



Interrupción instrumental voluntaria del embarazo (excluidas las complicaciones)

P. Faucher, T. Linet

El principal método instrumental para realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hasta las 14 semanas de amenorrea (SA) en Francia es la aspiración, generalmente eléctrica, del contenido uterino. Se ofrece a la paciente la posibilidad de elegir entre este método y la opción farmacológica. La paciente también elige el tipo de analgesia (anestesia general o local). La anestesia local se emplea insuficientemente en Francia, aunque es una técnica eficaz y más sencilla que la anestesia general. La ecografía permite precisar las semanas de amenorrea y controlar la vacuidad uterina al final de la intervención. La administración sistemática en la fase preoperatoria de una profilaxis antibiótica y de una preparación farmacológica del cuello uterino permite reducir las complicaciones infecciosas y mecánicas del método instrumental. El postoperatorio suele ser muy simple, pero se debe informar sistemáticamente a la paciente de los síntomas anormales que requieren una consulta rápida. La consulta antes de la IVE también permite informar sobre los distintos métodos anticonceptivos.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Plan

■ Introducción	1
■ Consulta y exploraciones antes de la interrupción voluntaria del embarazo	2
Consulta	2
Pruebas de laboratorio	2
Ecografía	2
■ Técnica de aspiración instrumental	2
Preparación de la paciente	2
Dilatación cervical	3
Aspiración instrumental	3
Control de la vacuidad uterina	5
Situaciones particulares	5
■ Analgesia	6
Administración preoperatoria de fármacos	6
Anestesia general	6
Anestesia local	6
■ Postoperatorio	8
Postoperatorio inmediato	8
■ Prevención de las complicaciones de la interrupción voluntaria del embarazo instrumental	8
Preparación del cuello uterino	8
Profilaxis antibiótica	9
Experiencia del cirujano, lugar de realización de la interrupción voluntaria del embarazo	10
Realización de una ecografía durante la interrupción voluntaria del embarazo	10

■ Introducción

Algunos párrafos y figuras de este artículo se han tomado de la versión previa realizada para la EMC por Moullier y Mesle en 2006 [1].

Las excavaciones arqueológicas han confirmado que los griegos y los romanos de la Antigüedad sabían cómo interrumpir una gestación y que tenían instrumental para ello. En la colección de instrumentos quirúrgicos de Herculano y de Pompeya, existen diversos tipos de espéculo, así como dilatadores o sistemas para irrigar el útero con líquidos y quizá ya una jeringa. En 1723, el francés René-Jacques Croissant de Garengéot inventó la cureta y, en 1842, Récamier realizó los primeros raspados del útero. En 1863, el escocés Sir James Young Simpson fue el primero en utilizar una jeringa para aspirar el interior de la cavidad uterina para « restaurar la función menstrual ». En 1874, el alemán Hegar llamó la atención sobre la operación denominada « dilatación y raspado » para inducir un aborto o tratar un aborto incompleto. En 1927, Bykov describió en Rusia una técnica de aspiración uterina con jeringa justo antes de la fecha supuesta de la menstruación (« regulación menstrual »). En 1958, los chinos Wu-Juan-Tai y Wu-Hsien-Cheng publicaron varios casos con la misma técnica en la revista *Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology*. Después, el método se extendió lentamente por Japón y Rusia (donde fue mejorado por Melks, Rose y Zubejev) y por Europa del Este. En 1963, en Moscú, MacPanova presentó una comunicación que incluyó 17.000 abortos por aspiración en el 11.º Congreso

Internacional de Ginecología. El « telón de acero » impidió la difusión del método y fue a través de Eslovenia, con Novak, y después con el « estudio sobre el aborto de Liubliana » de Andolsek (estudio aleatorizado de aspiración frente a raspado) como la técnica se expandió con éxito hasta Europa occidental. En 1967, Kerslake y Casey publicaron en Reino Unido la primera serie de aspiraciones endouterinas, mientras que en Francia las primeras publicaciones se remontan a 1974 con Palmer, Hervet o Darbois.

En la actualidad, se utilizan tres métodos instrumentales en el mundo para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) durante el primer trimestre: la dilatación y el raspado, que consisten en dilatar el cuello uterino y en insertar una pinza o una cureta para eliminar el contenido uterino; la aspiración eléctrica intrauterina, durante la que se dilata el cuello y se inserta una cánula del tamaño apropiado para eliminar el contenido del útero por aspiración eléctrica; y la aspiración manual intrauterina, durante la que se utiliza una jeringa y una cánula de aspiración manual para evacuar el contenido uterino. La técnica de dilatación-raspado ya no se utiliza en algunos países, como Francia, en el primer trimestre de la gestación, por lo que no se describe en este artículo.

■ Consulta y exploraciones antes de la interrupción voluntaria del embarazo

Consulta

Se recomienda que la paciente pueda escoger el método de IVE (farmacológico o instrumental) y el tipo de anestesia (general o local) cuando es posible [2]. Por consiguiente, la consulta antes de una IVE instrumental no presenta diferencias específicas respecto a una consulta para IVE farmacológica hasta esta elección. Durante la primera consulta previa a la IVE, el médico debe realizar una anamnesis y una exploración física, si ésta es precisa. Se trata de una etapa de información, de intercambios y de escucha. Entrevistar a la mujer sola permite asegurarse al máximo de su libertad de elección y de la libertad de referir libremente su historia y sus dudas. Se deben proporcionar informaciones claras sobre los dos métodos de IVE y sobre los lugares de su realización. Se puede ofrecer a la mujer un documento de guía (en curso de actualización) [3] o el documento de información propuesto por el Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) [4]. Estas informaciones permiten explicar a la mujer las ventajas e inconvenientes de cada técnica. La aceptabilidad del método y la satisfacción son mayores cuando la mujer ha podido escoger el método de IVE, con independencia de las semanas de amenorrea. Se debe acompañar a la mujer del mismo modo con independencia del método escogido [5]. Desde el punto de vista psicológico, las consultas médicas pre-IVE no influyen sobre la decisión de interrumpir o no la gestación [5]. La mayoría de las mujeres están bastante seguras de su elección durante estas consultas. Es importante determinar con la mujer el tiempo que necesita para realizar la IVE. Durante el tiempo de espera antes de realizar la IVE, se recomienda proponer la posibilidad de otras consultas (médico, partera, terapeuta de pareja, psicólogo). Incluso en edades gestacionales próximas al límite legal, es posible respetar un tiempo mínimo de reflexión, debido a la imprecisión clínico-ecográfica de 5 días. Aunque este límite legal parezca estar superado, no se debe rechazar una solicitud de IVE por teléfono. Recibir a la mujer permite precisar las semanas de amenorrea y abordar las razones de su solicitud por encima de dicho plazo. En Francia, antes de las 14 semanas de amenorrea (SA), la mujer es la única persona capacitada para juzgar su situa-

ción pero, después de ese momento, la aceptación o no de esta solicitud, calificada como interrupción médica del embarazo (IME), depende de un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN). La mujer también es libre de ir a otro país de la Unión Europea donde el plazo para realizar la IVE sea más largo, como Suecia (hasta las 18 SA) o Inglaterra y Países Bajos (hasta las 24 SA) [6]. Las informaciones que se ofrecen a la mujer se completan con datos sobre los distintos métodos anticonceptivos.

Pruebas de laboratorio

Es necesario determinar el grupo sanguíneo, salvo si la mujer aporta un documento acreditativo de éste. Si el Rh es negativo, se solicita un análisis de aglutininas irregulares. Dependiendo del contexto, puede ser necesario realizar una detección sistemática de las infecciones de transmisión sexual (ITS), pero no es necesario efectuarla sistemáticamente (cf « Profilaxis antibiótica »). La determinación de la concentración de la gonadotropina coriónica humana (HCG) plasmática puede ser muy útil en caso de gestación muy precoz o de embarazo de localización incierta.

Ecografía [7]

Se debe recomendar la realización de una ecografía antes de una IVE. Para las mujeres que refieran conocer con precisión la fecha de su última regla y/o la fecha de la relación sexual de riesgo, así como para las que un profesional sanitario experto pueda realizar una exploración física, la ausencia de acceso a la ecografía de rutina no debería suponer un obstáculo para la programación de la IVE. En la gran mayoría de las mujeres, se puede realizar primero una ecografía suprapúbica, reservando la ecografía endovaginal para las situaciones de mala visualización por vía suprapúbica, en particular para edades gestacionales inferiores a 7 SA. En caso de duda sobre la localización o sobre la progresión de una gestación en la ecografía suprapúbica, se recomienda realizar una ecografía endovaginal. Desde la aparición ecográfica del embrión, la estimación de la datación de la gestación se realiza por la medición de la longitud craneocaudal (LCC) definida por Robinson o por la medición del diámetro biparietal (DBP) definida por el Centre Français d'Échographie fetal a partir de 11 SA (curvas Intergrowth). Si la edad gestacional está próxima a las 14 SA, se recomienda realizar una ecografía para definir una datación precisa. La datación de la gestación evaluada en función de la medición de la LCC o del DBP correspondiente a una edad gestacional estimada en 14 SA es, respectivamente, de 80 mm y 27 mm. De este modo, dado que la medición es fiable con más o menos cinco días, la IVE se puede realizar cuando las mediciones de la LCC y/o del DBP son, respectivamente, inferiores o iguales a 90 mm y/o 30 mm. Si se realiza una ecografía, se recomienda preguntar a la mujer o a la pareja si quieren ver o no las imágenes ecográficas. El médico debe mostrarse neutral y evitar las conductas culpabilizadoras, como describir el feto, insistir en los movimientos cardíacos o denominar al embrión con términos afectuosos, como « el bebé ».

■ Técnica de aspiración instrumental

Preparación de la paciente

La preparación cutánea puede realizarse antes de la intervención con una ducha o un baño, aunque las pruebas de su interés son escasas. La utilización de un antiséptico durante la ducha preoperatoria no parece más

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777796>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777796>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)