación uterina en el aborto séptico:

Se pueden producir las siguientes situaciones:

- Si se produce aborto espontáneo en el curso del tratamiento, se deberá evaluar clínica y/o ecográficamente para ver la necesidad de legrado o no (ver Aborto incompleto y Aborto completo). En caso de necesidad de legrado, se deberá realizar con 24 hrs afebril o 48 hrs de tratamiento antibiótico como mínimo. La única situación en que se realiza un legrado antes de ese período, es la metrorragia abundante que puede desestabilizar hemodinámicamente a la paciente. En este caso, se puede intentar, si las condiciones cervicales lo permiten, extraer los restos ovulares con pinzas Foerster y completar con legrado en caso que persista el sangrado abundante. En caso de metrorragia profusa con placenta previa oclusiva y desestabilización hemodinámica de la paciente, resolución quirúrgica: histerectomía.
- Si no se produce aborto espontáneo en el curso del tratamiento, se crean tres escenarios:
 - Se puede comprobar ecográficamente que el embarazo sigue sin variaciones. En este caso se debe manejar como un embarazo normal con una corioamnionitis tratada y debe ser controlado en Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico.
 - Puede haber un saco deformado, sin embrión, con signos ecográficos de mal pronóstico, pero sin la certeza que sea un aborto inevitable. En este caso se dará de alta y se controlará con una ecografía en una semana.
 - Puede haber un embarazo con embrión o feto muerto de cualquier edad gestacional o un saco gestacional mayor de 35 mm. por eco transvaginal, sin embrión visible. Todos estos casos se consideran como Aborto Retenido. El útero debe ser evacuado según normas (ver Aborto Retenido). Ante la duda siempre es conveniente realizar ecografía de control.

Shock séptico o endotóxico en aborto séptico

Definición: disminución importante de la perfusión tisular, generada por un aumento de la capacitancia vascular debido al efecto de múltiples sustancias vasoactivas que son generadas por el sistema linfo/monocitario, en respuesta de cantidades importantes de endotoxinas bacterianas liberadas a la circulación desde un foco séptico uterino.

Diagnóstico:

- Paciente portadora de un aborto séptico, sea espontáneo o provocado.
- Mal estado general, angustia, polipnea, taquicardia, con vasoconstricción periférica y sudoración profusa. Se pueden pesquisar tres signos clínicos importantes de hipoperfusión tisular:
 - Disminución del llene capilar a nivel del lecho ungueal.

- Vasoconstricción periférica (piel pálida y fría).
- Oliguria o anuria (por baja irrigación renal), que puede ser menor de 40 ml por hora.
- Hipotensión arterial, con cifras sistólicas menores de 70 y diastólicas menores de 40. Por vasoconstricción arteriolar importante, puede a veces presentarse con cifras superiores o normales, pero están presentes los signos de hipoperfusión tisular ya descritos.
- Polipnea, por efecto directo de endotoxinas a nivel central, se produce una leve alcalosis respiratoria inicial debido a hiperventilación. Esta polipnea puede ser también una forma de compensar una acidosis metabólica.
- Acidosis metabólica. Debido a la hipoperfusión tisular, se inician vías de glicólisis anaeróbica con producción elevada de ácido láctico y baja del pH plasmático. Cuando se presenta acidosis metabólica, se puede hablar sin lugar a dudas que estamos frente a un Shock Séptico.

Manejo médico:

- Reposo absoluto en posición semisentada.
- Régimen cero.
- Signos vitales c/30' las dos primeras horas, luego según respuesta.
- Solicitar exámenes de laboratorio:
- Hemograma con VHS.
- Pruebas hepáticas
- Examen de orina completo.
- Pruebas de coagulación.
- Gases arteriales.
- Hidratación parenteral en base a solución glucosada + electrolitos. Comenzar con un mínimo calculado de 2.500 ml. para las 24 h, modificables según balance hídrico, que se debe realizar cada 6 hrs aproximadamente.
- Cateterización vesical con sonda Folley y medición de diuresis cada 30 minutos la primera hora y luego cada hora, dependiendo de la gravedad de la paciente.
- Temperatura axilar y rectal cada 30' la primera hora, y luego cada hora dependiendo de la evolución de la paciente.
- Infusión rápida de solución fisiológica de NaCl de 500 ml a pasar en 20 a 30 minutos. Si al cabo de 30 minutos no mejora la diuresis, se debe intentar el traslado de la paciente a una unidad con mejor infraestructura y equipo médico calificado o unidades de cuidados especializados.

Quirúrgico: Debe ser decisión conjunta entre ginecólogo y médico intensivista.

El plazo máximo para tomar una decisión quirúrgica no debe exceder las dos horas luego de iniciado el proceso. Se ha visto que la mayor tasa de mortalidad materna está relacionada con un retraso en la decisión quirúrgica. Las indicaciones fundamentales de cirugía son:

- Persistencia de la alteración de la perfusión tisular evidenciada por:
 - Diuresis menor de 30 ml/h, a pesar de sobrecarga acuosa y dopamina.
 - Persistencia de la hipotensión, pese a las medidas antes mencionadas.
- Acidosis metabólica severa, superior a un Exceso de Base <10, que no se corrige con una mejoría de la perfusión tisular, necesiándose bicarbonato de Sodio.

- Disociación pulso-temperatura: taquicardia > de 100 con temperatura < de 36.5° C, descartada la hipovolemia, especialmente por anemia aguda.
- Signos locales de miometritis y/o peritonitis. Abdomen con resistencia muscular, signo de Blumberg, dolor a la palpación y movilización uterina, dolor anexial o ruidos hidroaéreos disminuidos.
- Metrorragia masiva que requiera transfusión para mantener estabilidad hemodinámica, lo que puede estar indicando, si no hay restos ovulares, que la paciente está iniciando una Coagulación Intravascular Diseminada (CID). La CID clínica siempre se acompaña de alteraciones del laboratorio, pero a veces podemos tener una CID en laboratorio y que no se traduce clínicamente en metrorragia.

Cualquiera de estos elementos por sí solos puede ser indicación de cirugía y, con mayor razón, si se presentan más de uno simultáneamente.

La cirugía de elección es la histerectomía total con salpingectomía bilateral. En forma muy excepcional se debe extirpar ovarios, sólo en caso que estén necrosados y sin respuesta vital. El dejar ovarios no implica riesgo alguno y permite a la mujer gozar de una mejor calidad de vida después de la cirugía.

En casos muy excepcionales - pacientes muy jóvenes, sin paridad cumplida, con una respuesta moderada al tratamiento médico, con buena dilatación cervical, sin signos de compromiso uterino, anexial o peritoneal, se puede intentar evacuar el foco séptico con la sola extracción de los restos con pinzas Foerster, sin realizar legrado.

4.10 Enfermedad Trofoblástica Gestacional

Definición: espectro de procesos de proliferación celular que se origina del trofoblasto vellositario de la placenta.

Clasificación:

- 1) Mola Hidatiforme:
 - Parcial
 - Completa
- 2) Neoplasia trofoblástica gestacional:
 - Mola invasora
 - No metastásica
 - Metastásica: Alto riesgo
 - Bajo riesgo
 - Coriocarcinoma
 - Tumor trofoblástico del sitio placentario

Frecuencia: la incidencia del embarazo molar varía geográficamente, siendo en Sur-este de Asia 7 a 10 veces más frecuente que Europa o América. En Estados Unidos, la mola hidatiforme se

observa en aproximadamente 1/1.000-2.000 embarazos y los coriocarcinoma en 1/20.000-40.000 embarazos.

Mola Hidatiforme: presentan características clínicas y de laboratorio que permiten sospecharlas. Por los altos niveles de HCG, producen complicaciones médicas cada vez más infrecuentes de observar como: quistes ováricos tecaluteínicos bilaterales, hiperémesis, pre-eclampsia, hipertiroidismo e insuficiencia respiratoria secundaria a embolia de tejido molar.

Mola Hidatiforme Completa: generalmente, se diagnóstica en la primera mitad del embarazo y cada vez en forma más precoz, mediante la detección de HCG anormalmente elevada y un ultrasonido que se caracteriza por un patrón ecogénico mixto, de áreas hipo e hiperecogénicas que reemplazan a la placenta. Siendo más infrecuente sospechar el diagnóstico, por las características clínicas de sangramiento anormal y tamaño uterino mayor al esperado para la edad gestacional.

Mola Hidatiforme Parcial: su sospecha clínica es menos frecuente, debido a que existe frecuentemente un feto que puede tener malformaciones características de las triploidias y los niveles de HCG no son tal elevados. Se puede sospechar en el ultrasonido por la presencia de cambios quísticos focales placentarios.

	Mola Parcial	Mola Completa
Cariotipo	69,XXX* o 69,XXY (biparental)	46,XX* o 46,XY (uniparental)
Feto	Frecuentemente presente	Ausente
Amnios y glóbulos rojos fetales	Usualmente presentes	Ausentes
Edema vellositario	Variable y focal	Difuso
Proliferación trofoblástica	Focal	Difusa
Atipias trofoblásticas	Leve	Moderada-Severa
Inmunohistoquímica P57KIP2, PHLDA2	Presentes	Ausentes
Presentación clínica	Aborto retenido	Embarazo molar
HCG	< 100.000 mUI/ml	> 100.000 mUI/ml
Tamaño uterino	Pequeño	50% más grande que E.G.
Quistes tecaluteínicos	Raros	25-30%
Complicaciones médicas	Raras	10-25%
Neoplasia trofoblástica gestacional postmolar	2.5-7.5%	7.8-30%

Manejo: el diagnóstico puede ser realizado por:

- 1) Hallazgo en la biopsia realizada por un aborto incompleto, posterior a un vaciamiento y legrado.
- 2) Existir una sospecha clínica, en este caso se deben descartar complicaciones médicas (hemograma, pruebas de coagulación, función renal, función hepática, hormonas tiroideas y radiografía de tórax), y tener niveles basales de HCG. Una vez estabilizada la paciente, se realiza una evacuación por succión y si el tamaño uterino es mayor a 14 semanas, se recomienda el uso posterior de ocitocina como retractor uterino.

En ambos casos, si la paciente es Rh negativo se debe indicar Globulina anti Rh. Se debe indicar anticoncepción hormonal y realizar una estricta monitorización de HCG:

- 48 horas post evacuación
- Semanalmente, hasta lograr negativización en 3 valores consecutivos
- Mensualmente, por 6 a 12 meses

Neoplasia trofoblástica gestacional postmolar:

Definición (FIGO): niveles de HCG se mantienen estables o disminuyen menos del 10% del basal en 3 semanas, aumento mayor al 10% del basal en 2 semanas, o persistencia de HCG detectable por más de 6 meses post evacuación.

- Mola invasora: se caracteriza por invadir hasta el miometrio y rara vez tiene metástasis. Tratamiento con quimioterapia.
- Coriocarcinoma gestacional: produce metástasis precoces. Tratamiento: quimioterapia.
- Tumor trofoblástico del sitio placentario: muy raro, no responde a quimioterapia.

Tratamiento histerectomía.**4.11 Pacientes con pérdida reproductivarecurrente**

Definición: tres o más episodios de aborto, ya sean consecutivos o no. Se observa en el 1-5% de las parejas. Las principales causas de aborto recurrente se pueden clasificar en 3 grandes grupos: Alteraciones embrionarias (cromosómicas o genéticas), alteraciones de la placentación (trombofilias, factor inmune, factor endocrino) y alteraciones estructurales/funcionales uterinas. Sin embargo, existe alrededor de un 30-50% de las mujeres con aborto recurrente, en las que no se pesquisa ninguna alteración luego de un estudio acabado.

Diagnóstico: Clínico. Por historia de tres o más abortos

Manejo: el enfrentamiento de este problema debe mantener un enfoque sindromático, abarcando las distintas posibilidades etiológicas: factor anatómico, factor hormonal, factor genético, trombofilias y factor inmune. El factor anatómico debe estudiarse con ultrasonografía, histerosonografía o histerosalpingografía, según corresponda por historia clínica. El factor hormonal debe estudiarse

con prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO), insulina basal y postcarga y pruebas tiroideas. Con respecto al factor genético, es fundamental el estudio citogenético de los restos ovulares. El panel básico de trombofilias a considerar para estudio incluye mutación de Leiden, mutación de la protrombina y mutación de la metil tetrahydro folato reductasa (MTHFR).

El tratamiento debe ajustarse a la causa pesquisada en el estudio anterior.

Tabla 7. Causas de aborto recurrente

Alteraciones embrionarias	Alteraciones de la placentación	Alteraciones estructurales/ funcionales
Defectos cromosómicos	Trombofilias	Malformaciones uterinas
Defectos genéticos	Factor inmune	Síndrome de Ashermann
	Factor endocrino	Disfunción cervical

Embarazo Ectópico*

4.12 Definición. Embarazo ectópico

Embarazo ectópico es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina. Tiene una incidencia muy variable, de aproximadamente un 1.8% a 2% de todos los embarazos o bien 100 a 175 por 100.000 mujeres entre 15 a 44 años.

Etiopatogenia.

La causa más importante es el daño estructural de la trompa a nivel de mucosa, membrana basal y a veces, muscular, producido por un proceso inflamatorio cuya causa es infecciosa, especialmente ITS por Clamidia y/o Gonococo, por daño previo por otro embarazo tubario tratado con metotrexate o con una salpingostomía, en una trompa sometida a una esterilización tubaria o que tuvo un Proceso Inflamatorio Pelviano con cualquier grado de severidad.

En promedio, un 12% de las mujeres que han tenido un embarazo ectópico lo repiten.

Diagnóstico.

a) Diagnóstico Clínico. A pesar de la tecnología con que contamos actualmente, una buena anamnesis y un buen examen físico siguen siendo complemento importante en el diagnóstico de embarazo ectópico.

La anamnesis de un embarazo ectópico muchas veces es bien característica y está relacionada a lo que va ocurriendo en la trompa a medida que la gestación va creciendo. Por la distensión progresiva de esta víscera hueca, la paciente comienza a experimentar dolor de tipo cólico en la fosa ilíaca del mismo lado, el que a medida que va creciendo el saco y el trofoblasto, va aumentando en intensidad

*(H. Sótero del Río 2009)

en forma progresiva. Llega el momento que la trompa se rompe o se produce un aborto tubario o simplemente sangra por la región ampular hacia cavidad peritoneal. Esto se traduce en un cambio de las características del dolor, de cólico progresivo a un dolor de aparición brusca, que se extiende a todo el hemiabdomen inferior. A veces, si el sangrado es profuso, se acompaña de omalgia por irritación del peritoneo sub diafragmático, y la hipovolemia se expresa en tendencia a la lipotimia. Es en este momento en que muchas pacientes consultan, otras lo hacen en la etapa previa, confundiendo sus molestias con amenaza o síntomas de aborto, puesto que generalmente se inicia metrorragia simultáneamente.

Al examen físico, hay dolor intenso a la movilización cervical y uterina, por el contacto de la sangre con los medios de fijación y el peritoneo del piso pelviano. Además, la movilización de estas estructuras se encuentra disminuida, porque tanto útero como anexos están sumergidos en un líquido de alta densidad como lo es la sangre. Por la presencia de una cantidad moderada de sangre en la pelvis, los fondos de saco se encuentran algo acortados y dolorosos a la palpación, especialmente el posterior (grito del Douglas). El anexo comprometido se encuentra sensible o a veces muy doloroso, suele palparse engrosado o bien en forma de una tumoración dolorosa de límites poco definidos. La visualización del cuello suele ser importante para descartar otras causas de sangrado.

Antecedentes importantes de apoyo al diagnóstico cuando están presentes:

- Antecedente de embarazo tubario tratado médicamente, con metotrexate o quirúrgicamente, con salpingostomía
- Uso de DIU.
- Infertilidad.
- Ligadura tubaria.
- PIP
- Múltiples parejas

b) Apoyo de laboratorio.

Ultrasonografía:

- En la región anexial: Visualización de imágenes en las regiones parauterinas, extra-ováricas, sólidas, redondas o elongadas, de densidad intermedia, heterogénea, mal delimitada que puede corresponder a la trompa rota con coágulos a su alrededor o a un anillo tubario que corresponde a un saco extrauterino, rodeado por las paredes de la trompa. Puede observarse un saco gestacional con embrión vivo, en un 1 a 3% de los embarazos ectópicos.
- Endometrio: Generalmente engrosado, sobre 8 mm. En un bajo porcentaje puede estar delgado o tener una estructura trilaminar, de manera que no es siempre un elemento que ayude mayormente al diagnóstico.
- La ausencia de saco gestacional en la cavidad endometrial, es una de las características ultrasonográficas más típicas del embarazo ectópico, otras veces puede observarse un seudobolsa gestacional, que a diferencia del saco gestacional verdadero, es una imagen econegativa que

sigue los contornos de la cavidad uterina, no es por lo tanto ovoídeo o redondo, constituyendo sus paredes el endometrio engrosado, sin observarse el doble halo ecorrefringente propio del trofoblasto del saco gestacional.

- Líquido libre en cavidad peritoneal: Líquido abundante en la pelvis en una mujer con dolor abdominal agudo, con prueba de embarazo positiva y metrorragia, es altamente sospechoso de un embarazo ectópico.

Ultrasonografía y medición de gonadotropina coriónica (HCG o SUB):

El útero sin saco en su cavidad, asociado a prueba de embarazo positiva, tiene una correlación importante con embarazo ectópico, sin embargo, la forma clásica de diagnosticar un embarazo ectópico es por niveles de HCG:

- Ausencia de saco gestacional a ecografía transvaginal (Eco TV), con visualización de tumor anexial o líquido libre en el Douglas: el límite es sobre 1500 UI/L de HCG o más.
- En ausencia de saco gestacional intrauterino a Eco TV, sin visualización de tumor anexial o líquido libre en el Douglas, el nivel de corte debiera ser > 2000 UI/L.

Cuando no se ve un saco intrauterino y hay niveles de HCG menores de 1500 UI/ml y hay sospecha clínica de embarazo ectópico por la anamnesis y/o examen físico, nos puede servir la medición seriada de HCG; normalmente, ésta se va duplicando cada dos a tres días, si ello no ocurre, la probabilidad de un embarazo ectópico o un aborto se va haciendo más de certeza. No se ha visto diferencia en el incremento de la HCG en el aborto y el embarazo ectópico, pero si en el descenso, que es prácticamente el doble en el aborto: 578 UI/L/ día, en promedio, en el aborto y 270 UI/L/día en el embarazo ectópico. Un útero con la cavidad sin saco y descenso de HCG $>$ de 50% a las 48 hrs del último control, es de bajo riesgo de ser un ectópico, hay más probabilidad que sea un aborto en un embarazo intrauterino.

c) Punción del Douglas: Antiguo método de diagnóstico que no pierde vigencia, especialmente cuando se dispone, por lo menos, de ultrasonografía abdominal, que permita ver la ausencia de saco intrauterino y líquido libre en el fondo de saco de Douglas. La punción del saco, si da sangre que no coagula, con microcoágulos visibles al depositar la sangre en una gasa, tiene una buena sensibilidad en el diagnóstico de embarazo ectópico.

Embarazo ectópico crónico.

Es una entidad poco definida en ginecología, pero existe. Es un embarazo ectópico que en algún momento se complicó, con rotura de trompa o aborto tubario, pero el cuadro se estabilizó espontáneamente sin manifestarse clínicamente como para inducir al clínico a un mayor estudio, formándose un complejo tubo ovárico, con adherencias de trompa, ovario y estructuras vecinas, debido a la presencia inicial de fibrina y coágulos. Se puede producir en cualquier momento rotura

de la trompa y manifestarse clínicamente, si ello no ocurre, el embarazo ectópico puede pasar desapercibido para siempre.

Tratamiento del embarazo ectópico.

1) Tratamiento médico: Es importante saber elegir a la paciente que es susceptible de ser tratada médicamente o quirúrgicamente

Tratamiento médico con metotrexate (MTX).

Criterios de Inclusión:

- Deseo de fertilidad futura
- Embarazo ectópico no complicado, sin dolor o leve malestar.
- Tumor anexial menor de 4-5 cm.
- HCG menor de 3000-5000
- Paciente hemodinámicamente estable.

Criterios de exclusión:

- Embarazo ectópico complicado (dolor, hemoperitoneo, compromiso hemodinámico)
- Alteraciones hematológicas como:
 - Leucopenia < 3000
 - Trombocitopenia < 100.000
- Deterioro de la función renal o hepática
- Úlcera péptica activa
- Duda Diagnóstica
- Mala adherencia de la paciente
- HCG superior a 5000 U.I./L
- Tumor anexial de \geq 4-5 cms.

La presencia de líquido libre en la pelvis no es un criterio de exclusión.

Contraindicaciones relativas:

- Lejanía a un centro hospitalario.
- Mala predisposición por parte de la paciente.
- Actividad cardíaca positiva del embrión.

Dosis: 50 mg x m² de superficie corporal, vía intramuscular, por una vez. Excepcionalmente se puede repetir hasta tres veces, dependiendo de la respuesta.

Presentación: ampollas de 50 mg.

Requisitos para administrarlo.

- Hemograma, para descartar anemia, leucopenia importante o cualquier otro signo de una eventual depresión medular.

- Grupo sanguíneo; para administrar previamente inmunoglobulina antiRh, en el caso que la paciente sea Rh negativa no sensibilizada.
- Pruebas de funcionamiento hepático y renal, por la forma de metabolización y excreción de la droga.
- Discontinuar medicamentos con ácido fólico.
- Restringir la actividad física y sexual, por lo menos, diez a catorce días.
- Niveles basales de HCG.

Respuesta global al metotrexate: Respuesta terapéutica satisfactoria: va del 77% al 94%.

Los niveles de HCG basales están relacionados con el éxito del tratamiento. Con menos de 2000 UI/L se ha demostrado una probabilidad de éxito 100%, cifra que va bajando a medida que sube el punto de corte en HCG: 86% entre 2000 y 4000, y un 35%, sobre 4.000 UI/L.

Formas de evaluar la respuesta al tratamiento. Hay diferentes formas específicas para evaluarla:

- A. Curva de HCG. Si en el control a la semana de administrar el metotrexato, la HCG ha bajado menos del 15% al 25%, se debe administrar una segunda dosis. HCG requerida al final del tratamiento: menos de 15 UI/L. Hay que recordar que al tercer día de administrado, aproximadamente, puede haber un ascenso de la concentración de HCG (lo ideal sería que ese grado de descenso fuera en relación a ese valor).
- B. Respuesta del dolor. Antes de iniciar tratamiento con MTX, se debe advertir a la paciente que puede haber incremento discreto del dolor abdominal, que existe la probabilidad de rotura de la trompa y una eventual intervención por esta causa. La presencia de dolor y/o sangrado son elementos ominosos, en cuanto a una menor probabilidad de éxito del tratamiento médico, y una mayor probabilidad de rotura de la trompa. El dolor posterior al uso de metotrexato, independiente del número de dosis que se administren, no es un elemento infrecuente en la evolución de las pacientes. Se presenta como promedio a los 8 días (rango de 1 a 27), y se debe probablemente, al desprendimiento del trofoblasto, formación de un pequeño hematoma en la trompa, hematosalpinx, rotura de la trompa o paso de sangre a la cavidad peritoneal. Alrededor de un 80% de las pacientes que presentan dolor, con el uso de metotrexato no necesitan cirugía, sólo reposo y observación, en lo posible hospitalizada, junto a la administración de antiinflamatorios no esteroidales. La exploración, sea por laparoscopia o laparotomía, se debe indicar si el dolor es progresivamente más intenso, alcanza características de abdomen agudo, o bien, si asociado al dolor intenso, hay una gran cantidad de líquido libre en la pelvis, visualizado por ultrasonografía.

Complicaciones del uso de metotrexate.

- Casos aislados e infrecuentes de neumonitis, inmediatamente posterior al uso de MTX, que pueden cursar con infiltrado pulmonar e hipoxemia, con distress respiratorio que generalmente cede en 48 hrs.
- Alopecia, con 30% a 50% de pérdida del cabello, reversible.

- Dermatitis.
- Pleuritis
- Mucositis
- Depresión medular de todas las series, todas ellas con una frecuencia muy baja.

Tratamiento quirúrgico.

Como norma general, en embarazo ectópico no complicado, no se aconseja realizar tratamiento quirúrgico si no se observa a ecografía una tumoración anexial. Estas pacientes deben tratarse médicamente, ya que no es raro en estas circunstancias, que el cirujano no logre ubicar el embarazo ectópico en la intervención por ser muy pequeño aún. La excepción es el dolor, si éste es muy intenso, aunque no se observe tumor anexial, se debe realizar laparoscopia (LPX) o Laparotomía (LPT).

- Salpingostomía. Es más efectiva en evitar el embarazo ectópico persistente, que el MTX en una dosis.
- Salpingectomía. - Esta técnica se aconseja en los siguientes casos:
 - Sangrado profuso de la trompa, debido a rotura o gran infiltración trofoblástica.
 - Recurrencia del embarazo ectópico en la misma trompa.
 - Trompa severamente dañada.
 - Un diámetro transversal mayor de 5 cms.
 - Paridad cumplida.

Tanto la salpingostomía como la salpingectomía, se pueden realizar por vía laparoscópica o por laparotomía. No se ha observado diferencia en el futuro reproductivo entre la laparotomía o la laparoscopia como tratamiento del embarazo ectópico.

En casos de aborto tubario, se intenta el ordeño de la trompa para extraer el máximo de material trofoblástico que haya quedado en el lumen. Estos dos últimos métodos, se consideran como tratamientos conservadores.

Importante: Cualquiera que sea la técnica, es importante describir el estado de la trompa contralateral y el antecedente de cirugía tubaria previa.

En la salpingostomía, si la trompa contralateral se ve de aspecto sano, hay un RR de 2.3 de embarazo futuro. Debido a que el trofoblasto, tiene tendencia a estar más presente y adherido en la zona proximal de la trompa, debe ponerse especial énfasis en limpiar esa zona de la trompa con agua a presión y con una buena succión. No es aconsejable el uso de cucharilla u otro instrumento para raspar el lecho, porque generalmente la extracción no es completa, aumentando comparativamente la probabilidad de embarazo ectópico persistente.

Comportamiento de la HCG post cirugía. Hay varias formas de evaluar la probabilidad de embarazo ectópico persistente post cirugía, lo ideal es:

- a) A las 24 hrs de realizada la salpingostomía, un descenso de un 75% o un descenso de 95% a la semana. Las mediciones semanales deben seguir hasta llegar a niveles bajo 10 UI/L.
- b) Hay casos especiales en los cuales al tercer día, tienen una pequeña elevación de la HCG.

En ellos se puede tener una conducta expectante siempre y cuando hay poco o nada de dolor y la paciente está hemodinámicamente estable.

Muerte Fetal

4.13 Definición: Presencia de feto sin actividad cardíaca diagnosticado por ecografía.

Manejo:

- Contención psicológica
- Hospitalizar.
- Estudio tabla 9

Si la data de muerte es incierta, debe realizarse exámenes para descartar un trastorno de la coagulación (Recuento de plaquetas, TP, TTPK, dímero D y fibrinógeno).

Estudio materno. Se inicia al momento del diagnóstico y antes de la evacuación uterina. Se debe realizar una anamnesis personal, familiar y laboral detallada. El examen físico debe ser completo y riguroso. Se solicitan exámenes de laboratorio: Rh, curva de tolerancia a la glucosa, TSH, Anticuerpos antifosfolípidos, trombofilias y estudio de hemorragia feto materna, VDRL, VIH.

Estudio fetal. Se debe realizar un examen físico macroscópico detallado por un neonatólogo, incluyendo fotografías y radiografía de cuerpo entero. El examen citogenético procede si el feto tiene malformaciones, dismorfias, restricción de crecimiento o hidrops. Siempre se debe solicitar una autopsia, si los padres lo permiten, ya que sin ella, el 44 % de los casos queda inexplicado, a diferencia de cuando ésta se realiza, en cuyo caso sólo el 31 % de los casos quedan como idiopáticos. La autopsia es una herramienta siempre útil, puesto que en muchos casos, determina y/o confirma la causa.

En caso de negativa de los padres, puede sugerirse autopsia parcializada (exceptuando el cráneo), o resonancia magnética fetal con biopsias dirigidas.

Estudio placenta / cordón. Se encuentran hallazgos placentarios en el 30 % de los casos, tales como: corioamnionitis, infartos múltiples, hemorragias, vasculopatía oclusiva y vellositis. Por esto, el estudio macroscópico y microscópico son de tanta importancia.

A toda mujer que ingresa por un aborto o mortinato, se le debe tomar el VDRL o RPR para vincular causalidad a sífilis. Si el resultado es reactivo, debe indicarse tratamiento (1 dosis) y ser referida a la

UNACCESS (Unidad de Atención y Control en Salud Sexual) para confirmación, completar tratamiento, notificación y citación de contactos. (Según norma de manejo y tratamiento de las ITS). No se debe dar el alta a la paciente, sin el resultado de la serología para sífilis.

Tabla 8: Estudio etiológico de la muerte fetal

Materno	Fetal	Placentario
Historia Clínica y familiar	Examen externo detallado	Examen macroscópico de placenta y cordón
Condiciones específicas		
Exámenes: (Considerar según antecedentes)	Radiografías/TAC/ RNM	Examen microscópico por patólogo especializado
Coombs indirecto	Autopsia	
Trombofilias		
Sd Antifosfolípidos	Considerar cariograma	Tomar cultivo de líquido amniótico
Diabetes		
Infecciones		
Hemorragia feto-materna		

Tabla 9: Protocolo Evaluación Muerte Fetal

MADRE		FETO		
Historia	Exámenes	1. Ex Físico-Fotos-AP Placenta-RX		
Familiar	Hemograma	2. Autopsia - Autorizada - Necropsia		
Materna/Paterna	Kleihauer-Betke		Rechazada	RNM
Reproductiva	Infecciones			
Embarazo actual	Trombofilias	3.-Cariograma		L. Amniótico
	F Tiroídea			Trofoblasto
	Otros			Cordón Umbilical
				Tendón Aquiles-Esternón
	¿Cariograma?	4. Otros		
INFORMACIÓN CONSEJO				
SIN ANOMALÍAS		ANORMAL		
CONSEJO EMPÍRICO		CONSEJO ESPECÍFICO		
(3% RECURRENCIA)				

Fuente: Germain AM y col. Guía Perinatal. MINSAL 2003

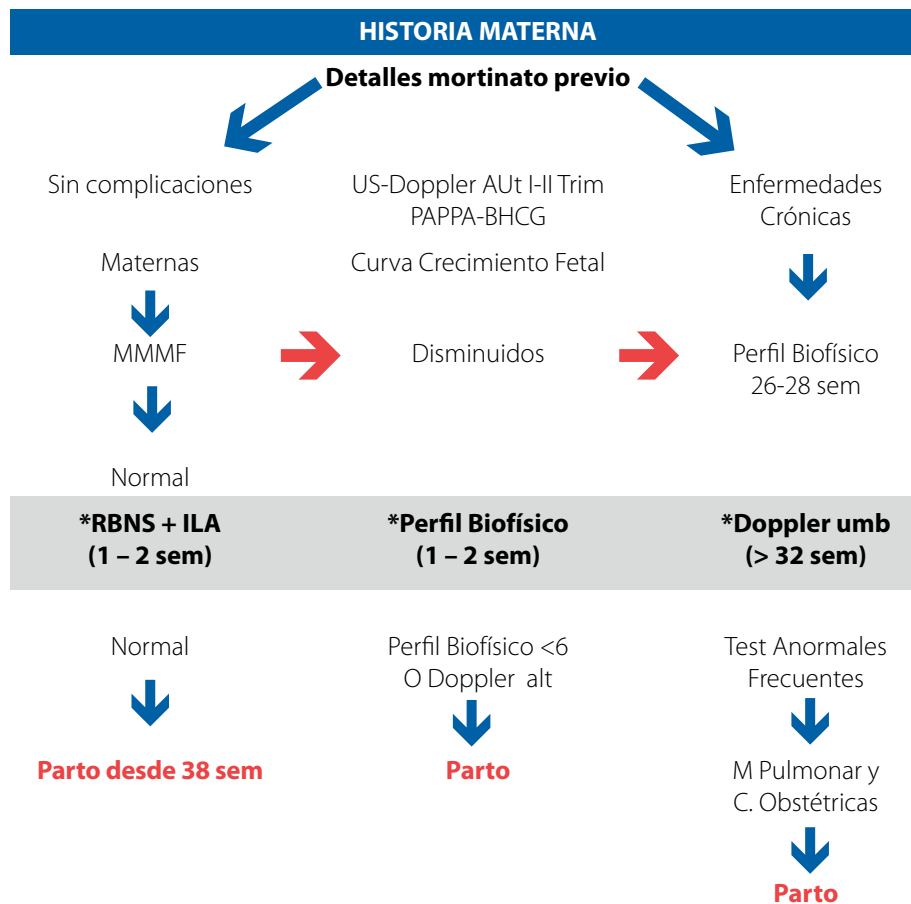
ACOG Opinión de expertos 383; Octubre 2007

Germain AM y col. Propuesta MINSAL 2009

Evacuación Uterina

- En cuanto sea posible, debe privilegiarse la vía vaginal.
- En caso de dos o más cesáreas previas, deberá ser mediante cesárea.
- Con una cicatriz de cesárea, podrá intentarse una inducción idealmente con métodos físicos de modificación del cuello, por ejemplo con sonda Foley. Si la paciente no acepta el método o no hay progresión, también está indicada la cesárea.
- En caso de inducción, colocar cuatro óvulos de 25 ug de Misoprostol en el fondo de saco posterior. Se deben vigilar contracciones uterinas, metrorragia y posible expulsión del feto, dependiendo de edad gestacional.
- Manejo analgésico y/o anestesia peridural.

Gráfico 4: Manejo del embarazo siguiente (Pacientes con antecedente de muerte fetal)



Fuente: Germain AM y col. Guía Perinatal. MINSAL 2003

Reddy UM Obstet. Gynecol Nov 2007

Germain AM y cols. Propuesta MINSAL 2009

Recomendaciones para la acogida, detección y derivación por problemas psicosociales

5

Considerando el cambio paradigmático que ha experimentado nuestro Sistema de Salud a partir de 1998, avanzando hacia la incorporación del enfoque biopsicosocial en las prestaciones médicas ofrecidas a nuestros usuarios, los aspectos psicológicos y sociales ya no son posibles de obviar, en el acercamiento, y comprensión y enfrentamiento de la salud-enfermedad.

El enfoque biopsicosocial ha sido operacionalizado en el método clínico centrado en el paciente, a través de los siguientes componentes:

- Explorar tanto los síntomas y signos del problema, como la vivencia que la mujer tiene de su situación.
- Considerar al paciente como una persona única, con sus emociones, su historia personal y su entorno sociocultural, también único.
- Deliberar con la persona y su familia cuando corresponda, tanto la explicación como el manejo del problema, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.
- Incorporar la promoción de la salud, introduciendo la educación en el ámbito sanitario, el autocuidado y la prevención como una preocupación por la persona y una forma explícita de mejorar la participación de la persona en el cuidado de su salud.
- Reforzar la relación clínica de la persona con el equipo de salud, retroalimentándose mutuamente.
- Usar de manera eficaz y eficiente el tiempo y los recursos.

5.1 Acogida

Se espera que todas las personas que trabajan en los servicios de gineco obstetricia (profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos), tengan un trato digno, respetuoso y sensible, una actitud neutral, sin expresión de juicios de valor o comentarios acerca de la situación de las mujeres.

Es frecuente que la mujer llegue asustada y sobrepasada por las emociones. Para muchas, es una situación de crisis. En general, están afectadas por una experiencia estresante y, dado que la sexualidad es un ámbito de la vida en que se desarrollan relaciones afectivas, se acompaña adicionalmente, de un sentimiento de especial vulnerabilidad e injusticia. Pasado el riesgo de complicaciones mayores, las mujeres tienden, por los estereotipos de género tradicionales, a preguntarse si son responsables de lo que les sucede.

En general, las mujeres que ingresan por una pérdida reproductiva a los servicios de gineco obstetricia:

- están confundidas
- tienen temor a la actitud del personal de salud
- tienen temor a eventuales problemas judiciales
- se sienten avergonzadas
- tienen muchas dudas respecto a lo que les va a ocurrir en su hospitalización
- incertidumbre frente a su futuro
- tienen dificultad o no son capaces de controlar sus emociones
- no saben cómo reaccionar ante lo que les espera
- tienen dificultades para tomar decisiones
- tienen sentimientos de culpa

Por estas razones, es muy importante que la mujer se sienta acogida desde que ingresa al servicio, en una atmósfera de confianza y respeto en la cual se sienta escuchada, comprendida y respetada.

Lograr estos objetivos requiere de un tiempo mayor, que en el caso de otros motivos de consulta y los profesionales y técnicos a cargo requieren desarrollar actitudes verbales y corporales acogedoras, así como un lenguaje sencillo y claro, que aliente a la mujer a hablar de lo que siente. Idealmente la persona debiera sentir que es aceptada en su realidad y en su estado emocional, que no está sola frente al problema, que no es la única persona a la que le ha tocado pasar por esta situación, y que existen instancias que pueden ayudarla a evitar repetir la experiencia.

Este contacto puede permitir obtener la información imprescindible para el manejo clínico, para evaluar la posibilidad de problemas de salud mental actuales o futuros, para derivar o para proponer medidas preventivas, y también, para estimar el riesgo de recurrencia.

Teniendo en cuenta esto, es necesario considerar durante el intercambio con la mujer que:

- Una pérdida reproductiva es siempre una situación estresante, por lo que es normal que las mujeres manifiesten ansiedad, inquietud, problemas para relajarse, cansancio y pesadumbre. Es importante no calificar inmediatamente de patológicas estas reacciones, más bien, deben hacerse algunas preguntas que permitan identificar, en primer lugar, si la mujer está experimentando o no sentimientos de pérdida y duelo.
- Las mujeres que han decidido por la adopción cuando ingresan al hospital por trabajo de parto, o aquellas que lo deciden después de éste, suelen tener emociones ambivalentes, por muy segura que parezca su decisión. Ellas deben ser tratadas con todo el respeto y la calidez que merecen, evitando las críticas y/o presiones para cambiar esta decisión. Tampoco se las debe forzar a conocer al o la recién nacida si no lo desean.
- Los sentimientos de tristeza y duelo son frecuentes en las mujeres atendidas por una pérdida reproductiva, particularmente cuando la gestación fue planificada, buscada, esperada y aceptada.

- Es importante considerar que no todas las personas expresan abiertamente su tristeza. Por ello se le debe preguntar e incentivar a que relaten lo que sienten y, en lo posible, en compañía de su familia si ella lo desea. También es probable que tenga sentimientos de culpa por posibles “errores” o malas decisiones en el auto cuidado de la gestación. En estos casos, es fundamental entregarle información comprensible acerca de las posibles causas del aborto y su implicancia en futuras gestaciones.

Estas reacciones emocionales se presentan con mayor frecuencia y son más intensas en mujeres que pierden una gestación de más de 22 semanas, sobre todo cuando se han creado expectativas importantes en el futuro con su hijo o hija. Estas reacciones se acentúan cuando además, se carece del apoyo de personas o familiares más cercanas.

Aunque la evidencia actual no es consistente, existe consenso de que hay mujeres que no presentan problemas de salud mental después de un aborto u otra pérdida reproductiva y que otras los presentan en forma inmediata o diferida. El antecedente de haber presentado episodios depresivos o trastornos de salud mental, ha demostrado que puede aumentar la probabilidad de que la mujer presente un problema de salud mental después de dicho acontecimiento. Por ello, se recomienda realizar preguntas validadas para la detección de síntomas.

Tradicionalmente, los servicios de gineco obstetricia han contado con la posibilidad de una evaluación por un asistente social, cuando identifican a una mujer con un problema social de algún grado de severidad. Desde hace algunos años, los servicios de gineco obstetricia han comenzado a incorporar psicólogos en sus equipos profesionales. Sin embargo, los recursos para responder a problemas psicosociales de mujeres atendidas por una pérdida reproductiva, continúan siendo en general, escasos.

Por ello, estas orientaciones ofrecen criterios simples, fáciles de aplicar en base a la información habitualmente registrada en la ficha clínica, y complementada por unas pocas preguntas directas que pueden permitir a los profesionales de la salud, identificar aquellas mujeres que deben ser atendidas por un profesional del área del trabajo social o de la psicología, antes de ser dadas de alta. Este tamizaje permite optimizar los recursos disponibles, ya que no todas las mujeres que presentan una pérdida reproductiva evidencian descontrol emocional que amerite este apoyo durante la hospitalización.

5.2 Detección de Condiciones Psicosociales de Riesgo

Existen condiciones psicosociales que se asocian a un alto riesgo para la recurrencia de la pérdida reproductiva y/o presentar problemas de salud mental inmediatos o tardíos. Las mujeres que tienen estas condiciones deben ser identificadas para recibir apoyo, orientación y derivación antes de su egreso.

Los factores de riesgo psicosocial más frecuentes en nuestra población, y que en la mayoría de los casos, pueden ser obtenidos de la ficha clínica, son los siguientes:

- a. Adolescente
- b. Escolaridad de 8º básico o menos
- c. Antecedentes de enfermedad de algún trastorno mental: depresión, ansiedad, esquizofrenia, retardo mental y síntomas como la ideación suicida.
- d. Responder afirmativamente si se le pregunta si ha vivido o vive en un medio con violencia o abuso sexual
- e. Antecedentes de uso o abuso de alcohol, drogas ilícitas o medicamentos no recetados.
- f. Antecedentes de TRES o más pérdidas reproductivas previas
- g. Falta de control de gestación de 15 semanas o más
- h. Falta de apoyo familiar o social
- i. Manifestación de rechazo al recién nacido o la intención de darlo en adopción
- j. Embarazos con malformaciones congénitas
- k. Hallazgo de seropositividad
- l. Nacimiento prematuro

Muchos de estos antecedentes están consignados en la ficha de la paciente. Además, si la mujer ha ingresado a Control Prenatal en Atención Primaria, se habrá realizado una evaluación de riesgo psicosocial que estará consignada en su "Agenda de Salud de la Mujer" (Aplicación de Evaluación Psicosocial Abreviada EPSA). Si se detectó riesgo, el equipo de cabecera habrá elaborado un Plan de acción, también consignado en la agenda (interconsulta a psicóloga/o y/o Servicio Social y una Visita Domiciliaria Integral). Si la paciente no registra ingreso en APS y presenta 2 o más de los factores de riesgo señalados, debe ser entrevistada por psicóloga/o ó asistente social, según corresponda.

5.3 Conducta a seguir cuando se detecta Riesgo Psicosocial

La conducta a seguir, según corresponda, es la siguiente:

- a. En caso de adolescentes, es importante preguntar si cuenta con apoyo de su pareja o de su familia de origen. De no ser así, es necesario el contacto con algún adulto responsable, que la adolescente sugiera, para asegurar la concurrencia a una consejería en reproducción y adherencia a la regulación de fertilidad en APS.
Siempre es fundamental considerar la posibilidad de abuso sexual y, en caso de duda, referir a servicio social y psicólogo.
- b. En mujeres con escolaridad de 8º básico o menos, debe haber un mayor esfuerzo por entregar información y responder a las preguntas de forma tal que estas puedan ser comprendidas. Una manera simple de asegurarse de que el mensaje que se quiere transmitir fue recibido y comprendido por la paciente, es pedirle que lo repita con sus propias palabras.
- c. Antecedentes de enfermedad mental: depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, retardo mental o ideación suicida.

c.1. Antecedente de episodios depresivos o trastornos de ansiedad.

La respuesta afirmativa a las siguientes preguntas, ha demostrado que puede aumentar la probabilidad de que la mujer presente un problema de salud mental después de una pérdida reproductiva.

¿Alguna vez le han diagnosticado depresión, trastorno de pánico, ansiedad generalizada o estrés post traumático?
--

¿Ha pasado por períodos en que los problemas de sueño, desánimo, tristeza, angustia o inquietud le hayan dificultado el cumplir con sus tareas habituales?
--

En caso de respuesta afirmativa, recomendar consulta a médico en el centro de salud en que está inscrita.

c. 1.1. Síntomas depresivos o ansiosos actuales

Algunas mujeres presentan reacciones psicológicas intensas después de una pérdida reproductiva, como tristeza, sentimientos de culpa o angustia. Si se advierte una particular intensidad de este problema, ello puede indicar un problema de salud mental susceptible de ser tratado.

Para detectar síntomas depresivos se pueden realizar las siguientes preguntas

En caso de respuesta afirmativa a dos o más de estas preguntas: derivar a garantía AUGE Depresión.

c.1.2. Riesgo de presentar más adelante un episodio depresivo

A todas las mujeres que son atendidas por una pérdida reproductiva, se les debe entregar información escrita, que le sirva para reconocer en las semanas posteriores si presenta sintomatología depresiva y la información necesaria para acceder a sus derechos de ser atendida por esta patología GES.

c.2. Esquizofrenia.

Requiere evaluación psiquiátrica, psicológica y/o social según antecedentes. Es imprescindible contar con algún adulto responsable que se haga cargo de su seguimiento.

c.3. Retardo Mental

Es necesario plantearse probable violación o abuso sexual. Es imprescindible contar con algún adulto responsable que se haga cargo de su seguimiento.

c.4. Ideación suicida

Es necesaria una evaluación psiquiátrica y, en el caso de que la pérdida reproductiva sea consecuencia de un intento suicida, requerirá derivación a urgencia psiquiátrica una vez estabilizada.

d. Posible violencia:

Cuando existe la posibilidad de que la mujer esté sufriendo violencia, debe aplicarse el siguiente cuestionario:

Guía Clínica GES – MINSAL - 2009: Violencia Intrafamiliar (Personas Adultas)

¿Su pareja le ha hecho daño físico, por ejemplo: empujado, lanzado objetos, dado, bofetadas, arrastrado, tirado el pelo o le ha hecho cualquier otro daño físico?
¿Su pareja actual la ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales u otros actos sexuales en contra de su voluntad?
¿Su pareja le ha insultado, humillado, rechazado, ridiculizado, controlado, le ha hecho escenas de celos?

En caso de respuesta afirmativa a alguna de estas preguntas, se debe:

- Preguntar por riesgo inminente (separación reciente, aumento progresivo de las agresiones, amenaza de muerte, tenencia de arma de fuego). En caso de duda, analizar con otro profesional o jefe de servicio para tomar una decisión. En caso de riesgo inminente o duda, proponer a la mujer realizar la denuncia en forma inmediata, comunicándose con carabineros o con la fiscalía correspondiente.
- Si no hay riesgo inminente, siempre informar a la mujer de sus derechos y derivar al “Programa de Atención Integral de Violencia Intrafamiliar para Mujeres Adultas”, en el centro de salud en el que la mujer está inscrita si existe programa, u otro centro de salud que lo implemente.

e. Consumo problemático de alcohol y/o drogas:

Las preguntas para determinar si existe consumo problemático o dependencia, deben hacerse después de informar a la mujer que estas preguntas se hacen a todas las pacientes y no a ella en particular. Más que aplicar como instrumento de detección, se recomienda hacer preguntas directas:

En el último mes ¿ha tomado más de 6 bebidas alcohólicas en un solo día?, en caso de respuesta afirmativa, preguntar: ¿ha tenido problemas por este consumo?
¿Consume habitualmente tranquilizantes o medicamentos para adelgazar como anfetaminas u otros?
¿Ha consumido marihuana, coca, pasta base u otra droga?, en caso de respuesta afirmativa, preguntar: ¿ha tenido problemas por este consumo? ¿ha tratado de dejar el consumo?

En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas en una mujer menor de 20 años, referir a Garantía AUGE “Personas Menores de 20 Años con Consumo Perjudicial o Dependencia de Riesgo Bajo o Moderado de Alcohol y o Drogas”.

Si la mujer que responde afirmativamente es mayor de 20 años, referir a Salud Mental.

No es imprescindible diferenciar si la mujer presenta consumo problemático o dependencia. Porque, en cualquier caso, es necesaria una exploración psiquiátrica o psicológica. En todo caso, se considera consumo perjudicial a aquel que, directa o indirectamente, produce consecuencias negativas para la persona o para otras, la salud, armonía familiar, rendimiento laboral o escolar, seguridad personal y funcionamiento social. En cambio, existe dependencia cuando se presentan manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas, en las que el consumo adquiere la máxima prioridad para la persona. Una manifestación característica de la dependencia es el deseo, a menudo insuperable, de ingerir la sustancia.

f. Antecedente de tres o más pérdidas reproductivas:

Cuando una mujer presenta antecedente de tres o más pérdidas reproductivas, es necesario indagar si está intentando tener un hijo y presenta problemas biológicos para llevar a término una gestación, ó si se trata de un indicador de que no controla suficientemente su vida sexual.

Si la pérdida reproductiva ha sido vivida como un duelo y la mujer desea tener otra gestación, debe ser referida a una consulta de infertilidad. En este caso, es necesario considerar que un nuevo intento requiere enfrentar positivamente el proceso de duelo, lo que, en algunos casos, puede tardar varios meses, incluso hasta un año.

Si se trata de una dificultad para el control de la actividad sexual, es necesario una referencia, en lo posible personalizada, a consejería en Salud Sexual y Reproductiva y a Control de Regulación de Fecundidad en Atención Primaria de Salud (APS).

g. Falta de control de una gestación de 15 semanas o más

Si no ha existido ingreso a control de gestación, es importante preguntar si se trata de una gestación no planificada, rechazada o producto de abuso sexual, y seguir la conducta recomendada. Siempre referir a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva y a Control de Regulación de Fecundidad en APS.

h. Falta de apoyo familiar o social

En el caso en que la mujer que ha experimentado una pérdida reproductiva carezca de apoyo de una pareja, familia, amigas u otras personas, es importante preguntar por síntomas depresivos y seguir la conducta recomendada. En algunos casos, según los antecedentes, es necesaria una derivación a servicio social del hospital o de APS según corresponda.

i. Manifestación de rechazo al recién nacido o de darlo en adopción

Siempre que una mujer manifieste rechazo al recién nacido, incluyendo la negación del embarazo (desconocimiento del embarazo, ocultamiento a familiares, etc.), es necesaria una entrevista con psicóloga/o y asistente social, si presenta algún problema social (abuso sexual, falta de acceso a regulación de fertilidad, etc.), de salud mental o para determinar la mejor forma de apoyarla. En ningún caso se la debe persuadir o presionar a hacerse cargo del recién nacido.

Cuando una mujer manifiesta la intención de dar su hijo en adopción, siempre es necesaria la intervención de la asistente social del hospital, quien podrá vincularla con las instituciones y profesionales especializados.

6. Muerte perinatal: aspectos emocionales del duelo

El duelo, como proceso psicológico desencadenado por la muerte del hijo/a en período perinatal suele ser subestimado en su magnitud y en sus secuelas. Los abortos espontáneos de embarazos deseados y los fracasos de fertilización asistida, con frecuencia son vividos -por la mujer o por ambos padres- con tanto dolor como la muerte fetal y neonatal. La pérdida del bebé imaginario y de la ilusión de la maternidad/paternidad, cuando son vividas en silencio, no elaboradas y aceptadas, pueden persistir como un trauma escondido.

6.1 Duelo patológico

El duelo en el periodo perinatal, según algunos estudios, evoluciona en forma patológica entre el 20% y 40% de los casos.

La evolución del duelo depende de la calidad del proceso de vinculación materno-fetal previa, de las prácticas asistenciales y de la relación con los/as profesionales que atienden a la mujer. Puede afectar la siguiente gestación y la relación con los hijos que nazcan posteriormente.

6.1.1. Complicaciones en la siguiente gestación

La gestación que sigue a una muerte perinatal no elaborada es de alto riesgo obstétrico y psicológico. El miedo y los síntomas de ansiedad que afectan a la mujer, especialmente en fechas próximas al aniversario, favorecen los trastornos psicofisiológicos, aumentan la probabilidad de aborto y/o de parto prematuro, es decir, de una nueva pérdida reproductiva.

Los síntomas de ansiedad y los problemas asociados, son más persistentes y severos cuando el nuevo embarazo ocurre muy poco tiempo después de la pérdida.

6.1.2. Complicaciones en la relación con los/las hijos/as que nacen después

Además de la ansiedad prenatal, existe riesgo de que se desarrolle un trastorno de la vinculación por inhibición del apego. Un duelo no resuelto es factor predictor de apego desorganizado en los hijos posteriores.

El miedo a perder otro hijo puede inhibir el proceso de vinculación con el nuevo bebé, ya sea porque el duelo está aún en curso o porque no ha sido suficientemente elaborado y aceptado.

Los indicadores más frecuentes de este temor a una nueva pérdida son la ausencia de bebé imaginario,

una atención ansiosa a los movimientos fetales, la falta de preparativos para recibir al bebé, las crisis de pánico y las consultas reiteradas a los especialistas en búsqueda de seguridad

En algunas mujeres predomina la inhibición del duelo aún en curso, el que queda en suspenso y la imagen del bebé del embarazo actual reemplaza a la imagen del bebé muerto. El o la niña de reemplazo, particularmente si es del mismo sexo, tiene mayor riesgo de sufrir maltrato y/o trastornos de identidad.

6.1.3. Prevención del duelo complicado

La atención de la madre, padre y familia puede facilitar o entorpecer la elaboración del duelo por una muerte perinatal. En lo inmediato, es necesario acoger la expresión emocional, pena y llanto, los padres requieren que se les escuche atentamente.

Se facilita la elaboración normal del duelo cuando se propone el contacto visual y táctil con el bebé muerto, se incentivan los ritos funerarios, se permite guardar recuerdos tangibles del bebé: ecografías, brazaletes de identificación, los que son muy apreciados posteriormente por la madre o ambos padres. No se recomiendan los ansiolíticos, salvo si hay síntomas severos. Es recomendable bloquear la secreción láctea precozmente.

Es recomendable sugerir la postergación de un nuevo embarazo, hasta la elaboración adecuada del duelo, lo que dura alrededor de un año. Es prudente planificar el nuevo embarazo evitando “superponer” las fechas de los dos embarazos, para prevenir las reacciones “aniversarios”.

El apoyo a la mujer mientras dura el duelo perinatal y el período de latencia hasta que las complicaciones puedan hacerse evidentes, requiere de un equipo multidisciplinario, con la participación de obstetras, neonatólogos, matronas/es, genetistas y psiquiatras.

6.2

Diagnóstico prenatal de malformaciones fetales

Una situación que requiere especial consideración es el diagnóstico prenatal de malformaciones fetales. Es importante recordar que ningún examen ni procedimiento de atención prenatal es neutro, la madre y el padre, cuando está presente, pueden interpretar los silencios, expresiones y gestos de la persona que los atiende como signos de alarma, de que algo no está bien.

La normalidad de la ecografía valida el feto sano, da seguridad corporal y emocional, personaliza las características físicas y conductuales del bebé contribuyendo a la vinculación. Al contrario, la sospecha de alteración fetal, provoca una gran ansiedad y temor.

Si bien la incertidumbre inquieta y produce ansiedad, las contradicciones y la discordancia entre diferentes profesionales, suelen crear un conflicto emocional mayor, generando en la madre

sentimientos de inseguridad, culpa y rabia, los que pueden desencadenar demandas hacia los profesionales.

El diagnóstico que suscita mayor intensidad emocional es el descubrimiento in útero de patología del feto, particularmente si tiene riesgo de incompatibilidad vital. Precipita a la familia en una cascada de reacciones que comprometen el proceso de vinculación con el bebé. Al proceso de vinculación normal se contraponen la amenaza de la pérdida del bebé. Se rompe brutalmente la representación del bebé sano, explotan múltiples sentimientos pena, rabia, temor, culpa, frustración y la herida narcisística por “la incompetencia de la función maternal”.

Frente a este sufrimiento, los mecanismos de defensa más frecuentes son la negación y el duelo anticipado. La negación del diagnóstico hace que la madre o ambos padres, deambulen de médico en médico buscando otra opinión que sea contraria a lo que le han informado. Si el diagnóstico conlleva el riesgo vital, los padres pueden adoptar por anticipar el duelo, lo que quiebra el proceso de vinculación en curso, con graves problemas si el bebé sobrevive. La reacción de los padres no depende exclusivamente de la patología del feto. La forma de dar la noticia y el pronóstico anunciado, son fundamentales para no entorpecer el proceso de vinculación y la vida psíquica parental.

Por el gran sufrimiento psíquico del diagnóstico de anormalidad, la información de éste debería realizarse siempre en el contexto de una excelente relación médico paciente. Debiera ser entregado a ambos padres, o a la madre junto a otra persona cercana que ella decida, posibilitando la catarsis, disipando dudas y despejando culpas. Es importante que los y las profesionales estén disponibles para reiterar esta información las veces que sea necesario, porque es frecuente que el shock emocional inicial bloquee la capacidad de comprensión de las personas.

Para el equipo profesional, comunicar un diagnóstico de anormalidad, pronosticar una muerte perinatal y acoger el sufrimiento de los padres, es una tarea difícil y emocionalmente desgastadora y que se contraponen al entusiasmo de apoyar la gestación de una vida. Los mecanismos defensivos más frecuentes son la evitación y la hipermedicalización.

La atención personalizada e integral de las personas que viven esta situación puede requerir, además del imprescindible diálogo entre profesionales de la gineco obstetricia, la neonatología y de la salud mental, la atención conjunta de los futuros padres. En los casos más graves y complejos, una reunión clínica multiprofesional asegura la coherencia de los mensajes, contribuyendo a la contención emocional de la madre, respalda y da seguridad al equipo, disminuyendo la evitación y la hipermedicalización, y favoreciendo la actitud de escucha activa, que los padres perciben como un factor protector.

Los padres agradecen la coherencia de la información y les permite tolerar la incertidumbre acerca de vida y muerte del bebé que gestan.

7. Pérdida reproductiva sin complicaciones significativas

No se debe retrasar el inicio del uso del método anticonceptivo, la mayoría de los cuales se puede administrar en forma inmediata, en el propio servicio de gineco obstetricia, con indicación de control en el centro de salud en el que está inscrita. Se recomienda contar con stock de anticonceptivos en los servicios de ginecología para ser indicados en el momento del alta, con el consentimiento de la mujer.

Después de un aborto pueden utilizarse todos los métodos anticonceptivos, incluyendo dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, considerando el estado de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con cada método. Sin embargo, existe mayor riesgo de expulsión del dispositivo intrauterino si éste se inserta inmediatamente después de un aborto del segundo trimestre, y algunos métodos naturales de planificación familiar sólo deben iniciarse después de tres ciclos posteriores al aborto. Debe prestarse especial atención a los casos en los que la mujer solicita esterilización; es necesario realizar consejería, para evitar que esta decisión sea influenciada por los sentimientos asociados al aborto, lo que podría generar un futuro arrepentimiento. Sin embargo, si se cumplen los criterios vigentes para el procedimiento, no corresponde a los profesionales que la atienden negar su acceso a éste.

Después de un aborto, las mujeres pueden estar en una situación de mayor vulnerabilidad desde el punto de vista psicológico, social y legal. Como en toda consejería en salud sexual y reproductiva, el trato debe ser respetuoso, asegurando la confidencialidad esencial en la relación entre los profesionales y las personas atendidas. La entrevista debe ser siempre en un ambiente privado que permita abordar todos los aspectos relevantes de la situación de la mujer, y analizar con ella la forma de prevención de riesgos en el futuro, sin enjuiciarla.

Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán analizar con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH, y la importancia de la utilización de preservativo.

8. Pérdida reproductiva con complicaciones

Cuando la mujer ha presentado infección, lesiones, hemorragia o una gestación de segundo trimestre, es necesario considerar:

Infeción:

Si se presume o confirma una infección después de la pérdida reproductiva, o se encuentran signos de maniobras practicadas en condiciones de riesgo, se debe posponer la inserción de un DIU y la esterilización hasta que la infección haya desaparecido. Si el DIU o la esterilización es el método deseado, se deberá proveer de un método transitorio y citar a una consulta de seguimiento para decidir sobre el momento más adecuado para efectuarlas. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

Lesiones:

Cuando se ha diagnosticado una lesión del tracto genital (perforación uterina, lesión grave vaginal o cervical o quemaduras por productos químicos), se debe posponer la esterilización femenina o la inserción de un DIU hasta que las lesiones hayan sanado. Si es necesario practicar una cirugía para reparar la lesión y no existe riesgo, la esterilización puede realizarse simultáneamente. Si es necesario posponer el procedimiento, se debe proveer de un método transitorio y fijar un control de seguimiento, para decidir sobre el momento más adecuado para efectuar la esterilización o inserción del DIU. Las lesiones que afectan la vagina o el cuello uterino, pueden dificultar el uso de los métodos de barrera femeninos y del DIU. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

Hemorragia:

Cuando existió hemorragia y/o anemia severa, ésta debe ser controlada antes de considerar el uso de algunos métodos anticonceptivos. La esterilización femenina se debe posponer debido al riesgo de que se produzca una mayor pérdida de sangre. Si éste es el método deseado, se debe proveer de un método transitorio y fijar un control de seguimiento para decidir sobre el momento más adecuado para efectuarla. La inserción de un DIU con cobre se debe evaluar de acuerdo a la severidad de la anemia y/o hemorragia, y posponerse hasta que la condición sea estable, entregando otro método para ser usado en el intervalo. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

Pérdida reproductiva de segundo trimestre:

Existe mayor riesgo de expulsión de un DIU si la inserción se hace inmediatamente después de una pérdida reproductiva del segundo trimestre. En usuarias de diafragma, se debe evaluar el tamaño, lo mismo que se hace después de un parto. Cualquier otro método que la mujer desee, puede ser iniciado en forma inmediata si no hay infección, lesiones o anemia.

9. Recomendaciones para el alta de una paciente con pérdida reproductiva

Además del alta médica, es muy importante que la matrona/ón realice una serie de acciones con la paciente misma y otras, para la coordinación del seguimiento y continuidad de los cuidados.

9.1 Anticoncepción después de un aborto

La entrega de información, consejería y la adhesión a control de regulación de fecundidad, es fundamental para una mujer que ha sufrido una pérdida reproductiva y no desea una nueva gestación. Es importante que sea informada que la ovulación puede reiniciarse dos semanas después de la pérdida reproductiva, poniéndola en riesgo de un nuevo embarazo, a menos que utilice un método anticonceptivo efectivo y reciba información suficiente, comprensible y apropiada para que decida el método anticonceptivo que desea utilizar, conociendo su uso correcto, su efectividad y sus posibles efectos adversos.

9.2 Con la mujer que ha presentado una pérdida reproductiva:

- Realizar evaluación de aspectos psicosociales y orientar
- Verificar resultado de VDRL o RPR
- Entregar orientación en autocuidado
- Realizar consejería en regulación de fecundidad
- Prescribir método anticonceptivo hormonal, condón o inyectable, según decisión de la mujer
- Indicar reposo médico, si es necesario
- Orientar para cumplimiento de indicaciones médicas
- Informar para la conducta a seguir frente a eventuales complicaciones: signos de infección, hemorragia
- Entrega de carné, receta e interconsulta, según corresponda.
- Registrar, si la mujer lo autoriza, en la “Agenda de Salud de la mujer”
- En caso de mortinato o mortineonato: entregar indicaciones para la supresión de lactancia y licencia postnatal con 22 semanas y más de gestación.

9.3 Seguimiento y continuidad de los cuidados

- Enviar desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología al Nivel Primario, un listado semanal de pacientes de alta post aborto, puérperas de mortinato y mortineonato, embarazos ectópicos, indicando nombre, edad gestacional, si ha existido control de la gestación y presencia de riesgo psicosocial (según listado en punto 5.2)
- Evaluación integral por matrona/ón en el Centro de Salud (aspectos biomédicos, psicosociales), referencia a médico del nivel primario o nivel secundario, si corresponde
- Entrega de consejería por matrona/a y prescribir método anticonceptivo o dar, continuidad en control de regulación de fecundidad al método iniciado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología
- Hacer seguimiento, en el Centro de Salud, a pacientes inasistentes a control después del alta
- Ante la presencia de riesgo psicosocial, la matrona o matrona debe referir a salud mental, servicio social, según evaluación y las necesidades de la mujer
- Evaluar contrarreferencia de la especialidad para definir el seguimiento, en el nivel que corresponda.

Referencias

6

- Adler NE, et al. 1990, "Psychological responses after abortion." *Science*. 248: 41-44.
- Adler NE, et al. (1992). "Psychological factors in abortion: a review." *American Psychologist*, 47(10): 1194-1204.
- American Psychological Association. "APA research review finds no evidence of 'post-abortion syndrome' but research studies on psychological effects of abortion inconclusive."
- Bourne S, Lewis E. (1984). Pregnancy after stillbirth or neonatal death. Psychological risks and management. *Lancet*; 2: 31-3.
- David HP. (1996) "Comment: post-abortion trauma." *Abortion Review Incorporating Abortion Research Notes*, Primavera, 59: 1-3.
- Didier D, Gosme-Séguret S, Ed. ESF París, (1996). *La diagnostique prénatal, aspects psychologiques*.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science New Series*, 196(4286), 129-136.
- Hospital Dr. Sótero del Río (2009). *Normas de Ginecología*. Unidad de Ginecología (www.ssmsoc.cl)
- Kimelman M., González L. (2003). "El proceso de vinculación una tarea del equipo obstétrico. Foro de Ginecología y Medical Forum Internacional. Vol. 6 Nº 2, 10-13
- Ministerio de Salud. Departamento Ciclo Vital (2008). *División Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*.
- Ministerio de Salud, Departamento de Ciclo Vital. (2007). *Manual de Orientación en Atención Integral con Enfoque Familiar*.
- Naciones Unidas CEDAW/C/CHI/CO/4 - "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer"

- Russo NF. (1992) "Psychological aspects of unwanted pregnancy and its resolution." In J.D. Butler and D.F. Walbert (eds.), *Abortion, Medicine, and the Law* (4th Ed., págs. 593-626). New York: Facts on File,
- Russo NF, Zierk KL. (1992) "Abortion, childbearing, and women's well-being." *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(4): 269-280.
- Stotland N. (1992) "The myth of the abortion trauma syndrome." *Journal of the American Medical Association*, 268(15): 2078-2079.
- Vásquez R., Kimelman M. (2003) "Diagnóstico Antenatal ¿qué es lo que queda por hacer? Foro de Ginecología y Medical Forum Internacional. Vol. 6 N° 2, 18-19,

Anexos

7

Anexo 1 EARLY WARNING SCORE / ESCALA DE ALERTA TEMPRANA

EARLY WARNING SCORE / ESCALA DE ALERTA TEMPRANA							
	3	2	1	0	1	2	3
PA Sistólica (mm Hg)	<70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		>= 200	
FC (lpm)		<40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	>= 130
FR (rpm)		<9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	>= 30
Temperatura (°C)		<35		35 - 38,4		>= 38,5	
Estado de Conciencia				Alerta	Responde al Est. Verbal	Responde al Dolor	No Responde
Ref: Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions / Q J Med 2001; 94: 521-526							
The value of modified Early Warning Score in surgical in-patients: a prospective observational study / Ann R Surg Engl 2006; 88: 571-575							

Anexo 2: FACTORES DE RIESGO PREDICTIVO DE PRACTICARSE UN ABORTO

Variable	Ítem	Coficiente BETA	Orden de la variable
Edad	Menor de 35 años	0.05 **	1
Relación de Pareja	Conviviente	1.40 **	2
Esterilización	NO Esterilizada	1.36 **	3
Uso previo de ciertos métodos	Algunos de ellos***	0.40 *	4
Tiempo de matrimonio	10 años o menos	1.18**	5
Convivencias previas	SI	0.58 **	6
Uso previo de DIU	No uso	0.42 *	7
Tipo de vivienda	Muy pobre, Mediagua	0.31 *	8
Nivel de fecundidad	3 a 10 hijos vivos y el último menor de 5 años	0.32 *	0

- * significación al 0.05
- ** significación al 0.001
- *** Inyectable tipo Unalmes, Calendario, Coito Interruptus, Ducha vaginal

Referencia: Chapter 2 Prevention of Pregnancy in High –Risk Women: Community Intervention in Chile. In: Abortion in the Developing World. Editors. Axel I Mundigoand Cynthialndriso. World Health Organization. Vistaar Publications, New Delhi 1999

