



# MANEJO DEL ABORTO

## Resumen

El aborto, por su magnitud, letalidad, complicaciones y costos, constituye un problema de salud pública, por lo que es necesario desterrar viejos estigmas que conducen a peligrosos sentimientos de culpabilidad injustificada en las mujeres, humanizar la atención de la mujer, garantizar la calidad de atención del postaborto, procurar la continuidad de la atención de la persona-mujer y capacitar permanentemente a los prestadores de servicios de salud. Se hace una breve revisión sobre el equipo de Karman y la técnica de la aspiración manual endouterina (AMEU), que revolucionó los conceptos clásicos y enraizados del manejo del postaborto.

Palabras clave: Aborto, aborto incompleto, equipo de Karman, aspiración manual endouterina.

## Treatment of abortion

### ABSTRACT

*Due to its magnitude, mortality, complications and costs, abortion constitutes a public health problem; it is necessary to banish old stigmas leading to women's dangerous unjustified guilt feelings, making her care more humane, warranting postabortion care quality, giving a continuous person-woman care, and allowing permanent health servers' training. We briefly review Karman's equipment and intrauterine manual aspiration technique that modified classical and deeply rooted post abortion care concepts.*

*Key words: Abortion, incomplete abortion, Karman's equipment, intrauterine manual aspiration.*

### INTRODUCCIÓN

El aborto es la primera complicación del embarazo, en frecuencia, más aun si damos estricta lectura a su definición "interrupción del embarazo antes de la semana 22 de amenorrea", lo que permite

incluir a cualquier forma de esta interrupción, independiente de cómo ocurrió, de su localización, degeneración o complicaciones. Constituye un problema de salud pública, al tipificar sus características: magnitud, letalidad, complicaciones y costos.

Los que estamos preocupados en la salud de las mujeres debemos, entonces, saber enfrentarlo. Para ello es necesario imponernos objetivos claros y precisos:

- Desterrar viejos estigmas que conducen a peligrosos sentimientos de culpabilidad injustificada en las mujeres que experimentaron terrible angustia de no haber podido cristalizar un deseo y para aquellas otras que tuvieron un embarazo en momento inoportuno y enfrentaron riesgos

## Ovidio Chumbe.

Jefe del Departamento de Ginecoobstetricia, Hospital General María Auxiliadora, Lima

*Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:244-248.*

que atentaron contra su vida o libertad. Algunos gobiernos y prestadores de salud basan sus decisiones (en mi concepto erradas) en estos prejuicios, que empañan sus decisiones.

- Humanizar la atención, no del aborto, sino de la mujer, persona que acude buscando atención de un problema de salud, que nos enfrenta a recordar un juramento y ejercitar nuestra vocación de servicio, piedra angular de nuestra elección de vida.
- Garantizar la calidad de atención del postaborto, en sus parámetros de accesibilidad, información veraz, costos justos, tecnología adecuada y capacidad técnica,
- Procurar la continuidad de la atención de la persona-mujer, integrándola al paquete de salud reproductiva, planificación fami-



liar, cáncer ginecológico, infecciones de transmisión sexual, sexualidad segura y responsable.

- Capacitación permanente de los prestadores de servicios de salud, en actualización en nuevas y más eficientes técnicas, legislación y conceptos modernos.

### LA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) EN EL MANEJO DEL ABORTO

En los últimos años, dos hechos claves tuvieron capital importancia en el abatimiento de las complica-

ciones graves del aborto. El primero, a inicios de los 90, fue la introducción, al arsenal quirúrgico, del equipo de Karman y la técnica de la aspiración manual endouterina (AMEU), que revolucionó los conceptos clásicos y enraizados del manejo del postaborto. El segundo hecho, no menos importante, fue, desde hace aproximadamente un lustro atrás, la introducción al mercado de una prostaglandina, el misoprostol, que hasta entonces constituía una alternativa medicamentosa para el manejo de los trastornos del tubo digestivo alto.

La selección de la paciente es un paso muy importante para el éxito del tratamiento. En una Emergencia de establecimientos de primer y segundo nivel acuden a solicitar atención de postaborto pacientes con distinto grado de complicaciones. Felizmente, la gran mayoría (90%, para nuestra experiencia) podrán ser resueltos con manejo ambulatorio. Los criterios absolutos y relativos de exclusión que tipifican un aborto incompleto no complicado se muestra en la *Tabla 1*.

**Tabla 1.** Criterios de exclusión de aborto incompleto no complicado.

Criterios absolutos	Criterios relativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Útero mayor a 12 cm.</li> <li>• Evidencia de infección uterina</li> <li>• Trastorno hemodinámico</li> <li>• Anemia severa</li> <li>• Falla de, por lo menos, un órgano o sistema</li> <li>• Sospecha de perforación uterina</li> <li>• Sospecha de localización ectópica del saco gestacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedente de cicatriz uterina</li> <li>• Tumor uterino</li> <li>• Trastorno hemodinámico corregido, en una hora, con reto de fluidos</li> <li>• Anemia severa corregida con transfusión de paquete globular</li> <li>• Infección localizada solo en el útero, o extrauterina, luego de administración de antimicrobianos.</li> </ul>

La historia clínica completa será el instrumento más importante para una adecuada selección de la paciente y determinar el mejor manejo para ella. La indagación sobre el antecedente de 'maniobras abortivas' durante el interrogatorio acarrea más inconvenientes que beneficios; el peor sea, quizás, el poner en alerta a la paciente sobre

el riesgo de intervención policíaca, aparte de la consecuente agresión a la persona. Los hallazgos de sospecha clínica de complicación infecciosa del aparato reproductor no serán suficientes para etiquetar el caso como complicado. Así mismo, la 'normalidad' clínica no garantiza ausencia de infección.

El único examen complementario que tendrá el peso de una evidencia objetiva será un hemograma completo, que incluya hemoglobina y hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh.

Los hallazgos clínicos que harán sospechar de una complicación infecciosa se presenta en la *Tabla 2*:

**Tabla 2.** Hallazgos clínicos que hacen sospechar de una complicación infecciosa.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos clínicos de compromiso infeccioso pélvico-uterino: secreción vaginal o presencia de material endouterino de mal olor o aspecto, presencia de cuerpos extraños en la vagina o cuello del útero, dolor a la palpación uterina y/o anexial, especialmente a la movilización.</li> <li>• Presencia de tumoración pélvica o Douglas ocupado.</li> <li>• Presencia de síndrome general: malestar, fiebre.</li> <li>• Presencia de discrasia sanguínea: gingivorragia, petequias y/o equimosis, hematuria, hematemesis.</li> <li>• Oligoanuria: volumen urinario menor a 25 mL/hora o 25 gotas/minuto.</li> <li>• Ictericia, hígado palpable y doloroso</li> <li>• Distrés respiratorio: polipnea, cianosis distal.</li> <li>• Trastorno hemodinámico: pulso por encima de 90 por minuto y presión arterial menor a 90/50.</li> </ul>
--



Los signos que harán sospechar de un embarazo ectópico se observa en la *Tabla 3*.

**Tabla 3.** Signos que hacen sospechar de un embarazo ectópico.

- Dolor abdominal con signo de rebote
- Sensación de vértigo
- Trastorno hemodinámico
- Útero pequeño y tumoración anexial palpable
- Fondo de saco de Douglas ocupado por contenido líquido
- AMEU vacío: ausencia de material trofoblástico a través de la cánula.

Felizmente, la gran mayoría de mujeres presenta abortos no complicados, que podrán favorecerse de un manejo ambulatorio.

La técnica del AMEU fue inicialmente probada en nuestro país, mediante un riguroso plan de evaluación, en el Hospital María Auxiliadora, del Cono Sur de Lima. Con sendas investigaciones operativas, se demostró sus ventajas:

- Procedimiento ambulatorio que, en la gran mayoría de casos, no requiere hospitalización.
- No requiere procedimiento anestésico regional o general; por lo tanto, no será necesario realizarlo en una sala de operaciones, que casi siempre prioriza otras intervenciones 'más importantes', ni exposición a riesgos inherentes a estos tipos de anestesia.
- Las posibilidades de accidentes intraoperatorios, como perforaciones o falsas vías, lesión de membrana basal con subsecuente síndrome de Asherman, se encuentran minimizadas por el tipo de material flexible de las cánulas.
- Permite la pronta reincorporación de la paciente al seno de su hogar, siendo, casi siempre, de manejo ambulatorio.

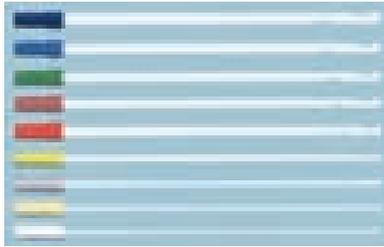
- El procedimiento no requiere de fluido eléctrico, por lo que se puede practicar aún en lugares que no cuenten con este.
- El costo, tanto para el estado como para las mujeres, es diez veces menor que la técnica tradicional.
- Permite información más próxima y directa e insertar a las mujeres a otros programas en Salud Reproductiva,
- El riesgo de infección posprocedimiento (enfermedad inflamatoria pélvica) es significativamente menor que con la técnica del legrado uterino instrumental.
- Procedimiento sencillo y de fácil enseñanza-aprendizaje. Un médico sin especialización, con una buena capacitación estará en condiciones de realizarlo, en ausencia del ginecólogo obstetra.

### PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS

Las técnicas de evacuación uterina son tres: el clásico legrado uterino instrumental, la aspiración manual endouterina (AMEU) y la aspiración eléctrica. Teniendo en cuenta que la aspiración eléctrica está indicada en casos de mola hidatiforme con útero mayor a 11 cm, por la mayor frecuencia y las ventajas de uso del AMEU, nos abocaremos a describir el equipo y la técnica del procedimiento.

### El equipo de Karman consta de:

- Jeringa: cilindro de 60 mL de capacidad, con propiedad de vacío de 660 mmHg, equivalente a una atmósfera
- Émbolo: con dos toques en forma de alerones, para mantener el vacío durante el procedimiento
- Válvulas de vacío: sistema de una o dos válvulas que se cierran para crear el vacío en el cilindro y se abren para transmitir el vacío a la cavidad uterina
- Anillo de seguridad
- Adaptadores del mismo color que la base de las cánulas
- Cánulas numeradas del 1 al 12 (exceptuando el N° 11); cada una de ellas identificada por color diferente en el adaptador de la cánula (solo hasta el número 10; el 12 no trae adaptador), el número impreso en la parte distal y la gradilla de puntos, desde los 6 cm (del extremo distal), a distancia de un centímetro entre punto a punto; el objetivo es practicar histerometría, sin necesidad de un instrumento extra. El número de cánula corresponde al diámetro de ella, expresada en mm. Del uno al diez, presentan, en su parte distal, un orificio anterior, con leve filo para el raspado, y otro posterior.



**Figura.** Equipo de Karman.

En el instrumental e insumos, encontramos lo siguiente:

- Jeringa de 10 mL
- Gasas, soluciones, xilocaína al 2%
- Aguja N° 23 o 25
- Espéculo de Graves
- Pinza de tenáculo de cuello uterino
- Pinza de Bozeman para limpieza
- Extensor de jeringa
- Aceite de pino para lubricación
- Recipiente de vidrio con cernidor de agujeros finos.

Los pasos del tratamiento deben ser seguidos escrupulosamente, para evitar accidentes o complicaciones:

#### En la Emergencia:

- Colocar vía con solución clorurada a goteo rápido.
- Corregir estado hemodinámico alterado, si lo hubiera.
- En presencia de sangrado abundante y orificio cervical interno (OCI) permeable: retirar restos con pinza Foerster, hasta calmar sangrado.

- Simultáneamente, tomar muestra de sangre para análisis.
- Informar a la paciente sobre su estado y las alternativas de manejo.
- Enviar solicitud de sala de procedimientos.

#### En la sala de pre procedimiento:

- Brindar apoyo emocional
- Iniciar analgesia oral
- Monitorear.

#### En la sala de procedimientos:

- Continuar analgesia oral
- Colocar a la paciente en posición ginecológica
- Colocar pre medicación: atropina 0,5 mg EV

#### ✓ Opcional: analgesia con petidina 50 a 100 mg y/o sedación con Midazolán 5 mg.

- Lavado de vagina y zona perineal con sablón en agua
- Colocación de espéculo de Graves
- Asepsia de cuello del útero y tercio superior de vagina con solución de *isodine*.
- Bloqueo paracervical con xilocaína al 1%; prefiera infiltrar con aguja 23 o 25, a poca profundidad, en el pliegue cervicovaginal, a las 5 y 7 de las agujas del reloj. Use el extensor de aguja para mayor comodidad.
- Esperar cuatro minutos.
- En tanto: escoger la cánula de Karman adecuada para el caso, teniendo en cuenta el tamaño del útero y el grado de la dilatación del orificio cervical interno.
- Armar y cargar el vacío en la jeringa de Karman
- Fijar el cuello del útero con pinza de tenáculo y traccionarla para corregir la ante o retroflexión

- Colocar suavemente la cánula a través del OCI y realizar, con este, la histerometría.
- Conectar la jeringa a la cánula, procurando un ajuste perfecto.
- Abrir la(s) llave(s) de vacío.
- Rotar suavemente la jeringa en 360°, por tres a cuatro veces.
- Realizar raspado suave en sentido horario o anti horario.
- *Problemas especiales:*

#### a. Pérdida del vacío: que puede deberse a

- Inadecuado vacío en la jeringa de Karman
- Inadecuado ajuste de la jeringa con la cánula
- Inadecuado ajuste de la cánula con el orificio cervical interno
- Exposición de uno de los agujeros de la cánula con la presión del medio ambiente
- Obstrucción en los agujeros de la cánula
- Útero perforado.

La solución dependerá de la identificación de uno o más de estos problemas. Solucionado este, se continuará con el procedimiento, excepto en el útero perforado.

#### b. Perforación uterina: complicación extremadamente rara y que se diagnosticará al comparar la histerometría inicial con la actual. En este caso, se suspenderá el procedimiento.

#### c. Alergia a la xilocaína, ocasionada, usualmente, por usar el anestésico sin diluir. Se presenta como convulsiones hasta *shock*. Se usará diazepam como tratamiento.



- Se considera terminada la evacuación cuando ya no hay pasaje de restos a través de la cánula y se observa salida de espuma fina. Se comprueba al percibir y escuchar el característico 'raspado'.
- Desconecte la jeringa de la cánula y vacíe el contenido en un colador fino, para identificar el tejido trofoblástico.
- Retirar la cánula y la pinza de tenáculo.
- Proceder a examen pélvico bimanual.
- Desarmar el equipo de Karman y colocarlo en recipiente con hipoclorito de sodio, junto con el instrumental (descontaminación).
- Desechar jeringas y agujas en recipientes *ad hoc*.
- Paciente pasa a ambiente de recuperación luego del procedimiento.

#### En el ambiente de recuperación posprocedimiento:

- Continuar monitoreo de funciones vitales, sangrado y estado de conciencia
- Proporcionar consejería en salud reproductiva y signos de alerta
- Si no hubiera complicaciones a las dos horas posprocedimiento, se indicará el alta
- Las recomendaciones para la casa serán
  - a. Observación de signos de alerta

- b. Reinicio de relaciones sexuales cuando hayan pasado las molestias, a decisión de la paciente. Informar a la paciente que puede reiniciarse la ovulación a la semana del procedimiento.
- c. Consejería nutricional
- d. Prevención de enfermedad inflamatoria pélvica
- e. Control por consultorio a la semana del alta.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Baird T, Gringle R, Greenslade F. MVA in the treatment of incomplete abortion. Clinical and programmatic experience. Carrboro, NC: IPAS. 1995:1-21.
2. Binkin N. Trends in induced legal abortion morbidity and mortality. Clin Obstet Gynaecol. 1986;13:83-93.
3. Espinoza K, Chumbe O, Castillo A. Prevención de la infección pélvica posterior a la aspiración manual endouterina. Ginecol Obstet (Perú). 1997;43(1):236-8.
4. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán-Pathfinder. 2002:33.
5. Greenslade F, Leonard A, Benson J, Winkler J, Henderson V. Manual vacuum aspiration. Carrboro, NC: IPAS. 1993:67.
6. Kizza A, Rogo K. Assessment of the manual vacuum aspiration equipment in the management of incomplete abortion. East Afr Med J. 1990;67:812-22.
7. Leonard A, Yordy L. Protocolo para la reutilización de los instrumentos de IPAS para aspiración manual endouterina. Adelantos en el tratamiento del aborto. Carrboro, NC: IPAS. 1992;2:12.
8. Mahomed K, Healy J, Tandom S. A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion. Int J Gynecol Obstet. 1994;46:27-32.
9. Ministerio de Salud. El aborto en los establecimientos de salud del país. Lima: Ministerio de Salud- 1976:31.
10. OMS. Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra: OMS. 1995:152.
11. Peretz A, et al. Evacuation of the gravid uterus by negative pressure (suction evacuation). Am J Obstet Gynecol. 1967;98:18-22.
12. Pritchard J, MacDonald P, Gant N. Aborto. Williams Obstetricia, 3a Ed, 2a Reimp. México: Salvat. 1991:431-44.
13. Shwarcz R, Duverges C, Díaz AG, Fescina R. Aborto. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo. 1986.
14. Tang L y col. El aborto en el Perú. Ginecol Obstet (Perú). 1992;38:78-81.
15. Távara L, Núñez M, Mimbela J. Consideraciones epidemiológicas del aborto en el Cono Sur de Lima. En: Reproducción Humana. Lima: Colegio Médico del Perú. 1991:268-75.
16. Távara L, Mimbela J, Núñez M. Manejo ambulatorio del aborto incompleto no complicado como estrategia para aumentar la cobertura, reducir los costos y contribuir a una maternidad sin riesgo. En: Consideraciones médicosociales en el tratamiento del aborto incompleto. Lima: Manuela Ramos. 1993:54-63.
17. Távara L. Atención humanizada del aborto incompleto: tres técnicas de manejo ambulatorio, reducción de costos y planificación familiar postaborto. Ginecol Obstet (Perú). 1996;42(3):59-63.
18. Távara L. El aborto como problema de salud pública en el Perú. Ginecol Obstet (Perú). 2001;47(4):251-5.
19. Universidad Externado de Colombia. Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y El Caribe: Conclusiones y recomendaciones. Santa Fe de Bogotá DC, marzo 1995:25.
20. Yordy L, Leonard A, Winkler J. Manual vacuum aspiration: Guide for clinicians. Carrboro, NC: IPAS. 1993:82.