

SEGUIMIENTO POSTERIOR AL ABORTO PROVOCADO

Ponencia del 8º Congreso de la Sociedad Española de Contracepción. Barcelona 2006
Autor: Manuel La Calle Marcos

INTRODUCCION:

El aborto provocado (AP) es una intervención que se puede realizar en régimen de Cirugía de Ingreso (CI), pero la mayoría, 86,73% (Tabla 3), (1) se realizan en régimen extrahospitalario sea de Cirugía menor Ambulatoria (CmA), Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y en ocasiones con Recuperación Prolongada (RP).

Como toda actuación médica tiene seguimiento posterior, inmediato y diferido.

Aclaremos algunos términos, en relación a los centros extrahospitalarios y al AP brevemente:

CmA: Es el régimen que normalmente se adopta cuando el AP se realiza con anestesia local, significa que los cuidados postquirúrgicos inmediatos son mínimos puesto que el paciente es remitido a su domicilio tras un periodo de 20-30 minutos de control para observar el comportamiento de la zona afectada. En este caso fundamentalmente valorando que la pérdida hemática genital sea normal y las potenciales reacciones adversas a los medicamentos utilizados, que normalmente es inmediata a su uso o se ponen sobradamente de manifiesto en estos 20 minutos de control inmediato.

CMA: Es el régimen que normalmente se adopta cuando el AP se realiza con sedación o algún tipo de anestesia (2), esto significa que los cuidados posteriores son algo más prolongados, puesto que debemos vigilar la recuperación post sedación o anestésica, la conducta uterina y las posibles reacciones adversas a los medicamentos, para ello valoraremos la recuperación anestésica en el quirófano y la Unidad de Recuperación Anestésica (URPA I) y el resto en la URPA II, sala de adecuación al medio y área de instrucciones, en total el tiempo acostumbra a ser sumando todo el tiempo de unos 60-80 minutos.

Debe disponer de un Hospital de Referencia (HR) y tener organizado el traslado ágil al mismo con posibilidad de UVI móvil (061). En caso de que la paciente resida lejos de la ubicación geográfica del centro de atención al AP se debe valorar que disponga de un domicilio en condiciones de convalecencia y de un Hospital de nivel III (HR) a 30-60 minutos y posibilidad de evacuación y traslado al mismo, así como teléfono, cuidador/a adulto, alfabeto, válido y que idiomáticamente sea capaz de comunicarse con el personal de atención telefónica del centro especializado.

RP: Es cuando por horario de finalización del procedimiento no es un momento socialmente adecuado para remitir a el/la paciente a su domicilio y permanece en las instalaciones de la clínica hasta la mañana siguiente, entendiéndose que la paciente "podría" estar en su domicilio, pero no es adecuado socialmente exalta restringida en ese momento del día, pero no permanece ingresada por una necesidad clínica.

CI: Es cuando se ha debido recurrir a un AP por vía quirúrgica como histerotomía o histerectomía sea indicación, por complicación o por patología sobreañadida y debe estar bajo control médico hasta el alta, más de una noche.

SEGUIMIENTO:

Seguimiento inmediato: El que se lleva a cabo en las instalaciones donde se practica el AP, mientras son necesarios unos cuidados específicos llevados por personal sanitario, médico o de enfermería.

Seguimiento diferido: El que se lleva a cabo, 24 sobre 24 horas por contacto telefónico programado o a demanda de la paciente por personal cualificado de la clínica donde se la ha intervenido cuando se presentan problemas o dudas de la usuaria, porque se considera que los cuidados y medicación necesarios, que se facilitan por escrito, pueden ser autocontrolados y autoadministrados por la propia paciente o el/lacuidador/a que permanezca con ella.

Obviaremos aquí aquellos casos que se hacen en CI puesto que las deberá resolver el equipo de ginecología y anestesiología del establecimiento que acoge el caso según sus criterios, el caso y/o complicación.

.El seguimiento está encaminado a detectar complicaciones y está relacionado con los conceptos de la introducción, puesto que las complicaciones se pueden detectar inmediatamente en la clínica siguiendo la metodología propia de cualquier centro hospitalario durante el procedimiento o el tiempo de control hasta el alta diferida, o a evaluar telefónicamente la importancia de los problemas que puedan surgir durante el puerperio en el domicilio o ya reincorporada a la vida cotidiana. En el seguimiento telefónico es fundamental asegurarse de que no se dan complicaciones propias del puerperio o procedimiento y resolver las dudas que se puedan plantear.

El problema esta en detectar cuando se presenta una complicación y que debe hacerse en cada caso, cuando se ha realizado en régimen extrahospitalario.

COMPLICACIONES:

Las complicaciones del AP ginecologicas se clasifican desde el 1977 en menores y mayores (3).

De las menores las más frecuentes son la fiebre de menos de 24 horas, el desgarro cervical, las adherencias cérvico-uterinas, la perforación no complicada y la reintervención no urgente (restos, hematometra)

De las mayores las más frecuentes son la cirugía no prevista, la transfusión y la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP).

Esta clasificación abarca las complicaciones inmediatas y tardías, pero deja las asociadas a la reproducción posterior que clásicamente se han relacionado con el aborto, como esterilidad, prematuridad, rotura precoz de membranas, placenta previa y ectópico que hoy no trataremos, pero que parecen mas relacionadas con las infecciones inaparente que puedan asociarse al aborto (4).

También puede haber complicaciones anestesiológicas.

Aquí las abordaremos según sean inmediatas, es decir en la propia clínica durante el procedimiento o en el control postoperatorio inmediato o las diferidas es decir las que surgen durante el puerperio que sigue al AP. Debiendo también distinguir las que son debidas a la técnica o las que son debidas al propio embarazo. Esta última distinción es importante pues se tiende a considerar que una complicación debida a circunstancias relacionadas con el hecho de haber interrumpido una gestación es una complicación de la práctica.

A.- INMEDIATAS: (tabla 1) Son las que se presentan mientras se realiza el procedimiento o durante la permanencia en la clínica. De estas complicaciones algunas las podemos considerar asumibles y otras no serán asumibles en el centro que lo ha practicado, por ser mas seguro derivar a la paciente al HR, solo seria aconsejable la actuación en la propia clínica si se opina que un traslado es imposible por riesgo vital inmediato.

Tabla 1.- Complicaciones asumibles en el centro extrahospitalario		
Complicación	Síntomas	Conducta
Derivados de los fármacos	*Nauseas, vomito y diarrea	Sintomático
Derivados de la gestación	* y dolor cólico uterino	Sintomático
Desgarro cervical	Sangrado	Sutura
Desgarro vaginal	Sangrado	Sutura
Perforación uterina	Sangrado a peritoneo	Control Eco y analítica Derivación si precisa
Atonía uterina transitoria	Sangrado anormal momentáneo	Uterocontratores observación
Sangrado anormal cerviz	Sangrado sin desgarro	Sutura de las cervicales
Anestesia Local	Síndrome vagal Alergia	Sintomático
Anestesia general (sedación)	Alergia, Vías aéreas, trastornos ritmo cardiaco	Sintomático
Problemas tensión arterial	Hipotensión, Hipertensión	Tratamiento observación
Problemas psíquicos	Variables	Según caso*
Complicaciones no asumibles salvo grave riesgo vital		
Complicación	Síntomas	Conducta
Desgarro uterino	Sangrado a peritoneo	Estabilización (dos vías) Úterocontratores y HR
Disrupción (sangrado subperitoneal)	Control hematológico (hemograma, coagulación)	Estabilización, Uterocontratores, HR
Atonía uterina incoercible	Sangrado uterino, ausencia de tono uterino	Estabilización, Uterocontratores, HR
Coagulopatía de consumo y CID	Alteración analítica precoz y/o sangrado	Estabilización, Uterocontratores, HR
Problemas anestésicos graves	Shock anafiláctico e hipovolémico	Estabilización y HR
Problemas asociados a los fármacos (graves)	Varios	Estabilización y HR

B.- DIFERIDAS: (tabla 2) Son aquellas complicaciones que se presentan después de salir la paciente del centro que la asistido, estas la podemos dividir en interpretables y tratables telefónicamente y en las que creemos que requieren de un control médico las cuales a su vez podrán ser diferibles a horas de apertura del centro o se considerara

que son de valoración inmediata en cuyo caso se remitirán al HR o al mas cercano al domicilio de la paciente.

Tabla 2.- Complicaciones diferidas interpretables y tratables telefónicamente		
Complicación	Síntomas	Conducta
Fiebre de 24 horas	Fiebre superior a 38°C	Antipiréticos 14-32 h
Cólico uterino	Dolor tipo menstrual	Analgésicos 24-48 h
Dolor en extremidades	Sensación sui generis	Suspender ergoticos
Expulsión hematometra	Dolor sangrado emision coágulos oscuros	Ergótico oral o IM y valorar a las 2-3horas
Acción indeseable de fármacos	Gastritis, dolor sin perdida significativa, alergia	Suspender si no son imprescindibles
Interacción de fármacos	Variabes	Valorar y decidir
Ingurgitación mamaria	Dolor, secreción	Analgésicos y/o supresión lactancia
Complicaciones con necesidad de control medico		
Diferible		
Complicación	Síntomas	Conducta
Fiebre > 32 h con tratamiento	Fiebre superior a 38° C	Antipiréticos y valorar ambulatoriamente
Amenorrea	Con o sin dolor tipo menstrual	Histeroscopia y liberación Si ausencia de sinequias cérvicouterinas tratamiento hormonal
Sangrado intermitente en el puerperio	Sangrado variable sin hematometra	Ecografía, histeroscopia, legrado con Anat. Patol.
Dolor abdominal	Dolor no interpretable	Sintomático, exploración
Inmediato		
Fiebre con dolor abdominal distinto de cólico uterino	Dolor no interpretable y temperatura superior a 38°C	HR o de zona. Exploración, cultivo, tratamiento antibiótico
Sangrado vivo con coágulos recientes que no remite con ergóticos	Sangrado vivo con coágulos recientes	HR o de zona. Exploración. Descartar restos, coagulopatía, inretismo,.
Falta de comprensión del problema telefónicamente	Por mala transmisión telefónica, idiomática etc.	HR o zona.

SITUACIÓN ACTUAL:

La situación actual es que en caso de complicación después del AP se adolece de falta de continuidad asistencial, las usuarias en el momento que salen del control de

los centros especializados y su HR pasan, salvo excepciones, a ser atendidas por personal sanitario que tiene formación en ginecología y obstetricia, pero que no tienen formación específica en AP ni en el conocimiento de las complicaciones propias de esta técnica y la valoración del puerperio de un AP y sus variaciones en relación a un aborto espontáneo. Tampoco la experiencia personal que acumula cada profesional no especializado es numerosa, ya que la atención a las complicaciones, en de los escasos casos que se presentan, se dispersan entre hospitales y profesionales. Esto viene agravado actualmente porque las mujeres o sus familiares ante una situación, siempre angustiante, de dolor o sangrado en función de la mala reputación que aun arrastra del AP en la historia reciente marcado por su clandestinidad, y que no tiene lógica en la actualidad con aborto legal y clínicas especializadas acreditadas, tienden a no confiar en la organización que se lo ha practicado y en lugar de llamar a sus servicios de información de 24 horas, y eso si, ya sin miedo a ser denunciados por un delito de aborto criminal se dirigen directamente a los hospitales, observándose con demasiada frecuencia que ante un cólico uterino aislado o el que se observa cuando se inicia la evacuación de un hematometra con coágulos oscuros, y con la sola valoración ecográfica de imágenes abigarradas intrauterinas, aun en ausencia de un sangrado significativo o la presencia de coágulos recientes, sea considerado e informado, incluso diagnosticado inicialmente como restos abortivos y relegado casi sistemáticamente, observándose en la mayoría de los casos que después la anatomía patológica solo encuentra coágulos y decidua. Esto sucede por no conocer que un numeroso porcentaje de mujeres que han estado sometidas a un AP presentan entre los tres y cinco días un hematometra en mayor o menor grado, que si cursa de manera aparatosa puede llevar a las mujeres directamente a un servicio de ginecología general y muy frecuentemente relegada, cuando se resuelve normalmente con ergóticos orales o intramusculares.

Otra situación que resulta preocupante para la usuaria es la fiebre, también la mala reputación, aún reciente, del aborto clandestino y sus frecuentes muertes por infecciones hacen que si va a un servicio de ginecología general se tema una endometritis y por riesgo de sepsis se ingrese a la paciente para tratamiento antibiótico, cuando se trata en la mayoría de las ocasiones de una fiebre de 24 horas que solo necesita antipiréticos 24-32 horas.

Los HR vinculados a clínicas especializadas son los que por contacto y repetitividad han adquirido experiencia y ya no relegan tan sistemáticamente, ni ingresan por una fiebre de 24 horas, pero el hecho de que no se reciba formación específica en la especialidad hace que aun estos conocimientos no estén generalizados y cuando la usuaria acude a un hospital de su zona se generen informaciones que después producen querellas contra las clínicas especializadas que aunque son normalmente archivados, generan en el cruce de informaciones contradictorias, desconfianza hacia la clase medica y ginecológica en general y hacia los que realizan abortos en particular.

Estas son dos de las complicaciones del embarazo, que no de la técnica que por ser las mas frecuentes y de las que mas angustia producen en las usuarias, más situaciones de conflicto generan entre los servicios que realizan APs y los servicios que atienden problemas posteriores, y si no se es prudente en la atención, una información o un diagnostico precipitado en base solo a un signo o un síntoma puede desencadenar conflictividad social y legal posterior.

Una tercera fuente de conflicto, es la facilidad con la que frente a un desgarro uterino que llegue a un Servicio General de Ginecología, se opta por la histerectomía, frente a soluciones conservadoras del útero como la sutura del desgarro con o sin embolización previa.

Finalmente hablar hoy en España de complicaciones propias del embarazo o de la técnica usada para el AP, es muy difícil, porque a pesar de que la Clínicas especializadas recogemos nuestras complicaciones, sabemos solo las que llegamos a conocer, sería interesante que igual que hay una declaración obligatoria del los AP que se realizan, se hiciera un registro obligatorio del número de complicaciones del AP, de esta manera sabríamos el número y el tipo de complicaciones que tenemos que hoy por hoy depende de la buena voluntad de el centro que decide comunicar las suyas y ni siquiera puede saber si las conoce todas.

Tres clínicas de ACAI han recogido sus complicaciones (tabla 4). Las complicaciones computadas no son homologables, se parte de comunicaciones individualizadas no estandarizadas y se suman las propias del embarazo y las de la técnica. Se han considerado conceptos comunicados como:

En las complicaciones menores: Relegrados propios o ajenos, restos, expulsivos estacionados, infecciones banales, hematometras detectados o comunicados, sangrados anormales solucionados en la clínica sea por sutura, taponamiento relegrado, uso de fármacos etc., o por perforaciones y desgarros de cuello.

En las mayores: Histerectomías, Cesáreas, Transfusiones y complicaciones medicas

CONCLUSIONES:

Aun cuando la impresión, bastante fundada, es que tenemos pocas complicaciones del AP, especialmente mayores, durante el procedimiento o el puerperio y la mayoría de las que se recogen son derivadas del propio embarazo, se debería resolver y tratar de mejorar la continuidad asistencial entre clínicas especializadas y hospitales para evitar sobreactuaciones y sus riesgos y establecer un registro de complicaciones para poder hacer una valoración de la situación real, encaminada a mejorar nuestros conocimientos y la atención a la usuaria en un procedimiento que es de los mas frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA:

1) www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Figura%202. Ministerio de Sanidad y Consumo España 2006

2) Barambio S, Giro R, CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. Ginedips 1999;2; 39-83

3) Grimes DA, Schulz KF, Cates W. Methods of midtrimester abortion: which is safest?. Int J Gynaecol Obstet 1977; 15:184-8

4) Barambio S. Fertilitat Després de l'Interrupció Voluntaria de l'Embaràs. En: XII Simposi de la Societat Catalana de Contracepció; 1999: Barcelona, España

**Tabla 3.-
Distribución Porcentual del número de abortos realizados según tipo de centro.
Total Nacional**

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, España.

Año	Centros públicos			Centros privados		
	total (%)	hospital (%)	extrahosp. (%)	total (%)	hospital (%)	extrahosp. (%)
2004	3,57	3,56	0,00	96,44	9,72	86,73
2003	2,86	2,41	0,44	97,15	10,13	87,02
2002	2,47	2,09	0,38	97,53	8,87	88,66
2001	2,43	2,16	0,28	97,57	8,85	88,72
2000	2,37	2,11	0,26	97,63	8,34	89,29
1999	2,53	2,24	0,29	97,46	7,78	89,68
1998	2,64	2,33	0,31	97,37	7,65	89,72
1997	2,68	2,39	0,29	97,32	8,58	88,74
1996	2,77	2,47	0,30	97,24	7,98	89,26
1995	2,67	2,39	0,28	97,33	7,13	90,20

**Tabla 4
Complicaciones comunicadas por tres clínicas de ACAI*
m=Menores M=Mayores**

Años 2003-2005

Clínica	A						B						C					
	2003		2004		2005		2003		2004		2005		2003		2004		2005	
Año	m	M	M	M	M	M	m	M	M	M	M	M	M	M	m	M	m	M
Compli.	.12	.06	.02	.05	.2	.04	.29	.02	.69	.02	.9	.02	.16	.0	.27	.45	.86	.86
%																		
% Total	.18		.07		.24		.31		.71		.11		.16		.72		1.72	

* Computo interpretado por el autor de las referencias y no homologado ni estandarizado por centro

