EsSalud

BICENTENARIO PERÚ 2021

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"
"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº57 -GCPS-ESSALUD-2021

Lima, 30 DIC 2021

VISTA:

La Nota Nº 818 -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2021 con el Informe N°456-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2021 de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo establecido en el Numeral 1.2 del artículo 1º de la Ley Nº 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley Nº 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 656-PE-ESSALUD-2014, se aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y modificatorias, cuyo Texto Actualizado y concordado fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias;

Que, en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021, se establece como primer y segundo objetivo estratégico de ESSALUD, "Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados" y "Desarrollar una gestión con excelencia operativa", respectivamente;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 900-GG-ESSALUD-2016 se aprueba el Plan "Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en EsSalud 2016-2021", cuyo objetivo general es establecer directrices que orienten el desarrollo de intervenciones a realizar, para mejorar la oportunidad y calidad de la atención de la salud materna y perinatal, dirigida a la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Siendo el objetivo específico 2. Mejorar la calidad del cuidado de la mujer durante la etapa preconcepcional, el embarazo, parto y puerperio;

Que, conforme al Reglamento de Organización y Funciones, establece en el artículo 158° es competencia de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud formular y aprobar documentos técnicos normativos de prevención, promoción y rehabilitación de salud;

Que, el literal a) del mismo artículo establece que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias;

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
BEATRIZ CASAÑO QUISPE
Fedatario Titular
Resolucion N° 42 GCPS-ESSALUD-2020
30 DIC. 2021

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"
"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº 57-GCPS-ESSALUD-2021

Que, resulta necesario aprobar el Documento Técnico propuesto por la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud denominado Documento Técnico Orientador: "Atención del aborto en el Seguro Social de Salud - ESSALUD", con el objeto de establecer y estandarizar los procesos para la atención segura y oportuna del aborto, de acuerdo con la normatividad vigente y según niveles de capacidad resolutiva en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de las Redes Prestacionales/Asistenciales de EsSalud;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, el Documento Técnico Orientador: "Atención del aborto en el Seguro Social de Salud- ESSALUD", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER**, que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión y asesoría técnica del documento técnico, aprobado por la presente Resolución, de acuerdo a su competencia.
3. **ENCARGAR**, a la Gerencia Central de Operaciones, contribuir al cumplimiento de la implementación del presente Documento Técnico Orientador, en el marco de sus funciones.
4. **ENCARGAR,** a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la GCPS remita a la Secretaría General el presente documento técnico para su publicación en el compendio normativo del Seguro Social -EsSalud.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dr. JORGE SERIDA MORISAKI
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
BEATRIZ CASAÑO QUISPE
Fedatario Titular
Resolucion N° 42 GCPS-ESSALUD-202
30 DIC. 2021

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Nº 57 -GCPS-ESSALUD-2021

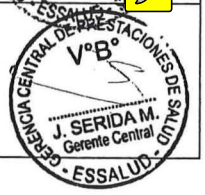
DOCUMENTO TÉCNICO ORIENTADOR:

ATENCION DEL ABORTO EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD -ESSALUD

PERU 2021

DOCUMENTO TÉCNICO ORIENTADOR:

ATENCION DEL ABORTO EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

	Nombre	CARGO	V°B°
Elaborado por	Marco Mascaró Collantes	Subgerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias	
Revisado por	Tania Paredes Quiliche	Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud	
Aprobado por	Jorge Serida Morisaki	Gerente Central de Prestaciones de Salud	

Documento Técnico Orientador
"Atención del Aborto en el Seguro Social de Salud – ESSALUD"

ÍNDICE

	Pág.
CAPITULO I: DISPOSICIONES INICIALES	4
CAPITULO II: ÓRGANOS RESPONSABLES	9
CAPITULO III: DISPOSICIONES GENERALES	10
CAPITULO IV: DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	12
CAPITULO V: DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS	21
ANEXOS	24
ANEXO 1 : Aborto y Código CIE 10	24
ANEXO 2: Uso de misoprostol en el manejo del aborto	24
ANEXO 3: Procedimiento de la aspiración manual endouterina (AMEU)	25
ANEXO 4 : Diagnóstico clínico y ecográfico de aborto Nivel II de Atención	26
ANEXO 5: Flujograma de atención de pacientes con aborto completo - Nivel de Atención I - II - III	27
ANEXO 6: Flujograma de tratamiento médico de aborto incompleto - Nivel de Atención I - II - III	28
ANEXO 7: Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	29
ANEXO 8: Flujograma de atención- Uso de AMEU. Nivel de Atención II – III	30
ANEXO 9: Procedimiento de Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	31
ANEXO 10: Ficha Técnica de Dispositivo Médico -AMEU	37

Documento Técnico Orientador
"Atención del Aborto en el Seguro Social de Salud – ESSALUD"

PRESENTACIÓN

El presente documento plantea unificar criterios para lograr la atención segura del aborto hasta las 22 semanas, basada en las mejores prácticas clínicas, avaladas por evidencias científicas actualizadas e integrando los aspectos biopsicosociales involucrados en la atención.

En el mundo, entre 8% y 12% de los embarazos considerados de riesgo habitual, culminan en un aborto espontáneo.

La OMS estima que el 13% de las muertes maternas a nivel global son derivadas de la práctica insegura del aborto.

El proceso de atención de una mujer con aborto suele ser una experiencia difícil en su vida; siendo esencial recibir una atención completa y oportuna para superar dicha situación adecuadamente. Se debe tener en cuenta que el contacto de las mujeres con el servicio de salud representa una oportunidad para realizar otras intervenciones, tendientes al cuidado de su salud, y para promover conductas de autocuidado.

Durante muchos años, el tratamiento de elección para completar la evacuación uterina fue el legrado uterino (LU). Actualmente, esta técnica es menos utilizada, ya que existen otras opciones menos invasivas para la mujer. El tratamiento médico con misoprostol, así como la técnica de aspiración endouterina (AMEU), surgen como dos opciones terapéuticas aceptables, seguras y eficaces.

La anticoncepción es parte de la atención del aborto. Si la mujer desea un método anticonceptivo de larga duración, puede colocarse de manera inmediata, luego de realizada la evacuación endouterina. Si por el estado clínico de la mujer no fuera posible o apropiado comenzar con la información/consejería sobre métodos anticonceptivos antes del tratamiento, es conveniente realizarla al término de éste.

La atención oportuna del aborto evita el incremento del riesgo de complicaciones, así como el dispendio de recursos hospitalarios y quirúrgicos para su atención.

La atención ambulatoria y oportuna del aborto disminuye la morbilidad y mortalidad materna, y en el contexto de crisis sanitaria se hace necesario la implementación del presente documento técnico orientador, donde se prioriza la estandarización y la actualización de los criterios técnicos.

Documento Técnico Orientador
"Atención del Aborto en el Seguro Social de Salud – ESSALUD"

CAPITULO I

DISPOSICIONES INICIALES

ARTÍCULO 1. OBJETO
Establecer y estandarizar los procesos para la atención segura y oportuna del aborto.

ARTÍCULO 2. FINALIDAD
Mejorar la calidad de atención de la salud materna y vida reproductiva de las aseguradas contribuyendo en la disminución de la morbimortalidad materna.

ARTÍCULO 3. MARCO NORMATIVO

3.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias
3.2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus modificatorias.
3.3. Ley N° 26758, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
3.4. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR; y sus modificatorias.
3.5. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y sus modificatorias.
3.6. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
3.7. Resolución Ministerial N° 1472-2002 SA/DM "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".
3.8. Resolución Ministerial N° 668-2004//MINSA, que aprueba las "Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva".
3.9. Resolución Ministerial N° 695-2006//MINSA, que aprueba la "Guía de Práctica Clínica para la atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva" y sus 10 Anexos.
3.10. Resolución Ministerial N° 263-2009//MINSA, que aprueba la NTS N° 077-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú".
3.11. Resolución Ministerial Nª 372-2011/MINSA "Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
3.12. Resolución Ministerial N° 853-2012//MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la evaluación de las funciones obstétrica y neonatales en los Establecimientos de Salud".
3.13. Resolución Ministerial N° 486-2014//MINSA, que aprueba la "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal "
3.14. Resolución Ministerial N° 168-2015-MINSA "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud".
3.15. Resolución Ministerial N° 255-2016 MINSA "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
3.16. Resolución Ministerial N° 007-2017-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°130 - MINSA/2017/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio".
3.17. Resolución Ministerial N° 1361-2018-MINSA. Documento Técnico: "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud".

3.18. Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 083-MINSA/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para el Uso del Kit para la Atención de Casos de Violencia Sexual".
3.19. Resolución Ministerial N° 182-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos que refuerzan el cuidado integral de salud en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID-19.
3.20. Resolución Ministerial Nº 450-2021-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 131-MINSA/2021/DGIESP "Directiva Sanitaria para la atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la pandemia por la COVID-19".
3.21. Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y modificatorias, cuyo Texto Actualizado y Concordado fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias.
3.22. Resolución de Gerencia General N° 1311-GG-ESSALUD-2014 y modificatorias, que aprueba la Directiva Nº 15-GG-ESSALUD-2014," Normas y procedimientos para la emisión, registro y control de las certificaciones médicas por incapacidad y maternidad en EsSalud".
3.23. Resolución de Gerencia General N° 900-GG-ESSALUD-2016, que aprueba el Plan Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en EsSalud 2016-2021.
3.24. Resolución de Gerencia General N° 1127-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 19-GG-ESSALUD-2019 "Normas de Bioseguridad del Seguro Social de Salud-ESSALUD".
3.25. Resolución de Gerencia General N° 1553-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N°21-GCPP-ESSALUD-2020 V.01 "Norma para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD".
3.26. Resolución de Gerencia General N° 892-GG-ESSALUD-2021, que aprueba el "Plan Nacional para la promoción de corresponsabilidad en salud del Seguro Social de Salud – EsSalud 2021 – 2022".
3.27. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 87-GCPS-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 04-GCPS-ESSALUD-2014 "Atención Integral de la adolescente gestante en el Seguro Social de Salud- ESSALUD".
3.28. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 76-GCPS-ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva Nº 001-GCPS-ESSALUD-2017 "Atención Integral en planificación familiar en el Seguro Social de Salud- ESSALUD".
3.29. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 86-GCPS-ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva Nº 002-GCPS-ESSALUD-2017 "Atención Integral de la Salud Materna en las etapas Preconcepcional, Embarazo, Parto y Puerperio en ESSALUD".
3.30. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 42-GCPS-ESSALUD-2021 que aprueba documento técnico orientador: Atención preconcepcional en el Seguro Social de Salud-EsSalud.
3.31. Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación Nº 44-IETSI-ESSALUD-2017, que modifica el Petitorio Farmacológico de EsSalud, la unidad de medida y código SAP del producto farmacéutico misoprostol.

ARTÍCULO 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Técnico Orientador es de aplicación y cumplimiento en todas las Redes Asistenciales/Prestacionales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud-EsSalud; propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público-Privada (APP), de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en el contrato suscrito.

ARTICULO 5. DEFINICIONES

5.1 ABORTO: Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm de longitud (OMS). (Anexo Nº 1)

5.2 ABORTO COMPLETO: Ausencia de restos ovulares o partes embrionarias o fetales en la cavidad uterina después de haber ocurrido la expulsión del contenido uterino. Disminución del sangrado uterino y del dolor. Es frecuente el cierre del orificio cervical, verificado con estudio ecográfico. **Código CIE O03.9**

5.3 ABORTO EN CURSO (INMINENTE): Fase del aborto donde se evidencia cambios cervicales y las membranas están intactas, en una gestación menor de 22 semanas. **Código CIE O05.0**

5.4 ABORTO INEVITABLE: Fase del aborto donde se evidencia la rotura de membranas ovulares con o sin cambios cervicales en una gestación menor de 22 semanas. **Código CIE O05.0**

5.5 ABORTO INCOMPLETO: Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblástica, por vía vaginal, con sangrado en cantidad variable. **Código CIE O03.4**

5.6 ABORTO RETENIDO/DIFERIDO/FRUSTRO: Gestación en donde se evidencia ausencia de embrión o ausencia de actividad cardiaca del embrión o feto antes de las 22 semanas de gestación, sin expulsión de restos ovulares, los hallazgos ecográficos corroboran el diagnóstico. **Código CIE O02.1**

5.7 ABORTO SÉPTICO: Complicación infecciosa grave de cualquier tipo de aborto, que puede evolucionar a un cuadro de sepsis, shock séptico y síndrome de disfunción orgánica múltiple. **Código CIE O03.0**

5.8 ABORTO MÉDICO (LEGAL,TERAPEUTICO): Es la interrupción del embarazo menor de las 22 semanas con el consentimiento informado de la mujer cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud física y/o mental un mal grave y permanente, dentro de los términos legales (Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal**). Código CIE O04**

5.9 ABORTO SEGURO SIN RIESGOS: Cuando se atiende con personal capacitado, con los métodos adecuados para la edad gestacional; con el uso de tecnologías como la aspiración endouterina, medicamentos y la participación técnica de equipos multidisciplinarios, enfatizando el manejo del dolor durante el procedimiento y la anticoncepción post aborto.

5.10 ABORTO INSEGURO: Procedimiento realizado por personas que carecen de la experiencia y conocimientos necesarios o en un entorno que carece de los estándares médicos necesarios o ambas cosas.

5.11 AMENAZA DE ABORTO: Presencia de sangrado de origen intrauterino antes de las 22 semanas de gestación, con o sin contracciones uterinas dolorosas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. **Código CIE O20.0**

5.12 ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU): Es una técnica quirúrgica apropiada, segura, efectiva y de bajo costo que consiste en llegar a la cavidad uterina a través del cérvix utilizando una jeringa al vacío y cánulas de plástico, para evacuar su contenido y la toma de muestras de sus paredes, con fines terapéuticos y/o diagnósticos. Uso en aborto menor o igual a (≤12) semanas, no complicados.

5.13 ATENCION DEL ABORTO: Manejo centrado en las necesidades de la paciente con diagnóstico de aborto, enfocada en la atención física, mental y social considerando derechos humanos, eliminando las barreras a los servicios, mejorando el acceso y la calidad de atención.

5.14 CALIDEZ EN LA ATENCIÓN CLÍNICA: Es el trato cordial, atento y empático que se proporciona a toda persona usuaria del servicio de salud.

5.15 CONSENTIMIENTO INFORMADO: Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención.

VºBº M. MASCARO C. Sub-Gerente

5.16 EDAD GESTACIONAL: Número de días o semanas de embarazo, contabilizados desde el día de inicio del último sangrado menstrual. Cuando existen dudas en relación a la fecha de la última menstruación puede ser valorada por ecografía o mediciones clínicas.

5.17 EMBARAZO ECTÓPICO: Se denomina a toda gestación localizada fuera de la cavidad uterina. Diagnosticada generalmente en el primer trimestre del embarazo. **CIE 10: O00.9**

5.18 ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL (ETG): Conjunto de procesos benignos y malignos derivados de una degeneración hidrópica de la placenta humana. Está asociada a una hipersecreción de la hormona gonadotrofina coriónica humana (HCG). La HCG es un marcador tumoral sensible y tiene gran importancia en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la ETG. Las formas malignas de la enfermedad trofoblástica gestacional se denominan neoplasia trofoblástica gestacional. Éstas incluyen la mola invasiva, el coriocarcinoma, el tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioide.

VºBº Dra. I. PAREDES Q. Gerente

5.19 LEGRADO UTERINO: Procedimiento por el cual a través del cérvix y del uso de una cureta de metal se evacúan el interior del útero bajo anestesia general.

5.20 LONGITUD CÉFALO-NALGAS (LCN): Es el mejor parámetro ecográfico para el diagnóstico de la edad gestacional. Se mide en un plano sagital que incluya el cráneo, el dorso y las nalgas. Se considera que tiene un margen de error ±4 días.

5.21 NORMAS DE BIOSEGURIDAD: Conjunto de normas y medidas destinadas a proteger la salud del personal frente a riesgos biológicos, químicos o físicos a los que este expuesto durante el desempeño de sus funciones. De igual manera, se hace extensible a los pacientes y al propio medio ambiente. Los protocolos de bioseguridad están establecidos por normativa vigente y son de obligatorio cumplimiento por todo el personal de salud comprometido en la atención del aborto

5.22 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN: Es la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad al servicio y tiempo de respuesta del personal de salud

5.23 SALUD REPRODUCTIVA: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es el estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos o no y cuando se desee.

5.24 TRATAMIENTO MÉDICO DEL ABORTO: Consiste en administrar una medicación farmacológica destinada a producir contracciones uterinas para conseguir la expulsión del contenido uterino. (Anexo Nº 2) Considerar en Aborto incompleto un espesor del contenido endouterino ≤ a 15mm y en aborto retenido/ frustro un embrión con LCN ≤ 23 mm (≤ 9 semanas), paciente sin complicaciones.

5.25 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ABORTO: Cuando el manejo es invasivo empleando la AMEU o legrado uterino. Considerar en Aborto incompleto cuando espesor de contenido endouterino > de 15 mm y en Aborto retenido/ frustro con embrión LCN> 23 mm (> 9 semanas). Considerar en éste último la necesidad de maduración cervical y expulsión del producto de gestación.

ARTICULO 6. ACRONIMOS

ACOG	El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos
AMEU	Aspiración manual endouterina
CITT	Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo
CIE10	Clasificación internacional de enfermedades, 10ªEdición correspondiente a la versión en español. Clasificación y codificación de las enfermedades.
DDHH	Derechos humanos
DAN	Desinfección de alto nivel
DIU	Dispositivo intrauterino
EG	Edad gestacional
ETG	Enfermedad Trofoblástica Gestacional
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FUR	Fecha del primer día de la última menstruación
GCPS	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
GPC	Guía de práctica clínica
IM	Intramuscular
IPPF	La Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS	Infección de transmisión sexual
LCN	Longitud Céfalo-Nalgas.

LU	Legrado uterino
MAC	Métodos anticonceptivos modernos
mcg	microgramo
mm	Milímetro
OIIS	Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria.
OMS	Organización mundial de la salud.
PNUME	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales
SL	Sub lingual
UI	Unidades internacionales
VO	Vía oral

CAPÍTULO II

ÓRGANOS RESPONSABLES

ARTÍCULO 7. El Gerente/Director de Red Prestacional/Asistencial, Gerente de Servicios Prestacionales del Nivel I y II, o quien haga sus veces son responsables de:

a. Planificar, controlar y evaluar en el ámbito de su competencia las acciones y estrategias para la implementación y cumplimiento del presente documento técnico a nivel de la Red Prestacional /Asistencial.
b. Gestionar en coordinación con las áreas correspondientes, la implementación de la mejora de los procesos para la atención de las pacientes con diagnóstico de aborto.
c. Gestionar los recursos para la atención del aborto de las mujeres en la población asegurada de la Red Prestacional/Asistencial.

ARTÍCULO 8. El Gerente/Director de IPRESS:

a. Dirige, planifica, controla, organiza y ejecuta las acciones para la atención de las pacientes con diagnóstico de aborto y las condiciones de bioseguridad.
b. Gestiona los recursos humanos, logísticos, tecnológicos, para la atención del aborto.

ARTÍCULO 9. El Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia/ Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia/Jefe del Servicio Médico Quirúrgico o su equivalente. Coordinador de Gineco-Obstetricia.

a. Es el responsable de la implementación del presente documento en el servicio de Gineco-Obstetricia.
b. Es el responsable de la programación del personal asistencial en el Servicio de Emergencia para la atención del aborto.
c. Coordina las acciones con oportunidad y calidad para la atención de las pacientes con diagnóstico de aborto.

CAPÍTULO III
DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 10. ORGANIZACIÓN

10.1.1 De la Organización de la Red

a. Las Redes Asistenciales/Prestacionales, disponen las actividades para la atención del aborto en las IPRESS, por médico especialista en Gineco-Obstetricia, de acuerdo al nivel de atención, siendo su implementación progresiva y bajo responsabilidad, considerando las medidas de bioseguridad en el contexto de la pandemia COVID-19
b. Las Redes Asistenciales/Prestacionales organizan la red funcional de la salud materna según la capacidad resolutiva de las IPRESS, estableciendo las actividades de atención del aborto y el sistema de referencia y contra referencia.

10.1.2 De la Organización de las IPRESS

a. Las IPRESS desarrollan procesos de atención y disponen de los recursos necesarios, de acuerdo a su capacidad resolutiva para realizar las actividades de atención del aborto.
b. Las IPRESS que cuentan con servicios de emergencia aseguran la atención del aborto, con las medidas de bioseguridad para las pacientes y personal asistencial.
c. Las actividades para la atención del aborto se realizan en ambientes adecuados para su atención oportuna.

M. MASCARO C. Sub-Gerente

10.2 NIVELES DE ATENCION

10.2.1 Nivel I de atención

a. Realiza actividades de promoción y prevención del embarazo no deseado y aborto, mediante la atención pre concepcional y la planificación familiar.
b. Realiza la evaluación clínica con ayuda diagnóstica (BHCG cualitativo y ecografía), así como el diagnóstico temprano del aborto, según capacidad resolutiva.
c. Realiza el diagnóstico y manejo de aborto completo por médico gineco obstetra.
d. Realiza el diagnóstico y tratamiento médico de aborto incompleto no complicado, de acuerdo a su capacidad resolutiva.
e. Realiza el diagnóstico, estabiliza y refiere al nivel de atención correspondiente.
f. Brinda orientación y dotación de MAC post aborto.

Dra. T. PAREDES Q. Gerente

10.2.2 Nivel II de atención

a. Realiza actividades de promoción y prevención del embarazo no deseado, en las pacientes, mediante la atención pre concepcional y la planificación familiar.
b. Realiza la evaluación clínica con la ayuda diagnóstica requerida (beta HCG cuantitativa y ecografía) del aborto.
c. Realiza el diagnóstico, manejo adecuado y oportuno del aborto por médico gineco-obstetra de acuerdo a su capacidad resolutiva.
d. Realiza el procedimiento AMEU, en pacientes con diagnóstico de aborto hasta un tamaño de útero equivalente a 12 semanas de gestación, no complicados.
e. Realiza el tratamiento médico de aborto incompleto de acuerdo a GPC.
f. Realiza el diagnóstico y manejo adecuado del aborto no complicado mayor a 12 semanas de gestación.
g. Diagnóstico y manejo médico de la enfermedad trofoblástica gestacional de bajo riesgo, según capacidad resolutiva.
h. Realiza la referencia oportuna de pacientes con aborto complicado, de acuerdo a su capacidad resolutiva.
i. Atiende y evalúa la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo por indicación terapéutica menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto

en el artículo 119° del código penal" y Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA (aborto terapéutico).

j. Realiza la referencia para el diagnóstico y manejo de pacientes adolescentes menores de 15 años.
k. Brinda orientación y dotación de MAC post aborto.

10.2.3 Nivel III de atención

a. Realiza la evaluación clínica con la ayuda diagnóstica requerida del aborto complicado referido.
b. Realiza el diagnóstico y manejo adecuado del aborto complicado por médico gineco-obstetra.
c. Realiza el diagnóstico y manejo de pacientes con comorbilidades severas y adolescentes menores de 15 años.
d. Diagnóstico y manejo de la enfermedad trofoblástica gestacional de alto riesgo.
e. Atiende y evalúa la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo por indicación terapéutica menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal" y Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA (aborto terapéutico).
f. Realiza actividades de promoción y prevención del embarazo no deseado, en pacientes con comorbilidades, referidos de los otros niveles de atención, mediante la atención pre concepcional y la planificación familiar.
g. Brinda orientación y dotación de métodos anticonceptivos post aborto.

ARTÍCULO 11. CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN DEL ABORTO

a. Atención digna, respetuosa y sin discriminación en razón de la edad, etnia, estado civil, orientación sexual o identidad de género. Es una experiencia más amplia que el acto clínico en sí mismo, en la que se encuentran comprometidos diferentes ámbitos de la salud.
b. Oportunidad en la atención: Atención determinante y decisiva tan pronto como sea posible.
c. Confianza y seguridad: Atendiendo a la paciente sus preocupaciones, dudas e inquietudes acerca del procedimiento y su salud en general.
d. Actitud y comportamiento empático del personal de salud: No estigmatiza o invalida las emociones que expresan las usuarias manteniendo un constante reconocimiento de las diferencias que pueden existir entre las creencias, valores e ideologías en relación al aborto para actuar con respeto a los DDHH, con atención especial a las menores de edad y personas con discapacidad.
e. Identificar infecciones de transmisión sexual (ITS) para su tratamiento y seguimiento, además del tamizaje de ITS, VIH (prueba rápida) de acuerdo a "Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú".
f. Priorizar el manejo ambulatorio y farmacológico en el primer trimestre, de acuerdo a evaluación médica.
g. Considerar las contraindicaciones absolutas para el manejo ambulatorio: Sospecha o diagnóstico de embarazo ectópico, trastorno hemorrágico (porfiria hereditaria) o tratamiento anticoagulante concomitante; insuficiencia suprarrenal crónica; alergia al misoprostol, anemia grave, cardiopatía, contraindicaciones relativas (asma grave no controlada) o uso prolongado de corticosteroides.
h. Información/Consejería y dotación de MAC, usando lenguaje claro y sencillo, manteniendo el contacto visual, desde el ingreso hasta el alta.
i. Identificar la presencia de factores psicosociales tales como violencia, antecedentes de problemas de salud mental, realizando la interconsulta o referencia para su atención y seguimiento a los servicios pertinentes, de acuerdo al "Directiva Sanitaria para el Uso del Kit para la Atención de Casos de Violencia Sexual".

ARTÍCULO 12. MOMENTOS EN LA ATENCIÓN DEL ABORTO DESPUÉS DE ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO

a. Brindar información sobre la confiabilidad, seguridad y características de las opciones de manejo, los síntomas esperados, los signos de alarma asociados a las complicaciones que se pueden presentar, las opciones para el manejo del dolor, el retorno a la fertilidad y las alternativas de anticoncepción.
b. Consentimiento informado: Es un derecho fundamental de la usuaria, tras recibir toda la información que corresponda, las usuarias otorgarán su consentimiento para el/los procedimientos, teniendo la posibilidad y facultad para revocarlo en cualquier momento, lo cual también debe quedar debidamente documentado en la historia clínica.
c. Manejo clínico- quirúrgico de acuerdo al diagnóstico y GPC, considerar profilaxis antibiótica.
d. Anticoncepción postaborto: La consejería sobre la anticoncepción se brinda en el mismo momento y lugar de la atención del aborto para facilitar a la usuaria recibir un método anticonceptivo antes de su egreso.
e. Seguimiento: De acuerdo al caso puede ser virtual o presencial.

ARTÍCULO 13. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN: Ver Anexos Nº 3, 4, 5, 6, 7 y 8

CAPITULO IV.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

ARTICULO 14. PROCESO DE ATENCIÓN:

14.1. **DEL INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD POR EMERGENCIA**

a. El personal de salud ofrece a la usuaria un trato digno, respetuoso y sensible, con una actitud neutral y libre de discriminaciones de cualquier tipo. La paciente debe sentirse acogida desde el inicio de la atención en el proceso de la admisión y atención médica.
b. Los/as profesionales de la salud a cargo de la atención del aborto informan sobre la condición de salud, el retorno de su fertilidad y autocuidado, en un ambiente de confianza y respeto absoluto, así como la confidencialidad y privacidad en el manejo de cada caso.
c. En la gestante que presenta sangrado vaginal antes de las 22 semanas con o sin dolor pélvico realizar:

   - La evaluación médica: anamnesis dirigida, examen clínico, exámenes de ayuda diagnóstica de acuerdo a la capacidad resolutiva.
   - Considerar la presencia de un/a acompañante (familiar o personal de salud).

d. Registrar en la evaluación preferencial de la paciente:

   - Control de funciones vitales, estado de conciencia y signos de alarma.
   - Determinar la severidad del cuadro.
   - Relación altura uterina y tiempo de amenorrea.
   - Descartar signos peritoneales o de abdomen agudo.
   - Características del cuello uterino, evaluar los orificios cervicales.
   - Evaluar y controlar la presencia de sangrado activo, y/o expulsión de tejidos.
   - Buscar otras patologías.
   - Determinar viabilidad embrionaria o fetal según el caso.

e. Solicitar exámenes de ayuda diagnóstica necesarios de acuerdo a capacidad resolutiva de IPRESS.

14.2 DEL DIAGNÓSTICO DE ABORTO SEGÚN LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES

a. Aborto completo: Paciente con historia de sangrado vaginal, dolor pélvico y eliminación del producto de la gestación, que al examen físico se encuentra útero contraído con disminución de sangrado vaginal, cuello uterino entreabierto y a la ecografía transvaginal se evidencia endometrio adelgazado con ausencia de restos en cavidad uterina.

b. Aborto incompleto: Paciente con historia de sangrado por vía vaginal, dolor pélvico y eliminación de producto de la gestación, y al examen físico se evidencia útero aumentado de tamaño, orificios cervicales abiertos y en la ecografía transvaginal se evidencia presencia de restos en cavidad uterina.
   - Contenido uterino es menor o igual (≤) a 15 mm la paciente es candidata a tratamiento médico,
   - Contenido uterino es mayor de 15 mm se realiza tratamiento quirúrgico (AMEU o LU), dependiendo de edad gestacional. (Anexo N° 7)

c. Aborto retenido / frustro / gestación no evolutiva (anembrionado): Paciente con o sin historia de sangrado por vía vaginal y/o dolor pélvico con resultado de ecografía transvaginal o pélvica donde se evidencia:
   - Ausencia de embrión en un saco gestacional mayor a 25 mm.
   - Ausencia de actividad cardiaca en un feto o embrión mayor o igual (≥) a 7mm.

   Si el embrión con longitud céfalo-nalgas (LCN) menor o igual (≤) a 23 mm, el tratamiento del aborto es médico y/o quirúrgico.
   Si LCN es mayor (>) 23 mm; el tratamiento es quirúrgico previa maduración cervical (expulsión de producto de gestación).

d. Aborto séptico/infectado: Paciente con diagnóstico de aborto (incompleto, retenido, etc.) que presenta alza térmica y/o sangrado vaginal con mal olor y se haya descartado otras causas de acuerdo a GPC.

14.3 ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ABORTO CON:

- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Embarazo ectópico.
- Patología cervical benigna.
- Cáncer de cuello uterino.
- Desgarros vaginales.

14.4 MANEJO DEL ABORTO MENOR O IGUAL (≤) DE 12 SEMANAS

a. Manejo del aborto completo

- Paciente con diagnóstico confirmado de aborto completo (Ecografía transvaginal)
- Informar a la paciente sobre diagnóstico y seguimiento a realizar.
- Control de paciente en una semana.
- Seguimiento B–HCG cualitativa o cuantitativa, según evolución y criterio médico ginecológico.
- Control ambulatorio.

b. Manejo médico del aborto incompleto

Considerar en el tratamiento médico ambulatorio del aborto incompleto la administración del misoprostol vía oral, sub lingual o vaginal, según dosis recomendada (grosor de contenido endouterino (≤) 15 mm) en aquellas pacientes con útero compatible menor o igual (≤) a 12 semanas, sin signos de infección, con posibilidades de retorno seguro y rápido (Anexo Nº 2)

Contraindicaciones para el tratamiento médico con misoprostol.
- Hipotensión severa.

- Epilepsia no controlada.
- Sangrado abundante.
- Fiebre alta o signos de sepsis.
- Malas condiciones generales.
- Alergia a las prostaglandinas.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Antecedentes de patologías con trastornos de la coagulación.
- Mujeres que estén recibiendo anticoagulantes o sean consumidoras frecuentes de fármacos anti infamatorios no esteroideos.

Requisitos:

- Realizar el respectivo "Consentimiento Informado" por escrito.
- Informar a la paciente sobre los signos de alarma como sangrado profuso o dolor pélvico severo, frente a los cuales debe acudir a evaluación por emergencia.
- Informar a las pacientes sobre efectos secundarios del misoprostol.
- Dosis y vías de administración:

Tabla Nº 1

USO DE MISOPROSTOL
(Manejo Médico)

Menor o igual(≤) 12 SEMANAS
ABORTO INCOMPLETO
Para casos con criterio de manejo médico
800 mcg Vía Vaginal* (Dosis única)
600 mcg Vía Oral (Dosis única)
400 mcg Sub Lingual (Dosis única)

(*) Evitar Vía Vaginal en caso de sangrado y/o signos de infección

c. Manejo quirúrgico del aborto incompleto menor o igual (≤) a 12 semanas (AMEU)

En pacientes con diagnóstico de aborto incompleto (el grosor de contenido endouterino mayor o igual (≥) de 15 mm) proponer a la paciente el uso de la técnica aspiración manual endouterina (AMEU) (Anexos N° 3, 7 y 9).

En EsSalud, la ficha técnica de los dispositivos médicos de AMEU se encuentra aprobada por el IETSI y son actualizados periódicamente (Anexo N° 10).

d. Manejo médico del aborto retenido/diferido/frustro/anembrionado.

Considerar en gestaciones menores a 9 semanas: Indicar misoprostol según dosis recomendada

Tabla Nº 2

GESTACION NO EVOLUTIVA / ABORTO RETENIDO
Para casos menores de 9 semanas
800 mcg Vía Vaginal* cada 3 horas (2 dosis)
600 mcg Sub lingual cada 3 horas (2 dosis)

(*) Evitar Vía Vaginal en caso de sangrado y/o signos de infección.

Informar sobre efectos secundarios y signos de alarma (de presentarlos acudir a emergencia), cita control en 48-72 horas, máximo en una semana y de no lograr aborto completo considerar segunda dosis o manejo quirúrgico.

e. **Manejo quirúrgico de aborto retenido/diferido/frustro/anembrionado**

Si la gestación es menor a 9 semanas es necesario iniciar maduración cervical según dosis recomendada, mínimo 2 horas previas al AMEU.
Si gestación mayor de 9 semanas y menor o igual (≤) a 12 semanas iniciar maduración cervical según dosis recomendada y realizar AMEU posterior a expulsión parcial o total del producto de gestación. (Anexo Nº 3 y 9)

14.5 MANEJO DEL ABORTO MAYOR DE 12 SEMANAS

Manejo quirúrgico: Legrado Uterino.

a. **Aborto Incompleto**:
- Informar a la paciente la técnica a utilizar (legrado uterino), especificando los pasos a seguir y la necesidad de realizar el procedimiento en sala de operaciones.
- Si el cuello uterino está cerrado o entreabierto: Madurar cuello uterino con misoprostol (dosis única) previo a legrado uterino (Anexo N° 2).
- Si el cuello uterino está abierto, y se produjo la expulsión parcial del producto de gestación, realizar el legrado uterino.
- Si la hemorragia es severa, estabilizar y evacuar el contenido uterino oportunamente en sala de operaciones.

b. **Aborto Frustro/ Retenido/ Inevitable mayor de 12 semanas**:
- Informar a la paciente el uso de misoprostol para la expulsión del producto de la gestación previo al legrado uterino.
- Indicar hospitalización para maduración cervical con misoprostol (vía sub lingual, oral o vaginal) y luego de la expulsión realizar legrado uterino en sala de operaciones. Si existen alteraciones en las pruebas de coagulación, estabilizar, reevaluar y/o referir según nivel de Atención.

14.6 ABORTO MÉDICO O TERAPÉUTICO

El manejo es de acuerdo a la Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal. Aprobado con Resolución Ministerial N°486-2014/MINSA.

14.7 PROCEDIMIENTOS DE AYUDA DIAGNÓSTICA

a. **Laboratorio:** Requerimiento mínimo para AMEU
- Hemograma completo.
- Perfil de coagulación. (de acuerdo a capacidad resolutiva)
- Grupo Sanguíneo y factor Rh.
- Prueba tamizaje ITS y VIH (prueba rápida)

b. **Imagenología:** Ecografía transvaginal/pélvica: Su disponibilidad ayuda a definir la edad gestacional, descartar un embarazo ectópico y diagnosticar otras patologías o la inviabilidad del embarazo.

c. **Examen anatomopatológico:** Realizar el estudio de anatomía patológica del contenido endouterino.

14.8 MANEJO DEL DOLOR

El dolor varía de acuerdo a diferentes factores, como la edad, paridad y antecedentes de dismenorrea previa, y se asocia al nivel de ansiedad o temor que presente la mujer y al conocimiento que tiene acerca de su estado médico y el tratamiento.

El apoyo verbal antes, durante y después del procedimiento ayuda a disminuir la ansiedad y, el dolor que experimenta. Las opciones no farmacológicas para disminuir el dolor están: brindar asesoramiento, información y un trato comprensivo, aplicar técnicas de relajación y, si lo desea, la compañía de una persona de su confianza.
Es necesario indicar medicamentos para el manejo del dolor en el tratamiento médico o quirúrgico.

M. MASCARO C. Sub-Gerente

Tabla Nº 3
Manejo del dolor

Fármaco	Dosis	Indicación
Ibuprofeno	400 a 800 mg VO 1 hora antes de toma de misoprostol o inicio de AMEU y luego c/8 horas por 1 a 3 días.	Analgésico
Metamizol	2 gr. EV lento (en 3 minutos) 30 minutos antes de inicio de AMEU.	Analgésico
Paracetamol	1 gr VO cada/8 horas, en caso de temperatura mayor de 38 C o alergia a los AINES para manejo del dolor	Antipirético
Loperamida	2 mg VO cada/8 horas, no suele requerirse más de 1 día	Antidiarreico
Metoclopramida	10 mg VO cada/8 horas, no suele requerirse más de 1 día	Antiemético
Dimenhidrinato	50 mg VO cada/8horas, no suele requerirse más de 1 día	Antiemético
* Un manejo conductual del dolor mediante el acompañamiento a la usuaria durante el procedimiento, con un trato respetuoso y empático puede disminuir la percepción del dolor, pero no remplaza el manejo analgésico farmacológico. Para el manejo de narcóticos, ansiolíticos, de sedación o anestesia regional, se debe realizar interconsulta a médico anestesiólogo.		

Fuente: Adaptado de Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México. 2021

Dra. T. PAREDES Q. Gerente

14.9 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Recomendada en pacientes antes de la evacuación uterina instrumental (AMEU, LU), porque reduce a la mitad el riesgo de infección.
El tratamiento médico de aborto no requiere antibióticos profilácticos.

Tabla Nº 4.
Profilaxis Antibiótica

Trimestre	Fármaco	Dosis	Indicación
Primer	Doxiciclina	200 mg VO 1 hora antes del procedimiento	Elección
	Azitromicina	1 gr VO 1 hora antes del procedimiento	Alternativa
	Metronidazol	500 mg VO 1 hora antes del procedimiento	Alternativa
Segundo	Cefazolina	2 gr EV 1 hora antes del procedimiento	Elección

Fuente: Protocolos de Profilaxis antibiótica en las cirugías. Comisión de infección, profilaxis y política antibiótica. Año 2017

14.10 ISOINMUNIZACIÓN

Se recomienda administrar inmunoglobulina anti Rho a toda mujer Rh negativa a quien se le va a practicar AMEU o evacuación uterina instrumental.

14.11 COMPLICACIONES DEL ABORTO Y MANEJO SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

a. **HEMORRAGIA:** Las causas más frecuentes son la retención de restos ovulares, traumatismo o laceración cervical, la perforación uterina y la hipotonía uterina. Por tanto, el tipo de manejo de la hemorragia post aborto depende de su causa, pudiendo incluir desde solo masaje uterino, administración de uterotónicos, hasta manejos quirúrgicos. Dependiendo la severidad del volumen del sangrado, la reposición del mismo puede ser realizada con soluciones parenterales cristaloides o reposición con hemotransfusión.

Manejo en el NIVEL I:

- ACTIVAR CLAVE ROJA, administrar 20 UI de oxitocina a goteo continuo, o una ampolla 0.2 mg de ergometrina por vía IM.
- En casos que cuente con profesional médico capacitado y el sangrado sea abundante, realizar: tacto vaginal, examen con espéculo, retirar los restos del canal vaginal y cervical con pinza Foerster.
- Referencia Inmediata y oportuna a Nivel II – III con las siguientes medidas:
- Con vía segura con catéter endovenoso N°18, vía aérea permeable (Oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto), posición decúbito dorsal, mantener temperatura corporal (abrigo suficiente), monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado. Coordinar traslado de paciente.



Manejo en el NIVEL II y NIVEL III:

- ACTIVAR CLAVE ROJA Estabilización hemodinámica de la paciente, administración de líquidos y, en casos graves, transfusiones sanguíneas o reemplazo de los factores de coagulación, según capacidad resolutiva
- Solicitar inmediatamente exámenes complementarios de laboratorio y ecografía ginecológica.
- Efectuar evacuación uterina.
- Realizar el manejo de las causas de Hemorragia: Laceración cervical (sutura), y en caso de perforación uterina según la evolución y capacidad resolutiva: laparoscopía o una laparotomía convocando a otros especialistas (Cirugía General, Urología).



b. **INFECCIONES**: Los síntomas más frecuentes son fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con mal olor, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina y leucocitosis. Debe ser manejada con antibioterapia y, en caso de estar asociada a la retención de restos ovulares, proceder a la re-evacuación uterina y de acuerdo a la severidad del caso, podría requerir hospitalización.

Manejo en el Nivel I: ACTIVAR CLAVE AMARILLA. Colocación de vía EV segura, con catéter endovenoso N°18, ClNa 0.9%. Administrar antibióticos de amplio espectro, Vía segura con catéter endovenoso N°18, Vía aérea permeable (Oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto), posición decúbito dorsal, mantener temperatura corporal. Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado. Coordinar traslado de paciente. Referencia Inmediata y oportuna a Nivel II – III.

Manejo en el Nivel II – III: ACTIVAR CLAVE AMARILLA Estabilización hemodinámica de la paciente según evaluación de la paciente, administrar antibióticos de amplio espectro, tratamiento y manejo: aborto séptico, pelvi peritonitis, septicemia y shock séptico de acuerdo a GPC y capacidad resolutiva.

Referir a Nivel III: Pacientes que requieren Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

c. **RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES**: Los signos y síntomas incluyen sangrado genital, dolor abdominal o signos de infección. La evacuación uterina con aspiración al vacío o

legrado uterino son los métodos para tratar un aborto incompleto, prestando atención a la posibilidad de hemorragia o infección.

d. **PERFORACIÓN UTERINA**: Cuando la perforación es detectada puede ser manejada solo con observación (reevaluación clínica con apoyo de laboratorio e imágenes) y antibioterapia. En caso de sospecha de lesiones mayores, la laparoscopía es la vía diagnóstica de elección. La detección de trauma intestinal, vascular u otra estructura podría requerir abordaje con laparotomía.

e. **COMPLICACIONES VINCULADAS A LA ANESTESIA**: En los casos de manejo quirúrgico del aborto con administración de cualquier tipo de anestésico, es posible la ocurrencia de complicaciones inherentes al fármaco y vías utilizadas. Siempre que sea utilizado algún tipo de procedimiento anestésico, la persona proveedora del servicio debe disponer de las competencias para el manejo de sus complicaciones.

f. **COMPLICACIONES GENERALES NO ESPECÍFICAS DEL MANEJO DEL ABORTO**: Este tipo de complicaciones, tales como reacciones anafilácticas, broncoespasmo, entre otras; pueden ser posibles y deben ser manejadas según aplique en cada caso.

g. **FALLA TERAPÉUTICA**: La ausencia de sangrado, o un sangrado mínimo, así como la ausencia de tejido de aspecto trofoblástico, acorde a las semanas de gestación, pueden indicar esta complicación o la presencia de embarazo ectópico.

14.12 ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

a. Realizar la información/consejería y entrega de MAC, considerando que después de un aborto, el retorno a la fertilidad es inmediato, la ovulación sucederá en promedio entre 10 y 14 días después del AMEU, LU o tratamiento farmacológico.
b. La Información/ consejería sobre la anticoncepción se brinda en el mismo momento y lugar donde se atiende el aborto para contribuir a garantizar que la usuaria reciba un MAC antes de su egreso.
c. Proveer información sobre el espaciamiento óptimo entre los embarazos, explicar y evaluar con ella su deseo de embarazo en el corto y largo plazo.
d. Proveer información completa y objetiva sobre los diversos MAC disponibles, sus características, efectos secundarios y eficacia, que permita a las usuarias elegir el método acorde a sus necesidades y preferencias. Informar sobre la doble protección, mediante un método de barrera (condón interno o externo) para disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual incluido el VIH, y a los métodos reversibles de larga duración cuando no exista paridad satisfecha o la usuaria no desee contracepción definitiva.
e. La consejería e información sobre la anticoncepción debe ser transversal, desde la atención, durante y después del manejo del aborto y ofrecida por el profesional de salud capacitado. No postergar la consejería para el control posterior al manejo del aborto.
f. Promover el empoderamiento de la usuaria en la prevención de embarazos no deseados.
g. En la anticoncepción post aborto:
    - La colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) se puede realizar al culminar el AMEU o legrado uterino (LU), antes del retiro del espéculo (No realizar si existe sospecha de un proceso infeccioso intrauterino).
    - El implante subdérmico, puede colocarse una vez terminado el procedimiento.
    - Los métodos de acción corta se pueden iniciar el mismo día que se realiza el procedimiento, priorizar los MAC reversibles de acción prolongada.
    - Evaluar la necesidad de suministrar un método de barrera para doble protección y anticoncepción de emergencia.

ARTICULO 15. CRITERIOS DE ALTA

Paciente con tratamiento médico exitoso: Se imparte consejería/ orientación y dotación de método anticonceptivo, se indica el descanso médico respectivo, analgésicos y seguimiento de acuerdo a criterios de riesgo.

Después de la evacuación uterina por AMEU: Si la paciente se encuentra estable hemodinámicamente y en ausencia de complicaciones, se indica el alta y reposo domiciliario, a partir de las 2 horas de observación. Se indica analgésicos, antibiótico profiláctico y de ser el caso, suplemento con sal ferrosa. De corresponder, se emite Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) de acuerdo a normativa vigente.

En pacientes post operadas de legrado uterino, el alta será dada según criterio clínico: Paciente estable hemodinámicamente, con funciones vitales dentro de rangos normales, asintomática, tolera la prueba de deambulación, con capacidad de ingerir alimentos y realizar actividades comunes, considerar el alta a partir de 2 horas post legrado uterino, previa evaluación médica. Se indicará analgésicos, antibiótico profiláctico y de ser el caso, suplemento con sal ferrosa. De corresponder, se emite Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) de acuerdo a normativa vigente.

Las pacientes que reciben atención por aborto, requieren instrucciones claras y sencillas, sobre el autocuidado y signos de alarma (dolor pélvico, hemorragia intensa o fiebre), y sobre las complicaciones que requieran atención médica.

Alta Precoz o alta médica: Siempre que la condición médica, social y familiar lo permita. Promover el alta precoz.

ARTICULO 16. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

El control post aborto se realiza a los 7 días por consulta externa presencial, o tele consulta en donde se atendió el aborto o en la IPRESS de origen, según criterio médico.

Las mujeres que han tenido un aborto deben recibir información e instrucciones claras, simples y precisas sobre:

a. Reconocer complicaciones que puedan requerir asistencia médica: Sangrado excesivo, fiebre y dolor pélvico.
b. Las náuseas, a veces acompañadas de vómitos, generalmente se calman a las 24 horas del aborto.
c. El uso de los suplementos con hierro y ácido fólico.
d. Acerca del MAC seleccionado, informar dónde y cómo obtenerlo para no interrumpir el uso de los mismos.
e. Instruir a la paciente en cuanto al día que realizaron el procedimiento para que lo anote como el primer día del ciclo menstrual (FUR) y orientar acerca del retorno de la fertilidad.
f. El reinicio de la actividad sexual, después del cese sangrado vaginal secundario al aborto y su tratamiento.

ARTICULO 17. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Las medidas de bioseguridad son de acuerdo a la normatividad vigente.
En relación a las medidas del Personal médico que realiza el procedimiento AMEU:

a. Usar: Gorro, Lentes, Mascarilla, Mandil y botas descartables
b. Usar guantes estériles descartables
c. Realizar técnica del lavado de manos con agua y jabón antiséptico líquido o en espuma por un periodo de 40 a 60 segundos

d. Efectuar la asepsia y antisepsia de la cavidad vaginal y región vulvo perineal con solución de yodopovidona
e. Realizar la evaluación ginecológica de la paciente desechando los guantes utilizados y utilizar nuevos guantes estériles para el procedimiento.
f. El material punzocortante: Debe ser descartable, evitar doblar las agujas, no colocar el capuchón de la aguja con la otra mano. Desechar en un recipiente exclusivo para este tipo de material.
g. Utilizar la **"Técnica de No Tocar"** La cánula o cualquier instrumento que ingrese a la cavidad uterina no debe tocar superficie no estéril.
h. Eliminar los desechos sólidos contaminados, no punzocortantes, en recipientes identificados (bolsa roja)

M. MASCARO C. Sub-Gerente

ARTICULO 18. MANEJO DEL ABORTO EN LA ADOLESCENTE

a. Realizar la atención diferenciada de la adolescente con diagnóstico de aborto por personal capacitado y entrenado.
b. Las adolescentes menores de 15 años con diagnóstico de aborto referir al nivel III.
c. Brindar acompañamiento especializado y de un familiar en las adolescentes menores de 15 años.
d. Reportar a la Fiscalía de Familia el ingreso de una adolescente menor de 15 años con diagnóstico de aborto, abuso sexual, violencia física y sexual.
e. Reportar a la Fiscalía de Familia el ingreso de una adolescente con diagnóstico de abuso sexual, violencia física y sexual.
f. El consentimiento informado sobre el tratamiento será firmado por la paciente y uno de sus padres o tutores.
g. Realizar la consejería integral de la adolescente y dotación de MAC. Las adolescentes necesitan un ambiente de apoyo, donde puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas.
h. Realizar la atención psicológica durante la estancia hospitalaria para brindar apoyo emocional a la paciente, pareja y familiares (antes durante y posterior a la realización del procedimiento).
g. El médico gineco-obstetra que lleve a cabo el procedimiento y todo el personal presente debe mostrar una actitud amigable y tranquilizadora.
h. Se debe conceder tiempo adicional para el asesoramiento sobre la atención del aborto, así como de otros problemas de salud sexual y reproductiva que puedan presentarse.
i. Se debe conceder tiempo adicional para el asesoramiento sobre la atención del aborto, así como de otros problemas de salud sexual y reproductiva que puedan presentarse.
j. Post procedimiento: Solicitar apoyo a servicio social para orientar y apoyar el trámite legal.
k. Alta después de 24 horas de la intervención quirúrgica según criterio médico y cumplimiento del trámite legal (Fiscalía y/o representante legal)
l. Realizar el seguimiento y control al alta en la atención ambulatoria.

Dra. T. PAREDES Q. Gerente

ARTICULO 19. RECURSOS

Tabla Nº 5

RECURSOS	LEGRADO UTERINO	AMEU
Recursos Humanos	Médico Gineco-obstetra (realiza el procedimiento).	Médico Gineco-obstetra (realiza el procedimiento)

	Personal de Salud del servicio de emergencia y/o equipo de guardia.	Personal de Salud del servicio de emergencia y/o equipo de guardia
Infraestructura	Sala de operaciones o Sala de procedimientos equipada, con las medidas de bioseguridad necesarias.	Sala de procedimientos equipada con las medidas de bioseguridad necesarias
		Procedimiento que puede realizarse con anestesia local con la paciente despierta
Equipos, medicamentos y materiales	Máquina de anestesia	Camilla ginecológica, lámpara de cuello de ganso o cialítica.
	Aspirador de secreciones, mesa quirúrgica, mesa de Mayo, cialítica.	Espéculo vaginal, tenáculo, pinza de anillos, dilatadores, gasas, solución antiséptica, jeringa de 10 ml con aguja N° 22, extensores de aguja, guantes).
	Set de legrado uterino.	Set de AMEU (Jeringas para el vacío, cánulas flexibles de diferentes diámetros, adaptadores, silicón para lubricar la jeringa).
	Misoprostol 200mcg. Tabletas	Misoprostol 200 mcg. Tabletas
	Material e insumos: Soluciones antisépticas, cloruro de sodio, gasas, etc.	Medicamentos: Atropina. Anestésicos (lidocaína al 2%). Ansiolíticos (Diazepam o midazolan si se tiene personal entrenado con este medicamento). Analgésicos.
	Medicamentos: de uso de anestesiología: Ketamina o Fentanilo, Atropina, Diazepam, Dexametasona, etc. Antibióticos en caso de ser necesario, además Oxitocina y Ergometrina.	

M. MASCARO C. Sub-Gerente

Dra. T. PAREDES Q. Gerente

ARTICULO 20. INDICADORES

a. Porcentaje de usuarias post aborto que recibieron información/consejería sobre opciones de anticoncepción y el retorno de la fertilidad (desglosado por grupo de edad, <20 años frente a ≥20 años)
b. Porcentaje de usuarias post aborto que egresaron con un anticonceptivo moderno (desglosado por tipo de método y grupo de edad, <20 años frente a ≥20 años)
c. Porcentaje de AMEU en la atención de aborto incompleto menor o igual (≤12) a semanas.

CAPITULO V
DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 21. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Los indicadores establecidos se monitorean periódicamente para la evaluación de la implementación progresiva del presente documento técnico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. ACOG Practice Bulletin Number 200 VOL 132 N° 5. November 2018
2. PAHO, WHO, UNFPA, UNICEF. Continuing Essential Sexual, Reproductive, Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health Services during COVID-19 Pandemic [Internet]. 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331816
3. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud –en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=UNFPA
4. American College of Obstetrics and Gynecology. (2018). Practice Bulletin No. 195: Prevention of infection after gynecologic procedures.*Obstetrics & Gynecology, 131*(6), e172-e189.
5. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de aborto recurrente. www.imss.gob.mx › statics › guías clinicas
6. Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México. Secretaría de Salud Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Junio, 2021
7. Atención del Aborto Consorcio Latinoamericano del aborto Inseguro. Octubre 2020.
8. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos para la atención del Aborto Terapéutico Resolución Directoral Nº 230-2020 DG-INMP/MINSA
9. Tratamiento médico del aborto. Organización Mundial de la Salud 2019
10. OBSTETRICIA VIGESIMOQUINTA EDICIÓN. F Williams, Gary Cunningham. Kenneth J, Leveno, Steven L Bloom, Jodi S, Dashe. Barbara L, Hoffman. Brian M. Casey, Catherine Y. Spong. 2019.
11. Protocolos medicina materno fetal Hospital Clínic- Hospital Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona 2019. www.medicinafetalbarcelona.org
12. World Health Organization. Medical management of abortion. [Internet]. 2018. en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1 OMS.
13. White, K. O., Jones, H. E., Shorter, J., Norman, W. V., Guilbert, E., Lichtenberg, E. S. y Paul, M. (2018). Second-trimester surgical abortion practices in the United States. *Contraception, 98*, 95-99.
14. Regímenes recomendados para uso de misoprostol en Obstetricia y Ginecología. FIGO 2017.
15. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Materno Perinatal. 2da edición. Setiembre 2018.
16. Organización Mundial de la Salud. (2016*).* Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual *2016-2021.* Ginebra: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud.
17. Planned Parenthood Federation of America. (2016).*Manual of Medical Standards and Guidelines*. Washington, D.C.: Planned Parenthood Federation of America.
18. Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z & Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet [Internet]. 2017; 390(10110):2372–81. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4
19. Protocolos de Profilaxis antibiótica en las cirugías. Comisión de infección, profilaxis y política antibiótica. Versión 3. Año 2017 https://www.areasaludbadajoz.com/Calidad_y_Seguridad_2016/Profilaxis_Formato_B.pdf
20. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Organización Mundial de la Salud 2014.

M. MASCARO C. Sub-Gerente

Dra. T. PAREDES Q. Gerente

21. Goranitis, I., Lissauer, D. M., Coomarasamy, A., Wilson, A., Daniels, J., Middleton, L.y Roberts, T. E. (2019). Antibiotic prophylaxis in the surgical management of miscarriage in low-income countries: a cost-effectiveness analysis of the AIMS trial. *The Lancet Global Health, 7*(9), e1280-e1286.
22. Organización Mundial de la Salud. (2005). *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica.* Ginebra: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud.
23. Serwadda, D. M. (2019). To give or not to give prophylactic antibiotics for miscarriage surgery? *The New England Journal of Medicine, 380*(11), 1075-1076.
24. Titapant, V. y Cherdchoogieat, P. (2012). Effectiveness of cefoxitin on preventing endometritis after uterine curettage for spontaneous incomplete abortion: A randomized controlled trial study. *Journal of the Medical Association of Thailand, 95*(11), 1372-1377.
25. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. vol.61 no.1 Lima. 2015.
26. Kulier R et al (2010). Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No. CD002855. DOI: 10.1002/14651858. CD002855.pub3.
27. Manejo del Equipo AMEU/ Control de Infecciones. Programa Nacional de Atención Post Aborto. Ministerio de Salud. Guatemala 2006.
28. IPAS CAM. Encuesta Internacional de Personas Proveedoras y Acompañantes de Aborto[Internet].2020:1-14.Disponible.en: https://www.ipascam.org/uploads/1617834925627_ES_ARCHIVO_1.pdf
29. Guía de Procedimiento Asistencial de Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Hospital Cayetano Heredia. 2014.
30. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. Organización Mundial de la Salud, 2012.
31. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.vol.61 no.1 Lima ene./mar. 2015
32. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Organización Mundial de la Salud 2014.
33. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de aborto recurrente. www.imss.gob.mx › statics › guiasclinicas
34. "Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva" – Minsa 2007
35. Guías de Práctica Clínica de Aborto Terapéutico y Guía de Práctica Clínica de Aborto. Resolución Directoral Nº 742-2013 HNCH/DG
36. GPC Diagnóstico y Tratamiento del Aborto espontaneo, incompleto, diferido y recurrente – Ministerio de Salud Pública de Ecuador 2013
37. Protocolo de Manejo del Aborto - Ministerio de Salud Pública de Republica Dominicana 2015.
38. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva- IPAS. www.ipas.org/actualizacionesclinicas

ANEXO Nº 1

ABORTO Y CODIGO CIE 10

ABORTO INEVITABLE	O05.0
ABORTO INCOMPLETO	O03.4
ABORTO COMPLETO	O03.9
ABORTO RETENIDO, DIFERIDO O FRUSTO	O02.1
ABORTO SEPTICO	O03.0

Fuente: CIE-10

ANEXO Nº 2

USO DE MISOPROSTOL EN EL MANEJO DEL ABORTO

Menor o igual (≤) 12 SEMANAS	Mayor de 12 a menor a 22 SEMANAS
GESTACION NO EVOLUTIVA / ABORTO RETENIDO **Para casos mayores de 9 semanas** 800 mcg Vía Vaginal* cada 3 horas hasta expulsión del producto 600 mcg Sub lingual cada 3 horas hasta expulsión del producto.	**ABORTO RETENIDO/MUERTE FETAL** 400 mcg Sub lingual, o Vaginal* cada 4-6 horas hasta expulsión del producto
GESTACION NO EVOLUTIVA / ABORTO RETENIDO **Para casos menores de 9 semanas** 800 mcg Vía Vaginal* (dosis única) después de 3 horas programar AMEU 600 mcg Sub lingual (dosis única) después de 2 horas programar AMEU	**ABORTO INEVITABLE** 200 mcg vía Sub Lingual o Vaginal* cada 6 horas hasta expulsión del producto
PREPARACION CERVICAL PARA AMEU **Solo para ciertos casos que a criterio médico necesiten maduración cervical** 400 mcg Vía Sub Lingual 1 hora antes del procedimiento 400 mcg Vía Vaginal* 3 horas antes del procedimiento.	**PREPARACION CERVICAL PARA L.U.** **Solo para ciertos casos que a criterio médico necesiten maduración cervical** Mayor de 12-19 semanas: 400 mcg Vía Vaginal* 3 a 4 horas antes del procedimiento Mayor de 19 semanas: En caso necesario debe combinarse con otras modalidades

(*) Evitar Vía Vaginal en caso de sangrado y/o signos de infección

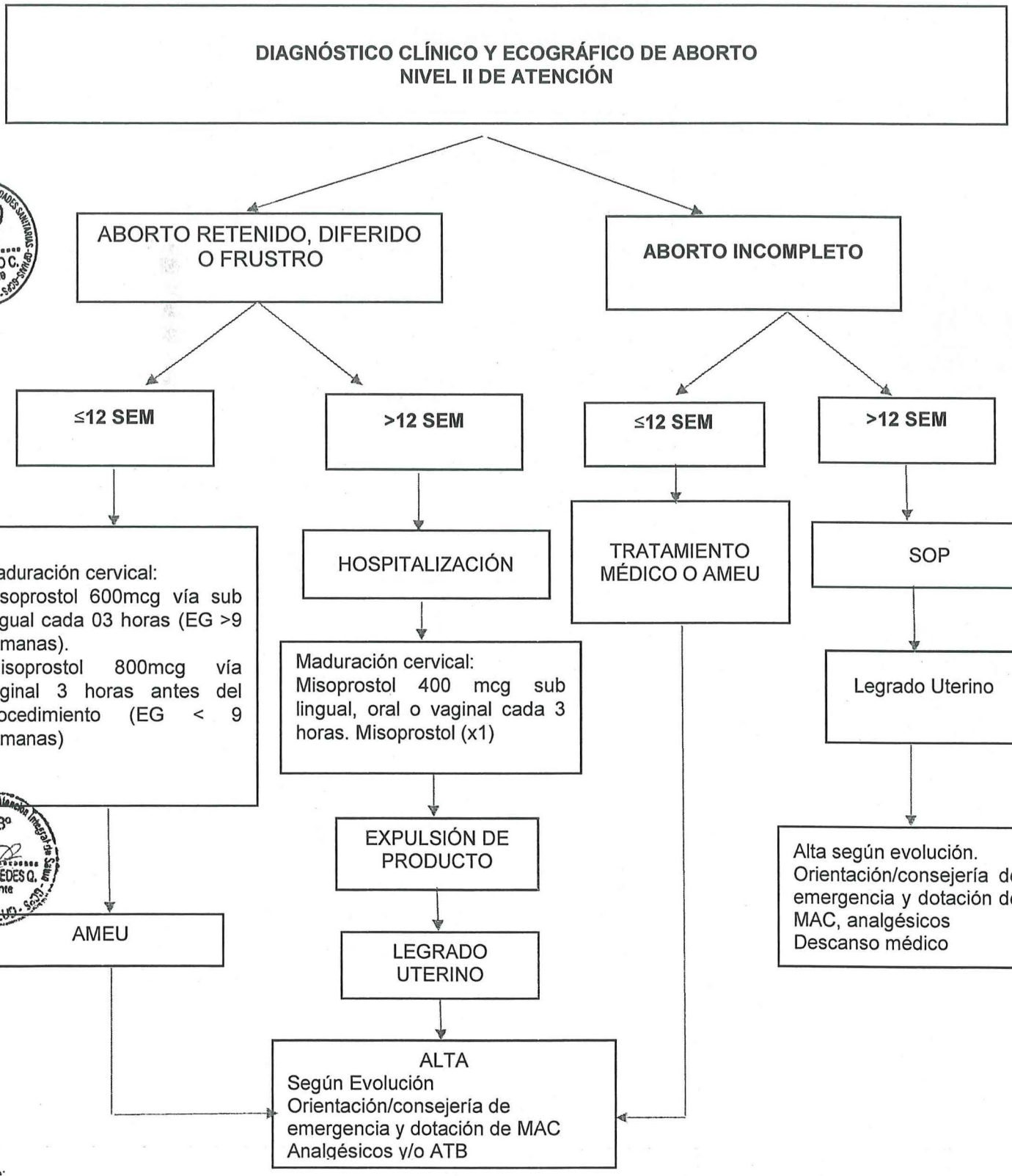
ANEXO Nº 3

PROCEDIMIENTO DE LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

- Colocación de una vía endovenosa periférica con solución cloruro de sodio al 0,9 % y evacuación vesical.
- Asepsia de zona vulvar y perineal con solución aséptica (Yodopovidona) y colocación del espéculo vaginal.
- Asepsia prolija del cérvix y vagina con solución antiséptica (Yodopovidona).
- Pinzamiento del labio anterior del cérvix con pinza Tirabala o Allis larga.
- Bloqueo para cervical con Lidocaína al 1 %:(diluir 5ml de Lidocaína al 2% en 5 ml ClNa 0.9% en jeringa de 20ml). Aplicar 5 ml por lado en el pliegue cérvico vaginal en los puntos horarios 4 y 8 o 5 y 7 a 0,5 a 1 cm de profundidad, aspirando previamente para evitar colocación de anestésico directamente en un vaso sanguíneo. Esperar el efecto de la anestesia por 3-5 minutos.
- Dilatación cervical si es necesario en los casos de aborto retenido, comenzando con el dilatador de menor diámetro hasta un número mayor que el diámetro de la cánula que se va a utilizar.
- Histerometría e inserción de la cánula correspondiente mientras se aplica una tracción ligera al cuello uterino.
- La cánula debe insertarse directa y lentamente en la cavidad uterina hasta que toque el fondo uterino, teniendo extremo cuidado de no tocar las paredes vaginales, seleccionando las cánulas correspondientes según el tamaño uterino.
- Conectar la cánula a la jeringa preparada con la presión de vacío, sosteniendo el extremo de la cánula en una mano y la jeringa en la otra, asegúrese de no empujar la cánula hacia dentro del útero mientras se conecta la jeringa.
- Soltar la válvula de seguridad de la jeringa para pasar el vacío hacia el útero a través de la cánula; los restos tisulares y sangre deben empezar a pasar a través de la cánula, hacia la jeringa.
- Mover suavemente la jeringa/cánula de delante hacia atrás, rotando en dirección de las agujas del reloj para evacuar el contenido del útero. Hacer movimientos largos, cuidando de no salir del orificio cervical, para no perder el vacío.
- Retirar la jeringa de aspiración cada vez que esta se llene, desconectando con sumo cuidado de la cánula y repetir el procedimiento hasta la terminación del procedimiento.
- Verificar las señales de haber completado el procedimiento (espuma de color rojo o rosado; no se observan más restos de tejido en la cánula; se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la pared del útero evacuado; el útero se contrae alrededor de la cánula, dificultando su movilización).
- Retirar la cánula y luego separar la jeringa. Con la válvula abierta, vaciar el contenido de la jeringa en un recipiente para estudio anatomo patológico.
- Retirar el tenáculo y el espéculo previa revisión de la hemostasia.
- Vigilar la recuperación de la paciente durante 2 horas; si la paciente no requiere un tratamiento especial, se le puede dar de alta tan pronto como esté estable, el sangrado sea mínimo, pueda caminar sin ayuda y haya recibido información para su recuperación y seguimiento.
- Se indicarán analgésicos, antibióticos y se indicara método anticonceptivo previa consejería.

Documento Técnico Orientador
"Atención del Aborto en el Seguro Social de Salud – ESSALUD"

ANEXO Nº 4



Fuente:

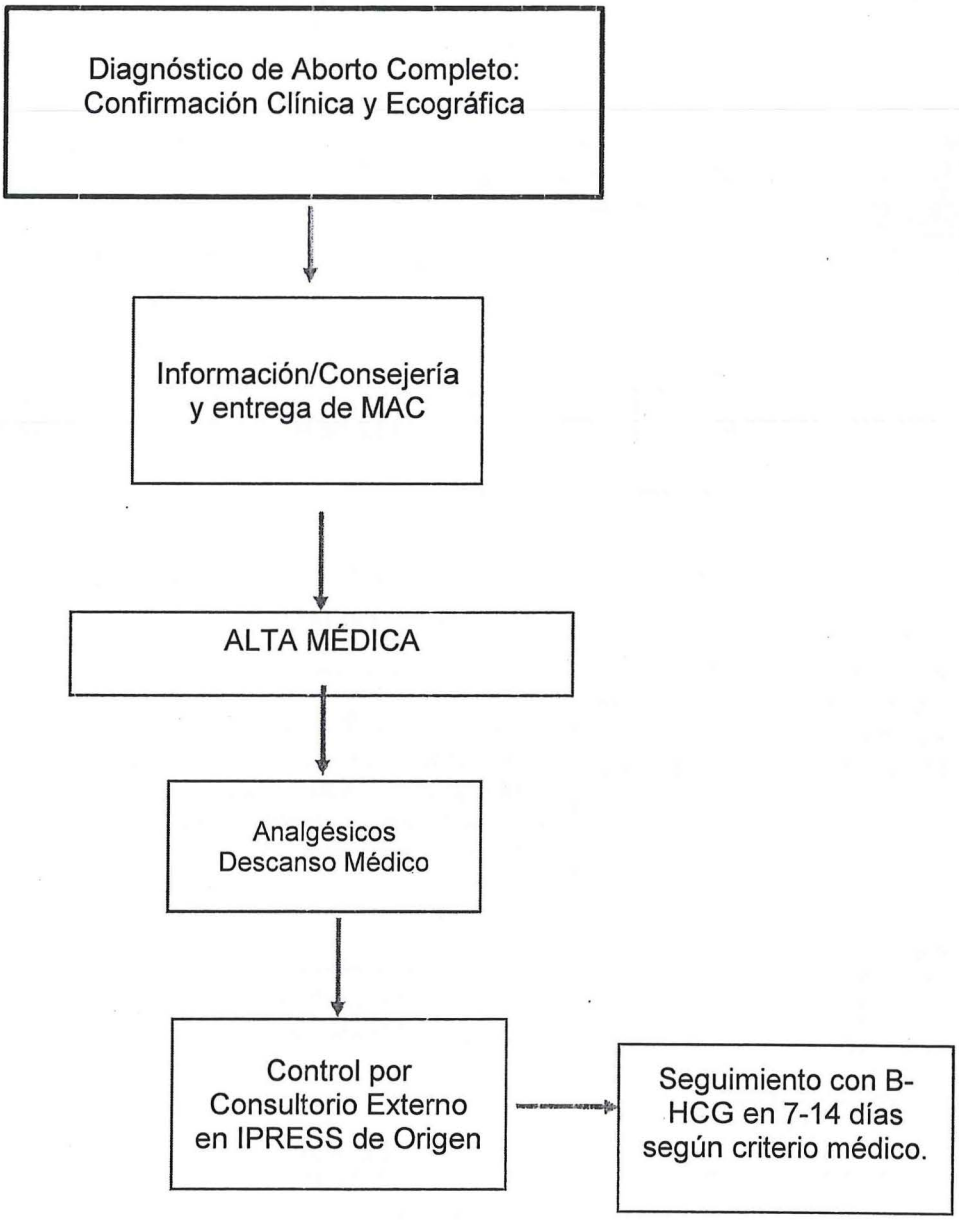
- Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud –en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=UNFPA
- Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México. Secretaría de Salud Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Junio, 2021

Documento Técnico Orientador
"Atención del Aborto en el Seguro Social de Salud – ESSALUD"

ANEXO Nº 5

FLUJOGRAMA DE ATENCION DE PACIENTES CON ABORTO COMPLETO

NIVEL DE ATENCIÓN I- II- III



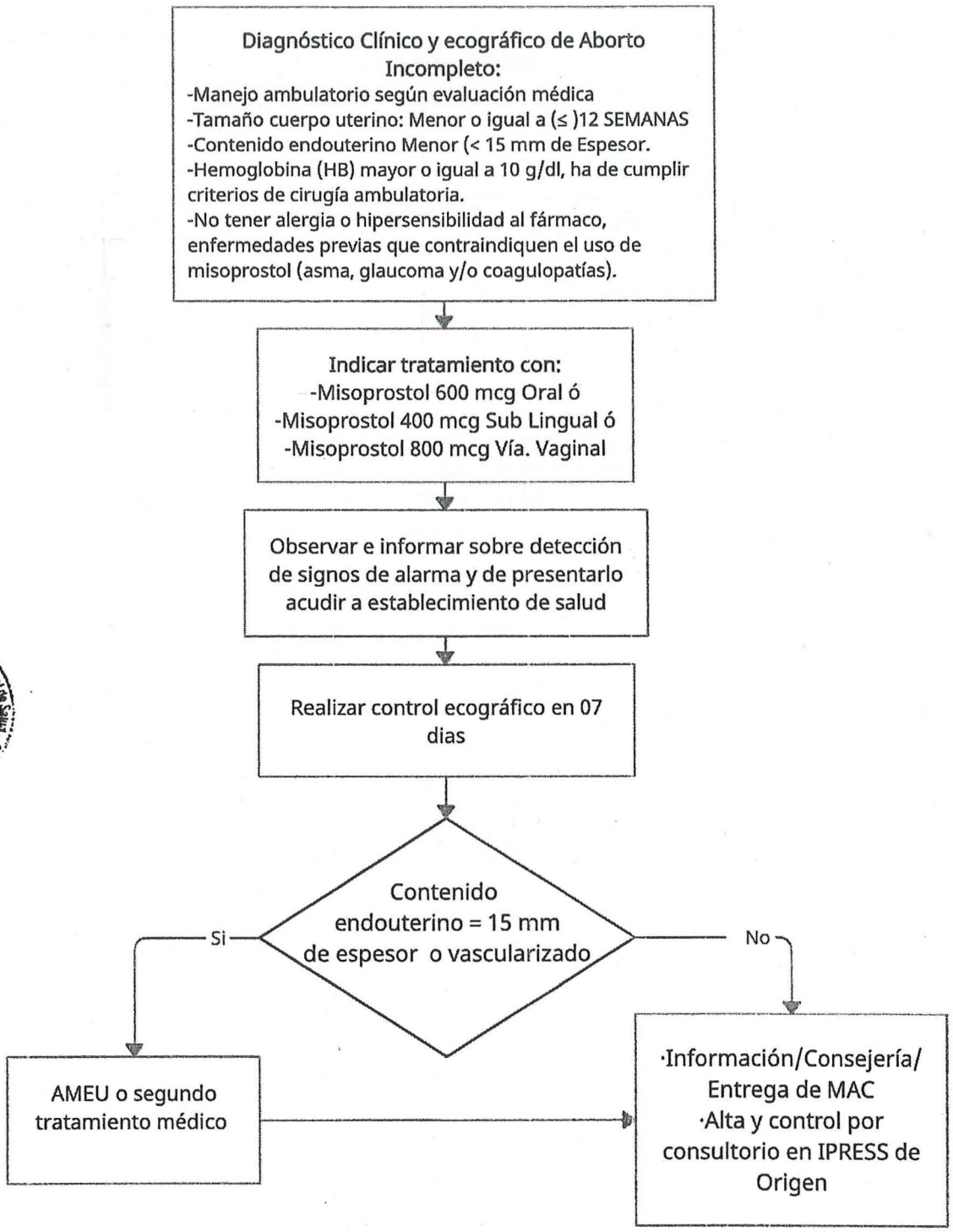
M. MASCARO C. Sub-Gerente
Dra. T. PAREDES Q. Gerente

Fuente: Tratamiento médico del aborto. OMS- 2019

Documento Técnico Orientador
"Atención del Aborto en el Seguro Social de Salud – ESSALUD"

ANEXO Nº 6

FLUJOGRAMA DE TRATAMIENTO MÉDICO DE ABORTO INCOMPLETO NIVEL DE ATENCIÓN I- II - III



Fuentes: Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México. Secretaría de Salud Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Junio, 2021 (6). Manual de práctica clínica para Aborto seguro. OMS 2014. Regímenes de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo según OMS 2018.

Documento Técnico Orientador
"Atención del Aborto en el Seguro Social de Salud – ESSALUD"

ANEXO Nº 7

ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

Manejo del dolor

↓

Paciente pasa a sala de procedimientos

↓

Paciente en posición de litotomía
Asepsia y antisepsia de cavidad vaginal y región vulvo perineal
Exploración pélvica

↓

Administrar la anestesia local (Bloqueo paracervical)

↓

Se realiza la aspiración del contenido endouterino según Documento Técnico Orientador

↓

Vigilar la recuperación de la paciente

↓

Alta a partir de las 2 horas

Fuente: Adaptado de: Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura. Rev. Chil.obstet.ginecol.vol.84 no.6 Santiago dic.2019. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460

Documento Técnico Orientador
"Atención del Aborto en el Seguro Social de Salud – ESSALUD"

ANEXO Nº 8
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN -USO DE AMEU
NIVEL DE ATENCIÓN II – III

Diagnóstico clínico y ecográfico de aborto incompleto, aborto retenido, con tamaño uterino equivalente a ≤12 semanas de gestación

↓

Paciente con resultado de:
Hemograma, Perfil de coagulación Grupo Sanguíneo y Factor RH

↓

Manejo ambulatorio con AMEU

↓

Alta Precoz a partir de las 2 Horas
Analgésicos, Antibiótico profilaxis, Sal ferrosa
Información/Consejería y dotación de MAC
CTT

↓

Control ambulatorio (07-14 días)

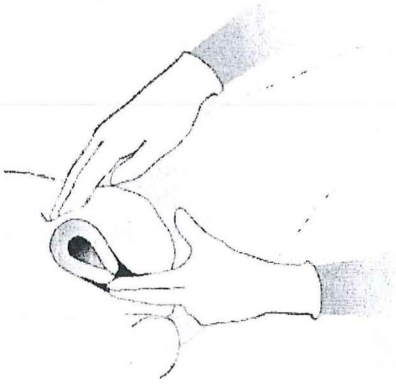
Fuente Adaptado de: Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura. Rev. Chil.obstet.ginecol.vol.84 no.6 Santiago dic.2019. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460

Documento Técnico Orientador
"Atención del Aborto en el Seguro Social de Salud – ESSALUD"

ANEXO Nº 9[1]

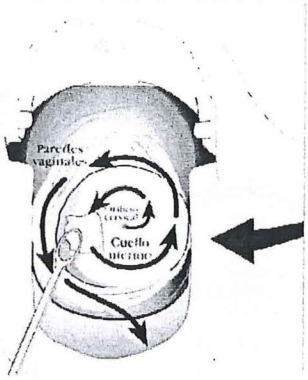
PROCEDIMIENTO DE ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

1. Confirme los hallazgos de la evaluación clínica inicial mediante un examen pélvico bimanual estando alerta a cualquier indicio de infección y administre tratamiento inmediato de acuerdo a los protocolos

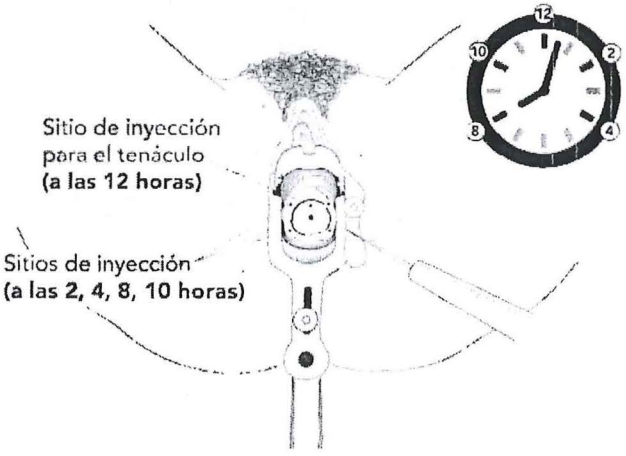


2. Ejecute el plan para el manejo del dolor

3. Practique la preparación cervical con antiséptico.



4. Coloque el bloqueo paracervical



1 Adaptado de: IPAS. Salud.Acceso. Derechos, 2017
https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/06/PERFMVA_S19_lowres.pdf

5. Coloque el tenáculo y ejerza una tracción suave a menos que ya lo haya hecho al colocar el bloqueo paracervical.

6. Dilate el cuello uterino si es necesario:
La dilatación del cuello uterino es necesaria cuando el canal cervical no es lo suficientemente amplio para permitir el paso de una cánula de tamaño apropiado para la altura uterina.

Tamaño de la cánula en relación con la altura uterina	
Altura uterina en semanas después de la FUR	Tamaño de cánula sugerido
De 4 a 6 semanas después de la FUR	de 4 a 7 mm
De 7 a 9 semanas después de la FUR	de 5 a 10 mm
De 9 a 12 semanas después de la FUR	de 8 a 12 mm

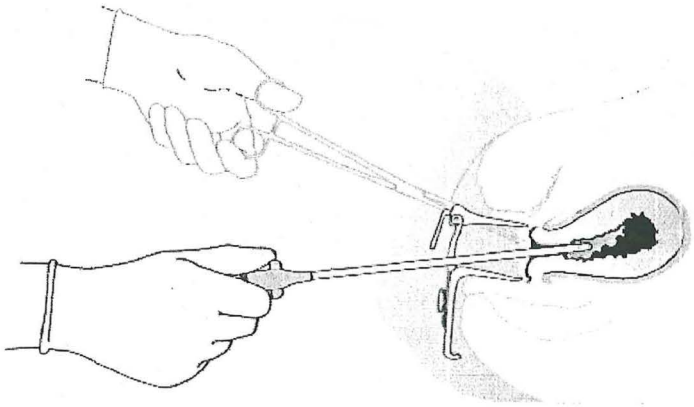
Fuente: Manual de práctica clínica para un aborto seguro-OMS-2014

V°B° M. MASCARO C. Sub-Gerente

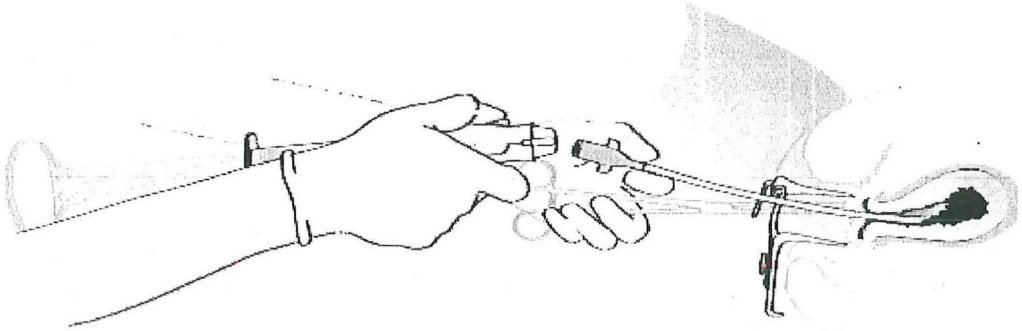
Si es necesario practicar una dilatación, debe hacerlo cuidadosamente con cánulas progresivamente de mayor tamaño o con dilatadores mecánicos graduados, teniendo cuidado de no traumatizar el cuello uterino.

7. Aspire el contenido uterino:
- Introduzca suavemente la cánula hasta justo un poco más allá del orificio interno o bien desplace la cánula lentamente hacia dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo del útero y después retírela levemente. Para facilitar la inserción de la cánula, aplique movimientos de rotación a medida que ejerza una presión suave.
- No introduzca la cánula de manera forzada, ya que los movimientos forzados pueden ocasionar perforaciones uterinas o lesiones en el cuello uterino, los órganos pélvicos o los vasos sanguíneos.
- Permanezca alerta durante todo el procedimiento a los signos que puedan indicar la presencia de una perforación y descontinúe la aspiración de inmediato si éstos se presentan.

V°B° Dra. T. PAREDES Q. Gerente

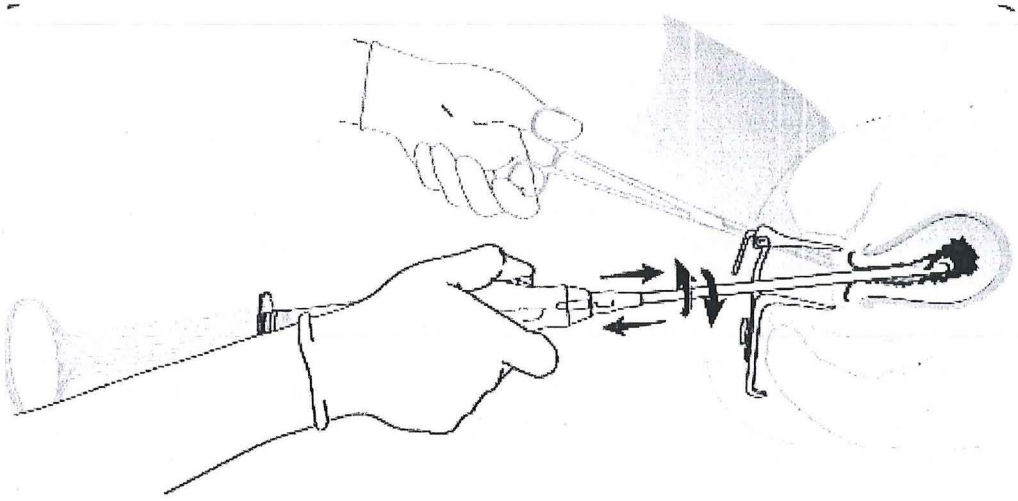


- Conecte la cánula al aspirador, sujetando el tenáculo y el extremo posterior de la cánula con una mano y el aspirador con la otra. Tenga cuidado de no empujar la cánula más hacia dentro del útero



- Libere el vacío oprimiendo los botones y la aspiración comenzará de inmediato

- Practique la evacuación del contenido del útero desplazando lenta y suavemente la cánula y el aspirador con movimientos de rotación de 180 grados en cada dirección y simultáneamente ejerciendo un movimiento de adentro hacia afuera. Debe tenerse cuidado de no retirar la abertura de la cánula más allá de los orificios cervicales, ya que esto ocasionaría la pérdida del vacío



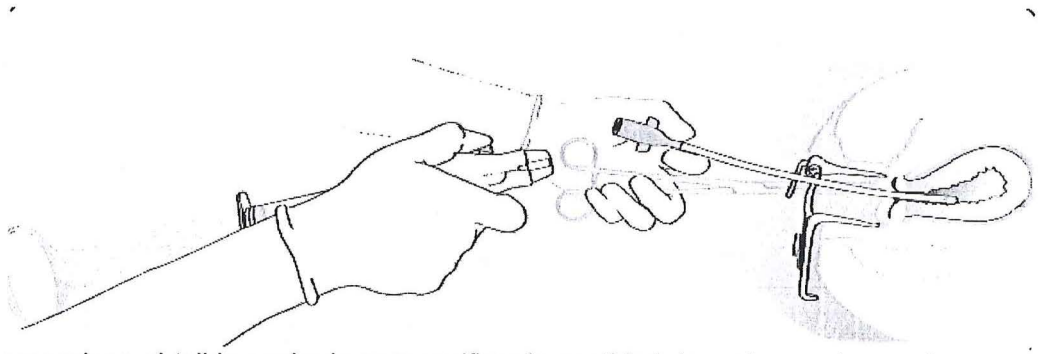
M. MASCARO C. Sub-Gerente

- Se observará tejido y sangre a través de la cánula y en el cilindro del aspirador.

Dra. T. PAREDES Q. Gerente

- Si el aspirador se llena o si se pierde el vacío, desconéctelo de la cánula y sustitúyalo por otro aspirador o vacíe su contenido en un recipiente y conéctelo de nuevo a la cánula. Nunca empuje el contenido aspirado nuevamente en el útero.
- Los signos descritos a continuación indican que el útero se encuentra vacío: • Paso de espuma roja o rosada sin tejido a través de la cánula • Se percibe una sensación de aspereza a medida que la cánula se desliza sobre la superficie del útero vacío • Se percibe una sensación de que el útero se contrae alrededor de la cánula • La paciente percibe un aumento del dolor pélvico tipo cólico cuando el útero se encuentre vacío, lo cual indica la presencia de una contracción.

- Una vez acabado el procedimiento, suelte los botones y desconecte la cánula del aspirador, o bien retire la cánula y el aspirador juntos sin soltar los botones.



8. Inspeccione el tejido aspirado para verificar la cantidad de restos ovulares y la presencia o ausencia de éstos. Vacíe el contenido del aspirador en un recipiente apropiado asegurándose

de que la cánula esté desconectada, soltando los botones, apretando los brazos del émbolo y empujando el émbolo completamente dentro del cilindro. La inspección del tejido aspirado es un paso sumamente importante ya que indicará si la evacuación fue completa o si existe la posibilidad de la presencia de un embarazo ectópico o molar.

Si no se observa la presencia de restos ovulares, debe pensarse en la posibilidad de un embarazo ectópico, un aborto espontáneo completo o evacuación insuficiente

- Si sospecha la existencia de tejido retenido, repita la aspiración.
- Una vez determinada la finalización del proceso, limpie el exceso de sangre de los orificios cervicales y evalúe la cantidad de sangre que continúa saliendo del útero u otro lugar.
- Asegúrese de que el sangrado sea mínimo.
- Prosiga a practicar cualquier otro procedimiento concurrente, tal como la inserción de un DIU o una ligadura de trompas, siempre y cuando se haya obtenido con anterioridad el consentimiento informado de la paciente y se haya realizado la consejería.

USO DE AMEU

El aspirador AMEU Plus y el aspirador de válvula sencilla constan de un revestimiento de la válvula que permite el paso continuo de los restos extraídos mediante la cánula hacia el cuerpo del aspirador y por ello se facilita una mejor limpieza. Los aspiradores deben someterse a una Desinfección de Alto Nivel (DAN) o a una esterilización antes de su único uso.

Opciones de procesamiento para los aspiradores

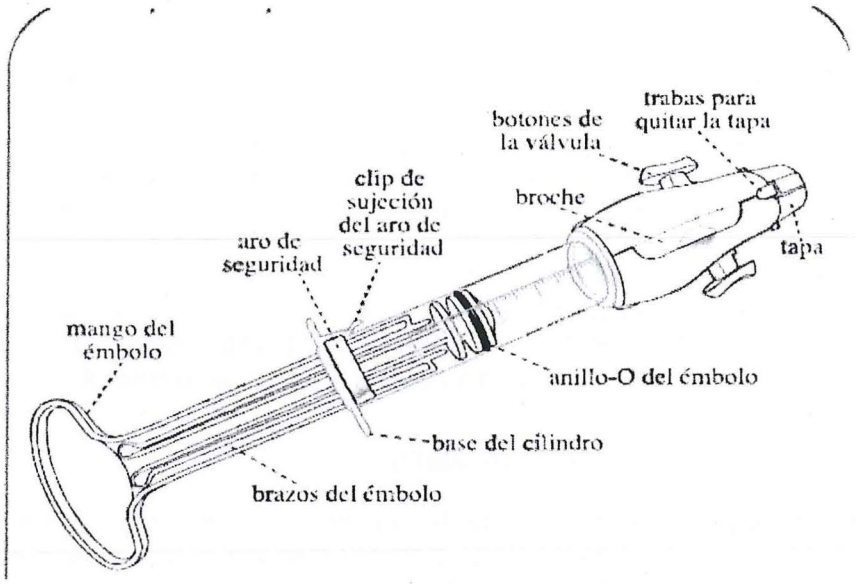
Esterilización/ Desinfección de Alto Nivel	Aspirador AMEU de válvula doble	Aspirador de válvula sencilla
DAN	Glutaraldehído al 2% Hipoclorito de Sodio (Lejía) al 0.1%	Glutaraldehído al 2% Hipoclorito de Sodio (Lejía) al 0.1%
Esterilización	Autoclave Óxido de Etileno Glutaraldehído al 2%	Autoclave Óxido de Etileno Glutaraldehído al 2%

Cánulas enviadas como instrumentos estériles: deben estar esterilizadas o ser sometidas a una DAN obligatoriamente antes del momento de su uso.

Opciones de procesamiento para las cánulas

	Cánulas
DAN	Glutaraldehído al 2% Hipoclorito de Sodio (Lejía) al 0.1%
Esterilización	Autoclave Óxido de Etileno Glutaraldehído al 2%

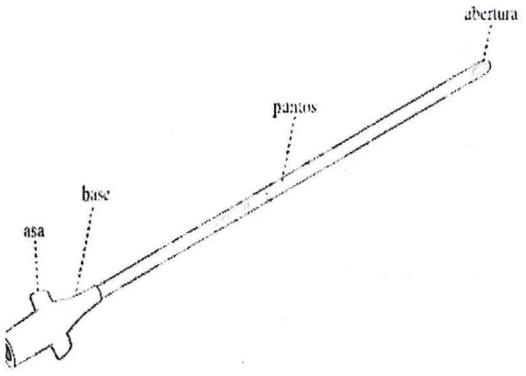
PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTAL DE AMEU



Fuente: https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/06/PERFMVA_S19_lowres.pdf

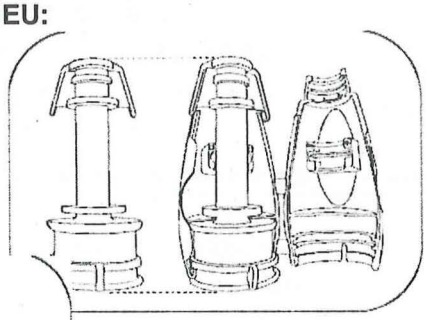
Las cánulas vienen en tamaños de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm.

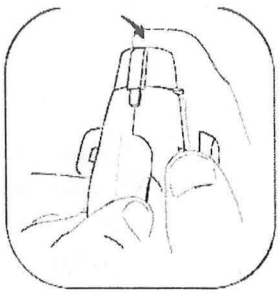
- Las cánulas más pequeñas (de 4 a 8 mm) tienen dos aberturas en situación opuesta.
- Las cánulas más grandes (de 9, 10 y 12 mm) tienen una sola abertura de mayor tamaño.
- Los puntos impresos en cada cánula se usan para indicar la posición de la abertura principal. El primer punto se encuentra a 6 cm de la punta de la cánula y los puntos que le siguen se encuentran espaciados a intervalos de 1 cm.
- Las cánulas son semirrígidas con bases fijas codificadas por colores; por lo tanto, no necesitan adaptadores. Las asas situadas en las bases facilitan su conexión y desconexión del aspirador.

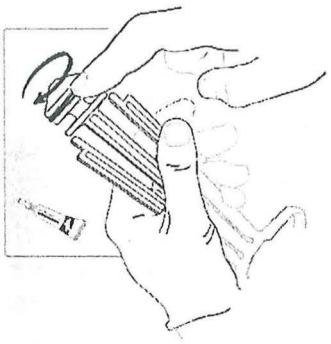


Armado y cargado del aspirador AMEU:

- Abra la válvula y ponga el revestimiento en su lugar alineando los rebordes internos. Luego cierre la válvula y encaje la tapa en su sitio.

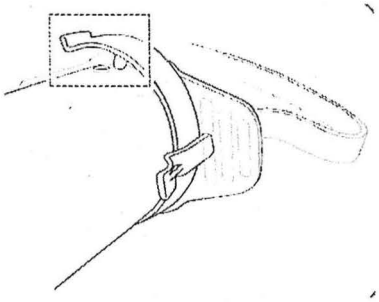




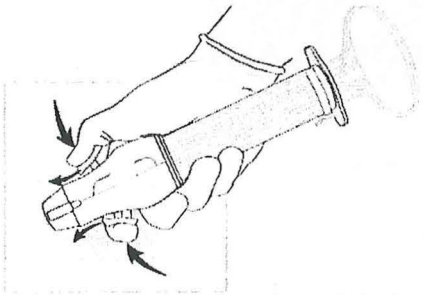


- Revise el anillo-O. Asegúrese de que el anillo-O se encuentre en la ranura de la punta del émbolo. Lubríquelo con una sola gota de lubricante tal como la silicona, el glicerol o un detergente líquido. Nunca use productos con base de petróleo, tal como la jalea de petróleo, sobre el anillo-O ya que pueden deteriorar el caucho. Procure no lubricarlo demasiado.

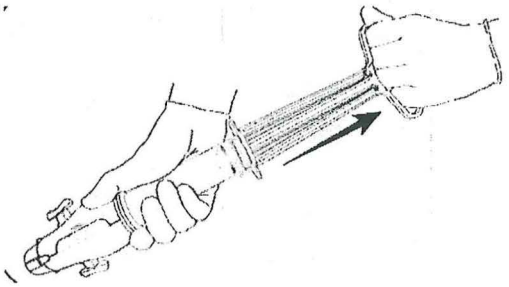
- **Arme el aspirador** empujando el cilindro dentro de la válvula y asegurándose de que los botones no estén oprimidos al realizar esta operación. Introduzca el émbolo completamente dentro del cilindro. Asegúrese de que los botones, los lados anchos de la base del cilindro y el asa del émbolo estén alineados. Luego fije el aro de seguridad deslizándolo debajo del clip de sujeción y empujando sus trabas dentro de los orificios ubicados en la base del cilindro.



Para crear el vacío, primero oprima los botones hacia abajo y hacia adelante hasta que sienta que encajan en su lugar. Luego cargue el aspirador tirando del émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se enganchen en los lados anchos de la base del cilindro.



- Una vez que los brazos del émbolo se encuentren en esta posición, el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitirles deslizarse dentro del cilindro, con la posibilidad de inyectar el contenido del aspirador dentro del útero de nuevo. Nunca sujete el aspirador por los brazos del émbolo.



- **Antes de cada uso debe revisarse el aspirador para cerciorarse de que conserva el vacío.** Una vez cargado el aspirador, espere unos minutos y luego suelte los botones para liberar el vacío. El sonido del aire al entrar en el aspirador es una indicación de que se creó el vacío. Si no oye entrar el aire, saque el aro de seguridad, retire el émbolo y revise el anillo-O para asegurarse de que esté bien lubricado, debidamente colocado en su sitio y no presente un defecto o contenga cuerpos extraños. Cerciórese también de que el cilindro se encuentra colocado de manera firme en la válvula. Luego inserte de nuevo el émbolo, ponga el aro de seguridad en su lugar y vuelva a probar el funcionamiento del aspirador. Si aún no consigue mantener el vacío, no puede usarse el aspirador. Deséchelo y use otro aspirador.

Documento Técnico Orientador
"Atención del Aborto en el Seguro Social de Salud – ESSALUD"

ANEXO Nº 10[2]

FICHA TÉCNICA DE DISPOSITIVO MÉDICO			
FECHA DE EMISION	31-08-2017	VERSIÓN	01.

1. Denominación técnica:	**Set de Aspiración Manual Endouterina (AMEU)**
2. Unidad de medida:	UN
3. Grupo o Familia:	Ginecología - Gineco Obstetricia
4. Código SAP:	020104336 Set de Aspiración Manual Endouterina (AMEU)
5. Descripción General:	Dispositivo médico de uso hospitalario que comprende una fuente de vacio, tipo jeringa, y cánulas de plástico flexible para aspirar el contenido del útero.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

5. Indicación de uso:

- Diagnóstico comprobado de aborto espontáneo incompleto, complicado, gestaciones no evolutivas ó aborto frustro, indicaciones asociadas al tratamiento de hemorragia uterina anormal y biopsia endouterina, hematómetra, y mola hidatiforme.

6. Componentes y Materiales del dispositivo:

ESQUEMA:

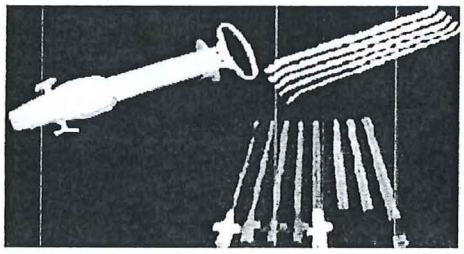


Fig 1.: Set de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) (no incluye diseño)

CARACTERÍSTICAS:

Jeringa de aspiración endouterina de válvula doble

- Material: Polímero traslúcido (polipropileno) de grado médico
- Con válvula de doble bloqueo de plástico con revestimiento de silicona desmontable y tapa de la válvula.
- El Tubo o Cilindro de la jeringa, es de color blanco traslúcido, con siliconado en el interior y aro de seguridad.
- Capacidad de 60cc con graduaciones.
- Capacidad de succión de 24 a 26 pulgadas (609.6 – 660.4 mm de mercurio)
- Consta de un embolo de plástico de diseño ergonómico.
- Presenta un anillo-O del embolo (aro de seguridad), que evita la salida accidental del émbolo y un reborde sobresaliente (ala, ceja) en uno de sus extremos, que permite facilitar la manipulación del dispositivo.
- Libre de rebabas interiores, perforaciones, fracturas, rugosidades, deformaciones, filos cortantes, burbujas, material o partículas extrañas.

1

2 Ficha de Dispositivo Médico AMEU. IETSI

- El embolo de la jeringa de polímero (plástico, polipropileno) de grado médico, deberá desplazarse sin dificultad a lo largo de su recorrido dentro del cilindro, al realiza la acción de inyectar (hacia adentro) o de aspirar (hacia afuera). Libre de fuga del contenido entre el émbolo y cuerpo de la jeringa, por su ensamble hermético. Libre de rebabas, perforaciones, fracturas, rugosidades, deformaciones, filos cortantes, material o particulas extrañas adheridas.
- Tubo con lubricante: silicona fluida 2 cc.

Cánulas Flexibles de N °4,5,6,7,8,9,10,12

- Cánula de polipropileno transparente libre de látex
- Los números: 4,5,6,7,8 con orificios a los costados opuestos
- Los números 9,10 y 12 tiene una sola abertura

Dilatadores Uterinos

- De polipropileno de grado médico, libre de látex.
- Extremos curvados, cónicos y redondeados.
- Set de cinco Dilatadores: Medidas: 5/6mm, 7/8mm, 9/10mm, 11/12mm, y 13/14 mm.

7. Condición Biológica:
   - Aséptico, atóxico y apirógeno

9. De la Presentación:

Características:

- Individual
- Que garantice las propiedades físicas, esterilidad e integridad del producto durante el almacenamiento, transporte y almacenamiento del dispositivo.

Envase Inmediato:

- Envase tipo estuche
- De sellado hermético perimétricamente.
- De fácil apertura.

Envase Mediato:

- Debe proteger la integridad del dispositivo durante su transporte y almacenamiento.
- El material puede ser de cartón u otro.

Logotipo:

- El envase mediato y/o inmediato (en caso que el producto sólo cuente con envase inmediato), debe llevar el logotipo solicitado por la Entidad, con letras visibles y tinta indeleble, preferentemente de color negro:
  - Consignar la frase: "EsSalud".
  - Nombre de la Entidad o LOGOTIPO.
  - Consignar la frase: "Prohibida su Venta"
  - Nomenclatura del proceso de selección.

Embalaje:

- Cajas de cartón nuevas y resistentes que garanticen la integridad, orden, conservación, transporte y adecuado almacenamiento.
- Cajas que faciliten su conteo y fácil apilamiento, precisando el número de cajas apilables.
- Cajas debidamente rotuladas indicando nombre del dispositivo médico, presentación, cantidad, lote, fecha de vencimiento (en caso aplique), nombre del proveedor, especificaciones para la conservación y el almacenamiento.
- Debe descartarse la utilización de cajas de productos comestibles o productos de tocador, entre otros.

10. Rotulado:

De acuerdo a lo autorizado en su Registro Sanitario. El contenido de los rotulados de los envases inmediato y mediato (si aplica) deberá contener información establecida en el marco de los dispositivos legales con

M. MASCARO C. Sub-Gerente – ESSALUD
Dra. T. PAREDES Q. Gerente – ESSALUD
G. GUTIERREZ N. SUB GERENTE – ESSALUD
F. FIESTAS S. GERENTE – ESSALUD

los cuales se otorgó la inscripción o reinscripción de su Registro Sanitario de acuerdo a lo establecido en los artículos 137° y 138° del Decreto Supremo N° 016-2011-SA y Decreto Supremo 029-2015-SA), y ser impresa con tinta indeleble y resistente a la manipulación. Tratándose del número de lote y fecha de expiración, éstos también podrán ser impresos en alto y bajo relieve.
Debe indicar la palabra o símbolos que indiquen "estéril" y de "un solo uso", señalar método de esterilización empleado y fecha de esterilización.

REQUISITOS TÉCNICOS

El dispositivo médico debe contar con los siguientes documentos técnicos vigentes:

1. Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario vigente, otorgado por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM). Además, las Resoluciones de modificación o autorización, en tanto éstas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) y el dispositivo médico ofertado. No se aceptarán productos cuyo Registro Sanitario esté suspendido o cancelado.

   La exigencia de vigencia del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario del producto se aplica para todo el proceso de selección y ejecución contractual.

2. El certificado de análisis es un informe técnico suscrito por el profesional responsable de control de calidad, en el que se señala los análisis realizados en todos sus componentes, los límites y los resultados obtenidos en dichos análisis, con arreglo a las exigencias contempladas en las normas específicas de calidad de reconocimiento internacional. Cuando se haga mención a protocolo de análisis se refiere a certificado de análisis. El certificado de análisis debe corresponder al lote de la muestra presentada.

Los postores deben contar con los siguientes documentos técnicos vigentes:

3. Resolución de autorización Sanitaria de Funcionamiento, emitida por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o la Autoridad regional de Salud (ARS), de acuerdo a lo establecido en el artículo 17° del D.S. N° 014-2011-SA y su primera disposición Complementaria Transitoria.

4. Certificación de Buenas Practicas, en el marco del Art. 110 del D.S. N° 014-2011-SA y su Tercera Disposición Complementaria Final, según corresponda.
   4.1. Para los dispositivos médicos nacionales:
   Fabricantes:
   - Contar con la Certificación de Buenas Prácticas de manufactura (BPM) vigente, que comprenda la fabricación de dispositivos médicos, emitido por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM). En caso de producción por etapas, para cada uno de los laboratorios se debe presentar las Buenas Prácticas de manufactura (BPM) vigentes.

   Droguería:
   - Contar con la Certificación de Buenas Prácticas de manufactura (BPM) vigente del fabricante, que comprenda la fabricación de dispositivos médicos, emitido por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM). En caso de producción por etapas, para cada uno de los laboratorios se debe presentar las Buenas Prácticas de manufactura (BPM) vigentes.
   - Contar con la Certificación de Buenas Practicas de Almacenamiento (BPA) vigente a nombre del postor, emitida por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o Autoridades de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel Regional (ARM) (este último, en caso de la aplicación del Art. 111 del Decreto Supremo N° 014-2011-SA).

4.2. Para dispositivos médicos importados:

- Contar con la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente, emitido por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM), u otro documento que acredite el cumplimiento de Normas de Calidad específicas al tipo de dispositivo médico, por ejemplo, Certificado CE de la Comunidad Europea, Norma ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o Entidad Competente del país de origen. En caso de producción por etapas, para cada uno de los laboratorios se debe presentar el certificado de Buenas Prácticas de manufactura (BPM) u otro documento que acredite el cumplimiento de Normas de Calidad vigentes según lo antes señalado; esto último en concordancia con los artículos 124°, 125°, 126° y 127° del Decreto Supremo N° 016-2011-SA.

  Se considera válido el Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura o su equivalente, otorgado por la Autoridad o entidad competente de los países de Alta Vigilancia Sanitaria. También se considera válido el Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura de las autoridades competentes de otros países con quienes se suscriba convenios de reconocimiento mutuo.

  En el caso que la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) no haya establecido el cronograma de presentación de las solicitudes de Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), el postor debe presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura u otro documento que acredite el cumplimiento de Normas de Calidad específicas al tipo de dispositivo médico, por ejemplo Certificado CE de la Comunidad Europea, Norma ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o Entidad Competente del país de origen.

  En ningún caso el postor podrá presentar la oferta de un dispositivo médico, que tenga impedimento para su internamiento en el país, solicitado por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) a Aduanas, en el marco de lo establecido en el Art. 24 del Decreto Supremo N° 016-2011-SA.

- Contar con la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente a nombre del postor, emitida por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o Autoridades de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel Regional ARM (este último, en caso de la aplicación del Art. 111 del decreto supremo N° 014-2011-SA).

Para el caso de los Certificados emitidos en el extranjero que no consigne fecha de vigencia, estos deben tener una antigüedad no mayor de dos (2) años contados a partir de la fecha de su emisión.
La exigencia de la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) u otro documento que acredite el cumplimiento de Normas de Calidad específicas al tipo de dispositivo médico, por ejemplo Certificado CE de la Comunidad Europea, Norma ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o Entidad Competente del país de origen; y de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigentes se aplica durante todo el proceso de selección y ejecución contractual para dispositivos médicos nacionales e importados.

La documentación detallada en el rubro REQUISITOS, deberá presentarse en idioma español; en caso se presente en idioma diferente al español, ésta deberá estar acompañada de traducción simple correspondiente.

M. MASCARO C. Sub-Gerente

Dra. T. PAREDES Q. Gerente

G. GUTIERREZ N. SUB GERENTE

F. FIESTAS S. GERENTE