



Segunda edición

La atención postaborto centrada en la mujer Manual de referencia

Renuncia: La guía de Ipas titulada *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* (www.ipas.org/actualizacionesclinicas), que se actualiza con regularidad, ofrece la orientación clínica más actualizada de Ipas, la cual sustituye toda orientación que pueda diferir en los currículos u otros materiales de Ipas.

ISBN: 1-882220-41-2
© 2004, 2014 Ipas.

Producido en Estados Unidos de América.

Ipas. (2014). *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia* (segunda edición).
K. L. Turner y A. Huber (Eds.), Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas es una organización sin fines de lucro, que trabaja a nivel mundial para incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho al aborto. Nos esforzamos por eliminar el aborto inseguro, así como las muertes y lesiones causadas por éste, y por ampliar el acceso de las mujeres a servicios de atención integral del aborto, incluidos los servicios de anticoncepción e información y servicios relacionados de salud reproductiva. Procuramos fomentar un ambiente jurídico, político y social que apoye los derechos de las mujeres de tomar sus propias decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva con libertad y seguridad.

Ipas es una organización sin fines de lucro registrada 501(c)(3). Toda donación a Ipas es desgravable al máximo grado permitido por la ley.

Créditos por la foto de la portada: ©Richard Lord

Ilustraciones: Stephen C. Edgerton y Kwikpoint

Las ilustraciones y fotografías utilizadas en esta publicación son para fines ilustrativos únicamente. Cualquier semejanza con alguna persona real, viva o muerta, no es intencional.

Para mayor información o para donar a Ipas:

Ipas
P.O. Box 9990
Chapel Hill, NC 27515 EE.UU.
1-919-967-7052
info@ipas.org
www.ipas.org

Impreso en papel reciclado

Agradecimientos: segunda edición

Esta segunda edición de la publicación de Ipas titulada *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, fue revisada por las siguientes personas que forman parte del personal de Ipas y consultores:

Katherine L. Turner, EE. UU., redactora y revisora principal

Amanda Huber, EE. UU., redactora y revisora principal

Jennifer Soliman, EE. UU., coordinadora de la revisión

Principal equipo de revisión:

Alice Mark, EE. UU.

Bill Powell, EE. UU.

Joan Healy, EE. UU.

Revisoras técnicas:

Alyson Hyman, EE. UU.

Anna de Guzman, EE. UU.

Nadia Shamsuddin, EE. UU.

Agradecimientos: primera edición

La primera edición de este manual, *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, fue redactada por Jeannine Herrick, Katherine Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman.

Otros créditos de la primera edición:

Joan Healy, revisora principal

Mariana Abernathy, revisora

Nina Frankel, revisora

Christina Wegs, revisora

Irina Jacobson, revisora del módulo Servicios de anticoncepción

Susheela Engelbrecht, revisora técnica del texto sobre la mutilación genital femenina

Gabrielle Ross, revisora técnica del texto sobre aborto con medicamentos

Agradecemos de manera especial a las y los colegas que revisaron la primera edición:

Lorelei Goodyear, PATH

Kristina Graff, EngenderHealth

Gwyn Hainsworth, Pathfinder

Edgar Kessler, CIESAR

Ron Magarick, JHPIEGO

Yvonne Sidhom, antiguamente con IntraHealth International

Marcel Vekemans, antiguamente con IntraHealth International

Agradecemos al personal y consultores de Ipas que aportaron a la elaboración de la primera edición:

Nadine Burton, EE. UU.

Mary Mukaddas, Nigeria

Sangeeta Batra, India

Philip Mwalali, Kenia y EE. UU.

Maria de Bruyn, EE. UU.

Singatsho Ndhlovu, Zimbabue

Barbara Crane, EE. UU.

Monica Oguttu, Kenia

Ramatu Daroda, EE. UU.

Sarah Onyango, Kenia

Eliana Del Pozo, Bolivia

José David Ortiz Mariscal, México

Alyson Hyman, EE. UU.

Orero Solomon Otieno, Kenia

Kirti Iyengar, India

Evelise Pochmann da Silva, Brasil

Sharad Iyengar, India

Lucía Rayas, México

Sangeeta Kaul, India

Andrea Saldaña Rivera, México

Aimee Lehman, EE. UU.

Oladapo Shittu, Nigeria

Ann Leonard, EE. UU.

Doree Trottier, EE. UU.

Cari Merlos-Boran, EE. UU.

Judith Winkler, EE. UU.

Acerca de Ipas

Ipas tiene la convicción de que todas las mujeres, incluidas las mujeres jóvenes, tienen el derecho fundamental de recibir servicios de salud sexual y reproductiva y tomar sus propias decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva. Trabajamos a nivel mundial para ampliar el acceso a servicios de salud reproductiva de alta calidad y para incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos reproductivos, especialmente el derecho al aborto seguro y legal. Nos concentramos en eliminar el aborto inseguro, en mejorar el tratamiento de sus complicaciones y en reducir sus consecuencias. Nos esforzamos por empoderar a las mujeres al ampliar su acceso a servicios que mejoren su salud sexual y reproductiva.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y su revisión cinco años después (CIPD+5) promulgaron un mandato claro dirigido a todos los gobiernos signatarios: el aborto inseguro es un problema de salud pública, se debe ofrecer a las mujeres tratamiento para salvar su vida de manera oportuna, se debe garantizar la disponibilidad de anticonceptivos para evitar embarazos no deseados y se debe ofrecer servicios de aborto seguro en casos en que el aborto es permitido por la ley. Ipas está dedicada a **ampliar** los servicios de aborto seguro y de atención postaborto a nivel mundial, al máximo grado permitido por las leyes locales, por medio de capacitación, mejoramiento de la prestación de servicios, promoción y defensa (*advocacy*), vínculos entre las comunidades y los sistemas de salud, investigación y provisión de tecnologías para la salud reproductiva.

Ampliación se define como lograr acceso universal a servicios de alta calidad y sostenibles relacionados con el aborto.

Al lograr acceso universal se asegura que siempre que una mujer busque ayuda cuando tiene relaciones sexuales sin protección, relaciones sexuales no deseadas o un embarazo no deseado, ella encuentre accesibles los servicios que necesita, ya sea información, referencia o servicios clínicos u otros servicios relacionados. Para lograr acceso universal a servicios relacionados con el aborto, es necesario que cada unidad de salud, pública o privada, en el sistema de salud de un país, esté capacitada y equipada y tenga otras medidas establecidas para asegurar que los servicios relacionados con el aborto sean accesibles a las mujeres, incluidas las jóvenes.

Para lograr sostenibilidad en los servicios relacionados con el aborto, se necesita liderazgo político, formulación de políticas, recursos financieros y una infraestructura adecuada del sistema de salud con profesionales de la salud capacitados.

Acerca de este manual

El propósito fundamental de este manual es preparar a prestadores de servicios de salud para la prestación de servicios de atención postaborto (APA) de alta calidad. *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia* puede utilizarse en países donde no hay indicaciones legales para el aborto inducido, donde existen considerables restricciones al aborto inducido, o donde es necesario fortalecer un elemento específico de la APA, como la anticoncepción postaborto. Las personas que piensan impartir cursos de capacitación en APA deberían obtener la publicación de Ipas titulada *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de capacitación*, que contiene indicaciones para el equipo de capacitación, materiales para las actividades y evaluación basada en competencias y otras herramientas de capacitación en servicios relacionados con el aborto. Ese manual fue redactado para atender las necesidades de todos los estilos de aprendizaje de adultos. Este currículo es útil para una amplia audiencia, tales como profesionales de la salud que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva, capacitadores, administradores de programas, educadores en salud, trabajadores sociales, trabajadores de extensión comunitaria y otros trabajadores de salud. El currículo aporta la perspectiva de los derechos de las mujeres a la capacitación y la prestación de servicios relacionados con el aborto. En casi todos los países del mundo, existe una indicación legal para el aborto para salvar la vida de la mujer. Incluso en programas de APA, la capacitación e intervenciones deberían incluir servicios de aborto para todas las indicaciones legales en el entorno.

Este manual sirve de guía para el personal de salud en cuanto a cómo mejorar la calidad de los servicios disponibles para las mujeres que necesitan servicios de evacuación endouterina. Se presenta el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip® y se explica a fondo el procedimiento de evacuación endouterina con la aspiración manual endouterina (AMEU). Además, se explica el método de evacuación endouterina con el uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Todos los métodos descritos aquí son opciones seguras y eficaces para la evacuación endouterina en el primer trimestre. Toda la información clínica en este manual estaba actualizada en el momento en que se presentó para su publicación. Para obtener orientación clínica actualizada, por favor remítase a la serie *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*, en el sitio web de Ipas, www.ipas.org.

El alcance de este currículo es la evacuación endouterina en el primer trimestre. Aunque la aspiración al vacío y métodos con medicamentos pueden usarse después del primer trimestre, en este currículo no se trata la evacuación endouterina para la atención postaborto en el segundo trimestre. Para obtener esta

información, por favor busque “segundo trimestre” en el sitio web de Ipas en: www.ipas.org

Este manual no está destinado a servir de herramienta para el aprendizaje autodirigido. Fue elaborado para utilizarse como manual de referencia para los y las participantes durante cursos facilitados por capacitadores, que incluyen práctica simulada y práctica clínica con pacientes bajo la supervisión de un/a capacitador/a con experiencia clínica; como un recurso para ayudar a refrescar y fortalecer las habilidades de cada participante después de concluir un curso; y como documento de consulta para las personas que buscan información actualizada sobre la atención postaborto.

Este manual ofrece información clínica a fondo sobre la evacuación endouterina efectuada tanto con la AMEU como con medicamentos. Siempre que sea posible, se les debe ofrecer a las mujeres la opción de escoger de entre los diferentes métodos de evacuación endouterina. La información en este manual puede incluirse en los protocolos clínicos para servicios de atención postaborto en centros y sistemas de salud. Además de la información clínica, los módulos tratan asuntos más amplios relacionados con la prestación de servicios y el acceso a estos, tales como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluidos los derechos de las jóvenes, comunicación entre la usuaria y su prestador/a de servicios de salud, alianzas entre prestadores de servicios y la comunidad, calidad de la atención y monitoreo para mejorar los servicios.

La estrategia de Ipas de capacitación centrada en la mujer aborda los aspectos clínicos y no clínicos de los servicios para asegurar la calidad en general de los servicios postaborto. Este enfoque requiere que cada participante siga las recomendaciones clínicas basadas en evidencia y que reflexione sobre los valores, actitudes y mitos asociados con el aborto para asegurar que los servicios atiendan las necesidades de cada mujer, incluidas las jóvenes, según sus circunstancias. Para asegurar que la capacitación sea eficaz, Ipas recomienda leer *Capacitación eficaz en salud reproductiva: Diseño y ejecución del curso*, *Manual de referencia* y *Manual del capacitador*, un currículo elaborado para desarrollar habilidades básicas de capacitación para profesionales en diversas áreas de salud reproductiva, entre ellas administración, políticas y promoción y defensa (*advocacy*).

Actualizaciones y cursos de Ipas clínicos y de prestación de servicios en línea

Actualizaciones clínicas en salud reproductiva ofrece recomendaciones actualizadas basadas en evidencia y protocolos clínicos. Disponible en el sitio web de Ipas, www.ipas.org.

Universidad de Ipas (IpasU) ofrece libre acceso a cursos gratuitos en línea para profesionales de salud reproductiva sobre los servicios de aborto seguro y atención postaborto. Estos cursos pueden utilizarse para el aprendizaje autodirigido o como el componente en línea de un modelo de aprendizaje combinado. Además, los capacitadores pueden utilizar videos u otros materiales insertados durante sus cursos de capacitación. Para ver el catálogo de cursos de la Universidad de Ipas, visite www.ipas.org; para inscribirse y tomar cursos, por favor vaya a www.ipasU.org.

Asuntos de aborto con medicamentos es un boletín informativo semestral, creado para intercambiar perspectivas mundiales en cuanto el acceso, noticias e investigaciones relacionados con los servicios de aborto con medicamentos. Suscríbase en línea en: <http://www.ipas.org/es-MX/Pages/Newsletters.aspx>.

Asuntos de prestación de servicios es un boletín informativo semestral, que ofrece noticias y actualizaciones técnicas, tales como estrategias y herramientas de capacitación y prestación de servicios, recomendaciones clínicas, intervenciones programáticas y resultados de investigaciones. Está dirigido a prestadores de servicios de salud, capacitadores, administradores, especialistas técnicos y otras personas que puedan influir de manera positiva en la prestación de servicios de atención integral del aborto. Suscríbase en línea en: <http://www.ipas.org/es-MX/Pages/Newsletters.aspx>.

Segunda edición

Esta segunda edición de la publicación de Ipas titulada *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia* concuerda con la publicación de la Organización Mundial de la Salud titulada *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda edición (2012) y con otros importantes documentos y artículos basados en evidencia que fueron publicados desde la primera edición del currículo. La OMS formula recomendaciones basadas en evidencia y en la opinión de expertos, con el fin de eliminar las barreras a los servicios, maximizar el acceso a los servicios y optimizar la calidad de la atención, que se aplica en todos los sistemas de salud. Asimismo, Ipas se esfuerza por lograr estas metas en todos nuestros materiales de orientación, capacitación y aprendizaje.

A continuación se presentan los puntos sobresalientes de los cambios en la guía de la OMS publicada en 2012 sobre los servicios relacionados con el aborto, que fueron incorporados en esta segunda edición del currículo de atención postaborto centrada en la mujer:

- Nuevos datos sobre la magnitud del aborto inseguro por región y el impacto que tienen las restricciones jurídicas en el aborto inseguro, especialmente en mujeres jóvenes y adolescentes;
- Normas clínicas basadas en evidencia, que incluyen manejo del dolor, nuevos regímenes de misoprostol para la atención postaborto y anticoncepción postaborto;
- Orientación actualizada sobre la prestación de servicios, que incluye indicadores de atención postaborto, asuntos a considerar en la evaluación periódica, posibles barreras a los servicios y orientación para ampliar los servicios postaborto; y
- Aplicación del marco de derechos humanos para la formulación de políticas y leyes relacionadas con el aborto.

Cuando las normas locales y la guía de la OMS discrepan, los prestadores de servicios deberían ser conscientes de las diferencias.

En esta segunda edición, se abordan las necesidades únicas de las mujeres jóvenes, en un esfuerzo por ampliar la prestación de servicios de atención postaborto y el acceso a estos. Cada año, casi 22 millones de mujeres mundialmente tienen abortos inseguros, casi todos ocurren en países en desarrollo. El número de mujeres adolescentes del mundo está acercándose a 300 millones. Las adolescentes son quienes más sufren debido a las consecuencias negativas del aborto inseguro. El 41% de los abortos inseguros en las regiones en desarrollo ocurren entre mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad, el 15% entre jóvenes de 15 a 19 años de edad y el 26% entre aquéllas de 20 a 24 años de edad. En África subsahariana, el 70% de todas las hospitalizaciones a causa de las complicaciones del aborto inseguro son de mujeres menores de 20 años de edad. Señalamos donde existe evidencia de diferencias clínicas o de otra índole entre mujeres jóvenes y adultas. Cuando corresponde, también señalamos donde se carece de evidencia. A lo largo de este manual, generalmente nos referimos a las mujeres jóvenes (de 10 a 24 años de edad). Cuando la evidencia se aplica específicamente a adolescentes (de 10 a 19 años de edad, según la OMS), utilizamos ese término. Para obtener más información sobre los servicios de aborto para las mujeres jóvenes, por favor remítase a la publicación de Ipas titulada *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*, que se incluye en el CD-ROM del *Manual de capacitación*.

En esta segunda edición, también hemos incluido recomendaciones sobre cómo ampliar el acceso y mejorar los vínculos entre las comunidades y las unidades de salud. Para obtener más información al respecto, por favor remítase a la sección de Vínculos con la comunidad, en los Recursos adicionales.

Capacitación en aclaración de valores y transformación de actitudes (AVTA)

Es probable que los prestadores de servicios de salud y capacitadores tengan sus propias creencias y actitudes respecto a las opciones preferidas de métodos y servicios de aborto para las mujeres, incluidas las jóvenes. Los prestadores de servicios pueden mostrar preferencia por un método, la cual quizás no esté relacionada directamente con el cuadro clínico de la mujer o las circunstancias de su entorno. Es posible que dirijan a la mujer hacia determinado método o régimen que no sea acorde a las necesidades de la mujer y su decisión informada de elegir. Muchos prestadores de servicios de salud también están acostumbrados a efectuar el procedimiento de evacuación endouterina. A diferencia de la aspiración por vacío y según el protocolo, el método de aborto con medicamentos puede darle más control a la mujer que al profesional de la salud, sobre la evacuación endouterina. En muchos de los protocolos aprobados, la mujer puede iniciar y manejar el proceso del aborto en su casa o en otro lugar fuera de la unidad de salud donde le resulte más conveniente y cómodo. Es posible que los prestadores de servicios desconfíen de la capacidad de la mujer para vigilar el proceso del aborto correctamente. La incomodidad que siente el profesional, ya sea consciente o inconscientemente, con que las mujeres manejen el procedimiento de evacuación endouterina por sí mismas, especialmente las jóvenes, puede influir en cómo se proporcionan o si se proporcionan los servicios de aborto.

El enfoque de la atención centrada en la mujer significa que cada prestador/a de servicios debería:

- Reconocer sus creencias y valores personales respecto al aborto;
- Separar sus creencias y valores de los de sus pacientes y centrarse en las necesidades de cada paciente;
- Mostrar respeto hacia todas las mujeres, sin importar su edad, estado civil, comportamientos sexuales y reproductivos o sus decisiones;
- Tratar a las mujeres con empatía, entender sus sentimientos y puntos de vista, y comunicar a cada mujer este entendimiento.

La aclaración de valores puede aumentar los conocimientos y mejorar las actitudes respecto al aborto, además de ayudar a las

y los profesionales de la salud a identificar sus propias creencias y valores, examinar las consecuencias de sus acciones, aprender a separar sus valores de los de sus pacientes y ofrecer atención de una manera que muestre respeto por los derechos y las decisiones de la mujer y que se atenga a sus responsabilidades profesionales. Los administradores y mentores clínicos pueden ayudar a establecer y mantener un entorno de sensibilidad y respeto por las necesidades de la mujer por medio de diferentes métodos, incluidos la aclaración de valores y otros tipos de capacitación, tutoría clínica, supervisión capacitante, retroalimentación de colegas, evaluaciones anónimas y encuestas a pacientes. Para obtener más información sobre la consejería centrada en la mujer y la aclaración de valores, por favor remítase a la sección de Consentimiento informado, información y consejería, en los Recursos adicionales.

Las actividades del juego de herramientas y actividades de AVTA de Ipas que han sido adaptadas para las mujeres jóvenes pueden utilizarse para abordar las creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el aborto. Otras actividades adicionales han sido adaptadas también para el uso del misoprostol en la atención postaborto. Para obtener más información, actividades y herramientas de capacitación sobre la aclaración de valores y transformación de actitudes respecto al aborto, por favor remítase a las siguientes publicaciones de Ipas:

Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales en <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Actividades-de-aclaracion-de-valores-adapt.aspx>

Transformación de actitudes respecto al aborto: actividades de aclaración de valores adaptadas para las mujeres jóvenes en <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Actividades-de-aclaracion-de-valores-adapt.aspx>

Referencias bibliográficas

En el texto se citan descripciones de estudios individuales, citas directas y recursos y herramientas adaptados de un documento en particular. Todas las demás referencias para el módulo aparecen al final del texto principal de cada módulo. Los recursos adicionales para cada módulo aparecen al final del manual. Todos los sitios web fueron consultados por última vez en septiembre de 2012.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2000). *Estado de la población mundial 2000: Vidas juntas, mundos aparte*. Nueva York, NY: UNFPA.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Shah, I. H. y Åhman, E. (2012). Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reproductive Health Matters*, 20(39), 169-173.

Turner, K. L., Andersen, K. L., Pearson, E. y George, A. (2013). *Values Clarification to Improve Abortion Knowledge, Attitudes and Intentions: Global Evaluation Results*. Manuscrito presentado para su publicación. Chapel Hill: Carolina del Norte: Ipas.

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Turner, K. L. y Page, K. C. (2009). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill: Carolina del Norte: Ipas.

Para obtener información sobre el instrumental de AMEU, los medicamentos para inducir el aborto y otras tecnologías de salud reproductiva, y para hacer pedidos, diríjase a WomanCare Global por correo electrónico en customerservice@womancareglobal.org o por teléfono al +44.20.3056.7758.

Para pedir ejemplares de este manual u otros recursos de Ipas, diríjase a Ipas a:

P.O. Box 9990, Chapel Hill, NC 27515 EE. UU.

Teléfono: 919-967-7052

Llamada gratuita (en Estados Unidos): 800-334-8446

Fax: 919-929-7687

Correo electrónico: publications@ipas.org

O visite www.ipas.org

Índice

Visión general y principios rectores.....	1
1.0 Introducción	1
2.0 Elementos clave de la atención postaborto centrada en la mujer	3
3.0 Compromiso internacional para disminuir el aborto inseguro.....	4
4.0 La atención postaborto centrada en la mujer	5
5.0 Defendiendo los derechos de las mujeres en los servicios de atención postaborto	8
6.0 Resumen.....	10
Derechos reproductivos.....	15
1.0 Introducción	15
2.0 Derechos reproductivos	16
3.0 Barreras en el acceso y en la prestación de servicios de atención postaborto.....	22
4.0 Prestadores de servicios como promotores de los derechos de las mujeres.....	25
5.0 Resumen.....	26
Anexo A: Comités de monitoreo de los tratados de derechos humanos	31
Vínculos con la comunidad	33
1.0 Introducción	33
2.0 Diagnóstico comunitario	35
3.0 Intervenciones comunitarias.....	37
4.0 Resumen.....	41
Anexo A: Posibles audiencias y temas para información, educación y comunicación sobre atención postaborto.....	44
Métodos de evacuación endouterina	45
1.0 Introducción	45
2.0 Aspiración por vacío.....	47
3.0 Misoprostol.....	50
4.0 Manejo expectante	51
5.0 Otros métodos: legrado uterino instrumental.....	52
6.0 Resumen.....	54
Anexo A: Opciones de tratamiento para la APA.....	61
Monitoreo para mejorar los servicios	63
1.0 Introducción	63
2.0 ¿Qué es el monitoreo y por qué es importante?	64

3.0 Claves para un sistema de monitoreo eficaz.....	65
4.0 Monitoreo de eventos adversos.....	67
5.0 Los cuatro pasos de un monitoreo eficaz.....	67
6.0 Resumen.....	71
Anexo A: Formulario de consentimiento informado: entrevista	73
Anexo B: Formulario de consentimiento informado: observación.....	74
Anexo C: Lista de verificación para la revisión de expedientes de pacientes.....	75
Consentimiento informado, información y consejería	77
1.0 Introducción	77
2.0 Consentimiento informado voluntario	78
3.0 Opciones de procedimientos.....	79
4.0 Consejería en los servicios de atención postaborto.....	81
5.0 Privacidad y confidencialidad.....	83
6.0 Valores y empatía	84
7.0 Comunicación eficaz	85
8.0 Sistema de referencia.....	88
9.0 Cierre de la sesión de consejería	88
10.0 Consideraciones especiales	89
11.0 Resumen.....	89
Anexo A: Consideraciones especiales.....	93
Servicios de anticoncepción	97
1.0 Introducción	97
2.0 Consejería anticonceptiva y provisión de un método después de la atención postaborto	99
3.0 Modelos de prestación de servicios.....	99
4.0 Necesidades anticonceptivas de las mujeres después de la atención postaborto.....	100
5.0 Derechos a la privacidad, a la confidencialidad y a la elección informada.....	102
6.0 Participación de las parejas.....	103
7.0 Elementos esenciales de la consejería anticonceptiva.....	103
8.0 Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos después de una evacuación endouterina	105
9.0 Anticoncepción de emergencia	108
10.0 Consideraciones especiales para la consejería anticonceptiva.....	109
11.0 Resumen.....	109
Anexo A: Factores individuales, fundamentos y recomendaciones para la consejería.....	115
Anexo B: Directrices para la selección de anticonceptivos por método.....	116
Anexo C: Consideraciones especiales para la consejería anticonceptiva	121

Prevención de infecciones	127
1.0 Introducción	127
2.0 Transmisión de infecciones.....	128
3.0 Elementos de la prevención de infecciones.....	129
4.0 Manejo de la exposición ocupacional	136
5.0 Resumen.....	137
Anexo A: Contenedor para objetos punzocortantes	139
Anexo B: Instrucciones para preparar una solución de cloro al 0.5%	140
Evaluación clínica	141
1.0 Introducción	141
2.0 Historia clínica de la paciente.....	143
3.0 Examen físico	144
4.0 Análisis de laboratorio.....	149
5.0 Ultrasonido y embarazo ectópico	150
6.0 Infecciones del tracto reproductor	151
7.0 Consideraciones especiales durante la evaluación clínica	151
8.0 Resumen.....	152
Anexo A: Administración de antibióticos.....	155
Anexo B: Ejemplo de un formulario de datos de la paciente	156
Anexo C: Diagnóstico y tratamiento de los diferentes tipos de aborto.....	158
Instrumental de Ipas para la AMEU.....	159
1.0 Introducción	159
2.0 Características y uso del instrumental	159
3.0 Procesamiento y cuidado del instrumental de Ipas	165
4.0 Resumen.....	175
Anexo A: Comparación del instrumental de Ipas.....	178
Anexo B: Métodos para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus, los adaptadores y las cánulas Ipas EasyGrip.....	180
Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus	185
1.0 Introducción	185
2.0 Preparación	186
3.0 Manejo del dolor.....	187
4.0 Procedimiento de evacuación endouterina	191
5.0 Cuidados post-procedimiento	198
6.0 Cuidados de seguimiento	202

7.0	Consideraciones especiales: las mujeres jóvenes	204
8.0	Resumen.....	204
Anexo A:	Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU	211
Anexo B:	Equipo y suministros para efectuar el procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus	217
Anexo C:	Preparación cervical antes de la aspiración endouterina para un aborto del primer trimestre	218
Anexo D:	Ejemplo de formulario para referencia clínica.....	219
Anexo E:	Hoja de información para el alta.....	220
Anexo F:	Ejemplo del formulario para el seguimiento médico.....	221
Anexo G:	Consejos para el uso del aspirador Ipas AMEU Plus.....	223
Evacuación endouterina con misoprostol.....		227
1.0	Introducción	227
2.0	Preparación	228
3.0	Regímenes recomendados.....	231
4.0	Efectos esperados	234
5.0	Posibles efectos secundarios.....	236
6.0	Complicaciones.....	236
7.0	Instrucciones antes de egresar de la unidad de salud	237
8.0	Cuidados de seguimiento	239
9.0	Misoprostol para el tratamiento del aborto diferido o de muerte fetal intrauterina.....	240
10.0	Resumen.....	240
Anexo A:	Flujograma clínico	245
Anexo B:	Folletos para las mujeres	246
Complicaciones		251
1.0	Introducción	251
2.0	Complicaciones que presenta la mujer al llegar a la unidad de salud.....	252
3.0	Complicaciones relacionadas con el procedimiento.....	252
4.0	Complicaciones relacionadas con el embarazo	253
5.0	Evaluación inicial rápida y manejo de shock	253
6.0	Evaluación secundaria para determinar las causas subyacentes de shock	254
7.0	Diagnóstico y manejo de complicaciones específicas	255
8.0	Respuesta a urgencias.....	264
9.0	Cuidados post-procedimiento	266
10.0	Monitoreo de eventos adversos serios	266
11.0	Resumen.....	270

Recursos adicionales.....	275
Glosario.....	283

El currículo de Ipas relacionado con capacitación para servicios de aborto y otros recursos en CD-Rom relacionados con este currículo: (disponible en La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de capacitación, segunda edición, y en línea en www.ipas.org)

La atención integral del aborto centrada en la mujer

La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición (archivo pdf)

La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de capacitación, segunda edición (archivo pdf)

Actividades adicionales del módulo

Presentación en PowerPoint (archivo ppt)

Materiales de capacitación: constancia de competencia, constancia de asistencia, evaluación diaria, evaluación de fin de curso y programa de capacitación (archivos doc)

La atención postaborto centrada en la mujer

La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición (archivo pdf)

Actividades adicionales del módulo

Presentación en PowerPoint (archivo ppt)

Material de Ipas para la capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos

Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos, segunda edición (archivo pdf)

Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos, segunda edición (archivo pdf)

Presentación en PowerPoint y flash plug-in (archivos ppt y swf)

Presentación en PowerPoint sobre el programa concurso (archivo ppt)

Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip (cartel de pared)

Pasos para realizar el procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU) (cartel de pared)

Guía y herramientas para la gestión de insumos

Guía de Ipas para la gestión de insumos de aborto con medicamentos (archivo zip)

Guía de trabajo: Plan para un abastecimiento continuo del instrumental de AMEU (archivo pdf)

Planificación de un suministro sostenible del instrumental de aspiración manual endouterina: una guía para administradores de programas, segunda edición (pdf)

Abastecimiento de los establecimientos de salud con equipo de AMEU de acuerdo con la casuística (archivo pdf)

La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación
(archivos pdf y ppt)

Capacitación eficaz en salud reproductiva: Diseño y ejecución del curso: Manual de referencia
(archivo pdf)

Capacitación eficaz en salud reproductiva: Diseño y ejecución del curso: Manual del capacitador
(archivo pdf)

Capacitación eficaz en salud reproductiva: Diseño y ejecución del curso, Presentación en Powerpoint
(archivo ppt)

Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales (archivos pdf y ppt)

Prestadores de servicios como promotores de la atención segura del aborto: Manual de capacitación
(pdf y ppt)

Guía de la OMS Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición

Visión general y principios rectores

1.0 Introducción

La atención postaborto (APA) consiste en una serie de intervenciones médicas destinadas a tratar a una mujer que acude a la unidad de salud después de un aborto, ya sea espontáneo o inducido (con o sin complicaciones). Es un componente importante de los servicios de atención integral a la salud reproductiva, que salva la vida de las mujeres y disminuye las tasas de morbilidad.

La atención postaborto (APA) centrada en la mujer tiene un enfoque integral, que toma en cuenta las necesidades de la salud física y emocional de cada mujer, sus circunstancias y su posibilidad de obtener atención médica. Esto incluye el tratamiento del aborto incompleto, aborto diferido o aborto inseguro; consejería amable; servicios de anticoncepción; servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva proporcionados en la misma unidad de salud o por medio de referencias a otras

unidades de salud accesibles; y alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios.

Según el marco de los derechos humanos, las mujeres, incluidas las jóvenes y las mujeres solteras, tienen derecho a recibir servicios relacionados con el aborto. Al hacer referencia al derecho de las mujeres a recibir atención postaborto, Ipas incluye a las mujeres de todas las edades, incluidas las jóvenes y mujeres solteras. Las condiciones que facilitan u obstaculizan el acceso de una mujer a los servicios de atención postaborto determinan su capacidad para ejercer ese derecho. Entre esas condiciones se encuentran:

- Un sistema jurídico de apoyo;
- El compromiso del gobierno y la población general con la salud de las mujeres;
- La libertad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos;
- Una infraestructura adecuada y recursos económicos para que el sistema de salud pueda atender a todas las mujeres necesitadas;
- Apoyo social y cultural para los derechos de las mujeres.

El derecho de la mujer a la atención postaborto de alta calidad se cumple solo cuando:

- Se le ofrece el mayor número posible de opciones.
- Ella puede tener acceso a los servicios.
- Se le ofrece atención respetuosa, no estigmatizante y confidencial.

En ámbitos restringidos por las leyes, se debería ofrecer servicios de aborto inducido para todas las indicaciones legales al máximo grado permitido por la ley.

- “La cantidad de declaraciones y resoluciones firmadas por los países en las últimas dos décadas (...) indica que existe un consenso cada vez mayor acerca de que el aborto inseguro es una causa importante de mortalidad materna que puede, y debe, prevenirse mediante la educación sexual, la planificación familiar, los servicios para un aborto sin riesgos en la medida que lo permita la ley y la atención posterior al aborto en todos los casos. También hay consenso respecto de que siempre debe ofrecerse atención posterior al aborto y de que es fundamental ampliar el acceso a un método anticonceptivo moderno para prevenir los embarazos no deseados y los abortos inseguros. En consecuencia, la justificación lógica desde el punto de vista de la salud pública para evitar el aborto inseguro es clara e inequívoca”. (OMS, 2012)
- “En los países donde el aborto legal está sumamente

Aborto espontáneo: pérdida del embarazo antes de la viabilidad fetal (a veces conocida como pérdida del embarazo precoz o aborto natural).

Aborto inducido: interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, que puede ser en condiciones seguras o inseguras.

Aborto incompleto: aborto espontáneo o inducido, en el cual parte de los restos ovulares fueron expulsados y otros permanecen en el útero.

Aborto diferido: aborto espontáneo en el cual el embarazo terminó pero los restos ovulares permanecen en el útero.

restringido, es posible que se dé un acceso desigual a un aborto sin riesgos. En estos contextos, los abortos que cumplen con los requisitos de seguridad se convierten en el privilegio de los ricos, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que acudir a profesionales no seguros, que provocan discapacidades y la muerte". (OMS, 2012)

Este módulo constituye la base del currículo. Es un prerrequisito recomendado para profesionales de la salud que reciben capacitación en la prestación de servicios de atención postaborto. Además, ofrece una introducción a los siguientes conceptos:

- Atención postaborto
- Derechos de las usuarias
- Ética de las y los profesionales de la salud

En módulos subsiguientes se proporciona más información sobre la prestación de servicios basada en los conceptos expuestos en este módulo. Para mayor información sobre la prestación de servicios de aborto centrados en la mujer, remítase al currículo de Ipas *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.

2.0 Elementos clave de la atención postaborto centrada en la mujer

La atención postaborto consiste en cinco elementos:

- *Tratamiento* del aborto incompleto y del aborto inseguro, así como de las complicaciones relacionadas con el aborto con riesgo de muerte;
- *Consejería* para identificar y responder a las necesidades de la salud mental y física de las mujeres, así como a otras inquietudes;
- *Servicios de anticoncepción* y de planificación familiar para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados o practicar el espaciamiento de los nacimientos;
- *Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud* que, de preferencia, son proporcionados en la misma unidad de salud o por medio de referencia a otras unidades de salud accesibles dentro de la red de prestadores de servicios de salud;
- *Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud* para evitar embarazos no deseados y abortos inseguros, para movilizar los recursos a fin de ayudar a las

Datos sobre el aborto inseguro

- Se estima que unos 22 millones de abortos continúan realizándose en condiciones de riesgo cada año, lo cual causa la muerte de aproximadamente 47,000 mujeres y la discapacidad de unas 5 millones más.
 - Casi la mitad de todos los abortos en el mundo son inseguros; y casi todos los abortos inseguros (98%) ocurren en países en desarrollo.
 - Entre 1995 y 2008, la tasa de abortos inseguros a nivel mundial permaneció esencialmente sin cambios: 14 abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años de edad.
- Durante el mismo período, el porcentaje de todos los abortos que eran inseguros aumentó de 44% a 49%.
- En 2008, el número estimado anual de muertes por aborto inseguro fue de 47,000. Un 13% de todas las muertes maternas del mundo se atribuyeron a las complicaciones del aborto inseguro.
- El aborto inseguro es una importante causa de enfermedad entre las mujeres en los países en desarrollo. Las estimaciones para el año 2005 indican que, cada año, 8.5 millones de mujeres sufren complicaciones derivadas de abortos inseguros, que requieren atención médica; y tres millones de esas mujeres no reciben la atención que necesitan.

mujeres a recibir atención apropiada y oportuna para las complicaciones del aborto, y asegurar que los servicios de salud reflejen y cubran las expectativas y necesidades de la comunidad.

(Adaptado del Consorcio de Atención Postaborto, 2002)

Cada uno de estos elementos se tratará en los módulos subsiguientes.

3.0 Compromiso internacional para disminuir el aborto inseguro

Cada año, según la OMS, millones de mujeres tienen abortos inseguros realizados “por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se llevan a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”. Las muertes y lesiones atribuibles a abortos inseguros continúan siendo un grave problema de salud pública. La atención postaborto es una respuesta a este problema.

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, los gobiernos acordaron que se debe ofrecer a las mujeres tratamiento oportuno para salvarles la vida y que debe haber anticonceptivos disponibles para evitar embarazos no deseados. Casi todos los países estuvieron de acuerdo en que, en los lugares donde el aborto es permitido por la ley, éste debería ser seguro.

Posteriormente, los gobiernos reafirmaron y reforzaron este consenso en cinco conferencias mundiales:

- La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), celebrada en 1995 en Beijing;
- La revisión de cinco años después de la CIPD, en 1999 (CIPD+5);
- La revisión de cinco años después de la CCMM, en el año 2000;
- La Cumbre del Milenio en el año 2000, durante la cual se estableció el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir drásticamente la mortalidad materna.

Los gobiernos acordaron que en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud tienen la obligación de “capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible” (cita del Párrafo 63iii del documento de la conferencia CIPD+5).

Independientemente de las leyes y políticas, todos los sistemas de salud se enfrentan a la realidad de las mujeres que necesitan atención postaborto.

El acceso de las mujeres a servicios de APA es una parte esencial de la iniciativa para una maternidad sin riesgos. Los gobiernos y trabajadores de salud tienen la obligación ética de cumplir con este derecho mediante la prestación de servicios de salud reproductiva sensibles y de alta calidad, que incluyan la atención postaborto. La atención postaborto oportuna y clínicamente competente salva la vida de las mujeres. (Para obtener más información sobre las políticas y los derechos relacionados con la atención postaborto, por favor remítase al módulo de Derechos reproductivos.)

4.0 La atención postaborto centrada en la mujer

La atención postaborto centrada en la mujer consiste en una variedad de servicios médicos y otros servicios de salud relacionados y consta de tres elementos clave:

1. Elección
2. Acceso
3. Calidad

4.1 Elección

En lo que se refiere a los derechos sexuales y reproductivos, elección significa que otras personas no deberían interferir con las opciones y decisiones de la mujer respecto a su cuerpo y su salud. En la atención postaborto, elección significa que la mujer tiene derecho a:

- Determinar qué procedimientos de atención postaborto, anticonceptivos, prestadores de servicios y unidades de salud disponibles utilizará;
- Que se le proporcionen los medios para determinar si quiere o no quedar embarazada en el futuro y cuándo hacerlo;
- Hacer una elección informada, después de recibir información completa y exacta;
- Tener la oportunidad de hacer preguntas y expresar sus inquietudes a su prestador/a de servicios.

Para brindar una atención centrada en la mujer, cada trabajador/a de salud debe reconocer y responder al derecho de la mujer de elegir entre varias opciones, independientemente de su edad o estado civil.



4.2 Acceso

El acceso de la mujer a los servicios es determinado en parte por la disponibilidad de prestadores de servicios capacitados y con competencia técnica, que:

- Usan tecnologías clínicas apropiadas;
- Son fáciles de acceder en las comunidades locales;
- Tienen muchos puntos de entrega de servicios;
- Cobran tarifas razonables y brindan los servicios de manera oportuna, sin obstáculos logísticos y administrativos innecesarios, y proporcionan servicios de urgencia independientemente de la capacidad de la mujer para pagar por estos;
- Muestran actitudes respetuosas, amables y empáticas;
- No niegan servicios en base a la condición económica, el estado civil, la edad, el nivel de escolaridad, la condición social, las creencias religiosas o políticas, la raza o etnia, o la preferencia sexual de la mujer.

Además, los factores culturales y la sostenibilidad de los servicios a largo plazo influyen en el acceso.

4.3 Calidad

Algunos aspectos fundamentales de la atención de alta calidad son:

- Adaptar la atención a las circunstancias sociales y necesidades de cada mujer;
- Proporcionar información y consejería que apoyen la toma de decisiones informadas, incluyendo a las mujeres jóvenes, que posiblemente necesiten más información o tiempo para tomar una decisión informada;
- Asegurar confidencialidad, privacidad, respeto e interacciones positivas entre las mujeres y el personal en la unidad de salud, sin importar la edad o el estado civil de la mujer;
- Utilizar las tecnologías médicas recomendadas a nivel internacional, particularmente la aspiración manual endouterina (AMEU) y el misoprostol;
- Seguir las normas clínicas correspondientes y los protocolos para la prevención de infecciones, el manejo del dolor y el manejo de las complicaciones;
- Proporcionar servicios de anticoncepción y una variedad de métodos anticonceptivos en el momento de los servicios postaborto, para ayudar a la mujer a evitar embarazos no deseados y asegurar el sano espaciamiento entre los nacimientos
- Proporcionar servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud, tales como tamizaje, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, y detección y consejería en situaciones de violencia sexual;
- Asegurar que se atiendan las necesidades únicas de las mujeres jóvenes;
- Tener sistemas establecidos para monitorear eventos adversos;
- Tener sistemas establecidos para mejorar la calidad, que incluyan la participación de integrantes de la comunidad.

5.0 Defendiendo los derechos de las mujeres en los servicios de atención postaborto

Todas las mujeres tienen derecho a recibir con prontitud atención médica y consejería postaborto de alta calidad, ya sea que hayan tenido un aborto espontáneo o inducido, sin importar el estado legal del aborto. Además, las mujeres tienen derecho a recibir información sobre su condición médica y tomar decisiones informadas sobre sus opciones médicas y reproductivas.

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF, por sus siglas en inglés) emitió una declaración oficial, en la cual afirma que los derechos sexuales y reproductivos son elementos esenciales de los derechos humanos. Los 12 principios son los siguientes:

1. *El derecho a la vida.* No se debe poner en riesgo la vida de ninguna mujer por motivo de un embarazo.
2. *El derecho a la libertad y seguridad de la persona.* Ninguna mujer debe ser forzada a un embarazo, esterilización o a un aborto.
3. *El derecho a la igualdad y a estar libre de todas las formas de discriminación.* Esto se extiende a la vida sexual y reproductiva de cada mujer.
4. *El derecho a la privacidad.* Todos los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser confidenciales. Todas las mujeres tienen derecho a tomar independientemente sus decisiones reproductivas.
5. *El derecho a la libertad de pensamiento.* Esto incluye libertad en cuanto a la interpretación restringida de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres como herramientas usadas para limitar la libertad de pensamiento respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva.
6. *El derecho a la información y a la educación.* Incluye información y educación sobre salud sexual y reproductiva, acceso a información completa y consentimiento libre e informado.
7. *El derecho de decidir casarse o no y de planificar y tener una familia.*
8. *El derecho de decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos.*
9. *El derecho a la atención médica y a la protección de la salud.* Incluye el derecho a servicios de salud de la

más alta calidad, y el derecho a estar libres de prácticas tradicionales que son perjudiciales para la salud.

10. *El derecho de gozar de los beneficios de los progresos científicos.* Incluye el derecho a beneficiarse de las nuevas tecnologías en salud reproductiva que son seguras, eficaces y aceptables.
11. *El derecho a la libertad de reunión y de participación política.* Incluye el derecho de todas las personas a influir en las comunidades y los gobiernos para priorizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
12. *El derecho a una vida libre de tortura y trato inhumano.* Incluye el derecho a la protección contra la violencia, explotación sexual y abuso.

(Adaptado de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1996)

5.1 Valores, actitudes, empatía y respeto

Los prestadores de servicios de salud deben aprender a separar sus creencias personales de sus prácticas profesionales y tratar a todas las mujeres por igual, independientemente de su edad o estado civil. Las actitudes de las y los profesionales de la salud hacia las mujeres tienen una influencia considerable. Una interacción positiva con profesionales de la salud que demuestran empatía y respeto eleva la satisfacción de la mujer con la atención médica recibida, la motiva a seguir las instrucciones sobre los cuidados médicos, y aumenta la probabilidad de que confíe en las y los profesionales de la salud y busque atención médica en el futuro. Las interacciones positivas son la base de una buena relación entre los prestadores de servicios de salud y la comunidad que atienden, lo cual puede crear un ambiente de apoyo para su trabajo.

5.2 Interacción y comunicación

Las interacciones y comunicaciones positivas entre prestadores de servicios de salud y usuarias son esenciales para una atención médica de alta calidad. Es importante no hacer suposiciones sobre las mujeres que buscan estos servicios. Cada trabajador/a de salud debe pensar, hablar y actuar de la manera más neutral posible, y adaptar su comportamiento y sus palabras a las señales mostradas por cada mujer. Esto es de particular relevancia en el caso de las mujeres jóvenes. Dado que el aborto es una situación sumamente estigmatizada en los servicios de salud, cada prestador/a de servicios debe tomar medidas adicionales para asegurarse de que no contribuyen a la estigmatización por medio

de sus acciones y palabras.

5.3 Privacidad y confidencialidad

Es esencial que la atención postaborto y la consejería se proporcionen en privado y de manera confidencial.

- Los administradores deberían establecer políticas de confidencialidad en las áreas de tratamiento.
- El personal debería explicar la política de privacidad a cada mujer.
- El equipo de administración debería establecer y hacer cumplir estrictas políticas y procedimientos de confidencialidad que sean aplicables a todos los trabajadores de salud.
- Se debe proteger el acceso a los datos de cada usuaria.
- Se debe establecer privacidad auditiva y visual antes de hablar con la paciente o examinarla.

5.4 Consentimiento informado y voluntario

Las y los profesionales de la salud no deben realizar intervenciones médicas hasta que la mujer haya dado su consentimiento informado y firmado un formulario de consentimiento por escrito. Las mujeres jóvenes son capaces de tomar la decisión de buscar atención postaborto. En algunos ámbitos, es apropiado y común proporcionar consentimiento verbal frente a un testigo en vez de consentimiento por escrito. La obtención del consentimiento informado no debe retrasar el procedimiento de emergencia necesario para salvar la vida de la mujer.

6.0 Resumen

- Este módulo sirve de prerrequisito recomendado para este currículo.
- Todas las mujeres, incluidas las jóvenes, tienen derecho de recibir atención postaborto de alta calidad.
- La atención postaborto centrada en la mujer consiste en: tratamiento del aborto incompleto, diferido o inseguro; consejería amable; servicios de anticoncepción; servicios relacionados de salud sexual y reproductiva proporcionados en la misma unidad de salud o por medio

de referencia a otras unidades de salud accesibles; y alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios.

- La atención postaborto (APA) está conformada por cinco elementos creados para manejar el aborto incompleto y sus complicaciones o problemas:
 - Tratamiento
 - Consejería
 - Servicios de anticoncepción
 - Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud
 - Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios
- La elección, el acceso y la calidad son tres elementos fundamentales de la atención postaborto centrada en la mujer.
- Cada mujer debe poder elegir de entre varias opciones tras recibir información completa y exacta.
- Los trabajadores de salud deben entender el concepto de los derechos de las mujeres a fin de tener interacciones profesionales y brindar atención amable y de alta calidad.
- Los trabajadores de salud deben demostrar empatía y respeto por las mujeres y garantizar privacidad y confidencialidad.
- Los trabajadores de salud deben explicar a la mujer su condición médica y sus opciones en un lenguaje no técnico, y obtener su consentimiento informado y voluntario antes de iniciar el tratamiento.
- Los trabajadores de salud deben estar capacitados, tener competencia técnica y emplear tecnologías clínicas apropiadas para brindar atención de alta calidad.

Referencias bibliográficas

Alan Guttmacher Institute y la Organización Mundial de la Salud. (2012). *Facts on induced abortion worldwide*. Nueva York, NY: Alan Guttmacher Institute.

Burns, A. A., Lovich, R., Maxwell, J. y Shapiro, K. (2012). *Where women have no doctor: A health guide for women*. Fuente http://en.hesperian.org/hhg/Where_Women_Have_No_Doctor.

Cook, R. J. y Dickens, B. M. (2000). *Considerations for formulating reproductive health laws*, segunda edición. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Corbett, M. R. y Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: Origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106-111.

Creinin, M. D., Schwartz, J. L., Guido, R. S. y Pymar, H. C. (2001). Early pregnancy failure: Current management concepts. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 56(2), 105-113.

Family Health International. (1999). Client-provider interaction: Family planning counseling. *Contraceptive Technology and Reproductive Health Series*. Fuente <http://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/Modules/CPI/s1pg1.htm>

Federación Internacional de Planificación de la Familia. (1996). *The IPPF charter on sexual and reproductive rights*. Londres, Reino Unido: Federación Internacional de Planificación de la Familia.

Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romer, M., Ganatra, B., Okonofua, F. E. y Shah, I. H. (2006). Unsafe abortion: The preventable pandemic. *The Lancet*, 368(9550), 1908-1919.

Hall, J. A., Roter, D. L. y Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26(7), 657-675.

Ipas. (2013). *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia* (segunda edición). K. L. Turner y A. Huber (Eds.) Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

John, J. (1991). Improving quality through patient-provider communication. *Journal of Health Care Marketing*, 11(4), 51-60.

Leonard, A. H. y Winkler, J. (1991). Marco conceptual de calidad de atención para el tratamiento del aborto. *Adelantos en el Tratamiento del Aborto*, 1(1).

Naciones Unidas. (1995). *Programa de acción de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer*. Trabajo presentado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China.

Naciones Unidas. (1994, 5-13 de septiembre de 1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Trabajo presentado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto.

Naciones Unidas. (1999). Informe del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Medidas clave

para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. (A/S-21/5/Add. 1). Nueva York, NY: Naciones Unidas.

Naciones Unidas, Asamblea General. (2000). *Declaración del milenio*. (55/2). Nueva York, NY: Naciones Unidas.

Naciones Unidas, Secretario General. (2010). *Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño*. Ginebra, Suiza: Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda edición. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS).

Postabortion Care (PAC) Consortium. (2013). PAC Consortium's five essential elements of PAC. Fuente <http://www.pac-consortium.org/index.php/PACmodel>.

Winkler, J. y Gringle, R. E. (1999). *Postabortion family planning: A two-day training curriculum guide for improving counseling and services*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Yellen, E. y Davis, G. C. (2001). Patient satisfaction in ambulatory surgery. *Association of Operating Room Nurses (AORN) Journal*, 74(4), 483-498.

Derechos reproductivos

Temas clave en este módulo:

- Marco internacional de derechos humanos para la atención postaborto
- Barreras en torno a los servicios postaborto

1.0 Introducción

Este módulo fue creado para dar una visión general del apoyo jurídico, político y de derechos humanos para la prestación de servicios de atención postaborto en todas las circunstancias y servicios de aborto seguro para todas las indicaciones legales.

Varios documentos internacionales de derechos humanos han tratado el tema de salud sexual y reproductiva. En la primera sección de este módulo se presenta información sobre estos documentos. La segunda parte de este módulo aborda los

obstáculos que impiden a las mujeres acceder a servicios de atención postaborto y presenta posibles soluciones que los prestadores de servicios pueden tomar para superar esos obstáculos. (Para obtener más información sobre el activismo y la promoción y defensa, o *advocacy*, por favor remítase a Recursos adicionales, Derechos reproductivos.)

2.0 Derechos reproductivos

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos... Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.

Esta definición integral de la salud y los derechos reproductivos fue expresada en el Programa de Acción acordado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas, celebrada en 1994. Proporciona un marco para legitimar y proteger los derechos reproductivos de las mujeres.

Entre los derechos específicos que apoyan los servicios relacionados con el aborto se encuentran:

- El derecho a decidir si tener hijos y cuándo tenerlos (por ejemplo, las mujeres deben tener acceso a los métodos anticonceptivos que desean);
- El derecho a la vida (por ejemplo, las mujeres no deberían morir a causa del aborto inseguro);
- El derecho a la salud (por ejemplo, las mujeres no deberían sufrir lesiones a corto o largo plazo a causa del aborto inseguro);
- El derecho a la dignidad y a la integridad corporal (por ejemplo, las mujeres jóvenes deberían poder dar el consentimiento para su procedimiento de evacuación endouterina);
- El derecho a una vida libre de discriminación (por ejemplo, la evacuación endouterina es un procedimiento que solo

las mujeres necesitan y no los hombres; por lo tanto, no debería restringirse innecesariamente);

- El derecho a una vida libre de trato inhumano y degradante (por ejemplo, este derecho se viola al negarse servicios de atención postaborto, o cuando se prestan estos servicios con prejuicios y de manera punitiva);
- El derecho a gozar de los beneficios del avance científico (por ejemplo, el uso de los métodos de evacuación endouterina recomendados por la OMS);
- El derecho a la libertad de opinión y expresión (por ejemplo, cuando las personas pueden expresar su apoyo para servicios de aborto seguro).

2.1 Tratados y acuerdos

Los principios de los derechos humanos universales se establecen en las convenciones internacionales (conocidas también como tratados, convenios y pactos). Los gobiernos (referidos como Estados en los sistemas de derechos humanos) primero indican que aceptan cumplir con la convención internacional firmándola. El próximo paso es ratificar la convención, la cual obliga jurídicamente al Estado a cumplir los fines y objetivos de la misma. Diversas convenciones obligan a los gobiernos a respetar, proteger y hacer cumplir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres adultas y jóvenes. Las siguientes convenciones, que fueron ampliamente ratificadas, establecen las pautas para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluidas las jóvenes, en el contexto de los derechos humanos:

- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (CCPR)
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)
- La Convención sobre los Derechos del Niño (CRC)
- La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes
- La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (ACHPR) y su Protocolo de los Derechos de la Mujer en África
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará)

Los defensores-promotores pueden utilizar estas convenciones para recomendar políticas de salud que protejan la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Los Comités de Monitoreo de los Tratados de Derechos Humanos fueron establecidos para vigilar el cumplimiento de las convenciones internacionales por parte de los Estados. Emiten recomendaciones generales y hacen observaciones generales a fin de asistir a los Estados en el cumplimiento de sus obligaciones con una determinada convención.

(Para obtener más información, por favor remítase al Anexo A: Comités de monitoreo de tratados.)

2.2 Compromisos mundiales

Los comunicados consensuados y las declaraciones de las conferencias internacionales convocadas por las Naciones Unidas y organismos afiliados son recursos valiosos para la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluidas las jóvenes. Algunos comités de monitoreo de tratados los utilizan como parte del marco para evaluar el cumplimiento de los Estados con los acuerdos de derechos humanos.

En varias de estas históricas conferencias internacionales celebradas en la década de los noventa se trató la salud reproductiva de la mujer y los servicios de aborto seguro.

- *CIPD, El Cairo, 1994*: Por primera vez, los formuladores de políticas abordaron conjuntamente el tema del aborto inseguro como un problema de salud pública y acordaron que se debe brindar a las mujeres tratamiento oportuno para salvarles la vida, así como anticonceptivos para evitar embarazos no deseados. Hicieron un llamado a brindar servicios de aborto seguro en ámbitos donde el aborto es permitido por la ley.
- *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995*: Los formuladores de políticas instaron a los gobiernos a “considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales”.
- *Revisión cinco años después de la CIPD (CIPD+5), 1999*: Los gobiernos reafirmaron la CIPD y acordaron que el acceso adecuado a los servicios debe ir acompañado de leyes y políticas que permitan el aborto seguro y legal; declararon que “en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas

y sea accesible. Se deben tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de la mujer”.

Los Estados también adoptaron las resoluciones en el Consejo de Derechos Humanos, el cual es responsable de fortalecer la promoción y protección de los derechos humanos en todo el mundo. Dichas resoluciones contienen recomendaciones para que los Estados actúen y son frecuentemente relevantes para trabajar sobre las opciones reproductivas.

2.3 Declaraciones de los organismos formuladores de políticas

Los principales organismos formuladores de políticas pueden establecer normas que ayuden a promover los derechos reproductivos de la mujer. Aunque tales declaraciones no son jurídicamente vinculantes, transmiten la autoridad y el consenso de respetados expertos en servicios de salud.

Organismos de las Naciones Unidas

- *Informe de la Comisión de población y desarrollo de la ONU sobre su 45ª sesión, Resolución 27, Abril 2012: “Insta a los gobiernos y socios para el desarrollo, incluyendo a la cooperación internacional, a que fortalezcan los sistemas de salud y a asegurar la priorización del acceso universal a la información y servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos... la capacitación y el equipamiento de los prestadores de servicios y otras medidas necesarias para garantizar abortos seguros y accesibles, en situaciones en que el aborto no es contra la ley.” a fin de mejorar la salud materna, reducir la morbilidad y la mortalidad maternoinfantil, y evitar y responder al VIH y el SIDA.*
- *Guía de la OMS para el aborto seguro, segunda edición, 2012 (actualización de la edición de 2003): “[E]n países con leyes muy restrictivas, los servicios pueden estar en gran medida limitados al tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro. Dicho tratamiento a menudo se denomina ‘atención postaborto’. El tratamiento de emergencia de las complicaciones del aborto es fundamental para disminuir las muertes y las lesiones producto del aborto inseguro”.*
- *Informe provisional preparado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 2011. Indica que “Las mujeres tienen derecho a recibir del Estado una atención de la salud en pie de igualdad como parte de su derecho a la salud. Independientemente de la condición jurídica del aborto, las mujeres tienen derecho a acceder a bienes, servicios e información relacionados con la salud sexual y reproductiva. En particular, tienen derecho a acceder a*

servicios de salud de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto, incluidos los practicados en condiciones peligrosas y los abortos espontáneos. Esa atención debe ser incondicional, aun cuando el aborto conlleve sanciones penales, no deberá depender de la posterior cooperación de la mujer en el enjuiciamiento penal, y en ningún caso podrá utilizarse como prueba contra ella ni contra quienes hayan practicado el aborto. La legislación no debe obligar al personal sanitario a denunciar a las autoridades policiales o judiciales a las mujeres que hayan recibido atención relacionada con el aborto”.

- *Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño, 2011*, publicada conjuntamente por PMNCH, la OMS y Aga Khan University. Esta publicación identifica la disponibilidad y la prestación de servicios de atención postaborto como una intervención basada en la evidencia para disminuir la mortalidad materna.
- *Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño, ONU, 2010*. Proclama que los beneficios garantizados por el Estado deben incluir “servicios de aborto seguro (en ámbitos donde no es contrario a la ley), así como cuidados obstétricos de emergencia y otros servicios de salud reproductiva.
- *El consenso para la salud de la madre, del recién nacido y del niño, 2009*. El documento establece que las acciones dirigidas a mejorar la salud materna, la salud del recién nacido y del niño pueden realizarse a través de los sistemas de salud e incluye los servicios de aborto seguro en ámbitos donde el aborto es legal, y cuidados obstétricos de emergencia.
- *Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Oficina del Alto Comisionado para las directrices de derechos humanos sobre el VIH, 2006*. Estas directrices reconocen que las mujeres con VIH/SIDA deben tener acceso a servicios de aborto como parte de sus derechos.
- *El Comité de los derechos del niño, 2003*. Especifica que los “Estados Partes deben adoptar medidas para reducir la morbimortalidad materna y la mortalidad de las adolescentes, producida especialmente por embarazos tempranos y la práctica de abortos inseguros...”.
- *Iniciativa Reducir los riesgos del embarazo, 2000*. Una de las estrategias seleccionadas es “establecer (o actualizar) políticas y normas nacionales respecto de la planificación de la familia, el aborto provocado (donde no sea contrario a la ley) y la atención materna y neonatal (inclusive atención después del aborto) y adoptar una combinación de medidas reglamentarias en apoyo de esas políticas y normas”.

- *Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000*. La primera meta del objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna; la segunda meta es lograr acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015.

Asociaciones profesionales

- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), *Declaración de consenso sobre evacuación uterina, 2011*. La declaración aconseja que: “Debe introducirse la aspiración al vacío y los medicamentos apropiados para la evacuación uterina en lugar del curetaje (o raspado)”, es una importante recomendación para garantizar que las mujeres tengan el derecho a gozar de los beneficios de los avances científicos.
- *Consejo de la Confederación Internacional de Parteras, 2008*. La ICM fortaleció las afirmaciones de sus posturas anteriores de 1996 y 2002 para garantizar que la mujer que busca o necesita servicios relacionados con el aborto tenga derecho a que una partera le preste esos servicios, incluidos los servicios de atención postaborto y aborto seguro, conforme a las leyes y políticas de su país.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), *Código de ética basado en derechos: las responsabilidades profesionales y éticas de la FIGO con respecto a los derechos sexuales y reproductivos, párrafo A-5, 2003*. “La objeción por conciencia a los procedimientos no exonera a los médicos de tomar los pasos inmediatos en una emergencia para garantizar que el tratamiento necesario se brinde sin demora alguna”.
- También proveniente del Párrafo B-4 del *Código de ética de FIGO*: “Garantizar que las mujeres adolescentes son tratadas sin discriminar su edad, de acuerdo a su capacidad evolutiva –y no solamente por su edad cronológica– al facilitarles tomar decisiones libres e informadas con respecto a su salud sexual y reproductiva”.
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), 2002. La Federación aprobó recomendaciones en que se pedía a las sociedades de obstetricia y ginecología ampliar las indicaciones bajo las cuales la ley permite el aborto, a fin de incluir las malformaciones fetales y las condiciones que ponen en peligro la vida de la mujer.

Para obtener más información sobre las políticas y declaraciones relacionadas con la atención postaborto, ver Recursos adicionales, Derechos reproductivos.

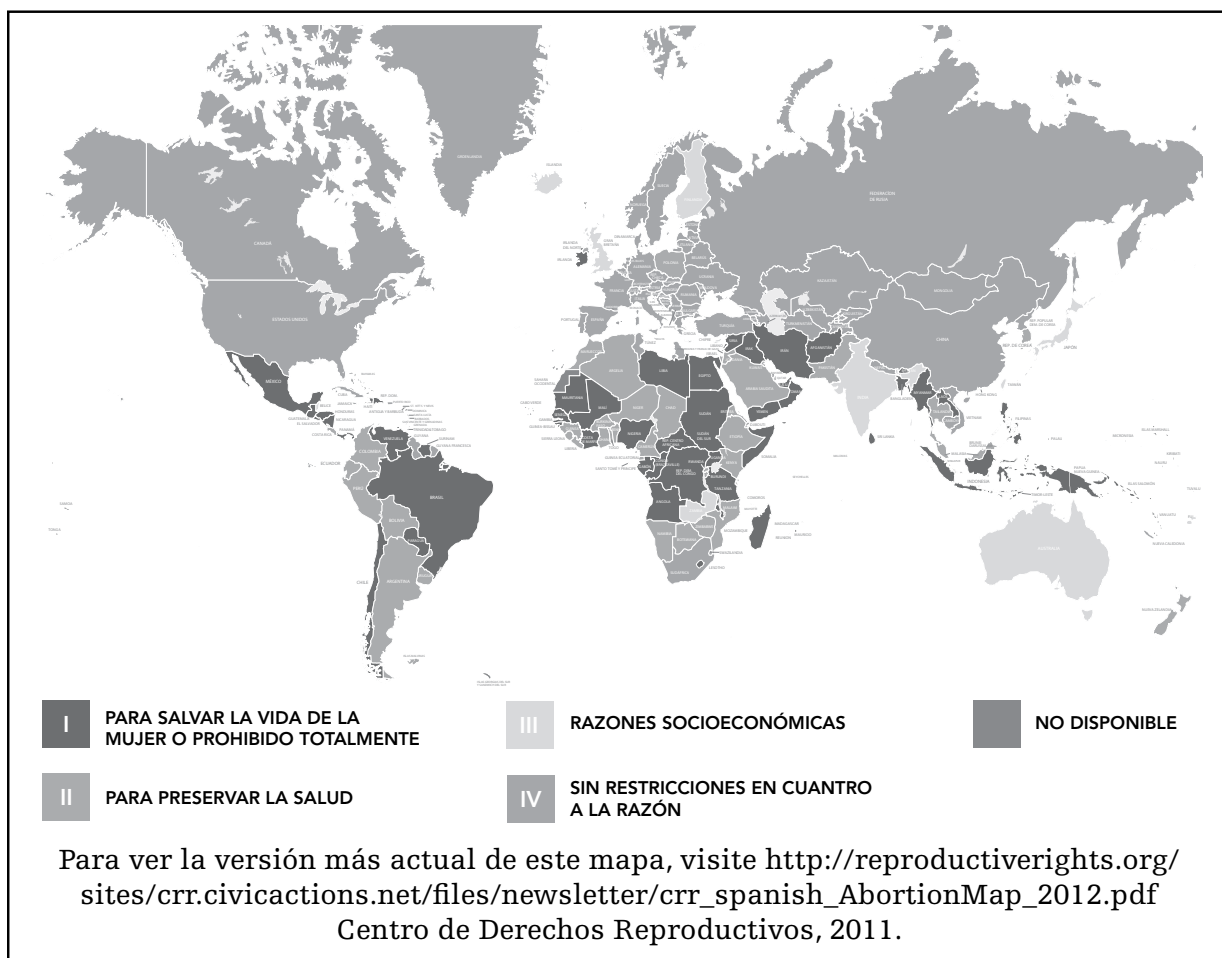
3.0 Barreras en el acceso y en la prestación de servicios de atención postaborto

Los trabajadores de salud que no proporcionan servicios clínicos desempeñan un papel para asegurar que las mujeres reciban servicios de APA de alta calidad. Es esencial que todos los miembros del personal entreguen servicios basados en un entendimiento y respeto por los derechos humanos, y que se esfuercen por minimizar las barreras para la atención postaborto. A continuación se exponen algunas de las barreras que enfrentan las mujeres y posibles medidas que podrían tomar los sistemas de salud para reducir las barreras para la atención postaborto.

3.1 Leyes, políticas y prácticas

Algunas leyes que afectan los servicios relacionados con el aborto han sido modificadas o eliminadas en las últimas décadas. Otras leyes continúan vigentes y son una barrera para el acceso a los servicios relacionados con el aborto, tales como autorizar solo a médicos para efectuar procedimientos de evacuación endouterina.

Leyes sobre aborto en el mundo



Además, debido a interpretaciones innecesariamente estrictas de leyes y políticas vigentes, a algunas mujeres se les niegan los servicios o su privacidad es violada.

Sin una orientación clara por parte de las instituciones normativas y reguladoras, tal como un Ministerio de Salud, las principales partes interesadas (incluidos los prestadores de servicios) podrían encontrar dificultades para conocer cuáles servicios están autorizadas a proporcionar según las leyes vigentes. Los ministerios de salud deben colaborar con los profesionales médicos en la elaboración y difusión de normas y directrices clínicas nacionales que ayuden a garantizar la prestación de servicios relacionados con el aborto y brindar orientación sobre la prestación de servicios de aborto inducido según las indicaciones legales. A falta de directrices nacionales, las unidades de salud deben asegurarse de tener sus normas y protocolos propios.

3.2 Restricciones que afectan el acceso

Además de la interpretación estricta de las leyes y políticas, existen varias restricciones que podrían afectar el acceso de las mujeres a los servicios de atención postaborto. Algunas de estas restricciones son:

- Falta de acceso a información sobre los servicios de atención postaborto;
- Requisitos de consentimiento de terceras partes (por ejemplo: consentimiento de los padres, tutor/a, esposo o consentimiento jurídico);
- Barreras para acceder a medicamentos recomendados y tecnologías para la atención postaborto;
- Negación por parte de los prestadores de servicios a cumplir con su obligación profesional de brindar atención postaborto;
- Se le permite brindar atención postaborto solo al personal médico y no a profesionales de la salud de nivel intermedio.

Incluso cuando las leyes o reglamentos no conllevan restricciones, algunos profesionales de la salud las imponen para protegerse a sí mismos, siendo demasiado precavidos.

Las y los profesionales de la salud deben colaborar con las asociaciones profesionales y las autoridades gubernamentales o sanitarias para eliminar estos tipos de restricciones. Si no existe ninguna política nacional respecto al consentimiento de los padres, cada profesional de la salud debe seguir el principio relativo al desarrollo de las facultades de la niña, el cual indica que no existe una edad específica o concreta en la cual una menor de edad tiene la madurez y la comprensión necesarias para tomar sus propias decisiones.

La experiencia de Ghana

Desde la década de los noventa, las parteras en Ghana han sido capacitadas para brindar atención postaborto. Una evaluación encontró que las parteras capacitadas que trabajan en unidades de salud del primer nivel de atención pueden proporcionar servicios seguros y eficaces de APA a las mujeres que necesitan tratamiento de las complicaciones del aborto. Además, se incrementó la accesibilidad de los servicios de APA, al ofrecerlos en zonas geográficas más cerca de los lugares donde viven las mujeres. La consejería anticonceptiva y la provisión de métodos a las mujeres postaborto aumentaron considerablemente, y el costo de la mujer por el tratamiento de APA disminuyó.

Una amplia gama de partes interesadas, incluidas las mujeres, formuladores de políticas, médicos, líderes comunitarios, supervisores de parteras y las parteras, apoyaron la prestación de servicios de APA por parte de las parteras.

La Confederación Internacional de Parteras incluye la atención postaborto como parte de las competencias fundamentales que deben tener las parteras.

3.3 Escasez de profesionales de la salud

Las y los profesionales de salud de nivel intermedio pueden efectuar los procedimientos postaborto de manera competente. Al capacitar y autorizar a las parteras, enfermeras, asistentes médicos y otros trabajadores de salud de nivel intermedio para que ofrezcan todos los elementos de la atención postaborto, aumenta el acceso a los servicios. Esto podría reducir los costos y hacer que estos servicios sean más accesibles a las mujeres.

3.4 Limitaciones tecnológicas

Otra barrera común en torno a los servicios seguros de atención postaborto es el uso de tecnología anticuada, específicamente el legrado uterino instrumental, lo cual es problemático por dos razones:

- Priva a la mujer de las ventajas de métodos más seguros y menos dolorosos;
- Aumenta el costo y la complejidad de los servicios.

La OMS recomienda que los sistemas de salud que usan el legrado uterino instrumental cambien a la aspiración endouterina o al misoprostol para los servicios de APA y aborto inducido. En 2005, la OMS agregó el misoprostol a su Lista modelo de medicamentos esenciales.

Para garantizar la disponibilidad y uso de las tecnologías recomendadas, cada prestador/a de servicios de salud puede:

- Solicitar que el equipo de aspiración endouterina y el misoprostol se añadan a las listas de insumos básicos de su unidad de salud y de su país, y que la adquisición de los mismos se efectúe oportuna y diligentemente.
- Mantener un compromiso continuo con la actualización de sus habilidades y animar a sus colegas a que hagan lo mismo.
- Capacitar a otras personas en el uso de tecnologías nuevas.

El uso de misoprostol para la atención postaborto (MAPA) puede emplearse de manera segura en unidades de salud donde no se puede ofrecer el procedimiento de aspiración por vacío, por lo cual aumenta el acceso a la atención postaborto.

3.5 Actitudes de las y los profesionales de la salud y negación de prestación de servicios

Las actitudes y convicciones de cada prestador/a de servicios de salud respecto a los servicios relacionados con el aborto y las mujeres que buscan esos servicios afectan su interacción

con las mujeres que buscan atención postaborto. Esto puede afectar la calidad de la atención brindada. La aclaración de valores puede ayudar a cada profesional de la salud a reconocer sus propias convicciones y valores, explorar otros valores y actitudes, examinar las consecuencias de sus acciones, aprender a separar sus valores de los de sus pacientes y ofrecer una atención respetuosa de los derechos y decisiones de la mujer. (Para obtener más información sobre la consejería centrada en la mujer y la aclaración de valores, por favor remítase a Recursos adicionales, Derechos reproductivos.)

Algunos profesionales de la salud se niegan a prestar servicios relacionados con el aborto, incluidos los servicios de atención postaborto, por objeciones religiosas o morales. Sin embargo, no pueden rehusar, o negarse por “objeción de conciencia” a brindar atención postaborto, que es considerada como un tratamiento para salvar la vida de la mujer.

El equipo de administración y profesionales de la salud pueden:

- Asegurarse de que en su unidad de salud se ofrezcan servicios de atención postaborto de conformidad con las normas y directrices vigentes, que no son afectadas de manera adversa por las actitudes de administradores y prestadores de servicios;
- Exigir que todos los profesionales de la salud ofrezcan servicios de urgencia que salvan vidas;
- Crear un protocolo que estipule las sanciones a imponerse a profesionales de la salud que rehúsen referir o brindar tratamiento de urgencia y consejería a las mujeres que buscan servicios de aborto inducido donde sea permitido por la ley.

4.0 Prestadores de servicios como promotores de los derechos de las mujeres

Algunos prestadores de servicios de salud quizás deseen participar en esfuerzos más amplios de promoción y defensa (*advocacy*) a fin de cambiar las leyes y políticas que limitan los derechos reproductivos de las mujeres, incluidas las jóvenes. A continuación se indican algunas formas en que esto se puede hacer:

- Solicitar que sus asociaciones profesionales organicen seminarios para examinar las leyes referentes al aborto y tratar sobre cómo éstas son interpretadas y aplicadas;
- Aliarse con otros promotores, tales como asociaciones de abogados y organizaciones de derechos de la mujer para planificar estrategias de promoción y defensa;

- Redactar y publicar declaraciones reconociendo los derechos reproductivos como derechos humanos o declarando su apoyo para el acceso a la atención postaborto, y animar a organizaciones colegas a hacer lo mismo;
- Trabajar con formuladores de políticas a fin de asumir un rol más activo en torno a la definición de leyes y políticas;
- Educar a formuladores de políticas y otras personas mediante la difusión de estadísticas de morbilidad y mortalidad maternas relacionadas con el aborto;
- Crear vínculos con esfuerzos comunitarios de promoción y defensa que exijan servicios de atención postaborto, mayor acceso a los anticonceptivos y/o educación en salud sexual y reproductiva para las mujeres, en particular para las jóvenes.

(Para obtener más información acerca de prestadores de servicios de salud como promotores y sobre las medidas necesarias para garantizar el acceso de la mujer a los servicios de atención postaborto de alta calidad, por favor remítase a Recursos adicionales, Derechos reproductivos.)

5.0 Resumen

- Los tratados, convenciones, declaraciones y documentos de consenso internacionales pueden ayudar a proteger los derechos reproductivos.
- Los Comités de Monitoreo de Tratados existen para dar seguimiento al cumplimiento de los Estados con las convenciones internacionales.
- Las proclamaciones de consenso, declaraciones y compromisos constituyen una base importante para hacer respetar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las jóvenes.
- Las declaraciones de los organismos de las Naciones Unidas y las asociaciones de profesionales de la salud y formuladores de políticas pueden ayudar a establecer pautas que promuevan los derechos reproductivos de las mujeres y las jóvenes.
- Numerosas proclamaciones, declaraciones y compromisos por parte de muchos organismos internacionales, incluidas las Naciones Unidas, apoyan la prestación de servicios de atención postaborto.
- La atención postaborto a veces está sujeta a restricciones que impiden el acceso de muchas mujeres, incluidas las jóvenes, a los servicios.

- Las actitudes de las y los profesionales de la salud tienen un impacto considerable en el acceso de las mujeres a los servicios de atención postaborto y en la calidad de la atención.

Referencias bibliográficas

Alan Guttmacher Institute. (1999). *Sharing responsibility: Women, society & abortion worldwide*. Nueva York, NY: The Alan Guttmacher Institute.

Association of Reproductive Health Professionals. (2012). Position Statements. Fuente: <http://www.arhp.org/About-Us/Position-Statements#9>

Center for Reproductive Law and Policy y Groupe de recherche femmes et lois au Senegal. (1999). *Women of the world: Laws and policies affecting their reproductive lives: Francophone Africa*. Nueva York, NY: Center for Reproductive Law and Policy.

Centro de Derechos Reproductivos. (2006). *Bringing Rights to Bear: An Advocate's Guide to the Work of UN Treaty Monitoring Bodies on Reproductive and Sexual Rights*. Nueva York, NY: Centro de Derechos Reproductivos.

Cook, R. J. y Dickens, B. M. (2000). *Considerations for formulating reproductive health laws*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (2011). *Declaración de consenso sobre evacuación uterina*. Londres, Reino Unido: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). (2002). *Recomendaciones de la Asamblea General, 17o Congreso*. Trabajo presentado en el XVII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, Santa Cruz, Bolivia.

International Confederation of Midwives. (2008). *Midwives' provision of abortion-related services*. La Haya, Países Bajos: International Confederation of Midwives.

Ipas. (2003). *Los derechos humanos, el embarazo no deseado y la atención relacionada con el aborto: información de referencia y casos ilustrativos*. M. de Bruyn (Ed.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas y Karolinska Institute, División de Salud Internacional. (2002). *Salvar la vida de las mujeres: ampliando las funciones de los profesionales de la salud de nivel intermedio respecto a los servicios de aborto seguro*. (Vol. 7). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

- Lichtenberg, E. S., Grimes, D. A. y Paul, M. (1999). *Abortion complications: Prevention and management*. Churchill, Nueva York: Livingston.
- Lichter, D. T., McLaughlin, D. K. y Ribar, D. C. (1998). State abortion policy, geographic access to abortion providers and changing family formation. *Family Planning Perspectives*, 30(6), 281-287.
- Naciones Unidas. (1994, 5-13 de septiembre). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Trabajo presentado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto.
- Naciones Unidas. (1995). *Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Trabajo presentado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China.
- Naciones Unidas. (1999). *Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. (A/S-21/5/Add.1). Nueva York, NY: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas, Comisión de Población y Desarrollo. (2012). *Report on the forty-fifth session, resolution 27*. Nueva York, NY: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño (2003). *Observación General No. 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*. (GRC/GC/2003/4). Nueva York, NY: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas, Asamblea General (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Nueva York, NY, y Ginebra, Suiza: Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Naciones Unidas, Asamblea General (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York, NY, y Ginebra, Suiza: Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Naciones Unidas, Asamblea General. (2000). *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*. (55/2). Nueva York, NY: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. (2011). *Informe provisional preparado por el Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Nueva York, NY: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas, Secretario General. (2010). *Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños*. Ginebra, Suiza: Naciones Unidas.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas: Información previa al Consejo de Derechos Humanos. Consulta: septiembre de 2012, fuente: <http://www.ohchr.org/SP/HRBodies/HRC/Pages/AboutCouncil.aspx>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y ONUSIDA. (2006). *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, versión consolidada de 2006*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA. Fuente: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (1998). *El VIH/SIDA y los derechos humanos: Directrices internacionales. Segunda consulta internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*. Nueva York, NY, y Ginebra, Suiza: ONU.

ONU Mujeres (2011). *En busca de la justicia: 2011-2012 El progreso de las mujeres en el mundo*. Nueva York: ONU Mujeres. Fuente: <http://progress.unwomen.org/pdfs/SP-Report-Progress.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, Federación Internacional de Planificación de la Familia, John Snow, Inc., PATH, Population Action International, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial. (2006). *Directrices interagenciales: Lista interagencial de medicamentos esenciales para la salud reproductiva*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo, 107ª sesión. (2000). *Making pregnancy safer. Report by the Secretariat*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Pregnancy and HIV/AIDS. Fact Sheet No. 250, June 2000*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Otsea, K., Baird, T. L., Billings, D. L. y Taylor, J. E. (1997). *Midwives deliver postabortion care services in Ghana*. Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.

Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. (2009). *Consensus for maternal, newborn and child health*. Ginebra, Suiza: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health.

Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Aga Khan University. (2011). *Essential interventions, commodities and guidelines for reproductive, maternal, newborn and child health: A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH)*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2011). *Community innovation: Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. Ginebra, Suiza: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H. y Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(5), 1030-1037.

Starrs, A. (1997). The Safe Motherhood action agenda: Priorities for the next decade. *Proceedings of the Safe Motherhood Technical Consultation, 18-23 Oct. 1997, Colombo, Sri Lanka*. Nueva York, NY: Grupo Interagencial por una Maternidad sin Riesgo.

Turner, K. L. y Page, K. C. (2009). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Turner, K. L., Weiss, E. y Gulati-Partee, G. (2010). *Prestadores de servicios como promotores de la atención segura del aborto: Manual de capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Anexo A: Comités de monitoreo de los tratados de derechos humanos

Los Comités de Monitoreo de los Tratados de Derechos Humanos, han sido establecidos para vigilar el cumplimiento de las convenciones internacionales por parte de los Estados. Estos comités hacen recomendaciones y observaciones generales a fin de asistir a los Estados en el cumplimiento de sus obligaciones con una convención determinada. Por ejemplo, el Comité de los Derechos del Niño ha instado a los Estados a: "(a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley".

Durante el proceso de monitoreo:

- Los Estados presentan informes periódicos donde resumen las medidas que han tomado para cumplir con las convenciones e identifican otras medidas que todavía necesitan adoptar;
- Hay personas y organizaciones que presentan "informes o cartas sombra", en los que proporcionan a los Comités sus propios hallazgos en cuanto al cumplimiento de las convenciones por parte de los Estados;
- Los Comités hacen recomendaciones sobre cómo mejorar dicho cumplimiento por parte de los Estados.

Los Estados no tienen la obligación jurídica de llevar a cabo estas recomendaciones, pero se espera que lo hagan. Los promotores y defensores de los derechos humanos pueden usar esas recomendaciones para imputarles a los gobiernos la responsabilidad de modificar las leyes y prácticas para que respeten los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Algunas convenciones también tienen protocolos facultativos, que permiten que las personas y organizaciones presenten quejas sobre violaciones de derechos humanos. Por ejemplo, el Comité de CEDAW ha recibido quejas relacionadas con el aborto y les ha pedido a los Estados que los servicios de aborto legal se hagan accesibles a todas las mujeres sin más demoras.

Siete convenciones internacionales de derechos humanos cuentan con Comités de Monitoreo de Tratados, que vigilan el cumplimiento de las convenciones por parte de los Estados que las han ratificado. Estas convenciones son:

1. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW): Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/cedaws40.htm

2. Comité de los Derechos del Niño: Convención sobre los Derechos del Niño, www2.ohchr.org/english/bodies/crc/
3. Comité contra la Tortura: Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, www2.ohchr.org/english/bodies/cat/
4. Comité de Derechos Humanos: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/index.htm
5. Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial: Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/
6. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR): Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/
7. Comité para la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares: Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias, www2.ohchr.org/english/bodies/cmw/

Ipas ha recopilado en tres documentos textos específicos de éstas y otras convenciones pertinentes a la mortalidad materna, el embarazo no deseado y el aborto:

La mortalidad materna, el embarazo no deseado y el aborto en documentos del sistema internacional sobre los derechos humanos

- Primera parte: www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/IHRCOMPAE12.ashx
- Segunda parte: www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/IHRCOMPBE12.ashx
- Tercera parte: www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/IHRCOMPCE12.ashx

Vínculos con la comunidad

Temas clave en este módulo:

- Alianzas con la comunidad
- Diagnósticos comunitarios
- Intervenciones comunitarias

1.0 Introducción

Así como con otros servicios esenciales de salud, es la obligación de los sistemas de salud garantizar la disponibilidad de servicios de atención postaborto en las comunidades donde viven y trabajan las mujeres. Las comunidades pueden desempeñar un papel decisivo en la disminución de la morbilidad materna mediante la creación de alianzas con unidades de salud que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva, a fin de garantizar que las mujeres tengan la información, apoyo

y medios necesarios para obtener los servicios de atención que necesitan. A su vez, los trabajadores de salud pueden establecer dichas alianzas mediante la extensión comunitaria. Al colaborar estrechamente con las comunidades que atienden, los prestadores de servicios podrán entender mejor las circunstancias en torno a la vida de las mujeres, las barreras que afrontan para tener acceso a los servicios y lo que las mujeres consideran como servicios de alta calidad. Es posible crear relaciones de confianza mutua entre la comunidad y el personal de salud en base a interacciones estrechas y provechosas, lo cual propicia mejores servicios para las mujeres, incluidas las jóvenes.

El término *comunidad* se utiliza comúnmente para designar a las personas que residen en la misma localidad geográfica, tal como un poblado o un pueblo. Sin embargo, existe una variedad de comunidades cuya base se origina en intereses específicos comunes, o entre personas con una historia o cultura común o que comparten intereses sociales, políticos o económicos.

Tales definiciones hacen hincapié en las semejanzas e intereses comunes de las y los integrantes de la comunidad. Sin embargo, en realidad, también existen diferencias de opinión y conflictos. Estas diferencias pueden afectar de manera significativa la salud y el bienestar de cada integrante de la comunidad, especialmente las mujeres. El tema del aborto puede ser muy delicado y una fuente de conflicto en la comunidad. El acoso tanto manifiesto como sutil por parte de integrantes de la comunidad a los trabajadores de salud que proporcionan servicios relacionados con el aborto, puede afectar negativamente la prestación de servicios o el acceso a estos. Por tanto, sería conveniente para los prestadores de servicios identificar aliados que puedan ayudar a educar a la comunidad sobre el aborto inseguro y la necesidad de servicios de atención postaborto, y promover el acceso de las mujeres a servicios de alta calidad.

Los prestadores de servicios de atención postaborto y demás personal de la unidad de salud deben desempeñar un papel activo en la creación de alianzas con la comunidad. A fin de establecer sólidas relaciones con la comunidad, cada trabajador/a de salud puede:

- Proporcionar atención respetuosa y de alta calidad a todas las mujeres que buscan servicios, y proteger la confidencialidad de la mujer;
- Informar y consultar a las y los líderes comunitarios y representantes de diferentes segmentos de la comunidad, tales como diferentes etnias y las mujeres jóvenes;
- Establecer mecanismos permanentes que permitan la participación de la comunidad en la evaluación de la prestación de servicios, eventos adversos, recomendaciones para mejorar la calidad y alianzas positivas entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud, tal

como comités consultivos comunitarios (ver recuadro) que incluyan una variedad de representantes. Cuando ocurran eventos adversos, facilitar deliberaciones para evitar malentendidos o posibles riesgos para los prestadores de servicios;

- Establecer programas de extensión comunitaria con profesionales de la salud con la finalidad de proporcionar información, apoyo y servicios de atención a la comunidad.

Las y los integrantes de la comunidad también pueden tomar la iniciativa para definir las perspectivas, identificar los problemas y proponer soluciones apropiadas. Juntos, las y los profesionales de la salud e integrantes de la comunidad pueden mejorar el acceso a los servicios y la calidad de la atención para las mujeres.

2.0 Diagnóstico comunitario

Las y los residentes de la comunidad tienen un interés particular en su propia salud, seguridad y bienestar. En lugar de hacer suposiciones, es muy importante reunir información directamente de las y los integrantes y líderes de la comunidad, y prestar mucha atención a lo que dicen las mujeres, incluidas las jóvenes, sobre las inquietudes y los recursos relacionados con la salud. Cada prestador/a de servicios de salud puede comenzar a crear vínculos con la comunidad al identificar y hablar con los siguientes líderes:

- Funcionarios municipales
- Líderes tradicionales
- Integrantes de los comités de salud
- Líderes de los grupos de mujeres, hombres y jóvenes
- Líderes religiosos
- Agentes de policía
- Parteras tradicionales y curanderos
- Trabajadoras y trabajadores en salud comunitaria
- Líderes estudiantiles

Debe hacerse un esfuerzo especial por incluir a las jóvenes en las pláticas con la comunidad. Es posible que a las jóvenes y a otros grupos de la comunidad les cueste trabajo hablar abiertamente sobre sus inquietudes; por lo tanto, las conversaciones cara a cara o los diálogos podrían resultar más productivos.

El personal de la unidad de salud e integrantes de la comunidad pueden efectuar un diagnóstico comunitario o un diagnóstico situacional con el objeto de entender mejor las percepciones sobre la salud, retos y recursos de la comunidad que pueden afectar la

Comités consultivos comunitarios

Un Comité consultivo comunitario está compuesto por líderes comunitarios y sirve de comité directivo para un proyecto o servicio. Por lo general consta de 12 a 20 personas provenientes de la comunidad, incluidas personas jóvenes e integrantes influyentes de diferentes sectores. El propósito del grupo es adecuar los servicios o el proyecto a las necesidades de la comunidad, conseguir el apoyo de toda la comunidad y proporcionar orientación general.

Cada integrante del comité debe entender los asuntos de salud reproductiva que afectan a la comunidad, y a menudo tiene acceso directo a las personas en la comunidad que más pueden beneficiarse de la información sobre estos servicios de salud. Cada integrante puede ampliar el impacto de los esfuerzos de promoción de la salud, mejorar los servicios de salud y reforzar las relaciones entre los servicios de salud y la comunidad en general. Cada integrante del Comité consultivo comunitario debe participar al máximo y tener responsabilidades; todas sus ideas y opiniones deben valorarse.

Las responsabilidades de cada integrante de un comité consultivo comunitario generalmente consisten en:

- La promoción y defensa (advocacy)
- Información y extensión comunitaria
- Orientación informada sobre un proyecto o servicios
- Atribuir a las autoridades sanitarias la responsabilidad de proporcionar los servicios necesarios y usar los fondos gubernamentales debidamente.

prestación de servicios y el acceso a los mismos. Las encuestas del diagnóstico comunitario pueden mostrar qué servicios de salud reproductiva tienen las mujeres a su disposición, cuáles han sido las experiencias de las mujeres con el sistema de salud, cuáles son las estructuras y los mecanismos de salud ya establecidos, qué es importante para las mujeres y sus familias, y qué es relevante en torno a su situación de vida. Es posible que las y los integrantes de la comunidad y quizás también el personal de la unidad de salud necesiten orientación sobre cómo efectuar un diagnóstico comunitario. Ésta es una oportunidad de crear habilidades en la comunidad que también podrían ser de utilidad para mejorar otros servicios de salud. Estos hallazgos serán de importancia crucial para forjar alianzas y prestar servicios que atiendan las necesidades de la comunidad.

Los elementos generales de un diagnóstico comunitario podrían incluir:

- Dónde y cómo la gente prefiere recibir información relacionada con la salud sexual y reproductiva;
- Qué recursos de salud sexual y reproductiva hay disponibles y si las mujeres saben de ellos;
- Dónde en la comunidad las mujeres podrían estar obteniendo servicios de aborto fuera del sistema oficial de salud, por ejemplo, por medio de vendedores de medicamentos, parteras tradicionales, trabajadores de salud no profesionales y curanderos;
- Cómo las y los integrantes de la comunidad definen: servicios de salud de alta calidad y profesionales de la salud competentes;
- Asuntos de salud pública de mayor preocupación y otros asuntos que afectan la salud, tal como la pobreza, el alto desempleo y las viviendas deficientes;
- Los puntos de vista comunitarios respecto al aborto y la atención postaborto;
- El grado de preocupación sobre la morbilidad materna y si consideran que el aborto inseguro es un factor contribuyente;
- Las experiencias de las mujeres en las unidades de salud, a nivel local;
- Qué servicios de salud y mecanismos de apoyo comunitario existen para atender específicamente las necesidades de las mujeres;
- Qué es importante para las mujeres y sus familias;
- Qué es importante para las mujeres jóvenes en particular. (Para obtener más información sobre cómo realizar un

diagnóstico situacional sobre los servicios de aborto para mujeres jóvenes, por favor remítase a Recursos adicionales, Vínculos con la comunidad.)

3.0 Intervenciones comunitarias

Las y los profesionales de la salud pueden utilizar la información obtenida por medio del diagnóstico comunitario para diseñar intervenciones que vinculen los servicios relacionados con el aborto con las y los integrantes de la comunidad. Los prestadores de servicios deben estar dispuestos a implementar soluciones generadas en la comunidad a los problemas encontrados. Las intervenciones resultan más eficaces cuando son dirigidas por la comunidad y promovidas por líderes de renombre local, quienes pueden aportar credibilidad y sostenibilidad.

Las mujeres, sus parejas y familias necesitan información sobre:

- Los signos y síntomas del embarazo
- Las opciones relacionadas con el embarazo
- La disponibilidad de servicios de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia
- Los riesgos del aborto realizado en condiciones inseguras
- Las indicaciones legales para el aborto inducido cuando corresponda (por ejemplo, para salvar la vida de la mujer);
- Dónde pueden obtener servicios de aborto inducido para indicaciones legales, si las hay;
- Dónde pueden obtener tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto;
- La importancia de buscar servicios relacionados con el aborto proporcionados por personas capacitadas y autorizadas.

Las mujeres deben poder ejercer sus derechos reproductivos y cada prestador/a de servicios debe hacer todo lo posible para facilitarlos. Podrían hacerlo de las siguientes maneras:

- *Educar a las mujeres y sus parejas sobre la reproducción humana, la anticoncepción y las opciones relacionadas con el embarazo.* Por ejemplo, el personal de salud puede organizar reuniones comunitarias e impartir sesiones educativas, o capacitar a trabajadores en salud comunitaria.
- *Informar a las y los líderes comunitarios sobre la necesidad de la educación integral en salud sexual y reproductiva para las jóvenes.* Asegurar que comprendan que la información no fomenta una mayor actividad

sexual, sino que resulta en una mejor toma de decisiones, relaciones sexuales más protegidas, menos embarazos no planificados y menos abortos realizados en condiciones de riesgo.

- *Crear una alianza con las jóvenes.* Utilizar esta alianza para definir y diseñar servicios de atención postaborto más accesibles y apropiados para las mujeres jóvenes, evaluar la calidad de los servicios e influir en los esfuerzos por mejorar la calidad.
- *Equipar y capacitar a los trabajadores en salud comunitaria para que brinden consejería anticonceptiva y proporcionen métodos y referencias para que las mujeres puedan satisfacer sus necesidades anticonceptivas más cerca al hogar.* El personal de las unidades de salud puede identificar recursos y crear un sistema de referencia para atender a las mujeres que necesitan servicios más especializados.
- *Capacitar a los trabajadores en salud comunitaria o voluntarios comunitarios para que refieran a las mujeres en situaciones de urgencia.* Referir a las mujeres a servicios de salud, dar seguimiento a las mujeres después del tratamiento y vincularlas con otros servicios necesarios son importantes referencias que pueden hacer los trabajadores en salud comunitaria.
- *Trabajar con la comunidad para establecer sistemas para identificar las complicaciones de un aborto inseguro, y transportar de emergencia a la mujer a una unidad de salud para que reciba atención inmediata.* Además, la comunidad puede ayudar a encontrar otras maneras de movilizar los recursos que aseguren el tratamiento oportuno de las complicaciones del aborto.
- *Informar a la comunidad sobre las tendencias negativas en salud pública.* Por ejemplo, si muchas mujeres acuden a las unidades de salud con complicaciones del aborto inseguro, las y los profesionales de la salud podrían reunirse con líderes comunitarios para recomendar que se imparta educación sobre los servicios de aborto seguro y la asistencia de las mujeres que los necesitan. Asimismo, si muchas jóvenes que están teniendo relaciones sexuales con hombres mucho mayores u hombres casados están contrayendo infecciones de transmisión sexual (ITS), el personal de salud debe notificar a la comunidad y líderes juveniles sobre esta situación. Los prestadores de servicios deben tener cuidado de mantener la confidencialidad de las mujeres.
- *Incrementar la conciencia y el apoyo para quienes prestan servicios de atención postaborto.* Las y los profesionales de la salud pueden llevar a cabo talleres

de aclaración de valores en la comunidad a fin de aumentar los conocimientos y el apoyo, y reducir el estigma hacia las mujeres que tienen abortos y las y los profesionales que ofrecen servicios de aborto. El equipo de administración de cada unidad de salud puede poner anuncios, colocar volantes y difundir mensajes en los medios de comunicación con el objeto de asegurar que el público tenga conocimiento de los servicios que se ofrecen en su establecimiento y cómo se comprometen a respetar la política de confidencialidad. Las campañas públicas pueden animar a las mujeres que desean interrumpir su embarazo a buscar servicios que sean proporcionados solo por prestadores de servicios capacitados y autorizados para hacerlo.

- *Educar a farmaceutas, a otros vendedores de medicamentos y a las mujeres sobre el uso de misoprostol para la atención postaborto.* Las y los profesionales de la salud pueden educar a las mujeres, farmaceutas y otras personas que usan o despachan medicamentos acerca de las dosis adecuadas de misoprostol para la atención postaborto.
- *Identificar recursos comunitarios, regionales o nacionales disponibles que puedan satisfacer las necesidades específicas de las usuarias y crear un sistema de referencia para atender a las mujeres que necesitan servicios de salud más especializados.*

(Para obtener más información, por favor remítase al Anexo A: Posibles audiencias y temas de información, educación y comunicación sobre atención postaborto.)

3.1 Garantizar tratamiento inmediato de las complicaciones

Las tasas relacionadas con la morbilidad materna pueden reducirse mediante la prestación de tres servicios clave:

- Consejería temprana
- Referencia para el tratamiento de las complicaciones
- Cuidados adecuados de seguimiento

Las y los profesionales de la salud pueden colaborar con líderes comunitarios para informar a las mujeres sobre los signos y síntomas de un aborto espontáneo o de las complicaciones del aborto que necesitan recibir atención médica con prontitud, y deben asegurarse de que las mujeres sepan dónde recibir atención de urgencia. Las comunidades pueden juntar recursos para establecer un sistema de transporte de urgencia, para evitar demoras en llevar a las mujeres a servicios donde puedan recibir

Maneras para crear mayor conciencia pública sobre los servicios de atención postaborto:

- *Brindar servicios de salud respetuosos y de alta calidad*
- *Anunciar los servicios*
- *Colocar carteles, anuncios o murales publicitarios en las unidades de salud o en las comunidades*
- *Elaborar y difundir volantes y mensajes específicos en los medios masivos de comunicación*
- *Asistir a actividades comunitarias*
- *Facilitar debates a nivel comunitario*
- *Usar los medios de difusión locales tales como el periódico y la radio*
- *Animar a las pacientes satisfechas a que compartan su experiencia con otras personas*

Mensajes clave para compartir:

- *Prevenir embarazos no deseados es crucial para reducir abortos.*
- *Indicaciones legales del aborto en el país o la región.*
- *Las mujeres deben evitar ser atendidas por prestadores no capacitados y en condiciones inseguras.*
- *Si después de un aborto la mujer presenta complicaciones, debe acudir a una unidad de salud lo antes posible.*

pronta atención en caso de una emergencia obstétrica. El personal de las unidades de salud puede capacitar a las trabajadoras y los trabajadores en salud comunitaria o voluntarios en la localidad, para que refieran a las mujeres a servicios de salud en situaciones de urgencia, para que den seguimiento a las mujeres después que hayan recibido tratamiento y para referirlas a los servicios de anticoncepción.

3.2 Monitorear la prestación de servicios

En las unidades de salud se pueden formar grupos de asesores comunitarios o comités que monitoreen la calidad de la atención y ayuden a evaluar los servicios, que hagan recomendaciones para mejorar los servicios y participen en la aplicación de las recomendaciones según corresponda. Los administradores de la unidad de salud y prestadores de servicios de la salud también pueden capacitar a miembros de la comunidad para que lleven a cabo encuestas, en la unidad de salud o en la comunidad, sobre la satisfacción de las usuarias, tomando en cuenta la necesidad de respetar la privacidad y confidencialidad de las usuarias. Un aspecto importante del trabajo con las comunidades es ayudar a la población a entender y usar la información recopilada. (Para mayor información, ver el módulo Monitoreo para mejorar los servicios.) Las y los profesionales de la salud también deben considerar asistir a reuniones locales pertinentes, con el objeto de compartir los resultados del monitoreo y las medidas tomadas para mejorar los servicios. Estos intercambios pueden ser útiles para motivar a las y los integrantes de la comunidad para que aporten sus ideas sobre cómo mejorar la prestación de servicios.

3.3 Compartir información sobre la prevención de infecciones

Es posible que la gente que vive cerca de una unidad de salud tenga inquietudes con respecto a los desechos infecciosos, incluidos los restos ovulares. Los administradores de la unidad de salud deben informar a líderes comunitarios sobre los protocolos del establecimiento para la eliminación de desechos infecciosos, y trabajar con ellos para garantizar que se proteja la salud pública. El personal de salud también puede informar a las mujeres y a la comunidad en general sobre las medidas que pueden tomar para prevenir infecciones.

El procesamiento y desecho inadecuados del instrumental médico constituyen un riesgo de salud pública, sobre todo en lugares con prestadores de servicios no capacitados que trabajan en condiciones antihigiénicas. Se puede reducir el riesgo de infección cuando:

- El instrumental médico usado y otros desechos se eliminan debidamente en vez de descartarse en vertederos abiertos u

otros lugares a los que el público tiene acceso;

- El personal de salud sigue las técnicas debidas para el procesamiento del instrumental y no propaga los patógenos de la unidad de salud a la comunidad.

(Para obtener mayor información, remítase al módulo Prevención de Infecciones.)

3.4 Promover mejores políticas públicas

Los trabajadores de salud e integrantes de la comunidad pueden organizar campañas que motiven a representantes locales a dar prioridad a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Pueden abogar por que en las unidades de salud se ofrezcan servicios de atención postaborto, así como servicios de aborto al máximo grado permitido por la ley, y por ampliar el acceso de las jóvenes a servicios de salud reproductiva.

Si las y los profesionales de la salud atienden a un gran número de mujeres que necesitan servicios especializados —tales como tamizaje/detección, consejería, apoyo o tratamiento para VIH— podrían colaborar con líderes comunitarios para abogar por que los sistemas de salud corrijan esas deficiencias. Las organizaciones comunitarias e integrantes de la comunidad también podrían pensar en iniciar servicios voluntarios, tales como grupos de apoyo o educación de pares.

(Para obtener más información sobre los prestadores de servicios de salud como promotores de la prestación de servicios de atención postaborto y acceso a los mismos, ver Recursos adicionales, Vínculos con la comunidad.)

4.0 Resumen

- La alianza entre el personal de salud y la comunidad desempeña un papel clave en la disminución de la morbimortalidad materna.
- Las y los profesionales de la salud deberían ser conscientes de su rol como líderes y modelos en la comunidad, al trabajar en colaboración con las y los integrantes de la comunidad a fin de promover la salud de las mujeres.
- Los comités consultivos comunitarios pueden ser una buena manera de colaborar con la comunidad para tomar medidas, hacer cambios y monitorear sus logros.
- Es importante incluir a las jóvenes en las alianzas comunitarias.
- Los diagnósticos comunitarios pueden informar a los prestadores de servicios de salud y a otras partes

interesadas acerca de las condiciones generales de salud y sobre asuntos relacionados con el aborto.

- Los prestadores de servicios de salud y otros integrantes del personal en las unidades de salud, en coordinación con líderes comunitarios o mediante ellos, pueden crear mayor conciencia en la población acerca de los derechos reproductivos y proporcionar información sobre sexualidad, salud reproductiva y servicios relacionados con el aborto.
- La referencia temprana para el tratamiento de las complicaciones del aborto y su seguimiento son medidas fundamentales para disminuir la morbilidad materna. Las comunidades pueden tomar medidas para ayudar a evitar demoras en hacer llegar a las mujeres con una emergencia obstétrica, a los servicios de salud necesarios para salvar su vida.
- Las unidades de salud que incluyen a la comunidad en el monitoreo de la prestación de servicios, pueden garantizar una mejor cobertura de las necesidades de la comunidad, así como el acceso a los servicios de atención postaborto centrados en la mujer.
- Es posible que las comunidades en los alrededores de las unidades de salud corran riesgo de entrar en contacto con desechos infecciosos, y el equipo de administración de la unidad de salud tiene la responsabilidad de garantizar que se sigan los protocolos indicados para la prevención de infecciones.
- Las comunidades y el personal de salud pueden trabajar conjuntamente para abogar por que las autoridades den prioridad a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, proporcionen los servicios necesarios y adopten políticas que respondan a las necesidades de las mujeres.

Referencias bibliográficas

Corbett, M. R. y Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: Origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106-11.

Ipas. (2014). *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición. K. L. Turner y A. Huber (Eds.). Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Johnston, H. B., Rajani Ved, R., Lyall N. y Agarwal, K.. (2001). From community to action: Managing postabortion complications and their management: A community assessment conducted in rural Uttar Pradesh, India. *PRIME Technical Report*, 23.

McInerney, T., Baird, T. L., Hyman, A. G. y Huber, A. B. (2001). *Guide to providing abortion care*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Pathfinder International. (2001). Tapping community opinion on postabortion care services. *Pathfinder Technical Guidance Series, 2*.

Postabortion Care (PAC) Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Fuente: <http://www.pac-consortium.org/>

Rogo, K. O., Bohmer, L. y Ombaka, C. (1999). Developing community-based strategies to decrease maternal morbidity and mortality due to unsafe abortion: pre-intervention report. *The East African Medical Journal, 76*(11 Suplemento), S1-71.

Turner, K. L., Börjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Varkey, S. J., Fonn, S. y Ketlhapile, M. (2001). *Health workers for choice: Working to improve quality of abortion services*. Johannesburgo, Sudáfrica, Women's Health Project, University of Witwatersrand.

Anexo A: Posibles audiencias y temas de información, educación y comunicación sobre atención postaborto

Audiencia	Contenido	Lugares y medios de comunicación
<p>Mujeres jóvenes y adultas; sus parejas, su familia o tutores, maestros, grupos de mujeres, grupos de hombres, grupos de adolescentes, grupos de estudiantes y grupos comunitarios, sindicatos y grupos de aprendices, incluidos los clubes deportivos, clubes sociales, teatro, las artes, etc.</p> <p>Conductores de taxi, farmaceutas y otros informantes locales, tales como las parteras tradicionales o asistentes de parto</p>	<p>Embarazo no deseado: Signos y síntomas del embarazo y adónde acudir en busca de asistencia; la importancia de buscar atención médica temprana; las complicaciones del embarazo y adónde acudir para obtener atención; riesgos del aborto inseguro.</p> <p>Aborto: Las leyes del aborto y las políticas sobre los servicios; dónde y cómo reconocer las complicaciones del aborto, y dónde y cuándo buscar atención médica; el retorno rápido de la fertilidad después de un aborto; el papel de la comunidad en el reconocimiento de las emergencias y el transporte para la atención.</p> <p>Anticoncepción: Información sobre los métodos anticonceptivos modernos (incluida la anticoncepción de emergencia), que incluya la seguridad y eficacia; dónde y cómo se pueden obtener los métodos.</p>	<p>Lugares: Unidades de salud, Escuelas y universidades, Lugares de trabajo, Centros de jóvenes, centros de mujeres, reuniones de grupos, mercados</p> <p>Medios de comunicación: periódicos, revistas, carteles, volantes, radio, TV, debates, sociodramas</p>
<p>Funcionarios del sistema de salud, legisladores y otros formuladores de políticas</p> <p>Asociaciones profesionales (médicas, jurídicas, etc.)</p> <p>Integrantes de los medios de comunicación</p> <p>Líderes no tradicionales como deportistas y actores de cine</p>	<p>Prevalencia e impacto del aborto inseguro y el embarazo no deseado en la salud y en los recursos de las mujeres y sus familias</p> <p>Derechos de las mujeres respecto al aborto y la atención postaborto</p> <p>Asuntos relevantes acerca del acceso y su impacto en la salud y los recursos</p> <p>Costo del tratamiento de urgencia de las complicaciones de un aborto inseguro</p> <p>Necesidad de legislar a favor del financiamiento de servicios de salud reproductiva de alta calidad para las mujeres</p>	<p>Lugares: Conferencias, Audiencias gubernamentales</p> <p>Medios de comunicación: conversaciones, informes de investigación para reuniones y audiencias legislativas, comunicaciones con el personal de estos funcionarios, talleres, campañas postales, otros medios impresos y electrónicos</p>
<p>Líderes tradicionales y religiosos</p>	<p>La importancia de educar a la comunidad sobre la prevención del embarazo no deseado y la búsqueda de ayuda</p> <p>¿Dónde y cómo conseguir anticonceptivos y otros servicios de salud reproductiva?</p> <p>Los costos en la familia y la comunidad por la morbilidad materna relacionada con embarazos no deseados y abortos inseguros</p> <p>La seguridad relativa del aborto temprano y seguro</p> <p>Leyes vigentes sobre aborto y las políticas de servicio</p> <p>Cómo brindar consejería sobre los cuidados del embarazo y la disponibilidad de planificación familiar</p>	<p>Lugares: Reuniones comunitarias y religiosas, formales e informales, Talleres por personal de salud</p> <p>Medios: Conversaciones, sociodramas, pláticas, medios impresos y electrónicos</p>

Adaptado de McInerney et al., 2001.

Métodos de evacuación endouterina

Temas clave en este módulo:

- Métodos recomendados para realizar la evacuación endouterina: aspiración por vacío, misoprostol y manejo expectante
- Posibles riesgos, efectos secundarios, costo y ventajas de estos métodos

1.0 Introducción

La evacuación endouterina es la extracción del contenido del útero.

Hay tres métodos recomendados para la evacuación endouterina en casos de aborto incompleto, cuando el tamaño del útero es menor a 13 semanas de gestación:

- Aspiración endouterina (eléctrica o manual)
- Misoprostol
- Manejo expectante

La evacuación endouterina efectuada para extraer los restos ovulares retenidos, es un elemento de la atención postaborto que ayuda a salvar la vida de las mujeres. Por ello, los trabajadores de salud que tratan las complicaciones del aborto y los que proporcionan servicios de aborto seguro deben tener la competencia clínica necesaria para efectuar o facilitar la evacuación endouterina.

Durante la aspiración por vacío, el contenido uterino es evacuado por medio de una cánula de plástico o metálica usando succión proporcionada por un aspirador manual portátil (aspiración manual endouterina), o por medio de una bomba eléctrica (aspiración eléctrica endouterina). La aspiración por vacío es una alternativa importante y, en ocasiones, una alternativa de respaldo para el aborto con medicamentos.

El medicamento misoprostol puede tomarse para vaciar el útero. Esto a veces es conocido como misoprostol para la atención postaborto (MAPA). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “se ha comprobado que los métodos de aborto con medicamentos son seguros y eficaces”. El misoprostol figura en la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, así como en la Lista interagencial de medicamentos esenciales para la salud reproductiva, compilada por varios de los organismos de las Naciones Unidas y otras ONG internacionales.

El manejo expectante es un proceso de monitoreo cercano, el cual permite que el cuerpo de la mujer expulse el contenido uterino sin necesidad de practicar ningún procedimiento o de administrar medicamentos uterotónicos. Es indicado solo para mujeres que tienen un aborto espontáneo sin complicaciones.

Las mujeres jóvenes pueden usar los mismos métodos de evacuación endouterina que las adultas.

Este módulo se enfoca en la evacuación endouterina en el primer trimestre.

Diversos tipos de profesionales de la salud pueden efectuar la evacuación endouterina de manera segura o asistir con el procedimiento. La capacitación de pregrado o en el servicio ofrece la oportunidad para que los trabajadores de salud adquieran la competencia clínica para realizar los procedimientos.

Este módulo ofrece:

- Un resumen de los métodos recomendados para la evacuación endouterina de úteros con menos de 13 semanas de gestación;

- Información sobre su seguridad y eficacia clínica, costo y aceptación por parte de las mujeres;
- Riesgos específicos y efectos secundarios asociados con el uso de cada método.

Posibles efectos secundarios de todos los procedimientos de evacuación endouterina:

- *Cólicos abdominales*
- *Náuseas*
- *Vómito*
- *Dolor*
- *Sangrado*

Esta información también se resume en el Anexo A: Opciones de tratamiento para la APA.

El legrado uterino instrumental no es recomendado por la OMS. No obstante, se incluye una descripción de la técnica porque todavía se usa en muchos lugares. En el Manual de capacitación se incluye información sobre cómo asesorar a profesionales y unidades de salud para hacer la transición del legrado uterino instrumental a los métodos de aspiración por vacío y aborto con medicamentos.

2.0 Aspiración por vacío

Muchas autoridades nacionales e internacionales, tales como la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), consideran la tecnología de aspiración por vacío un servicio esencial.

Descripción

La aspiración por vacío es un método por medio del cual se realiza la evacuación del contenido del útero a través de una cánula de plástico o metálica conectada a una fuente de vacío.

- La aspiración manual endouterina (AMEU) utiliza un aspirador manual portátil
- La aspiración eléctrica endouterina (AEEU) emplea una bomba eléctrica.

El nivel de vacío proporcionado por el aspirador de AMEU disminuye a medida que el cilindro se llena con sangre y restos ovulares, pero la bomba eléctrica proporciona un nivel de succión constante.

El procedimiento consiste en dilatar el cuello uterino si es necesario, introducir una cánula en la cavidad uterina a través del cuello, conectar la cánula a la fuente de vacío. El contenido uterino es succionado a través de ésta. El procedimiento dura de tres a diez minutos según el tamaño uterino y la cantidad de restos ovulares.

Eficacia y seguridad clínica

La aspiración por vacío es sumamente eficaz y segura, con una tasa de eficacia entre el 98% y el 100% para el tratamiento del aborto incompleto. El método tiene pocas complicaciones,

Cuando la aspiración endouterina es efectuada por profesionales de la salud bien capacitados, las complicaciones son raras. Sin embargo, entre las posibles complicaciones se encuentran:

- Evacuación incompleta
- Lesiones del cuello uterino o del útero, tales como perforaciones o desgarros
- Complicaciones de la anestesia
- Infección
- Hemorragia
- Hematómetra
- Aborto fallido

En raras ocasiones, estas complicaciones pueden ocasionar infertilidad secundaria, otras lesiones graves o la muerte. La OMS, en conjunto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Mundial, con el respaldo de FIGO y la Confederación Internacional de Matronas (ICM, por sus siglas en inglés), aprueba la AMEU como una tecnología esencial para la evacuación endouterina.

especialmente cuando se realiza a no más de 13 semanas de gestación. Algunos beneficios programáticos y de seguridad de la aspiración por vacío en comparación con el legrado uterino instrumental, son:

- Menos pérdida de sangre
- Menos tiempo para realizar el procedimiento
- Riesgo reducido de complicaciones mayores y menores
- Menos dolor
- Menor costo

Debido a que muchos prestadores de servicios efectúan el legrado uterino instrumental en un quirófano bajo fuertes sedantes o anestesia general, el riesgo de la anestesia disminuye con la aspiración por vacío.

Costo

La aspiración por vacío puede ser mucho menos costosa cuando se practica como un servicio ambulatorio. Con la aspiración endouterina, las unidades de salud pueden ahorrar costos y estos ahorros pueden ser trasladados a las mujeres.

Aceptación por las mujeres

La aspiración por vacío es bien aceptada por las mujeres, incluidas las jóvenes. Debido a que la aspiración es menos dolorosa que el legrado uterino instrumental, en la mayoría de los casos se requiere un nivel más bajo de manejo del dolor. Por lo general, una combinación de anestesia local (bloqueo paracervical), analgésicos orales y unas palabras reconfortantes permiten que las mujeres permanezcan despiertas y conscientes durante el procedimiento, pero a pesar de ello reciban un buen manejo del dolor. Se puede administrar un sedante ligero, si está disponible y si la mujer así lo desea. Ya que la aspiración por vacío requiere un menor nivel de medicamentos para el dolor, los servicios de atención postaborto pueden proporcionarse de manera ambulatoria, opción que las mujeres generalmente prefieren a ser ingresadas en el hospital.

2.1 Aspiración manual endouterina (AMEU)

En el procedimiento de AMEU, un aspirador manual de plástico de 60cc cargado con vacío, se conecta a una cánula y se activa a mano para succionar el contenido del útero. Para efectuar el procedimiento de AMEU, se introduce en el útero una cánula del tamaño indicado a través del cuello uterino, previamente dilatado. La cánula se conecta al aspirador cargado con el vacío, y el vacío se suelta al oprimir las válvulas del aspirador. La cánula se rota suave y lentamente mientras que se desliza hacia adelante y hacia

atrás en el útero. El aspirador sirve como fuente de vacío para aspirar los restos ovulares a través de la cánula y hacia el interior del cilindro.

La AMEU es segura y eficaz:

- Puede ser efectuada por profesionales de la salud de nivel intermedio anteriormente capacitados, sin ninguna diferencia en las tasas de complicaciones al compararse con el personal médico.
- No requiere electricidad y puede utilizarse en zonas rurales con un suministro de electricidad intermitente.
- Puede efectuarse en servicios ambulatorios de una unidad de salud, lo cual requiere menos recursos por parte de la unidad de salud y disminuye el costo del tratamiento.
- En lugares donde se puede reutilizar el instrumental, el costo del procedimiento puede ser relativamente bajo.
- Por la disminución del tiempo de espera y el aumento de su disponibilidad a nivel local, es un método aceptado por muchas mujeres, incluidas las jóvenes.
- La AMEU hace poco ruido durante el procedimiento, lo cual es preferido por algunas mujeres.

(Para mayor información sobre la AMEU, por favor remítase al módulo Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.)

2.2 Aspiración eléctrica endouterina (AEEU)

La AEEU utiliza una bomba eléctrica o una máquina de succión conectada a una cánula para evacuar el contenido del útero. La cánula se introduce en el útero y se conecta al tubo de la máquina de succión; luego se abre la válvula de la manguera y se enciende la bomba. La cánula se gira suavemente hacia adelante y hacia atrás hasta que los restos ovulares son evacuados por la manguera y se depositan en un recipiente de vidrio colocado al final de la manguera.

- Debido al alto costo inicial de la máquina de AEEU, por lo general se usa en entornos centralizados donde se atiende a un gran número de casos.
- La AEEU es menos adecuada para entornos con un suministro de electricidad intermitente.
- Las mujeres, incluidas las jóvenes, encuentran que la AEEU es un método aceptable.

Posibles complicaciones

Las complicaciones del aborto con medicamentos son poco comunes. Sin embargo, entre las posibles complicaciones se encuentran:

- Evacuación incompleta
- Infección
- Hemorragia
- Reacción alérgica
- Aborto fallido

3.0 Misoprostol

El misoprostol puede utilizarse para expulsar el contenido del útero. Fue creado para indicaciones gastrointestinales pero también tiene el efecto de madurar el cuello uterino y estimular las contracciones uterinas. Se utiliza para muchas indicaciones obstétricas y ginecológicas, incluidas la inducción del parto, aborto con medicamentos, tratamiento del aborto incompleto, prevención y tratamiento de hemorragias posparto y preparación cervical.

Eficacia y seguridad clínica

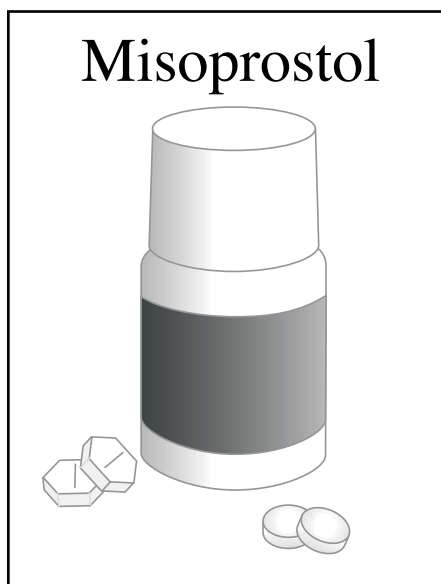
El misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto tiene tasas de eficacia entre el 91% y el 99% según señalan las publicaciones, dependiendo del régimen empleado y del estudio. El misoprostol se ha usado de manera segura para el tratamiento del aborto incompleto en muchos países y muestra tasas de eficacia similares a las de la aspiración por vacío. *No se ha asociado con ningún efecto a largo plazo en la salud de las mujeres. No se aconseja el uso de misoprostol en casos en que el retraso de la evacuación endouterina pueda causar considerables riesgos para la mujer. En esos casos, la aspiración por vacío es el método preferido para el tratamiento.*

Para un aborto diferido, una dosis única de misoprostol produce una evacuación endouterina completa en más del 80% de las mujeres. En algunos estudios se han empleado repetidas dosis de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal después de 24 o 72 horas, con un aumento en las tasas de aborto completo. Sin embargo, no queda claro si este aumento se debe a la dosis adicional de prostaglandina o al mayor intervalo de tiempo hasta la evaluación. Cuando las mujeres reciben manejo expectante después de una dosis única de misoprostol, la tasa de aborto completo aumenta a lo largo del tiempo. Con el misoprostol repetido cada tres horas para un máximo de dos dosis más, se logran similares tasas de eficacia.

La mayoría de las mujeres en proceso de una evacuación endouterina con medicamentos experimentan cierto grado de cólicos abdominales y sangrado. Otros posibles efectos secundarios, según la dosis y vía de administración, son: vómito, náuseas, diarrea, escalofríos y fiebre.

Costo

El costo de una evacuación endouterina varía según el régimen clínico, la tecnología y el costo del tratamiento de respaldo en caso de que hiciera falta repetir la evacuación del útero. La evacuación endouterina con misoprostol se considera un tratamiento de bajo costo.



Tabletas de misoprostol

El misoprostol es un medicamento sencillo y fácil de almacenar (no necesita refrigeración y tiene una larga vida útil), que puede utilizarse en una variedad de ámbitos y por una variedad de profesionales de la salud. El misoprostol puede emplearse solo en lugares donde no es factible ofrecer servicios de aspiración, o puede complementar la aspiración por vacío en lugares donde se ofrecen servicios de atención postaborto (APA). Los datos de varios estudios muestran que, en muchos ámbitos, al reorganizar los servicios reclasificando el tratamiento de APA como un procedimiento ambulatorio se reducen considerablemente los recursos utilizados para la APA, así como el costo y la duración promedio de la estancia de las mujeres en la unidad de salud. El misoprostol puede reducir en gran medida el costo de los servicios, por lo cual las mujeres pueden buscar tratamiento de un aborto incompleto en el primer nivel de atención y, por ende, disminuye la demanda en las unidades de salud del tercer nivel de atención.

Aceptación por las mujeres

En los estudios que examinaron la aceptación del misoprostol, más del 90 por ciento de las mujeres indicaron estar satisfechas o muy satisfechas con el uso de misoprostol para su tratamiento postaborto. Un estudio de viabilidad en Nigeria septentrional señaló un alto nivel de aceptación entre las mujeres de una población principalmente musulmana. El mismo estudio también señaló que las y los profesionales de la salud participantes (incluidos médicos, parteras y enfermeras) indicaron un alto nivel de satisfacción con este método.

Siempre que sea posible, se les debe ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir de entre una variedad de métodos y la información suficiente para tomar una decisión bien informada.

(Para mayor información, ver el módulo Evacuación endouterina con misoprostol.)

4.0 Manejo expectante

Muchas mujeres que acuden a la unidad de salud en proceso de aborto espontáneo pueden manejarse de manera eficaz sin la necesidad de realizar una intervención. Permitir que este proceso siga un curso natural, a la vez que se vigila de cerca a la mujer para verificar que todo el contenido uterino sea expulsado, es conocido como manejo expectante.

Eficacia y seguridad clínica

Las tasas de eficacia del manejo expectante varían según el tipo de aborto y el tiempo de seguimiento. Las mujeres que presentan sangrado y aborto incompleto al llegar a la unidad de salud tienen una resolución más rápida y tasas de eficacia más altas que las

Importancia de la consejería para el manejo expectante

Es importante informar a las mujeres acerca de cuánto tiempo podría llevar lograr un aborto completo de manera que sepan qué pueden esperar. El manejo expectante puede continuarse siempre y cuando la mujer esté dispuesta y no presente signos de infección. Para algunas mujeres, el proceso puede durar hasta seis u ocho semanas.

El acceso a atención de urgencia es importante en caso de retención de restos ovulares que causen complicaciones (como infección o hemorragia). La eficacia varía y es posible que sea necesario efectuar el procedimiento de aspiración por vacío para concluir la evacuación endouterina.

mujeres que presentan aborto diferido. (Ver Anexo A: Opciones de tratamiento para la APA.) Además, mientras más tiempo espere la mujer para el seguimiento, más probable es que tenga un aborto completo. Si la mujer espera entre 7 y 14 días, aproximadamente entre el 75% y el 85% de las mujeres con un aborto incompleto logran expulsar el contenido uterino y entre el 30% y el 60% de las mujeres con un aborto diferido lograrán la evacuación endouterina. Más del 25% de las mujeres que eligen el manejo expectante para el manejo de un aborto espontáneo necesitan un procedimiento para concluir la evacuación endouterina.

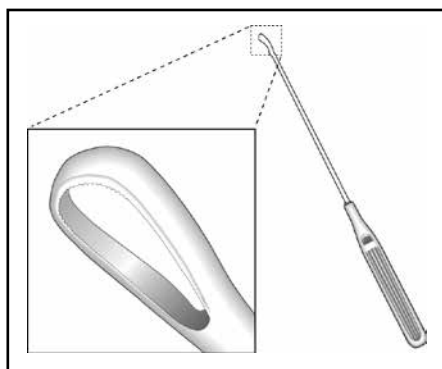
Costo

No hay ningún costo para las mujeres a menos que regresen a la unidad de salud porque necesitan un procedimiento para concluir la evacuación endouterina, o si presentan complicaciones.

Aceptación por las mujeres

Los datos sobre la satisfacción se han documentado solo en unos pocos ensayos clínicos y las diferencias entre los diversos métodos parecen ser pequeñas. Las mujeres que son manejadas como ellas prefieren generalmente están satisfechas con el método y expresan una preferencia por el mismo método para un futuro tratamiento.

Entre los factores por los que el manejo expectante podría ser más aceptado por las mujeres se encuentran el hecho de que pueden usar el método en su casa, que es privado y que es un proceso natural.



Cureta de metal

5.0 Otros métodos: legrado uterino instrumental

Descripción

El legrado uterino instrumental, conocido también como dilatación y curetaje (D&C), consiste en dilatar el cuello uterino y luego usar una cureta metálica afilada para raspar las paredes del útero. Durante el procedimiento, la mujer normalmente recibe anestesia general o una sedación que puede variar de superficial a profunda.

Según la OMS, “La dilatación y curetaje (DyC) es un método obsoleto de aborto quirúrgico y debe reemplazarse por la aspiración de vacío o por los métodos médicos”. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) también respalda el uso de la aspiración por vacío o medicamentos en vez del legrado uterino instrumental para la evacuación endouterina. El legrado uterino instrumental todavía es común en muchos países; por lo tanto, los funcionarios y administradores de los sistemas de salud deben hacer todos los esfuerzos posibles y

recibir apoyo, para reemplazar el legrado uterino instrumental con la aspiración por vacío o el misoprostol.

Eficacia y seguridad clínica

El legrado uterino instrumental está asociado con mayor pérdida de sangre, dolor y duración del procedimiento, comparado con la aspiración por vacío para la evacuación endouterina.

Costo

El procedimiento del legrado uterino instrumental normalmente se efectúa en un quirófano, bajo anestesia general, con estancia hospitalaria; todos estos factores incrementan el costo de la atención médica.

Aceptación por las mujeres

La técnica de legrado uterino instrumental necesita dosis de medicamento más elevadas para el manejo del dolor, como la anestesia general. Estas dosis suelen implicar estancias hospitalarias más largas y costosas, lo cual podría ser una inconveniencia para las mujeres. Además, este método es menos preferible por estar asociado con mayores riesgos.

Tratamiento de las complicaciones del aborto en el segundo trimestre

Para el tratamiento de APA en una mujer con un útero de más de 13 semanas de gestación, es posible que haya expulsado parcialmente los restos ovulares o que estos aún se encuentren en el útero. Entre las opciones para el tratamiento figuran evacuación endouterina con medicamentos o AMEU con o sin el uso de fórceps especializados.

Evacuación endouterina con medicamentos:

- *Los regímenes indicados para la APA en el primer trimestre pueden utilizarse, pero posiblemente requieran dosis repetidas de misoprostol.*
- *Las necesidades relacionadas con el manejo del dolor generalmente son mayores que en la APA en el primer trimestre.*
- *Típicamente, este proceso es efectuado mientras la mujer permanece en la unidad de salud por prestadores de servicios capacitados en el uso de estos métodos.*

AMEU con o sin el uso de fórceps especializados:

- *El tamaño y tipo de aborto incompleto determina si el contenido uterino puede ser evacuado por completo con la AMEU o si es necesario el uso de fórceps especializados, para lo cual se requiere un/a prestador/a de servicios capacitado en esta técnica (dilatación y evacuación).*
- *Se necesita mayor dilatación comparado con los procedimientos efectuados en etapas más tempranas del embarazo. Es posible que la mujer ya presente dilatación cervical; de lo contrario, la preparación cervical puede lograrse usando dilatadores mecánicos, medicamentos como el misoprostol, o una combinación de ambos.*
- *El uso de cánulas mayores (de 10, 12 o 14 mm) también puede ayudar a concluir la evacuación endouterina.*
- *Las necesidades relacionadas con el manejo del dolor generalmente son mayores que en la APA en el primer trimestre. Los fármacos para el manejo del dolor pueden ser sedación leve u ocasionalmente la anestesia general podría ser necesaria.*

Para mayor información, por favor busque "segundo trimestre" en el sitio web de Ipas, en www.ipas.org.

6.0 Resumen

- Los tres métodos recomendados para la evacuación endouterina en el primer trimestre son la aspiración por vacío, el misoprostol y el manejo expectante.
- La aspiración por vacío para la evacuación endouterina en el primer trimestre es segura y aceptada, incluso por las jóvenes; además, presenta una tasa de eficacia entre el 98% y el 100%.
- El misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es seguro y aceptado, incluso por las jóvenes; además, es eficaz en el 91% al 99% de los casos.
- Cada profesional de la salud debe tener en cuenta los siguientes factores para determinar qué método de evacuación endouterina usar: las preferencias personales de la mujer, su cuadro clínico, edad gestacional, disponibilidad de equipo, suministros y competencia del personal, así como la evidencia científica y médica disponible en ese momento.
- El legrado uterino instrumental no se recomienda porque es menos seguro que otros métodos. Si actualmente no se proporcionan servicios de evacuación endouterina, la aspiración por vacío y el aborto con medicamentos deben ser los primeros en introducirse.

Referencias bibliográficas

Balogh, S. A. (1983). Vacuum aspiration with the IPAS Modified Gynecologic Syringe. *Contraception*, 27(1), 63-68.

Billings, D. L. y Benson, J. (2005). Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 20(3), 158-166.

Bique, C., Usta, M., Debora, B., Chong, E., Westheimer, E. y Winikoff, B. (2007). Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 98(3), 222-226.

Blumenthal, P. D. y Remsburg, R. E. (1994). A time and cost analysis of the management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 45(3), 261-267.

Caceres, G. H., Riaño Gamboa, G., Hernández, M. A. y López Escobar, G. (1981). *Hospital management of incomplete abortion: Comparative study of dilation and curettage versus vacuum aspiration*. Bogotá, Colombia: Corporación Centro Regional de Población.

Chen, B. A. y Creinin, M. D. (2007). Contemporary management of early pregnancy failure. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50(1), 67-88.

Clark, S., Blum, J., Blanchard, K., Galvão, L., Fletcher, H. y Winikoff, B. (2002). Misoprostol use in obstetrics and gynecology in Brazil, Jamaica, and the United States. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 76(1), 65-74.

Dalton, V. K. y Castleman, L. (2002). Manual vacuum aspiration for treatment of early pregnancy loss. *Postgraduate Obstetrics and Gynecology*, 22(19), 1-6.

Dalton, V. K., Harris, L., Weisman, C. S., Guire, K., Castleman, L. y Lebovic, D. (2006). Patient preferences, satisfaction, and resource use in office evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics and Gynecology*, 108(1), 103-110.

Dao, B., Blum, J., Thieba, B., Raghavan, S., Ouedraogo, M., Lankoande, J. y Winikoff, B. (2007). Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(11), 1368-1375.

Demetroulis, C., Saridogan, E., Kunde, D. y Naftalin, A. A. (2001). A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction*, 16(2), 365-369.

Diop, A., Raghavan, S., Rakotovo, J. P., Comendant, R., Blumenthal, P. D. y Winikoff, B. (2009). Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 79(6), 456-462.

El Kabarity, H., Abo Louz, S., El Etribi, A., Yehya M. y Ellian, A. (1985). *Suction abortion versus traditional evacuation in the management of incomplete inevitable abortions*. Trabajo no publicado presentado ante el Colegio Internacional de Cirujanos, Quinta Federación Africana, El Cairo.

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (2007). *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*, segunda edición. A. Faúndes (Ed.).

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (2011). (2011). *Declaración de consenso sobre evacuación uterina*. Londres, Reino Unido: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Ferris, L. E., McMMain-Klein, M., Colodny, N., Fellows, G. F. y Lamont, J. (1996). Factors associated with immediate abortion complications. *Canadian Medical Association Journal*, 154(11), 1677-1685.

- Forna, F. y Gülmezoglu, A. M. (2001). Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. *Cochrane Database Syst Rev* (1), CD001993.
- Gabbe, S. G. (2002). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (Cuarta ed.). Nueva York: Churchill Livingstone.
- Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L. y Annas, G. J. (1996). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (Tercera ed.). Nueva York: Churchill Livingstone.
- Geyman, J. P., Oliver, L. M. y Sullivan, S. D. (1999). Expectant, medical, or surgical treatment of spontaneous abortion in first trimester of pregnancy? A pooled quantitative literature evaluation. *Journal of the American Board of Family Practice*, 12(1), 55-64.
- Gilles, J. M., Creinin, M. D., Barnhart, K., Westhoff, C., Frederick, M. M. y Zhang, J. (2004). A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(2), 389-394.
- Goldberg, A. B., Carusi, D. y Westhoff, C. (2009). Pregnancy Loss. En M. Paul (Ed.), *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy*. Oxford, Inglaterra: Wiley-Blackwell.
- Goldberg, A. B., Greenberg, M. B. y Darney, P. D. (2001). Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 38-47.
- Graziosi, G. C., Mol, B. W., Ankum, W. M. y Bruinse, H. W. (2004). Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 86(3), 337-346.
- Greenslade, F., Leonard, A. H., Benson, J., Winkler, J. y Henderson, V. (1993). *Manual vacuum aspiration: A summary of clinical & programmatic experience worldwide*. Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.
- Gynuity Health Projects. (2009). *Misoprostol for treatment of incomplete abortion: An Introductory guidebook*. Nueva York, NY: Gynuity Health Projects.
- Hu, D., Grossman, D., Levin, C., Blanchard, K., Adanu, R. y Goldie, S. J. (2010). Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion and alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Nigeria and Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 14(2), 85-103.
- Ipas. (2003). Factsheets on using the pharmaceutical agents mifepristone and misoprostol for abortion care and other pregnancy-related services. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Ipas Nigeria y la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nigeria (SOGON). (2010). Notes from the field: Resource needs and considerations for the introduction of misoprostol into existing

PAC services. Results of a study conducted by the Society of Gynaecology and Obstetrics of Nigeria and Ipas (pp. 1-2). Abuja, Nigeria: Ipas Nigeria.

Ipas Nigeria y la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nigeria (SOGON). (2011). *Offering misoprostol as an alternative to manual vacuum aspiration for treatment of incomplete abortion in Nigeria: Lessons from a multi-site introduction*. Abuja, Nigeria: Ipas.

Johnson, B. R., Benson, J., Bradley, J. y Ordonez, A. R. (1993). Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science & Medicine*, 36(11), 1443-1453.

Jowett, M. (2000). Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 53(3), 201-228.

Kittiwatanakul, W. y Weerakiet, S. (2012). Comparison of efficacy of modified electric vacuum aspiration with sharp curettage for the treatment of incomplete abortion: randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38(4), 681-685.

Koontz, S. L., Molina de Perez, O., Leon, K. y Foster-Rosales, A. (2003). Treating incomplete abortion in El Salvador: cost savings with manual vacuum aspiration. *Contraception*, 68(5), 345-351.

Lukman, H. Y. y Pogharian, D. (1996). Management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration in comparison to sharp metallic curette in an Ethiopian setting. *East African Medical Journal*, 73(9), 598-603.

Magotti, R. F., Munjinja, P. G., Lema, R. S. y Ngwalle, E. K. (1995). Cost-effectiveness of managing abortions: manual vacuum aspiration (MVA) compared to evacuation by curettage in Tanzania. *East African Medical Journal*, 72(4), 248-251.

Mahomed, K., Healy, J. y Tandon, S. (1994). A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 46(1), 27-32.

Marshall, B. R. (1971). Emergency room vacuum curettage for incomplete abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 6(4), 177-178.

Muffley, P. E., Stitely, M. L. y Gherman, R. B. (2002). Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 321-325; discussion 325-326.

Nanda, K., Lopez, L. M., Grimes, D. A., Pelligia, A. y Nanda, G. (2012). Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003518.

Neilson, J. P., Gyte, G. M., Hickey, M., Vazquez, J. C. y Dou, L. (2010). Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20(1), CD007223.

Ngoc, N. T., Blum, J. Westheimer, E., Quan, T. T. y Winikoff, B. (2004). Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 87(2), 138-142.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clinical management of abortion complications: A practical guide*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC), segunda edición. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (segunda edición). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Pauleta, J. R., Clode, N. y Graça, L. M. (2009). Expectant management of incomplete abortion in the first trimester. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 106(1), 35-38.

Peretz, A., Grunstein, S., Brandes, J. M. y Paldi, E. (1967). Evacuation of the gravid uterus by negative pressure (suction evacuation). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 98(1), 18-22.

Phelps, R. H., Schaff, E. A. y Fielding, S. L. (2001). Mifepristone abortion in minors. *Contraception*, 64(6), 339-343.

Reproductive Health Technologies Project y Gynuity Health Projects. (2003). *Instructions for use: Abortion induction with misoprostol (Cytotec®) in pregnancies up to 9 weeks LMP*. Reproductive Health Technologies Project Gynuity Health Projects. Washington, DC.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2004). *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based Clinical Guideline No. 7. Londres, Inglaterra: RCOG Press.

Schulz, K. F., Grimes, D. A. y Cates, W. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*, 1(8335), 1182-1185.

Schüler, L., Pastuszak, A., Sanseverino, T. V., Orioli, I. M., Brunoni, D., Ashton-Prolla, P., Silva da Costa, F., Giugliani, R., Mallman Couto, A., Brancher Brandao, S. y Koren, G. (1999). Pregnancy outcome after exposure to misoprostol in Brazil: a prospective, controlled study. *Reproductive Technology*, 13(2), 147-151.

- Shwekerela, B., Kalumuna, R., Kipingili, R., Mashaka, N., Westheimer, E., Clark, W. y Winikoff, B. (2007). Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: results from Tanzania. *BJOG*, 114(11), 1363-1367. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01469.x
- Society of Gynaecology and Obstetrics Nigeria (SOGON) e Ipas (2011A). *Offering misoprostol as an alternative to manual vacuum aspiration for treatment of incomplete abortion in Nigeria: Lessons from a multi-site introduction*. Abuja, Nigeria; SOGON e Ipas.
- Stewart, F. H., Weitz, T. A., Wilcox, N. y Tracey, J. (2002). *Abortion provider training manual*. San Francisco, CA: UCSF Center for Reproductive Health Research and Policy.
- Stubblefield, P. G., Carr-Ellis, S. y Borgatta, L. (2004). Methods for induced abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 104(1), 174-185. doi: 10.1097/01.AOG.0000130842.21897.53
- Tasnim, N., Mahmud, G., Fatima, S. y Sultana, M. (2011). Manual vacuum aspiration: a safe and cost-effective substitute of electric vacuum aspiration for the surgical management of early pregnancy loss. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 61(2), 149-153.
- Thonneau, P., Fougeyrollas, B., Ducot, B., Boubilley, D., Dif, J., Lalande, M. y Soulat, C. (1998). Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 81(1), 59-63.
- Tunçalp, O., Gülmezoglu, A. M. y Souza, J. P. (2010). Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Systemic Review*(9), CD001993. doi: 10.1002/14651858.CD001993.pub2
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., Chami, S., Carbonell, J. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5(4), 227-233.
- Velázquez, J. F., Wrooman, E., Cuevas, R. P., Flores, B. O. y Pérez, A. C. (2001). Evaluación de la introducción de aspiración manual endouterina en hospitales del IMSS. *Revista Médica del IMSS*, 39(5), 393-401.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T., Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 368(9551), 1965-1972. doi: 10.1016/s0140-6736(06)69742-0

Weeks, A., Alia, G., Blum, J., Winikoff, B., Ekwaru, P., Durocher, J. y Mirembe, F. (2005). A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 106(3), 540-547. doi: 10.1097/01.AOG.0000173799.82687.dc

Wieringa-de Waard, M., Bindels, P. J. E., Vos, J., Bonsel, G. J., Stalmeier, P. F. M. y Ankum, W. M. (2004). Patient preferences for expectant management vs. surgical evacuation in first-trimester uncomplicated miscarriage. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(2), 167-173.

Zhang, J., Gilles, J. M., Barnhart, K., Creinin, M. D., Westhoff, C. y Frederick, M. M. (2005). A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine*, 353(8), 761-769.

Anexo A: Opciones de tratamiento para la APA

Métodos	Manejo expectante	Aspiración eléctrica endouterina	Aspiración manual endouterina	Misoprostol
¿Cómo funciona?	<p>Permite que el útero evacúe los restos ovulares mediante contracciones espontáneas, dándole tiempo, sin la intervención del prestador de servicios.</p> <p>Un proceso natural</p> <p>Durante el primer trimestre</p>	<p>Un procedimiento que utiliza instrumental de succión eléctrica que se introduce en el útero para extraer los restos ovulares.</p> <p>Tamaño uterino menor de 13 semanas o hasta concluidas las 13 semanas desde la FUM</p>	<p>Un procedimiento que utiliza instrumental de aspiración manual, que se introduce en el útero para extraer los restos ovulares.</p> <p>Tamaño uterino menor de 13 semanas o hasta concluidas las 13 semanas desde la FUM</p>	<p>Causa contracciones que expulsan los restos ovulares</p> <p>Tamaño uterino menor de 13 semanas o hasta concluidas las 13 semanas desde la FUM</p>
Seguridad	<p>Es importante tener acceso a la atención de urgencia en caso de que haya restos ovulares retenidos y causen complicaciones (por ejemplo: infección)</p>	<p>Bajo riesgo de infección o lesión</p> <p>Poca o ninguna dilatación cervical</p> <p>Baja pérdida de sangre</p> <p>Estancia ambulatoria corta</p>	<p>Bajo riesgo de infección o lesión</p> <p>Poca o ninguna dilatación cervical</p> <p>Baja pérdida de sangre</p> <p>Estancia ambulatoria corta</p>	<p>Debe tenerse establecida una relación con una unidad de salud con servicios de aspiración endouterina adonde referir a las pacientes en caso de ser necesario</p>
Eficacia	<p>Su eficacia varía y es posible que todavía se necesite efectuar la aspiración endouterina</p> <p>Hasta un 84%</p>	<p>98 al 100%</p>	<p>98 al 100%</p>	<p>91 al 99%</p> <p>*el promedio es de 95%</p>
Consideraciones de costo a tener en cuenta	<p>Sin costo</p>	<p>Es eficaz en función de su costo si se efectúa de manera ambulatoria con anestesia local</p> <p>El equipo de AEEU es costoso; necesita un suministro constante de electricidad</p>	<p>Es eficaz en función de su costo si se efectúa de manera ambulatoria con anestesia local</p> <p>El instrumental de AMEU es económico</p>	<p>Económico</p>

Anexo A: Opciones de tratamiento para la APA (continuación)

Métodos	Manejo expectante	Aspiración eléctrica endouterina	Aspiración manual endouterina	Misoprostol
Acceso	<p>Las mujeres pueden usar este método en casa</p> <p>Necesitan estar bajo la supervisión de un profesional de la salud capacitado (incluidos los de nivel intermedio)</p>	<p>Puede utilizarse en unidades de salud tanto de nivel intermedio como de alto nivel en condiciones higiénicas con profesionales de la salud debidamente capacitados</p>	<p>Puede utilizarse en unidades de salud de nivel primario en condiciones higiénicas con profesionales de la salud debidamente capacitados</p> <p>Fácilmente disponible en la mayoría de las unidades de salud</p>	<p>Puede proveerse en cualquier unidad de salud o clínica de planificación familiar</p> <p>Las mujeres pueden usar este método en casa</p>
Aceptación por parte de las mujeres	<p>Las mujeres pueden permanecer despiertas</p> <p>Privado</p> <p>Más natural/como un aborto espontáneo</p> <p>Hace falta tiempo y paciencia</p>	<p>Las mujeres pueden permanecer despiertas</p>	<p>Las mujeres pueden permanecer despiertas</p> <p>El procedimiento es silencioso (produce poco ruido)</p>	<p>Las mujeres pueden permanecer despiertas</p> <p>Privado</p> <p>Más natural/como un aborto espontáneo</p>
Efectos esperados	Sangrado y cólicos	Sangrado y cólicos	Sangrado y cólicos	Sangrado y cólicos
Efectos secundarios				Náuseas, vómito, fiebre, escalofríos

Monitoreo para mejorar los servicios

Temas clave en este módulo:

- Definición de monitoreo
- Pasos clave para el monitoreo
- Qué monitorear

1.0 Introducción

Todos los servicios de salud pueden beneficiarse de un monitoreo rutinario. El monitoreo ayuda a garantizar que los servicios de salud alcancen y mantengan un nivel de calidad satisfactorio tanto para las usuarias como para quienes proporcionan los servicios. Este módulo abarca:

- Características clave de un sistema de monitoreo eficaz
- Pasos a seguir para el monitoreo

- Aspectos de los servicios de atención postaborto que deben evaluarse de manera rutinaria
- Importancia del monitoreo y la notificación de eventos adversos

2.0 ¿Qué es el monitoreo y por qué es importante?

El monitoreo es una forma de utilizar la información con el objeto de establecer las fortalezas y debilidades de dichos servicios, proporcionar retroalimentación y hacer ajustes para mejorar la calidad de los servicios. Por medio del monitoreo se examinan todos los elementos de la prestación de servicios, incluida la satisfacción de las usuarias, que tal vez no serían abordados por otros medios. Hacer monitoría y ajustes de manera rutinaria garantiza que las usuarias reciban servicios de alta calidad y que las y los profesionales de salud cuenten con los recursos y el apoyo que necesitan para la prestación de los servicios. El monitoreo es un proceso continuo que debe seguir en marcha siempre y en todo lugar donde se proporcionen los servicios.

El monitoreo puede variar de económico y sencillo, a realizarse de la manera más completa y formal. Una modalidad sencilla podría ser el monitoreo de unos pocos indicadores mientras que un enfoque más formal generalmente abarca la evaluación y el monitoreo de una amplia selección de elementos de la prestación de servicios.

La información para el monitoreo puede reunirse utilizando los sistemas existentes de recolección de datos o ligeramente modificados, tales como los libros de registro de prestación de servicios, estadísticas de los servicios y expedientes clínicos de las pacientes. Las herramientas de monitoreo evalúan los mismos servicios en diferentes momentos a lo largo del tiempo. Los resultados proporcionan información sobre cómo los servicios cambian a lo largo del tiempo. Estos datos de monitoreo les permiten tanto a profesionales de la salud como al equipo de administración reconocer las tendencias e identificar las áreas problemáticas, hacer los ajustes necesarios en los servicios, y verificar que estos ajustes tengan los efectos deseados.

El monitoreo debe efectuarse en unidades de salud del sector público y del sector privado. El número y la complejidad de las actividades variarán según la disponibilidad de personal y recursos. Por lo general, en unidades de salud más grandes, el equipo de administración efectúa las actividades de monitoreo. En unidades de salud más pequeñas, es posible que el personal de salud se encargue de las actividades de monitoreo.

En el siguiente cuadro se muestran ejemplos concisos de monitoreo que pueden efectuarse sin la necesidad de una

Una de las modalidades de monitoreo más formales es el sistema COPE® para la atención integral del aborto (AIA), el cual es un proceso de mejora continua de la calidad, que cuenta con un conjunto de herramientas utilizadas por el personal de salud para evaluar y mejorar de manera proactiva y continua la calidad de los servicios de AIA, incluida la atención postaborto. Diez guías de autoevaluación, que abarcan los elementos de la AIA, están organizadas en torno a los derechos de las usuarias y las necesidades del personal. (Para obtener más información sobre COPE para la AIA, por favor remítase a Recursos adicionales.)

recopilación compleja de información o herramientas de análisis. Estos ejemplos ilustran cómo el monitoreo funciona mejor cuando se realiza a lo largo de un plazo determinado, con evaluaciones continuas y planes de mejoramiento actualizados. Cabe señalar que en la realidad estos planes serían más específicos que los que se proporcionan aquí, puesto que deben precisar detalles de cuándo, dónde y cómo se realizarán los pasos a seguir y el nombre de las personas encargadas.

Cuadro 5-1: Ejemplos de monitoreo en cada unidad de salud

Objetivo	Plan de monitoreo actual	Datos recolectados anteriormente	Plan de mejoramiento
Todas las pacientes son atendidas dentro de las dos horas de haber llegado a la unidad de salud.	El tiempo de espera de las pacientes para recibir tratamiento es de tres horas en promedio.	Comparado con los datos de hace un año, el tiempo de espera de las pacientes aumentó por 30 minutos.	Simplificar los procedimientos de admisión para reducir el tiempo de espera de las pacientes.
El 100% de las usuarias reciben consejería individualizada por parte de un consejero.	El 65% de las usuarias reciben consejería individualizada por parte de un consejero.	Comparada con los datos de hace un año, la consejería individualizada aumentó en un 40%.	Ampliar el espacio para la consejería privada y capacitar a más consejeros para aumentar la consejería individualizada.
Asegurar que las soluciones químicas esenciales para la desinfección de alto nivel (DAN) del instrumental de AMEU se encuentren disponibles el 100% del tiempo.	Las soluciones químicas están disponibles el 70% del tiempo. La entrega de estos químicos a menudo se demora de una a tres semanas.	Comparada con los datos de hace seis meses, la disponibilidad de soluciones químicas para el procesamiento del instrumental aumentó en un 10%.	Aunque se registra un incremento positivo en la disponibilidad, la meta es que estén disponibles 100% del tiempo. Cambiar el procedimiento administrativo para solicitar soluciones químicas, de manera que el pedido se efectúe mucho antes de que se acaben los suministros, a fin de asegurar un abastecimiento adecuado pese a los retrasos en las entregas.

3.0 Claves para un sistema de monitoreo eficaz

El monitoreo es más eficaz cuando éste:

...se integra a las tareas rutinarias

Cuando el monitoreo implica demasiadas formalidades para los trabajadores de salud, el proceso se vuelve laborioso y lleva demasiado tiempo. Los datos que se reúnen para fines de

Uso de los indicadores

Los indicadores son medidas que ayudan a cuantificar las actividades y los resultados. Es importante elegir indicadores que verdaderamente se encuentran bajo el control del personal; de lo contrario, el proceso podría ser muy desmotivador. Los ejemplos de indicadores que se proporcionan a continuación pueden ayudar a describir la calidad general de los servicios de atención postaborto.

- Número y tipo de procedimientos efectuados por edad de la paciente;
- Número y tipo de complicaciones;
- Número y porcentaje de mujeres que desean anticonceptivos y reciben un método anticonceptivo, por edad;
- Número de referencias realizadas a otros servicios de salud;
- Número y porcentaje de mujeres sometidas a pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH;
- Número y porcentaje de mujeres a quienes se les hace entrevista para detección de violencia;
- Número y porcentaje de mujeres satisfechas con los servicios, por edad

El monitoreo del porcentaje de servicios proporcionados a mujeres con complicaciones obstétricas relacionadas con el aborto ayuda a evaluar las exigencias que las complicaciones del aborto imponen a los sistemas de salud. Además, puede ser útil para recopilar información sobre el método de aborto inseguro que utilizó la mujer antes de llegar a la unidad de salud (por ejemplo, si al parecer ya ha tomado misoprostol, comparado con haber tenido un procedimiento quirúrgico en condiciones inseguras) y utilizar esta información para enfocar las actividades educativas a nivel comunitario.

monitoreo pueden recopilarse de fuentes ya existentes, tales como los libros de registros clínicos y las estadísticas de los servicios.

...utiliza indicadores sencillos

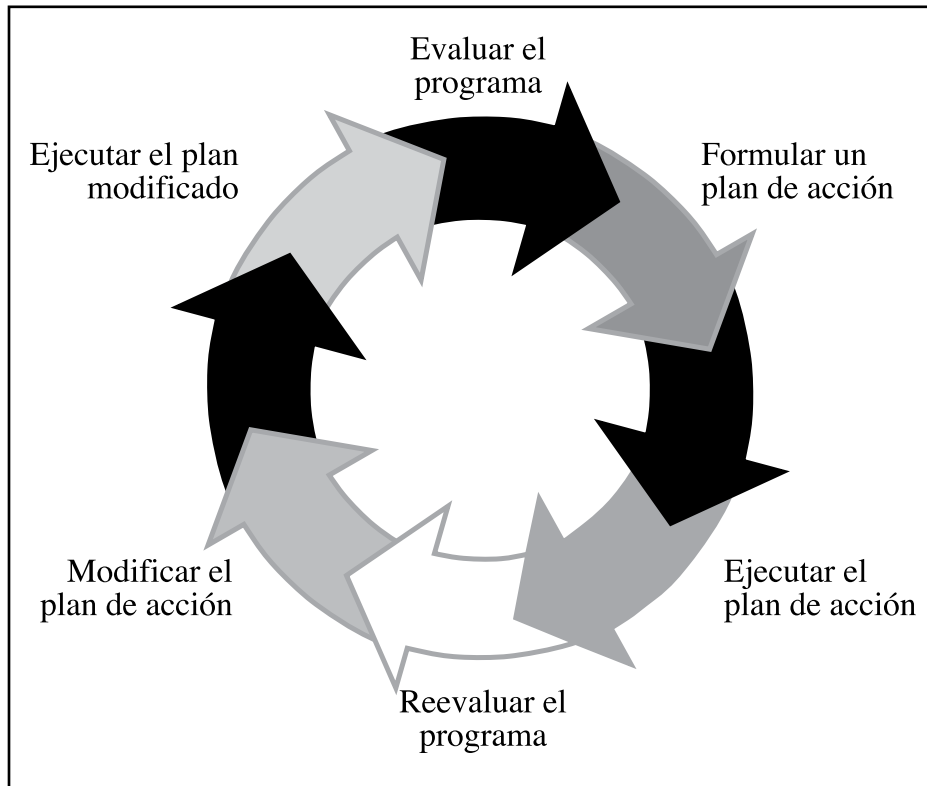
Unos pocos indicadores sencillos, escogidos cuidadosamente pueden proporcionar valiosa información sobre la prestación de servicios

...es participativo y abierto

Cuando el proceso de monitoreo verdaderamente incluye a cada integrante del personal de salud, es más probable que desarrollen un sentido de apropiación de los resultados obtenidos. Cada integrante del personal debe recibir capacitación en el uso de herramientas de monitoreo, de manera que pueda integrar el monitoreo como parte de sus responsabilidades.

...se lleva a cabo de manera ética

La privacidad y confidencialidad de las mujeres deben respetarse en todo momento. Se debe obtener el consentimiento informado de las usuarias antes de entrevistarlas o antes de observar cualquier interacción entre la usuaria y su prestador/a de servicios. (Ver Anexo A: Formulario de consentimiento informado: entrevista, y Anexo B: Formulario de consentimiento informado: observación.)



El monitoreo es un proceso continuo

...no es punitivo

El monitoreo es más eficaz cuando el personal se monitorea por sí mismo y la información reunida se utiliza como base para recompensar y otorgar reconocimiento.

...incluye a las usuarias de los servicios, incluidas las mujeres jóvenes, en el diseño y la ejecución del proceso de monitoreo

Realizar entrevistas de salida, grupos focales o listas de verificación de satisfacción de las usuarias, es una buena manera para obtener información directamente de las usuarias de los servicios y hacer mejoras a la calidad de la atención.

4.0 Monitoreo de eventos adversos

Los eventos adversos son las complicaciones que sufre una mujer durante su atención, los cuales no son resultado de una enfermedad. Aunque los eventos adversos son raros en la atención postaborto rutinaria, es importante darles seguimiento porque cada suceso ofrece la oportunidad de aprender cómo prestar una mejor atención que sea más segura. En el libro de registros clínicos debe diferenciarse entre las complicaciones que presenta la mujer cuando llega a la unidad de salud y aquellas que surgen durante la prestación de los servicios de atención postaborto. (Para obtener más información sobre los pasos indicados para el monitoreo y la notificación de eventos adversos, por favor remítase al módulo Complicaciones.)

5.0 Los cuatro pasos de un monitoreo eficaz

Un monitoreo eficaz comprende cuatro pasos básicos:

1. Planificación

Formular un plan de monitoreo que especifique cómo se recolectarán, difundirán y analizarán los datos. Incluya en el proceso de planificación a un amplio grupo de partes interesadas.

El plan debe incluir:

- Integrantes del equipo de monitoreo, compuesto por miembros del personal de la unidad de salud, usuarias de los servicios, incluidas las jóvenes, y cómo se capacitará a las y los integrantes del equipo;
- Qué aspectos de los servicios se monitorearán;
- Estándares de calidad e indicadores para evaluarlos;
- Fuentes de información, tales como los libros de registro con estadísticas de los servicios y expedientes clínicos de las usuarias;

Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia:

Manual fue creado por la OMS, UNFPA, UNICEF y la Facultad de Salud Pública Mailman, con el fin de actualizar una publicación anterior sobre el monitoreo de la disponibilidad y el uso de servicios obstétricos, publicada por UNICEF, la OMS y UNFPA en 1997. Los indicadores definidos en la publicación han sido utilizados por ministerios de salud, organismos internacionales y administradores de programas en más de 50 países del mundo.

Esta revisión incorpora cambios basados en actividades de monitoreo y evaluación llevadas a cabo mundialmente y evidencias que han surgido sobre este tema a lo largo de los años, y fue acordada por un panel de expertos internacionales. Incluye dos indicadores nuevos y una nueva función fundamental, con evidencia actualizada y nuevos recursos.

Este manual tiene como objetivo describir los indicadores y ofrecer orientación a las personas que trabajan en el campo sobre cómo realizar estudios. Contiene una lista de servicios que salvan vidas, o 'funciones fundamentales', que definen a una unidad de salud con capacidad para tratar emergencias obstétricas. Se hace especial hincapié en el funcionamiento real, no en el teórico. Los indicadores de atención a las emergencias obstétricas descritos en este manual pueden utilizarse para medir los avances en un continuum programático: desde la disponibilidad y el acceso a la atención obstétrica de urgencia hasta el uso y la calidad de esos servicios.

Como parte de la discusión de necesidad satisfecha de atención obstétrica de urgencia, se examina a fondo cómo monitorear y evaluar los servicios de atención postaborto.

- Métodos de recopilación de datos, tales como entrevistas, grupos focales, observación y revisión de los registros
- Listas de verificación y otras herramientas para guiar las observaciones, las entrevistas y la revisión de los registros. Las listas de verificación deben incluir las características esenciales de la prestación de servicios de alta calidad, tal como la disponibilidad de suministros, el uso de las técnicas médicas de preferencia y la calidad de la consejería (por favor remítase al Anexo C: Lista de verificación para la revisión de expedientes de pacientes);
- Un plan para compartir los resultados con el personal y la comunidad, y según sea necesario, para mejorar los servicios.
- Un cronograma para el proceso de monitoreo, que precise las actividades y las personas responsables de llevarlas a cabo.

El cuadro a continuación ilustra los aspectos de la atención postaborto que podrían ser incluidos en el plan de monitoreo y proporciona también algunos ejemplos de preguntas que pueden hacerse.

2. Recopilación de información

Una vez que el equipo de monitoreo elabore las listas de verificación y otras herramientas, podrá iniciar la recolección de datos. Existen varias maneras de reunir información:

- Utilizar la información recopilada rutinariamente por la unidad de salud en los libros de registros clínicos, expedientes clínicos y libros de control de insumos. El análisis local de estos datos evita redundar durante el monitoreo y fomenta la colaboración entre el equipo de administración y el personal de salud.
- Para medir un cambio en un área específica de la prestación de servicios, use el mismo indicador cada vez.
- Realizar observaciones periódicas y entrevistas con las usuarias para examinar los aspectos de la prestación de servicios, tales como la calidad de las interacciones entre el/la prestador/a de servicios y la paciente y la satisfacción de ésta. El personal debe asegurarse de buscar los puntos de vista de las mujeres jóvenes.

El equipo de monitoreo debe presentarse a la mujer y explicarle la razón por la que se está llevando a cabo la observación o la entrevista y pedir su permiso para continuar. La entrevista u observación no debe continuar si la mujer no da su consentimiento. Las personas responsables del monitoreo deben asegurarse de que se respeten la privacidad y confidencialidad de la mujer. El nombre de la paciente o cualquier otra información

Cuadro 5-2 Ejemplos de monitoreo de los servicios de atención postaborto

Tipos de servicios	Indicadores	Fuentes de información	Listas de verificación, cuestionarios y entrevistas de salida
¿Qué servicios deben ser monitoreados?	¿Qué parámetros utilizaremos para medir nuestras actividades?	¿Dónde podemos obtener esta información?	¿Qué tipo de preguntas deberíamos hacer?
Plan de evaluación y tratamiento	Porcentaje de casos en que las pacientes fueron evaluadas inmediatamente para determinar si presentaban shock	Observación de los servicios utilizando listas de verificación del desempeño de tareas	¿Se evaluó a las pacientes para determinar si presentaban shock cuando llegaron?
Gestión y organización de los servicios	Promedio de tiempo que las pacientes que reciben atención postaborto permanecen en la unidad de salud Tiempo promedio entre la llegada y el procedimiento Horas durante las cuales los servicios están disponibles	Revisión de los registros financieros, personal e inventario de la unidad de salud Observación y evaluación de la ruta crítica que sigue la paciente Revisión de expedientes de las pacientes y entrevistas con el personal	¿Durante qué momentos del día es más largo el tiempo de espera de las pacientes?
Consejería	Número y porcentaje de mujeres que reciben consejería	Observación de los servicios de consejería utilizando las listas de verificación Revisión de casos recientes de APA en los libros de registros clínicos Uso del formulario de "usuaria secreta"	¿Son referidas las mujeres con necesidades especiales, cuando es necesario?
Consejería y servicios de anticoncepción	Número y tipo de anticonceptivos entregados en la unidad de salud Número y porcentaje de mujeres que recibieron consejería anticonceptiva Número y porcentaje de mujeres que deseaban usar un método anticonceptivo y lo recibieron	Observación de los servicios de consejería usando la lista de verificación del desempeño de tareas Entrevistas con las usuarias antes de su egreso de la unidad de salud Revisión de casos recientes de APA en los libros de registros clínicos	¿Qué tan buena fue la consejería acerca de los métodos anticonceptivos disponibles? ¿La mujer dejó la unidad de salud con la información o el método deseado? ¿La usuaria tuvo que ir a otra unidad de salud para recibir un método anticonceptivo?
Satisfacción de las usuarias	Porcentaje de mujeres que creen que el costo de los servicios es razonable	Entrevistas con las usuarias antes de su egreso de la unidad de salud	¿Cree usted que el costo de los servicios fue razonable?

que pueda identificarla no deben incluirse en los formularios de monitoreo

(Para ver ejemplos, consultar el Anexo A: Formulario de consentimiento informado: entrevista y el Anexo B: Formulario de consentimiento informado: observación.)

Evaluación de la satisfacción de las usuarias con bajo nivel de alfabetización

Una forma en que el personal puede evaluar la satisfacción de las usuarias con bajo nivel de alfabetización es entregándole a cada usuaria un pequeño frijol con la idea de que lo pongan en una caja al salir de la unidad de salud. La caja está dividida en tres secciones, cada una de las cuales tiene una cara con diferentes expresiones: una cara contenta, una cara carente de expresión y una cara triste. El frijol se utilizará para indicar cuál fue su impresión de los servicios recibidos ese día. El personal usa esto como parte del monitoreo de la calidad de los servicios; se toma como una muestra cualitativa de lo que las pacientes piensan acerca de los servicios recibidos.

3. Análisis

Los datos reunidos durante el proceso de recolección de información deben ser analizados por el equipo de monitoreo. El análisis de los datos es una oportunidad para que el personal de salud hable abiertamente sobre las fortalezas y debilidades en la unidad de salud. El objeto de recopilar los hallazgos y analizar los datos es:

- identificar áreas problemáticas
- formular planes de mejora
- evaluar los avances en el mejoramiento de los servicios

Los datos cuantitativos revelan cifras y hechos claros. Por ejemplo, las visitas a la unidad de salud han disminuido drásticamente en los últimos dos meses.

Los datos cualitativos, como las entrevistas, pueden usarse para complementar los datos cuantitativos. Por ejemplo, las entrevistas de salida en una unidad de salud revelaron que las mujeres no estaban satisfechas con la calidad de la consejería.

Una vez que el personal tenga un mejor conocimiento de los problemas, podrá investigar más a fondo las causas subyacentes de los problemas encontrados. El personal de salud debe preguntarse “¿Qué factores contribuyeron a estos problemas?” En el ejemplo anterior, es posible que la deficiencia en la calidad de los servicios de consejería se deba a la capacitación inadecuada del personal recién empleado y al proceso de ingreso de las usuarias que no deja suficiente tiempo para la consejería. Es posible también que durante el análisis, el personal descubra otras causas más arraigadas, como por ejemplo, una creencia arraigada de que la consejería no es una parte importante de los servicios. El personal también debe buscar los aportes de las usuarias e integrantes de la comunidad para determinar la causa fundamental de un asunto o problema.

4. Formulación de un plan de acción.

Primero el equipo debe determinar qué problemas son los más fáciles de corregir, dados los recursos al alcance; y luego podrá formular un plan de acción. La gente joven de la comunidad debe incluirse en las conversaciones sobre cómo solucionar los problemas de los servicios para las jóvenes. Antes de llegar a una decisión sobre la mejor solución, deben examinarse varias

opciones para cada problema y, en caso de que la solución inicial no proporcione los resultados esperados, debe tenerse a mano una lista de otras soluciones posibles.

Para formular un plan de acción:

- Elabore un borrador de un plan que incluya un cronograma para su implementación y evaluación;
- Especifique quién estará a cargo de realizar cada paso de la solución propuesta;
- Converse sobre el plan con integrantes del personal que podrían ayudar a realizar los pasos;
- Presente los hallazgos y las soluciones propuestas a todo el personal. Ésta es una oportunidad de obtener valiosos aportes del personal.

Según sea indicado, comparta los hallazgos positivos con el personal y la comunidad; incluya las fortalezas y competencias y cualquier mejora que se haya realizado. Se debe reconocer los aportes del personal que han producido mejoras en los servicios, de manera que las y los integrantes del personal puedan celebrar sus logros.

Ejemplos de soluciones a los problemas en los servicios de atención postaborto:

- *Capacitación del personal en su lugar de trabajo;*
- *Reorganización de los servicios clínicos;*
- *Cambios al horario para la atención;*
- *Cambios en los sistemas de adquisición y almacenamiento de insumos;*
- *Fortalecimiento de los sistemas de referencia.*

6.0 Resumen

- El monitoreo, o el seguimiento rutinario de los servicios, es esencial para garantizar que las mujeres reciban servicios de atención postaborto de alta calidad y que las y los profesionales de la salud cuenten con los recursos que necesitan para proporcionar servicios de alta calidad.
- El monitoreo es un proceso continuo que funciona mejor cuando se efectúa de manera sistemática y cuando se usan las mismas herramientas para la evaluación periódica de los resultados.
- El monitoreo debe incorporarse en las tareas rutinarias de la unidad de salud, debe utilizar indicadores sencillos y efectuarse abierta y éticamente con la participación de todo el personal.
- Según sea posible, el monitoreo debe incluir los aportes y la participación de las y los integrantes de la comunidad o de las usuarias que han recibido servicios.
- El monitoreo no debe ser un proceso muy complejo, ni punitivo.
- El monitoreo y la notificación de eventos adversos son elementos clave de los servicios de alta calidad.
- Los cuatro pasos del monitoreo son: planificación, recopilación de información, análisis y formulación de un plan de acción.

Referencias bibliográficas

- Adamchak, S., Bond, K., MacLaren, L., Magnani, R., Nelson, K. y Seltzer, J. (2000). *A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs*. Washington, DC: Focus on Young Adults.
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61-91.
- EngenderHealth. (2003). *COPE® Handbook: A process for improving quality in health services*, revised edition. Nueva York, NY: EngenderHealth.
- EngenderHealth, Ipas y el Proyecto para Reducir la Morbimortalidad Materna en Ghana. (2009). *COPE for comprehensive abortion care services: A toolbook to accompany the COPE® Handbook*. Nueva York, NY: EngenderHealth.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (1997). *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services*. Nueva York, NY: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Garcia-Nunez, J. (1992). *Improving family planning evaluation: A step-by-step guide for managers and evaluators*. West Hartford, CT: Kumarian Press.
- Huezo, C. y Diaz, S. (1993). Quality of care in family planning: Clients' rights and providers' needs. *Advances in Contraception*, 9(2), 129-139.
- King, T. D. N., Abernathy, M. y Hord, C. (1998a). A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care: DataPAC Module 3 *DataPAC Core Questionnaire Series*. Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.
- King, T. D. N., Abernathy, M. y Hord, C. (1998b). A guide to using the general information questionnaire for postabortion care patients: DataPAC Module 1. *DataPAC Core Questionnaire Series*. Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.
- Leonard, A. H. y Winkler, J. (1991). Marco conceptual de calidad de atención para el tratamiento del aborto. *Adelantos en el tratamiento del aborto*, 1(1).
- Management Sciences for Health (MSH). (1997). Using evaluation as a management tool. *The Family Planning Manager*, 6(1).
- McInerney, T., Baird, T. L., Hyman, A. G. y Huber, A. B. (2001). *Guide to Providing Abortion Care*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Otsea, K., Benson, J., Measham, D., Thorley, M. y Lidh, R. (1999). Monitoreo de la atención postaborto. *Recursos técnicos para la atención postaborto* (Vol. 3). Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.

Anexo A: Formulario de consentimiento informado: entrevista

Solicitud de entrevista con la paciente después de haber recibido los servicios de atención postaborto:

Entrevistador/a:

Hola, me llamo _____, y trabajo con el equipo encargado de dar seguimiento a la calidad de los servicios. Deseamos mejorar los servicios ofrecidos en esta unidad de salud; por tanto, quisiéramos saber cuáles son sus impresiones acerca de los servicios que recibió.

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que conversó con el personal de salud y sobre el procedimiento que le acaban de efectuar. No anotaré su nombre en el formulario de recolección de datos. Todo lo que usted me diga se tratará de manera estrictamente confidencial y se compartirá solo con otros integrantes del equipo de monitoreo. Nadie podrá identificarla por medio de la información que recopilamos. Su participación es voluntaria y no está obligada a contestar preguntas que no desee contestar.

¿Tengo su permiso para continuar?

Usaria:

Sí, tiene mi permiso.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

Nombre de la unidad de salud _____

Anexo B: Formulario de consentimiento informado: observación

Solicitud de consentimiento para observar a la paciente durante la evacuación endouterina:

Entrevistador/a:

Hola, me llamo _____, y trabajo con el equipo encargado de dar seguimiento a la calidad de los servicios. Nos gustaría observar el tratamiento que va a recibir, con el fin de mejorar los servicios ofrecidos en esta unidad de salud.

No anotaré su nombre en el formulario de recolección de datos. Todas las observaciones que yo anote se tratarán de manera estrictamente confidencial y se compartirán solo con otros integrantes del equipo de monitoreo. Nadie podrá identificarla por medio de la información que recopilamos. Su participación es voluntaria y no está obligada a permitirme realizar esta observación si no lo desea. Si no desea participar, esto no afectará la atención médica o los servicios que reciba hoy.

¿Tengo su permiso para continuar?

Usuaría:

Sí, tiene mi permiso.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

Nombre de la unidad de salud _____

Anexo C: Lista de verificación para la revisión de expedientes de pacientes

Unidad de salud:		Revisor/a:							Fecha:			
(Seleccione 10 expedientes y ponga una marca si cada uno de los puntos de la lista estaba anotado en el expediente respectivo de cada usuaria)												
Lista de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	Comentarios
1. No. de registro o datos de identidad de la paciente												
2. Fecha de la consulta												
3. Edad de la mujer o año de nacimiento												
4. Paridad de la mujer												
5. Historial de salud												
6. Examen físico												
7. Signos vitales (temp., pulso, tensión arterial)												
8. Tamaño (en semanas) y posición del útero												
9. Complicaciones al llegar												
10. Diagnóstico												
11. Medicamentos y dosis usadas para el manejo del dolor												
12. Formulario de consentimiento informado firmado												
13. Técnicas de evacuación endouterina												
14. Servicios de consejería integral												
15. Método anticonceptivo elegido y entregado antes de darle de alta (si lo desea)												

Anexo C: Lista de verificación para la revisión de expedientes de pacientes (continuación)

Unidad de salud:		Revisor/a:						Fecha:				
_____		_____						_____				
(Seleccione 10 expedientes y ponga una marca si cada uno de los puntos de la lista estaba anotado en el expediente respectivo de cada usuaria)												
Lista de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	Comentarios
16. Otros servicios de salud sexual y reproductiva proporcionados en la unidad de salud (si los necesita)												
17. Referencias a otros servicios de salud sexual y reproductiva (si es necesario)												
18. Plan de seguimiento												
19. Nombre y firma del prestador de servicios												
20. Descripción detallada de la complicación												
21. Descripción detallada del manejo de la complicación												
22. Medicamentos y dosis administradas												
23. Estado al alta												
24. Formulario de consentimiento informado, firmado e incluido en el expediente												

Adaptado de EngenderHealth, Ipas y el Proyecto para Reducir la Morbimortalidad Materna en Ghana, 2009.

Consentimiento informado, información y consejería

Temas clave en este módulo:

- Opciones del procedimiento y consentimiento informado
- Definición de la consejería centrada en la mujer
- Privacidad y confidencialidad
- Valores y empatía de los prestadores de servicios
- Consideraciones especiales

1.0 Introducción

La experiencia de una mujer durante la atención postaborto (APA) es tanto física como emocional. Las y los profesionales de la salud deben estar preparados para ser comprensivos, comunicativos y brindar apoyo emocional eficiente y consejería centrada en la necesidad de la mujer, en caso de ser necesario. Cada mujer

En casos de shock u otras complicaciones posiblemente mortales, se puede postergar la evaluación clínica completa y la obtención del consentimiento informado voluntario hasta después de estabilizar a la mujer. Si la mujer presenta dolor extremo o aflicción emocional, se le debe ofrecer consejería cuando esté estable y pueda comprender y comunicarse.

presenta circunstancias únicas en torno a su necesidad de recibir atención postaborto y podría experimentar una variedad de emociones. La mujer y su prestador/a de servicios posiblemente tengan diferentes valores y orígenes culturales y sociales, e incluso podrían hablar diferentes idiomas, lo cual podría crear barreras para entenderse. Cada prestador/a de servicios de salud tiene la responsabilidad de reconocer estas barreras y hacerles frente de manera positiva para crear un ambiente de empatía y comprensión.

Este módulo abarca información esencial acerca del consentimiento informado y voluntario, la consejería en los servicios de atención postaborto, y cómo cada prestador/a de servicios de salud puede interactuar y comunicarse con las usuarias de una manera respetuosa y eficaz. También ofrece indicaciones sobre cómo referir a las pacientes a otros servicios de salud y cómo brindar consejería a las mujeres cuando existen consideraciones especiales.

La consejería eficaz sobre la APA ocurre antes, durante y después que la mujer recibe tratamiento médico. Siempre que sea posible, la consejería debe comenzar antes del tratamiento, siempre y cuando la salud de la mujer no se ponga en riesgo por la demora en el tratamiento y ella pueda entender la información y tomar decisiones. Es importante ofrecer a cada mujer que acude a la unidad de salud en busca de atención postaborto una sesión formal de consejería con un/a prestador/a de servicios capacitado, en algún momento durante la consulta.

2.0 Consentimiento informado voluntario

El consentimiento informado es un proceso por medio del cual una mujer obtiene la información que necesita para tomar voluntariamente la decisión de someterse al procedimiento de evacuación endouterina. A fin de garantizar que la mujer dé su consentimiento informado para la evacuación endouterina, el/la prestador/a de servicios de salud debe hablar con ella y confirmar que haya entendido:

- Los beneficios y riesgos de los diferentes métodos de evacuación endouterina;
- Las consecuencias de no recibir servicios de atención postaborto;
- Los detalles del procedimiento programado, una vez que se haya determinado el método.

Los beneficios, riesgos y otra información sobre los métodos recomendados para la evacuación endouterina se encuentran en los módulos Métodos de evacuación endouterina, Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus y Evacuación endouterina con misoprostol. También podría ser útil

hablar con las mujeres sobre la información contenida en el Anexo A: Opciones de tratamiento para la APA, que se encuentra en el módulo Métodos de evacuación endouterina.

Los prestadores de servicios de salud deben explicar esta información en lenguaje sencillo y asegurarse de que las mujeres la hayan entendido. La privacidad y confidencialidad son elementos de importancia crucial en el proceso de consentimiento informado. Cada prestador/a de servicios de salud debe tener en cuenta circunstancias que pudieran limitar la capacidad de una mujer para tomar decisiones por cuenta propia, tales como:

- Dolor, pérdida de sangre u otros problemas médicos;
- Presión por parte de su pareja o un miembro de su familia para que seleccione un método en particular;
- Dificultad para comunicarse debido a barreras idiomáticas o porque tiene dificultad para oír o es sorda
- Discapacidad cognitiva o enfermedad mental;
- Inmadurez mental;
- Una experiencia traumatizante (tal como violencia o un aborto inseguro).

Las jóvenes son capaces de tomar la decisión de buscar atención postaborto. Debido a que generalmente no se les da la información adecuada o son el blanco de información errónea sobre la sexualidad, el embarazo y el aborto, es posible que necesiten más información que las ayude en la toma de decisiones y en el proceso de consentimiento informado. El nivel de madurez de las jóvenes varía y no siempre corresponde con su edad biológica. Los prestadores de servicios de salud deben escuchar y hablar con las mujeres jóvenes para determinar el grado de apoyo que necesitan. Con la información adecuada y apoyo, las jóvenes son capaces y tienen el derecho de tomar sus decisiones relacionadas con la salud y otorgar su propio consentimiento. (Para obtener más información sobre la consejería y los servicios de atención postaborto para las jóvenes, por favor remítase a Recursos adicionales.)

3.0 Opciones de procedimientos

Una vez que esté claro que la mujer ha tomado la decisión de recibir tratamiento de APA, el/la prestador/a de servicios debe presentar las opciones del procedimiento de evacuación endouterina disponibles en la unidad de salud y que son apropiadas para el cuadro clínico de la mujer. Además, debe explicar las diferencias entre todos los métodos disponibles y debe ayudarla a examinar cuál es la mejor opción para ella. Deben hablar sobre los posibles beneficios, riesgos y expectativas de cada procedimiento. Siempre y cuando los diferentes métodos

sean médicamente indicados, cada prestador/a de servicios de salud debe abstenerse de mencionar sus preferencias de método y debe apoyar la decisión de la mujer. Tras haber contestado todas las preguntas de la mujer sobre las opciones del procedimiento y cuando ella haya tomado su decisión sobre qué procedimiento tener, el/la prestador/a de servicios de salud debe obtener su consentimiento para el procedimiento.

Una vez que la mujer tome la decisión firme y voluntaria en cuanto a su método de tratamiento, el/la prestador/a de servicios de salud debe determinar la edad gestacional y:

- Asegurar privacidad visual y auditiva. Preguntarle en privado si desea que la acompañe una persona de apoyo e invitar a esa persona a la consejería solo si la paciente desea su presencia;
- Determinar si la mujer puede escuchar y comprender la información;
- Asegurarle a la mujer que la información médica y personal tratada durante la consejería es confidencial, y asegurar que no se divulgará ninguna información sin el consentimiento expreso de la paciente;
- Afirmer como un paso positivo la decisión de la mujer de buscar atención médica;
- Explicar, en palabras claras y no técnicas, su elegibilidad médica para cada método, los métodos de evacuación endouterina y los medicamentos disponibles para el manejo del dolor;
- Evaluar la naturaleza y magnitud de cualquier anomalía fetal o cualquier otra indicación médica;
- Obtener el consentimiento de la mujer para brindarle tratamiento en el caso de una complicación o urgencia;
- Animarla a que haga preguntas y asegurarse de que entienda la información proporcionada y, en caso de que no la entienda, explicarla de nuevo de una manera más sencilla y más fácil de entender.

El/la prestador/a de servicios de salud debe pedirle a la mujer—o a su representante, si ella no puede comprender las explicaciones médicas—que otorgue su consentimiento para la atención médica. Además, debe confirmar el consentimiento antes de iniciar el procedimiento de evacuación endouterina.

El/la prestador/a de servicios de salud debe cerciorarse de que la mujer sabe que puede comenzar a ovular casi inmediatamente después de la evacuación endouterina, lo cual podría dejarla embarazada rápidamente si reanuda las relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo moderno. Si una mujer desea usar

anticonceptivos para evitar quedar embarazada en el futuro, su prestador/a de servicios de salud debe asegurarse de que ella reciba servicios de anticoncepción durante la visita o que sea referida a los servicios de anticoncepción correspondientes antes de concluir la consulta. Como mínimo, la mayoría de las unidades de salud pueden garantizar que las mujeres reciban un método anticonceptivo provisional y que sean referidas a otra unidad de salud para obtener un método anticonceptivo a largo plazo antes de concluir la consulta.

(Para mayor información, ver el módulo Servicios de anticoncepción.)

Una vez que la mujer haya elegido el método, el consejero debe proporcionarle la siguiente información:

- Lo que se hará antes, durante y después del procedimiento;
- Lo que puede esperar, por ejemplo, cólicos o dolor;
- Cuánto tiempo durará el procedimiento;
- Las opciones para el manejo del dolor que tiene a su disposición;
- Los efectos secundarios, riesgos y complicaciones asociados con el método;
- Los cuidados posteriores y los cuidados de seguimiento necesarios.

(Para una comparación del manejo expectante, la aspiración por vacío y el misoprostol para tamaños uterinos de hasta 13 semanas de gestación, ver el Anexo A: Opciones de tratamiento para la APA, en el módulo Métodos de evacuación endouterina.)

4.0 Consejería en los servicios de atención postaborto

La consejería es una interacción estructurada en la cual una persona recibe voluntariamente apoyo emocional y orientación de una persona capacitada, en un entorno propicio para compartir abiertamente pensamientos, sentimientos y percepciones. La consejería es una oportunidad excelente para que el/la prestador/a de servicios de salud determine y atienda las necesidades físicas y emocionales de cada mujer.

La consejería eficaz, caracterizada por un intercambio respetuoso y sensible entre los trabajadores de salud y la mujer, puede ayudar a la mujer a tomar decisiones relacionadas con el embarazo y el aborto, afirmar dichas decisiones y prepararse para el procedimiento de aborto. La consejería eficaz puede mejorar tanto la experiencia postaborto como los resultados y hacer a las mujeres más propensas a confiar en los prestadores de servicios

de salud y buscar atención médica apropiada en el futuro. Aunque los elementos de una consejería eficaz deben integrarse en cada aspecto de la consulta, es importante que el/la prestador/a de servicios de salud ofrezca a las mujeres una sesión de consejería, si ellas la desean.

La consejería centrada en la mujer está completamente organizada en torno a las necesidades e inquietudes de cada mujer. No existe un guión predeterminado que seguir, ni una lista de verificación que marcar. El consejero toma en consideración el estado físico y emocional de cada mujer, su cuadro clínico, su cultura, su religión, su capacidad para comprender términos médicos y su nivel de comprensión en general. El/la prestador/a de servicios de salud puede determinar las inquietudes más importantes para la mujer por medio de preguntas abiertas acerca de sus necesidades, y las respuestas pueden ser el punto de partida para la consejería.

Ya que muchas unidades de salud no cuentan con servicios de consejería a tiempo completo, el personal puede ser capacitado en consejería básica sobre el aborto. En aquellos casos en que los prestadores de servicios de salud desempeñan la función de consejeros, deben tener presente que es posible que la dinámica de la relación entre usuaria y consejero sea diferente de aquella entre usuaria y profesional de la salud. Ya sea que tenga responsabilidades de consejería o no, cada profesional de la salud debería tener conocimientos de consejería, una actitud positiva y libre de prejuicios, además de un comportamiento comprensivo y de apoyo.

El/la prestador/a de servicios debe tener en cuenta que este embarazo pudo haber sido deseado.

Para ser eficiente, un/a prestador/a de servicios de atención postaborto debe:

- Motivar a la mujer a expresar sus sentimientos y afirmarlos;
- Averiguar las circunstancias en torno al embarazo que supongan implicaciones en su atención clínica o referencia a otros servicios que pueda necesitar;
- Ayudar a la mujer a aclarar sus pensamientos y decisiones respecto a su embarazo, sus opciones y su futura salud sexual y reproductiva;
- Permitir que la mujer examine sus sentimientos acerca del aborto;
- Asegurar que la mujer reciba respuestas adecuadas a sus preguntas e inquietudes, en palabras que pueda entender;
- Proporcionar referencias a otros servicios, según sea necesario;

- Ayudar a la mujer a determinar adónde acudir para recibir apoyo social, si lo desea.

El/la prestador/a de servicios de atención postaborto no debe:

- Suministrar información que no sea pertinente a la situación particular de la mujer;
- Dar consejo o decirle lo que él o ella considera ser lo mejor;
- Intentar influir en las actitudes, creencias y comportamientos de la mujer por medio de persuasión o amenazas.

(Para obtener más información sobre la consejería relacionada con el método de aborto con medicamentos, por favor remítase al módulo Evacuación endouterina con misoprostol. Para mayor información respecto a la consejería para usuarias jóvenes, remítase al Anexo A: Consideraciones especiales y a Recursos adicionales.)

5.0 Privacidad y confidencialidad

Las mujeres tienen derecho a privacidad y confidencialidad en los servicios de atención postaborto. En un entorno donde existen leyes restrictivas, las mujeres que se han inducido un aborto o que tuvieron un aborto clandestino posiblemente tengan más temor de ser denunciadas a las autoridades. El/la prestador/a de servicios debe informar a la mujer que su información médica y personal no será divulgada sin su autorización voluntaria, excepto cuando lo dispone la ley.

Idealmente, toda consejería relacionada con la APA debe ocurrir en un lugar donde nadie más pueda ver u oír la conversación. La comunicación entre la mujer y su prestador/a de servicios no debe divulgarse a otras usuarias, visitantes o integrantes del personal que no estén participando directamente en su atención. Es posible que otra persona, por ejemplo, la pareja o un pariente de la mujer, solicite ser incluida en la sesión de consejería. Es importante que el/la prestador/a de servicios se reúna con la mujer en privado primero y, en esa ocasión, le pida permiso para invitar a otra persona a asistir a la sesión de consejería. Si se le pide su permiso en privado, ella se sentirá menos presionada para incluir a otras personas en la sesión de consejería.

En el contexto de la consejería, la toma de decisiones informadas se refiere al proceso por medio del cual una mujer toma decisiones por su propia voluntad una vez que entiende la información completa y exacta. El consejero debe informar a la mujer que la información médica y personal tratada durante la sesión de consejería es confidencial, y luego asegurarse de que esa información no sea divulgada sin el expreso consentimiento de la mujer. Al tratar a la mujer con respeto durante una consejería

confidencial, en un lugar privado, se conserva su dignidad y la calidad de la atención.

6.0 Valores y empatía

Cada prestador/a de servicios debe mostrar amabilidad y respeto por toda mujer, sin importar sus circunstancias. Debe examinar sus actitudes y evaluar los posibles prejuicios que tenga contra las mujeres que por ejemplo:

- No desean quedar embarazadas, pero no usan anticonceptivos;
- Se someten a múltiples abortos;
- Se presentan con un embarazo avanzado;
- Tienen muchos hijos o no tienen hijos;
- Llevan el embarazo a término a pesar de ser un embarazo imprevisto o no deseado;
- Interrumpen el embarazo debido a una malformación fetal;
- Tienen múltiples parejas sexuales;
- Son víctimas de agresión sexual;
- Son solteras;
- Pertenecen a determinada raza, etnia, clase social, religión, grupo de edad, partido político o presentan determinada orientación sexual o género, o determinado estado de salud o ITS;
- Quedan embarazadas estando infectadas con el VIH;
- Tienen poca o ninguna formación académica;
- Inician la actividad sexual a una edad muy temprana.

Las actitudes y creencias de los prestadores de servicios de salud afectan la interacción con la mujer y la consejería, y ejercen considerable influencia en ellas. Es posible que tengan sus propias creencias acerca del derecho de la mujer de tener autonomía sobre su propio cuerpo; esto podría estar vinculado con factores relacionados con el género, la edad, la sexualidad y otros factores.

Un enfoque de atención centrada en la mujer significa que cada prestador/a de servicios debe:

- Identificar sus creencias y valores personales acerca de los servicios relacionados con el aborto y otros factores afines tales como el género, la edad y la sexualidad;
- Separar sus creencias y valores de los de sus pacientes y centrarse en las necesidades de las mismas;

- Mostrar respeto a todas las mujeres, sin importar su edad, estado civil y comportamientos y decisiones de salud sexual y reproductiva;
- Tratar a las mujeres con empatía, comprendiendo sus sentimientos y perspectivas, y comunicándoles dicho entendimiento.

La aclaración de valores puede ayudar a cada prestador/a de servicios de salud a reconocer sus propias creencias y valores, examinar las consecuencias de sus acciones, aprender a separar sus valores de los de sus pacientes y ofrecer servicios mostrando respeto por los derechos y las decisiones de las mujeres. Los administradores y mentores clínicos pueden ayudar a crear y mantener un ambiente de sensibilidad y respeto por las necesidades de las mujeres mediante una variedad de métodos, tales como capacitación en aclaración de valores, orientación clínica, supervisión capacitante, retroalimentación a sus colegas, evaluaciones anónimas y encuestas a las usuarias. (Para mayor información sobre la consejería centrada en la mujer y la aclaración de valores, por favor remítase a Recursos adicionales.)

7.0 Comunicación eficaz

Cada prestador/a de servicios debe esforzarse por crear un entorno seguro donde las mujeres puedan examinar y validar sus sentimientos. Un/a prestador/a de servicios eficiente mantiene la mente abierta y no emite juicios aun cuando sus creencias personales no concuerdan con las de sus pacientes. Debe practicar la empatía, la habilidad para entender los sentimientos y puntos de vista de otras personas y saber comunicar este entendimiento. Nunca debe insistir en que una mujer hable o revele información cuando se le hace incómodo compartirla. La consejería implica siempre una comunicación de doble vía entre el/la prestador/a de servicios de salud y la mujer. Cada persona pasa tiempo hablando, escuchando y haciendo y contestando preguntas.

Los prestadores de servicios que practican la comunicación eficaz:

- Se mantienen atentos y centrados en la mujer y sus necesidades;
- Usan señales no verbales para mostrar interés y preocupación por la mujer, y observan las señales no verbales de la mujer;
- Hacen preguntas abiertas y usan palabras alentadoras para ayudar a la mujer a que hable libremente;
- Le permiten hablar antes de proporcionar más información;
- Dan seguimiento con preguntas y observaciones apropiadas;

- Utilizan palabras y un lenguaje fácil de entender, incluso con las jóvenes;
- Son amables y objetivos, no se enojan ni emiten juicios, ni siquiera por medio del lenguaje corporal.

Los prestadores de servicios que **no** practican la comunicación eficaz:

- Emiten juicios acerca del comportamiento de las mujeres;
- Hacen conjeturas acerca de la mujer y sus necesidades, o se centran en sus propias prioridades;
- Muestran su falta de interés por medio de señales no verbales y no prestan atención a las señales no verbales de la mujer;
- Solo hacen preguntas cerradas;
- No escuchan cuidadosamente, o parecen estar distraídos;
- Interrumpen a la mujer o hablan cuando ella todavía está hablando;
- Usan términos médicos o lenguaje difícil de entender para las mujeres;
- No verifican si la mujer ha entendido sus preguntas;
- Permiten interrupciones, tales como llamadas telefónicas o de personas que entran al espacio donde se está llevando a cabo la consejería;
- Consideran que saben más que la mujer en cuanto a lo que más le conviene a ella.

7.1 Escucha activa

La *Escucha activa* supone más que simplemente oír. Un/a prestador/a de servicios que practica la escucha activa utiliza todos los sentidos para reunir la información pertinente, expresar su comprensión y motivar a la mujer a que hable acerca de sus sentimientos y circunstancias. Algunos elementos de la escucha activa son:

- Mostrar su atención al agregar frases tales como “ya veo” o “comprendo”;
- Emitir sonidos, expresiones faciales o gestos motivadores.

Cada prestador/a de servicios debe resistir la tentación de hacer declaraciones para tranquilizar a la mujer, pero que en realidad la hacen sentirse poco apoyada o con un falso sentido de seguridad. Por ejemplo, decirle “no se preocupe”, “se sentirá bien pronto”, o “todo saldrá bien” podría hacerla sentir que sus inquietudes no tienen validez.

7.2 Preguntas abiertas y verificación de los sentimientos expresados

Las preguntas abiertas no pueden contestarse con un simple “sí” o “no”, sino que comienzan con “cómo”, “qué”, “cuándo” y “cuénteme de”. Las preguntas que requieren respuestas más completas recogen más información y requieren que la mujer participe de lleno en la conversación.

- Evite hacer preguntas abiertas que comiencen con “por qué”, ya que esto puede percibirse como un juicio. En su lugar, los prestadores de servicios deben formular preguntas sin emitir juicios o hacer suposiciones. Por ejemplo, “¿Cómo se siente ahora que se finalizó la evacuación endouterina?”
- Dé seguimiento a la respuesta de la mujer agregando unas palabras que indiquen que entendió bien el sentimiento o la inquietud expresada.
- Si el/la prestador/a de servicios no está seguro/a de haber entendido correctamente, podría terminar su frase diciendo “¿cierto?”. De esta manera, la mujer tendrá la oportunidad de confirmar o corregir lo entendido por la prestadora de servicios.

7.3 Comunicación no verbal

Al prestar atención a las señales no verbales, el/la prestador/a de servicios puede comprender mejor los sentimientos de la mujer. Cada prestador/a de servicios debería percatarse de las diferencias entre las señales verbales y no verbales de las usuarias. Por ejemplo, si la mujer dice que se siente bien pero su expresión facial denota tristeza, su prestador/a de servicios podría decir: “Ud. dice que se siente bien, pero se ve triste, ¿cómo se siente en realidad?”

El/la prestador/a de servicios puede usar comunicación no verbal para mostrar su preocupación por la mujer de las siguientes maneras:

- Sentarse frente a ella o sentarse a su lado y eliminar toda barrera física entre ellos, tal como un escritorio o mostrador;
- Inclinarsse ligeramente hacia adelante y hacer contacto visual apropiado según el contexto;
- Asintir y usar un tono de voz reconfortante;
- Evitar voltearse y alejar la mirada, evitar mirar repetidamente al reloj de su muñeca o en la pared y evitar usar un tono de voz duro.

Los prestadores de servicios deben tener presente que las señales no verbales varían de una cultura a otra, así como según la edad y el género en ciertas culturas.

8.0 Sistema de referencia

Si el/la prestador/a de servicios no es capaz de atender adecuadamente las necesidades de la mujer, es preferible referirla a otras personas u otros servicios correspondientes. Para facilitar este proceso:

- Determine las inquietudes típicas que tienen las pacientes, elabore y mantenga una lista actualizada de los servicios locales existentes a donde referirlas. Cada prestador/a de servicios debería poder contestar preguntas sobre el aborto seguro y legal y dónde las mujeres pueden obtener estos servicios, si están disponibles.
- Las referencias a otros servicios deben incluir información exacta e indicaciones fáciles de seguir, ya sea por escrito o ilustradas. Pregunte a la mujer si es seguro suministrarle información escrita de referencia a otro servicio. En algunos casos, podría ser peligroso para la mujer que alguien encontrara en su poder información acerca del aborto.
- Recomiende servicios y unidades de salud que sean accesibles a la mujer, tanto geográfica como económicamente, y asegúrele que puede regresar a esta unidad de salud si encuentra algún problema accediendo a los servicios de referencia o si estos no atienden sus necesidades.
- Antes de proporcionar referencias, cerciórese de que en la unidad de salud de destino se atienda a las jóvenes y que éstas se sientan cómodas yendo allá.
- Documente las referencias en un libro de registros donde los prestadores de servicios puedan anotar el nombre de cada paciente, el servicio a donde fue referida y los detalles sobre los cuidados de seguimiento.

9.0 Cierre de la sesión de consejería

Al final de la sesión de consejería, el/la prestador/a de servicios debe:

- Hacer un resumen conciso de los conceptos clave tratados.
- Preguntar a la mujer si tiene alguna otra pregunta.
- Asegurarse de que la mujer entienda las instrucciones o sugerencias recibidas verbalmente.

- Proporcionar a la mujer indicaciones escritas o ilustradas, o referencias, según corresponda.
- Explicar qué debe esperar durante el resto de la consulta médica.

10.0 Consideraciones especiales

Es posible que algunas usuarias tengan necesidades especiales que les resulte incómodo tener que mencionar a su prestador/a de servicios. Por lo tanto, es importante que el/la prestador/a de servicios haga preguntas para obtener información sobre la situación y decisión de cada mujer. Los prestadores de servicios que se sienten incómodos atendiendo a determinados sectores especiales de la población podrían obtener capacitación adicional para adquirir mayor competencia. Otra opción es referir a estas mujeres a otras personas o instituciones que posean las habilidades necesarias para proporcionar servicios de alta calidad que atiendan sus necesidades especiales, tales como:

- Mujeres que han tenido múltiples abortos
- Mujeres que han sido víctimas de violencia
- Mujeres que viven con VIH
- Mujeres jóvenes
- Mujeres trabajadoras del sexo
- Mujeres con discapacidad cognitiva, trastornos del desarrollo o enfermedad mental
- Mujeres refugiadas o desplazadas
- Mujeres que han sufrido mutilación genital femenina
- Mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres
- Mujeres que presentan un embarazo avanzado

(Para obtener más información al respecto, por favor remítase al Anexo A: Consideraciones especiales.)

11.0 Resumen

- En casos de shock u otras complicaciones mortales, se puede postergar la evaluación clínica completa y la obtención del consentimiento informado y voluntario de la mujer hasta que la mujer esté estable. Si la mujer presenta dolor extremo o se encuentra afligida, se le debe ofrecer consejería cuando se encuentre estable y pueda entender y comunicarse.

- Para poder dar su consentimiento informado voluntario, las mujeres deben conocer todas sus opciones, así como los riesgos y beneficios. Además, deben poder elegir sin sentirse presionadas u obligadas.
- Las jóvenes son capaces de tomar la decisión de buscar atención postaborto, y podrían necesitar más información para ayudarlas en el proceso de toma de decisión y de consentimiento informado.
- El/la prestador/a de servicios de salud debe explicar las diferencias entre todos los métodos disponibles de evacuación endouterina y ayudar a la mujer a determinar qué opción es la más indicada para ella.
- Cada prestador/a de servicios de salud debe estar preparado para ofrecer apoyo y, según se desee, consejería centrada en las necesidades de la mujer.
- La consejería centrada en la mujer está organizada completamente en torno a las necesidades e inquietudes de cada mujer, tales como las necesidades de las jóvenes y otras consideraciones especiales.
- La consejería debe realizarse en un lugar privado donde nadie pueda ver u oír la conversación.
- La información compartida por la mujer es confidencial y no debe divulgarse sin su expreso consentimiento.
- Las pacientes responden mejor a prestadores de servicios que brindan apoyo sin emitir juicios, que demuestran empatía y que crean un entorno seguro donde la mujer pueda examinar sus sentimientos.
- La consejería centrada en la mujer se caracteriza por técnicas tales como la escucha activa, preguntas abiertas, reflejar los sentimientos y atención a la comunicación no verbal.
- Cada prestador/a de servicios debe examinar sus propias creencias, valores y posibles sesgos para evitar que afecten la consejería.
- Los protocolos para referencia y las listas de recursos que proporcionan información sencilla, exacta y actualizada son elementos esenciales de un sistema eficaz de referencia.
- La consejería debe concluir con un resumen de los conceptos clave tratados y una explicación de qué se debe esperar; además, el/la prestador/a de servicios debe asegurarse de que la mujer haya entendido todos los asuntos discutidos y que se hayan atendido sus necesidades.

Referencias bibliográficas

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (1995). *Sexual violence against refugees*. Ginebra, Suiza: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2008). *Female genital cutting: Clinical management of circumcised women, second edition*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Baker, A. y Beresford, T. (2009). Informed consent, patient education, and counseling. En M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes y P. G. Stubblefield (Eds.), *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Nueva York, NY: Churchill Livingstone.

Cameron, S. T. y Glasier, A. (2012). Identifying women in need of further discussion about the decision to have an abortion and eventual outcome. *Contraception*. F 88(1) : 128-32.

Caralis, P. V. y Musialowski, R. (1997). Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *South African Medical Journal*, 90(11), 1075-1080.

De Bruyn, M. (2003). *La violencia, el embarazo y el aborto: Cuestiones de los derechos de la mujer y de la salud pública*, segunda edición. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

EngenderHealth. (1999). *Counseling the postabortion patient: Training for service providers*. Nueva York, NY: EngenderHealth.

Family Health International. (2003). *Reproductive health of young adults: Contraception, pregnancy and sexually transmitted diseases*. Research Triangle Park, Carolina del Norte: Family Health International.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2000). Domestic violence against women and girls. *Innocenti Digest*, 6.

Gardner, R. y Blackburn, R. (1997). People who move: new reproductive health focus. *Population Reports*, Series J(45), 1-27.

Hall, J. A., Roter, D. L. y Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26(7), 657-675.

Johns Hopkins School of Public Health. (1999). Pullout guide: What health care providers can do about domestic violence. *Population Reports*, Series L(11).

Lansdown, G. y UNICEF. Centro de Investigaciones Innocenti. (2005). *La evolución de las facultades del niño*. Florencia, Italia: Save the Children: UNICEF.

McIntyre, J. (1999). *HIV in pregnancy: A review*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). *Post-abortion family planning: A practical guide for programme managers*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (segunda edición). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Transmisión del VIH de la madre al niño*. Fuente: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA. (2007). *Guía sobre prueba de VIH y asesoría iniciadas por el proveedor en establecimientos de salud*. Fuente: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/index.html>

PRIME. (1997). *Reproductive health training for primary providers: A sourcebook for curriculum development*. Chapel Hill, Carolina del Norte: INTRAH.

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Turner, K. L. y Page, K. C. (2009). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Winkler, J. y Gringle, R. E. (1999). *Postabortion family planning: A two-day training curriculum guide for improving counseling and services*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Anexo A: Consideraciones especiales

Éste es un resumen de la información más importante que deberían tener quienes prestan servicios de atención integral del aborto. (Para obtener más información sobre cada uno de estos temas, por favor vea Recursos adicionales y el Anexo C: Consideraciones especiales para la consejería anticonceptiva, del módulo Servicios de anticoncepción.)

Mujeres jóvenes (de 10 a 24 años de edad)

Físicamente, las necesidades clínicas de una mujer joven son similares a las de una mujer adulta; sin embargo, su vida y entorno social a menudo son muy diferentes, por lo cual su atención necesita adecuarse a sus circunstancias particulares, especialmente en lo que se refiere a la consejería y las actitudes de las y los profesionales de la salud, quienes deben procurar hacer un esfuerzo por evitar que sus convicciones personales interfieran en su capacidad para brindar la mejor atención posible a las jóvenes.

Cuando una mujer joven solicita atención postaborto, lo más probable es que haya examinado cuidadosamente sus opciones antes de buscar atención médica. Sin embargo, es posible que las jóvenes deseen más información en que basar su decisión. En lo que respecta al consentimiento informado, es importante que los prestadores de servicios revisen el cuadro clínico de la joven y las opciones que tiene a su disposición. Se debe permitir que las jóvenes tomen su decisión informada voluntariamente y que dicha decisión sea respetada. Debido a información inadecuada o inexacta sobre salud sexual y reproductiva, la consejería de las jóvenes podría llevar más tiempo que la de las adultas. Si la ley exige que la joven notifique u obtenga el consentimiento de terceras partes, y no reúne los criterios que la eximan de esta obligación ni tiene otra alternativa, su prestador/a de servicios de salud debe explicarle esta obligación y ofrecerle ayuda para hablar con estas terceras personas.

El estigma en torno a la sexualidad de las mujeres jóvenes, las leyes y las políticas acerca del consentimiento médico, y las condiciones culturales y sociales de los padres, plantean retos particulares en la consejería. Las y los profesionales de la salud que desean ofrecer consejería de alta calidad deben tener presente estas necesidades particulares y reconocer también sus propias actitudes hacia la sexualidad de las jóvenes, lo cual puede afectar negativamente la prestación de servicios. Dentro de lo posible, se debe ofrecer a las mujeres jóvenes consejería asesorada por un/a joven consejero/a o por una persona de apoyo que ellas mismas escojan.

Mujeres que han tenido múltiples abortos

Si una mujer ha tenido varios embarazos no deseados, su prestador/a de servicios puede hablar con ella para determinar por qué sucede esto. Si la razón es porque elige no usar anticonceptivos, algunas mujeres quizás no sepan explicar la razón por la cual no usan anticonceptivos. Es posible que en algunos casos exista un problema relacionado que impida que la mujer se proteja adecuadamente de un embarazo no deseado, tales como mitos acerca de los anticonceptivos, sexo forzado, relaciones sexuales abusivas o conflictos emocionales no resueltos. Las mujeres con graves problemas emocionales deben ser referidas a servicios profesionales de salud mental de largo plazo, si están disponibles.

Mujeres que han sido víctimas de violencia

Es probable que las y los profesionales de la salud atiendan a mujeres que han sufrido violencia sexual. Las mujeres que han sufrido este tipo de violencia, tal como una violación, agresión

sexual, sexo forzado, incesto o prostitución involuntaria, a menudo presentan problemas de salud relacionados, como lesiones físicas, infecciones de transmisión sexual (ITS), trastornos psicológicos o embarazos no planificados. La violencia física o psicológica durante el embarazo también puede contribuir a un aborto espontáneo o al deseo de abortar.

Para muchas de las mujeres víctimas de violencia, la consulta al servicio de atención postaborto posiblemente sea su único contacto con el sistema de salud. Las y los profesionales de la salud deben establecer un mecanismo estándar para plantear preguntas a todas las usuarias sobre las experiencias de violencia en su vida e incorporarlas en la consejería rutinaria. Cada trabajador/a de salud debe ser consciente de sus propias limitaciones en cuanto a la asistencia que puede proporcionar a las mujeres que han sufrido violencia, y siempre que sea posible, debe proporcionar referencias a servicios especializados en atender las necesidades de estas mujeres.

Ejemplos de consideraciones especiales para la consejería relacionada con la violencia son:

- Un embarazo no deseado puede ser producto de una violación o incesto
- Un aborto espontáneo pudo haber sido causado por maltrato físico
- El embarazo pudo haber sido deseado
- La mujer podría exponerse a más violencia si otras personas se enteran de que tuvo un aborto o de que usa anticonceptivos
- La mujer pudo haber sido forzada u obligada a tener un aborto inseguro

La infección por VIH constituye una amenaza grave a la salud y longevidad de las mujeres en edad reproductiva y sus hijos. Las tasas publicadas respecto a la transmisión del VIH de madre a hijo se encuentran entre el 15% y el 45%. Estas tasas pueden bajar a menos de un 5% con el desarrollo de terapias antirretrovirales rutinarias en las regiones del mundo con acceso a estos medicamentos. A pesar de los riesgos, las mujeres que viven con VIH tienen los mismos derechos que otras mujeres a decidir si llevar su embarazo a término o tener un aborto.

Mujeres que viven con VIH

Las mujeres que reciben atención postaborto y son VIH-positivas necesitan información, apoyo, consejería y atención médica específicos. Si los prestadores de servicios no han recibido extensa capacitación sobre el VIH, deben referir a las mujeres VIH-positivas a los servicios correspondientes, donde estén disponibles. Las mujeres VIH-positivas deben recibir información que las ayude a entender mejor su condición y mejorar su salud, la de sus parejas sexuales y la de sus hijos.

Mujeres que practican el sexo comercial

Las razones por las cuales algunas mujeres practican el sexo comercial, así como sus sentimientos y percepciones acerca de estas actividades, varían ampliamente. Las mujeres que practican el sexo comercial tienen los mismos derechos que las que no lo hacen, y se les debe tratar con respeto y sin

prejuicios. Las suposiciones de los prestadores de servicios en cuanto a las actividades sexuales de las mujeres, las parejas que escogen, los tipos de relaciones (íntima o comercial) que tienen o el poder de negociar dentro de las relaciones sexuales pueden afectar negativamente la sesión de consejería. Los prestadores de servicios pueden ser más eficientes si se centran en atender las necesidades de la mujer en cuanto a servicios de salud y referencias.

Mujeres con discapacidades cognitivas, problemas de desarrollo y/o enfermedad mental

Las discapacidades cognitivas, los problemas de desarrollo y las enfermedades mentales varían ampliamente, y algunas mujeres necesitan más ayuda que otras. A veces las mujeres acuden a la unidad de salud con su pareja, su cuidador/a, su madre, su padre, amistades o parientes. Aunque puede ser útil incluir a su acompañante en las conversaciones acerca de las necesidades de la mujer, su condición médica, su consentimiento informado y sus opciones en cuanto a la atención médica y los anticonceptivos, es de suma importancia que el/la prestador/a de servicios se dirija directamente a la mujer.

Una percepción errónea común es que las mujeres con discapacidad cognitiva, problemas de desarrollo y/o enfermedades mentales no son sexualmente activas. Muchas mujeres con estas afecciones son capaces de tener relaciones sexuales seguras y consensuales. No obstante, es importante tener en cuenta que las mujeres con estas afecciones corren mayor riesgo de ser víctimas de violencia sexual y actividad sexual forzada, posiblemente por las personas responsables de cuidarlas. Si se sospecha violencia sexual, el/la prestador/a de servicios debe hablar con la mujer en privado y referirla a los servicios comunitarios correspondientes.

La comunicación con una mujer que tiene discapacidad cognitiva puede requerir tiempo extra y mayor esfuerzo por parte del consejero.

Es posible que la mujer tenga un/a tutor/a, lo cual podría afectar su capacidad para dar el consentimiento informado. Si la mujer es capaz de tomar sus propias decisiones respecto a su atención médica, el/la prestador/a de servicios debe hacer un mayor esfuerzo por asegurarse de que la mujer entienda claramente en qué está consintiendo y cuáles son sus opciones. Las mujeres con discapacidad cognitiva pueden estar rápidamente de acuerdo o tienden a contestar que sí antes de entender completamente la situación.

Mujeres refugiadas o desplazadas

Las mujeres refugiadas o desplazadas por lo general se ven afectadas por el estrés emocional relacionado con su seguridad personal; violencia institucional, social y personal; desplazamiento del núcleo familiar, su cultura y su hogar; falta de alimentos; falta de acceso a servicios de atención médica integral; e inseguridad acerca de su futuro. Muchas mujeres han sufrido violencia al iniciar el período de desplazamiento, mientras que muchas otras continúan sometidas a la violencia en su ubicación actual. Durante la consejería brindada a mujeres refugiadas y desplazadas es importante dejarlas que guíen el proceso de consejería. El/la prestador/a de servicios debe mostrar sensibilidad por las diferencias lingüísticas entre él o ella y la mujer y, si es posible, tener a un/a intérprete presente.

Mujeres que han sido sometidas a la mutilación genital femenina

Es posible que los prestadores de servicios tengan que atender a mujeres que han sido sometidas a la mutilación genital femenina (MGF). Según la definición de la Organización Mundial de la Salud: “La mutilación genital femenina, comúnmente conocida como ‘circuncisión femenina’, comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos y otras lesiones a los órganos genitales femeninos por motivos culturales, religiosos u otros motivos no terapéuticos” (OMS, 2000).

Es probable que la mujer no desee hablar sobre el tema de la MGF con su prestador/a de servicios o que no se dé cuenta de que esto afectará su atención postaborto. Si una mujer ha sufrido mutilación genital, es muy importante que el/la prestador/a de servicios tenga mucho tacto al hacerle preguntas

sobre este tema y que no suponga que todas las mujeres que han sido sometidas a la MGF tienen las mismas experiencias.

Mujeres que presentan un embarazo avanzado

Las mujeres que presentan un embarazo avanzado a menudo han tenido que enfrentarse a múltiples obstáculos que les impidieron acudir a la unidad de salud con una edad gestacional más temprana, tales como no saber que estaban embarazadas, necesitar más tiempo para tomar la decisión de buscar atención médica o dificultad para obtener servicios de salud. Una parte esencial de la atención centrada en la mujer es comprender los problemas sociales y emocionales que a menudo forman parte del tratamiento de APA en embarazos avanzados y proporcionar servicios con prontitud y de manera sensible, o referencias a otros servicios.

Mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres

Las y los profesionales de la salud no deben suponer que las mujeres que buscan servicios de atención postaborto solo tienen relaciones sexuales con hombres. Existen varias razones por las que una mujer que tiene como pareja a otra mujer busca servicios de atención postaborto. Es posible que haya tenido relaciones sexuales consensuadas con un hombre o que haya sido víctima de violencia sexual. Algunas mujeres tienen relaciones sexuales con mujeres y hombres. Las circunstancias en torno al embarazo varían, así como los sentimientos de la mujer en cuanto al aborto espontáneo o inducido. Los prestadores de servicios no deben suponer que el embarazo no era deseado ni descartar el riesgo de un futuro embarazo.

Según las normas culturales, podría resultar difícil para una mujer revelar que su pareja es una mujer. El/la prestador/a de servicios puede hacer esta situación más fácil asegurándole que la conversación es confidencial y mostrando respeto por las decisiones de la mujer, su pareja y su familia.

Servicios de anticoncepción

Temas clave en este módulo:

- La consejería anticonceptiva postaborto y provisión de métodos anticonceptivos
- Modelos de prestación de servicios
- Consejería anticonceptiva eficaz
- Elegibilidad médica para el uso de métodos anticonceptivos después de una evacuación endouterina
- Anticoncepción de emergencia (AE)
- Situaciones especiales para brindar consejería o referencia

1.0 Introducción

Las organizaciones internacionales, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconocen que el acceso a los servicios

En este currículo se utiliza el término “anticoncepción” en vez de “planificación familiar”. Muchas mujeres que reciben servicios de anticoncepción están tratando de evitar quedar embarazadas en vez de planificar una familia. Esto podría ser particularmente relevante para las mujeres jóvenes. Es importante que los prestadores de servicios no hagan suposiciones acerca de las intenciones reproductivas de las mujeres.

de anticoncepción constituye un derecho humano básico y es fundamental para la salud sexual y reproductiva. Todas las mujeres deben recibir información anticonceptiva y se les debe ofrecer consejería y métodos anticonceptivos postaborto, incluida la anticoncepción de emergencia, antes de su egreso de la unidad de salud. En una declaración de consenso de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y USAID, se acordó que todas las mujeres deben recibir consejería y servicios de planificación familiar después de un aborto espontáneo o inducido, independientemente del procedimiento usado. La Carta de derechos sexuales y reproductivos de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) incluye el derecho a elegir si casarse o no hacerlo, si formar y planificar una familia o no hacerlo, y el derecho a decidir si tener hijos o no tenerlos y cuándo tenerlos. Las leyes nacionales y las normas sanitarias de muchos países apoyan estos derechos.

Asuntos clave acerca de los servicios de anticoncepción:

- Toda mujer que recibe atención postaborto se encuentra en un momento crítico de su vida reproductiva y puede beneficiarse de recibir consejería comprensiva sobre las opciones anticonceptivas a su alcance.
- Aproximadamente un 21% de todos los embarazos terminarán en abortos inducidos. Los métodos anticonceptivos eficaces, en lugares donde son completamente accesibles y se usan de manera sistemática, pueden ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados y, por consiguiente, reducir considerablemente la tasa de aborto.
- A todas las mujeres que buscan atención postaborto, incluidas las jóvenes, se les debe ofrecer consejería anticonceptiva y una variedad de métodos anticonceptivos para elegir.
- Un estudio de Ratten en 1972 encontró que las mujeres pueden ovular tan pronto como 10 días después de un aborto incompleto. Ya que la ovulación puede ocurrir casi inmediatamente después de la evacuación endouterina, los anticonceptivos deben suministrarse de inmediato a las mujeres que desean evitar o aplazar otro embarazo.

"Cuando una mujer llega al hospital con un aborto incompleto, ya fallamos esa vez en ayudarla a evitar un embarazo no deseado o inoportuno. Si se va de la unidad de salud sin ningún medio para evitar un nuevo embarazo no deseado en el futuro, habremos fallado una segunda vez".

– Cynthia Steele Verme, Consorcio de Atención Postaborto (APA)

En este módulo se explica por qué la consejería anticonceptiva y el suministro de métodos anticonceptivos son una parte esencial de los servicios de atención postaborto. Asimismo, se indica cómo brindar consejería a las mujeres, de manera que las que desean usar anticonceptivos sepan elegir un método acorde a sus necesidades y usarlo de manera eficaz.

2.0 Consejería anticonceptiva y provisión de un método después de la atención postaborto

El objetivo de la consejería anticonceptiva es ayudar a la mujer a decidir si desea evitar quedar embarazada a corto o largo plazo y a escoger un método anticonceptivo apropiado. En la consejería anticonceptiva centrada en la mujer, el/la prestador/a de servicios de salud se centra en las necesidades individuales de cada mujer, sus intenciones reproductivas, las circunstancias de su vida y su cuadro clínico.

El uso de anticonceptivos puede promover la salud y los derechos de las mujeres al:

- Permitir que las madres consigan espaciar el nacimiento de sus hijos y tengan una familia más pequeña, lo cual mejora la salud infantil y asegura su supervivencia;
- Mejorar la calidad de vida de la mujer dándole control sobre su salud reproductiva, incluido el número de hijos que desea tener y cuándo tenerlos;
- Ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados, evitando que se expongan innecesariamente a los posibles riesgos del embarazo y el parto.

Los servicios de anticoncepción postaborto son eficaces cuando se basan en las necesidades de cada mujer. La consejería anticonceptiva debería ayudar a cada mujer a evaluar su propia situación y necesidades y tomar una decisión informada por sí misma. El uso de anticonceptivos es más eficaz cuando la mujer ha recibido información sobre las ventajas, los riesgos, los efectos secundarios y la probabilidad de eficacia de todas las opciones adecuadas y sus alternativas.

3.0 Modelos de prestación de servicios

La consejería anticonceptiva y provisión de métodos pueden efectuarse en diferentes momentos y de diferentes maneras durante los servicios de atención postaborto. Ejemplos de modelos de prestación de servicios:

- Las y los profesionales de la salud que trabajan en el área donde se proporcionan servicios de atención postaborto pueden ofrecer servicios de consejería y suministrar

métodos anticonceptivos. Este modelo de prestación de servicios puede reducir las barreras que se interponen en el acceso. Si no se pueden ofrecer servicios de anticoncepción en la misma área donde se proporcionan los servicios de atención postaborto, se debe hacer arreglos para ayudar a las mujeres a tener fácil acceso al área donde se ofrecen servicios de anticoncepción.

- Se puede hacer arreglos para que el personal de otra área de la unidad de salud venga al área de los servicios de atención postaborto para ofrecer consejería y proporcionar métodos.
- La consejería puede llevarse a cabo en los servicios de atención postaborto y se puede referir a la mujer a otra unidad de salud donde pueda obtener métodos anticonceptivos.
- Las mujeres pueden ir a otra unidad de salud donde se ofrezcan servicios de anticoncepción.
- La consejería anticonceptiva y provisión de métodos pueden ser ofrecidas por personas capacitadas en la comunidad, tales como promotores de salud o el personal de organizaciones comunitarias.

La prestación de servicios de anticoncepción en el mismo lugar y en el mismo momento en que se proporcionan los servicios de atención postaborto puede ayudar a garantizar que la mujer reciba un método anticonceptivo antes de dejar la unidad de salud. Si una mujer reúne los criterios médicos y ha dado su consentimiento informado para el método, todos los métodos anticonceptivos, incluidos el dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización femenina, pueden iniciarse al mismo tiempo que la aspiración endouterina. Si la mujer elige el misoprostol, la mayoría de los métodos anticonceptivos pueden proporcionarse al mismo tiempo que el medicamento. Después del uso de misoprostol, el DIU puede colocarse una vez que se tenga suficiente certeza de que la mujer ya no está embarazada. (Para mayor información, ver Cuadro 7-1 de la sección 8.1.)

4.0 Necesidades anticonceptivas de las mujeres después de la atención postaborto

Aunque algunas mujeres que buscan servicios de atención postaborto desean volver a quedar embarazadas pronto, otras desean usar anticonceptivos para evitar o aplazar otro embarazo. El/la prestador/a de servicios de salud puede iniciar la sesión preguntando si desea quedar embarazada de nuevo y cuándo, y si desea anticonceptivos.

A veces el éxito en el uso de los anticonceptivos no está bajo el control de la mujer. El/la prestador/a de servicios de salud

debe mostrar empatía y ayudar a cada mujer a evaluar su situación personal, considerar cuál método podría ayudarla a evitar en el futuro otro embarazo no deseado, y hablar sobre las posibles soluciones a los problemas que quizás tenga con el uso de anticonceptivos. En algunos casos, los métodos de acción prolongada que no necesitan seguir un régimen diario, tales como los DIU o los implantes, podrían incrementar el éxito en el uso de anticonceptivos. Las y los profesionales de la salud deben evitar culpar a las mujeres por no haber evitado embarazos no deseados en el pasado, ya que esto puede hacer que se vuelvan renuentes a buscar servicios en el futuro. Asimismo, el personal de salud debe ser consciente de las actitudes culturales y creencias que quizás influyan en el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres, especialmente las jóvenes.

4.1 Falla del método anticonceptivo

El personal de salud atenderá a mujeres que han experimentado una falla del método anticonceptivo. La falla del método puede ocurrir por varias razones:

Falla del anticonceptivo:

- Ningún método es un 100% eficaz. Aun cuando un método anticonceptivo moderno se usa correcta y sistemáticamente, algunas mujeres quedan embarazadas.

La falta de uso del método o su uso incorrecto y no sistemático pueden deberse a varias razones, tales como:

- Olvidarse de usar el método de manera sistemática;
- No contar con los medios económicos para comprar los anticonceptivos con regularidad;
- Dejar de usarlo debido a efectos secundarios inesperados o desconocimiento de los efectos en la fertilidad y la salud;
- Desaprobación por parte del esposo o pareja, la suegra u otros parientes, líderes religiosos u otras personas influyentes;
- Relaciones sexuales no consensuadas;
- Creencias sobre ser estigmatizada por las actitudes culturales que equiparan el uso de anticonceptivos con la promiscuidad.

También existen fallas relacionadas con el sistema de salud, las cuales ocasionan que las mujeres no puedan obtener métodos anticonceptivos o usarlos correctamente, entre éstas se encuentran:

- El/la prestador/a de servicios no explicó debidamente cómo usar el método.

- Las políticas nacionales de salud reproductiva limitan el acceso de ciertas mujeres, tales como las jóvenes o las mujeres solteras, a los anticonceptivos.
- Los métodos anticonceptivos son muy caros.
- Las clínicas de planificación familiar no mantienen en existencia los métodos preferidos por las mujeres.
- La ubicación y el horario de los servicios de anticoncepción no son convenientes para la mujer.
- Los protocolos de los servicios de anticoncepción limitan el reabastecimiento; por ejemplo, solo despachan un mes de insumos anticonceptivos a la vez.

En unidades de salud donde no se ofrecen servicios de anticoncepción, el/la prestador/a de servicios debe asegurarse de que toda mujer que recibe servicios relacionados con el aborto sabe que:

- La ovulación y, por ende, el embarazo pueden ocurrir casi inmediatamente después de la evacuación endouterina;
- En general, todos los métodos anticonceptivos pueden usarse inmediatamente después de la evacuación endouterina;
- Dónde obtener servicios de anticoncepción y métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia (AE).

5.0 Derechos a la privacidad, a la confidencialidad y a la elección informada

La privacidad y la confidencialidad son esenciales, especialmente en los lugares donde se ofrecen servicios de atención postaborto.

- Las mujeres deben recibir consejería en un espacio privado donde no puedan ser vistas o escuchadas por otras personas. El/la prestador/a de servicios debe asegurarle a la mujer que la conversación es confidencial.
- Cada prestador/a de servicios debe seguir los protocolos profesionales que protegen la confidencialidad. Esto implica no revelar la información de la mujer sin su consentimiento y no discutir su situación en presencia de otras personas.

Todas las mujeres, incluidas las jóvenes, tienen el derecho de tomar una decisión libre e informada con respecto al anticonceptivo que desean usar. El acceder a la anticoncepción, o a utilizar un método específico, nunca debe ser un prerrequisito para obtener servicios de atención postaborto. La elección libre e informada significa que la mujer escoge un método de manera

El/la prestador/a de servicios debe asegurarse de que toda mujer que recibe servicios relacionados con el aborto sabe que:

- *La ovulación y, por ende, el embarazo pueden ocurrir casi inmediatamente después de la evacuación endouterina;*
- *En general, todos los métodos anticonceptivos pueden usarse inmediatamente después de la evacuación endouterina;*
- *Dónde obtener servicios de anticoncepción y métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia (AE).*

voluntaria, sin coacción o presión alguna. Para ello se necesita tener a la disposición de la usuaria una variedad de métodos para elegir y que entienda claramente los beneficios y riesgos de cada método.

6.0 Participación de las parejas

La inclusión de la pareja en la consejería anticonceptiva puede aumentar la eficacia de la consejería. El apoyo por parte de la pareja de la mujer para la anticoncepción, es un buen mecanismo predictor sobre el uso del anticonceptivo. La consejería a la pareja masculina, puede incrementar sus conocimientos y uso de métodos anticonceptivos masculinos, tales como los condones masculinos y la vasectomía.

Si la pareja de la mujer desea ser incluida en el proceso de consejería anticonceptiva, el/la prestador/a de servicios debe primero reunirse en privado con la mujer para determinar si ella desea su participación. Si la mujer no desea incluir a su pareja, se le debe brindar consejería y suministrar el método en privado sin compartir con su pareja lo transcurrido durante la consulta.

Si la pareja de la mujer no aprueba el uso de anticonceptivos, pero la mujer aún desea usarlos, el/la prestador/a de servicios puede ayudarla a elegir un método que no necesite la cooperación de su pareja, tal como un inyectable, un implante o el DIU. El/la prestador/a de servicios también debe hablar sobre las posibles consecuencias, tal como la violencia, si la pareja de la mujer se entera de que usa anticonceptivos. Es apropiado que el/la prestador/a de servicios ayude a la mujer a examinar cómo podría protegerse en dado caso y proporcionarle información de referencia a los servicios correspondientes. (Por favor remítase al módulo Consentimiento informado, información y consejería y a Recursos adicionales, Servicios de anticoncepción.)

7.0 Elementos esenciales de la consejería anticonceptiva

Un/a prestador/a de servicios que brinda consejería de manera eficiente hace más que describir los diversos métodos anticonceptivos disponibles; él o ella debe ganarse la confianza de la mujer, llegar a entender sus necesidades y adecuar la sesión de consejería para cubrir dichas necesidades. La consejería anticonceptiva debe propiciar un intercambio de información abierto, que solo puede ocurrir en un ambiente de respeto mutuo. (Por favor remítase al módulo Consentimiento informado, información y consejería.)

Los pasos a continuación han sido adaptados de la técnica ACCEDA, la cual es una modalidad ampliamente utilizada en los servicios de anticoncepción.

Saludar y establecer afinidad

- Encuentre un lugar privado donde hablar, salude a la mujer amigablemente y hablele directamente, demostrando interés y preocupación.
- Pregunte primero si éste es el momento indicado para hablar sobre anticoncepción; asegúrele que la conversación se mantendrá confidencial; y pregunte si desea que su pareja esté presente.

Preguntar a la mujer...

- Acerca de sus necesidades. Utilizando preguntas abiertas, discuta los factores que la llevaron al aborto y determine si el embarazo fue no planificado.
- Si estaba usando anticoncepción, pregunte cómo ocurrió la falla. En caso de ser necesario, explique el mecanismo de reproducción humana. Es posible que algunas mujeres que buscan servicios de aborto no entiendan completamente cierta información básica sobre cómo quedaron embarazadas o cómo los anticonceptivos evitan el embarazo. Esto podría ser especialmente cierto en el caso de las mujeres jóvenes.
- Si desea aplazar o evitar embarazos en el futuro:
 - Es posible que algunas mujeres no estén interesadas en aplazar el embarazo. En dicho caso, la consejería anticonceptiva e información sobre los beneficios de espaciar los hijos podrían resultar útiles en el futuro, o si existe una recomendación médica de aplazar el embarazo.
 - Muchas mujeres desean usar anticonceptivos para prevenir o aplazar otro embarazo.
- Tome en consideración el cuadro clínico de la mujer y su situación personal

(Para mayor información, por favor remítase al Anexo A: Factores individuales, fundamentos y recomendaciones para la consejería.)

Explicar las características de los métodos disponibles

- Determine qué métodos anticonceptivos están disponibles y son accesibles en la unidad de salud y en la comunidad.
- Explique las características, los efectos secundarios y la eficacia de los métodos disponibles, e indíquelo dónde puede obtenerlos.

Ayudar a la mujer a elegir un método

- Asesore a la mujer en la selección del método que más le convenga a ella y a su pareja.
- Haga preguntas de seguimiento; explique las características de los diferentes métodos y examinen cómo va a reabastecerse y los lugares en su comunidad donde podría obtener anticonceptivos.
- Discuta las posibles barreras que podrían enfrentar para el uso exitoso de los anticonceptivos y las maneras en que pueden superar esas barreras.

Explicar cómo funciona el método

- Cerciórese de que la mujer entiende cómo funciona el método escogido.
- Ayúdela a formular un plan para usarlo continuamente.

Regresar para la visita de seguimiento y referir a otros servicios

- Anímela a que regrese si tiene alguna inquietud o problema con el método o si el método se vuelve inaceptable. Asimismo, debe regresar si desea cambiar de método, si necesita reabastecerse o si desea dejar de usar la anticoncepción.
- Las conversaciones sobre la anticoncepción podrían revelar otros factores que afectan la salud sexual y reproductiva de la mujer, tales como la violencia o el sexo comercial.
- Cada prestador/a de servicio debe tener a mano una lista de otros servicios disponibles a donde referir a la mujer.

8.0 Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos después de una evacuación endouterina

Quando se suministran métodos anticonceptivos a una mujer, se debe tener en cuenta su elegibilidad médica para el uso de cada método. Por lo general, las mujeres, incluidas las jóvenes, pueden usar todos los métodos anticonceptivos modernos inmediatamente después de una evacuación endouterina, siempre y cuando:

- No existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional.
- La mujer reciba consejería adecuada y dé su consentimiento informado.

Anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC, por sus siglas en inglés)

Se ha encontrado que los anticonceptivos de largo plazo, tales como el DIU y los implantes, son más eficaces en la prevención de futuros embarazos y ofrecen mayor satisfacción que las píldoras, tanto en las mujeres jóvenes como en las adultas. Además, las mujeres que usan el DIU e implantes se encuentran satisfechas con los mismos, lo cual favorece el uso continuo por tiempo más prolongado que las píldoras o los inyectables. Debido a que los embarazos no deseados ocurren cuando las mujeres dejan de usar los métodos o cambian de método, la satisfacción con el método y su uso continuo son fortalezas del DIU y los implantes como métodos anticonceptivos.

- El/la prestador/a de servicios de salud investigue y verifique todas las posibles contraindicaciones para el uso de cualquier método en particular.

Estos son algunos puntos de cuidado:

- Las mujeres no deben tener relaciones sexuales hasta que se hayan resuelto todas las complicaciones y hasta que el método elegido empiece a surtir efecto.
- Los métodos basados en el conocimiento del ciclo de la fertilidad solo deben comenzarse tras haberse reanudado la menstruación.
- Algunas afecciones médicas requieren aplazar el uso de ciertos métodos; mientras tanto, se debe ofrecer a la mujer un método anticonceptivo provisional.

En la siguiente sección, basada en los datos de la OMS, se informa cuáles métodos son indicados o no para diversos cuadros clínicos. (Ver el Anexo B: Directrices para la selección de anticonceptivos por método.) Los métodos anticonceptivos a los cuales nos referimos son:

- Métodos de barrera, como los condones masculinos y femeninos, los espermicidas, el diafragma y el capuchón cervical;
- Métodos hormonales, tales como los anticonceptivos orales, inyectables, implantes, parches transdérmicos y anillos vaginales;
- Métodos intrauterinos, tales como el DIU y los sistemas intrauterinos (SIU);
- Métodos basados en el conocimiento del ciclo de la fertilidad, como la temperatura corporal basal y el método del calendario;
- Anticoncepción de emergencia, la cual debe usarse en un plazo de cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección e incluye un régimen específico de píldoras anticonceptivas o la inserción de un DIU;
- Métodos quirúrgicos tales como la esterilización masculina y femenina.

8.1 Evacuación endouterina sin complicaciones inducida con misoprostol

Los criterios médicos de elegibilidad después del uso de misoprostol no son diferentes de los criterios para la aspiración por vacío.

Siempre que no existan contraindicaciones, la mayoría de los métodos anticonceptivos hormonales modernos pueden usarse inmediatamente con la administración del misoprostol. Esta recomendación se basa en las opiniones de expertos. Si se demora la entrega de un método anticonceptivo, la mujer corre el riesgo de tener un embarazo no deseado. Las mujeres que desean usar un anticonceptivo deben recibir su método preferido lo más pronto posible.

Cuadro 7-1: Cuándo comenzar el uso de anticonceptivos después del uso de misoprostol

Método anticonceptivo	Cuándo comenzar
Píldoras anticonceptivas orales, parches y anillos anticonceptivos	Con misoprostol
Implantes	Con misoprostol
Inyecciones	Con misoprostol
DIU	Tan pronto como se tenga certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada
Esterilización	Tan pronto como se tenga certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada
Métodos basados en el conocimiento del ciclo de la fertilidad	Después que se reanude el ciclo menstrual regular

8.2 Aspiración por vacío sin complicaciones

Todos los métodos anticonceptivos modernos pueden usarse inmediatamente.

8.3 Aspiración por vacío con complicaciones

En los casos donde una infección es evidente o probable, el/ la prestador/a de servicios debe aconsejar a la mujer que evite tener relaciones sexuales hasta que la infección se haya curado o descartado. Después de una evacuación endouterina complicada por una infección, se puede proporcionar cualquiera de los métodos anticonceptivos, salvo el DIU y la esterilización femenina. Una vez que se haya curado la infección, se podrá insertar el dispositivo intrauterino o efectuar la esterilización.

El trauma genital o sangrado excesivo no son contraindicaciones de elegibilidad médica, pero las y los profesionales de la salud deben tomar en consideración estos factores. Ejemplos de trauma genital son: perforaciones uterinas, desgarros del cuello uterino, trauma y laceraciones vaginales. Es posible que estas lesiones requieran que se aplase el uso de ciertos métodos anticonceptivos. Entre los métodos que podrían estar temporalmente restringidos

se encuentran la esterilización femenina, el DIU, el SIU, los espermicidas y los métodos de barrera, a excepción del condón masculino.

En los casos de pérdida excesiva de sangre, podría ser necesario aplazar la esterilización femenina y el uso de los DIU, según la gravedad de la pérdida. En cuanto a la esterilización, se recomienda se postergue si los análisis de laboratorio o síntomas indican la presencia de anemia.

9.0 Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia (AE) es una opción de especial importancia para evitar el embarazo tras haber tenido relaciones sexuales sin protección o tras una falla anticonceptiva, y a menudo es fácil de conseguir en farmacias o droguerías. En el caso de las mujeres que reciben atención postaborto, el suministro de píldoras anticonceptivas de emergencia por adelantado, como método de respaldo en caso de una falla anticonceptiva, podría ayudar a evitar futuros embarazos no deseados. El uso de la anticoncepción de emergencia no interrumpe ni afecta un embarazo.

Existen dos tipos de AE:

- Dispositivo intrauterino (DIU): El DIU de cobre es un 99% eficaz para la prevención del embarazo cuando se inserta dentro de los cinco días posteriores al coito sin protección.
- Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): Las píldoras son del 75 al 95 por ciento eficaces cuando se usan dentro de los cinco días posteriores al coito sin protección.

Para lograr mayor eficacia, las PAE deben comenzarse lo antes posible después del coito sin protección, pero pueden tomarse hasta cinco días después del coito sin protección.

- Aunque se pueden utilizar anticonceptivos orales combinados (AOC) de progestágeno-estrógeno, o píldoras de progestágeno solo, estas últimas son más eficaces y producen menos efectos secundarios.
- Se ha encontrado que, cuando las PAE de progestágeno solo se toman en un plazo de 24 horas posteriores al coito sin protección, el riesgo de embarazo se reduce en un 95%.
- Cuando las PAE de progestágeno solo se toman en un plazo de 72 horas después del coito sin protección, el riesgo de embarazo se reduce en un 89%, mientras que las PAE que contienen estrógeno y progestágeno disminuyen el riesgo de embarazo en un 75%.

10.0 Consideraciones especiales para la consejería anticonceptiva

Existen ciertas consideraciones especiales que las y los profesionales de la salud deben tener presente cuando tratan con los grupos de mujeres y temas indicados a continuación. En el Anexo C: Consideraciones especiales para la consejería anticonceptiva, se proporciona información sobre cómo los prestadores de servicios de salud pueden atender las necesidades anticonceptivas específicas de las mujeres que se encuentran en estas situaciones.

- mujeres jóvenes
- mujeres con abortos repetidos
- violencia
- mujeres que viven con VIH
- trabajadoras sexuales
- mujeres con discapacidad cognitiva, problemas de desarrollo o enfermedades mentales
- mujeres refugiadas y desplazadas
- mujeres que han sido sometidas a la mutilación genital femenina

Provisión de píldoras anticonceptivas de emergencia

Algunos lugares disponen de píldoras específicas para la AE. En los lugares donde no se dispone de dichas PAE, es aceptable tomar una dosis específica de los anticonceptivos orales empacados de forma corriente. Las dosis recomendadas varían según la composición de las píldoras a usarse. A continuación se exponen ejemplos de los regímenes de PAE:

- *PPS: Una dosis única de 1.5 mg de levonorgestrel debe tomarse dentro de los cinco días posteriores al acto sexual sin protección. En los países donde no se dispone de píldoras de 1.5 mg de levonorgestrel, se puede tomar dos píldoras de 0.75 mg juntas. También se pueden usar otras PPS de levonorgestrel, pero, según la composición de la píldora, las mujeres deberán tomar un número de píldoras equivalente a 1.5 mg de levonorgestrel.*
- *AOC: Dos dosis de 0.1 mg (100mcg) de etinilestradiol, más, ya sean 0.5 mg de levonorgestrel o 1.0 mg de norgestrel, la segunda dosis tomada 12 horas después de la primera, pero en un plazo de 120 horas posteriores al coito sin protección.*

Las mujeres deben ser notificadas de que el régimen de tratamiento con píldoras de progestágeno solo, es el más eficaz y el que produce menos efectos secundarios.

11.0 Resumen

- A todas las mujeres que reciben atención postaborto, incluidas las jóvenes, se les debe ofrecer consejería anticonceptiva y, si lo desean, un método anticonceptivo.
- Los servicios de anticoncepción apoyan el derecho humano fundamental de decidir si tener hijos o no tenerlos y cuándo tenerlos. Las mujeres que reciben servicios de anticoncepción tienen el derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a la elección informada.
- A fin de ser eficiente, cada prestador/a de servicios debe ganarse la confianza de la mujer, esforzarse por comprender sus preferencias y necesidades anticonceptivas, y adecuar la sesión de consejería para atender dichas necesidades y preferencias.
- Existen varios modelos de prestación de servicios de anticoncepción. La prestación de servicios de anticoncepción en el mismo momento y lugar en que se proporcionan los servicios de aborto puede ayudar a garantizar que la mujer reciba un método anticonceptivo antes de egresar de la unidad de salud.

- Es posible que las mujeres que reciben atención postaborto tengan antecedentes de haber usado métodos anticonceptivos, los cuales podrían incluir la falla anticonceptiva, no usar o usar incorrectamente el método elegido o incumplimiento por parte del sistema de salud de proporcionarles los anticonceptivos elegidos.
- La participación de las parejas en la consejería anticonceptiva podría aumentar su eficacia, pero solo debe hacerse si la mujer, en una conversación privada con su prestador/a de servicios de salud, indica que desea la participación de su pareja. De lo contrario, se le debe brindar consejería y entregar el método en privado sin informar a su pareja sobre lo transcurrido durante la consulta.
- Cada prestador/a de servicios debe conocer bien la amplia variedad de métodos anticonceptivos y tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad de cada mujer para el uso de cada método, incluida la AE.
- Cada prestador/a de servicios de salud debe entender que las mujeres podrían estar viviendo situaciones especiales, las cuales afectan sus necesidades y uso de anticonceptivos, y debe estar preparado o preparada para tratar dichas situaciones.

Referencias bibliográficas

Abdel-Tawah, N., Huntington, D., Hassan, E. O., Youssef, H. y Nawar, L. (1999). Effects of husband involvement on postabortion patients' recovery and use of contraception in Egypt. En D. Huntington y N. J. Peterson (Eds.), *Postabortion care: Lessons from operations research*. Nueva York, NY: The Population Council.

Alan Guttmacher Institute. (1999). *Sharing responsibility: Women, society & abortion worldwide*. Nueva York: NY: The Alan Guttmacher Institute.

Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E. y Jensen, J. T. (2011). Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2208-2217.

Benson, J., Leonard, A. H., Winkler, J., Wolf, M. y McLaurin, K. E. (1993). Cubriendo las necesidades de las mujeres en cuanto a la planificación familiar postaborto: *Articulando las preguntas. Temas en el tratamiento del aborto*, 2.

Billings, D. L., Crane, B. B., Benson, J., Solo, J. y Fetters, T. (2007). Scaling up a public health innovation: A comparative study of post-abortion care in Bolivia and Mexico. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2210-2222.

- Bongaarts, J. y Westoff, C. F. (2000). The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 31(3), 193-202.
- Centro de Derechos Reproductivos. (2008). *Bringing rights to bear anew: 2008 update*. Fuente: <http://reproductiverights.org/en/press-room/bringing-rights-to-bear-anew-2008-update>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2001). Appendix B: Management of occupational blood exposures. *Morbidity and mortality weekly report*, 50(RR11), 45-46.
- Cheng, L., Che, Y. y Gülmezoglu, A. M. (2012). Methods of emergency contraception. *Cochrane Summaries*.
- Corbett, M. R. y Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: Origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106-111.
- Curtis, C., Huber, D. y Moss-Knight, T. (2010). Postabortion family planning: Addressing the cycle of repeat unintended pregnancy and abortion. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 44-48.
- Curtis, K. M., Mohllajee, A. P. y Peterson, H. B. (2006). Regret following female sterilization at a young age: A systematic review. *Contraception*, 73(2), 205-210.
- Dinerman, L. M., Wilson, M. D., Duggan, A. K. y Joffe, A. (1995). Outcomes of adolescents using levonorgestrel implants vs oral contraceptives or other contraceptive methods. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 149(9), 967-972.
- Diouf, K. y Nour, N. (2013). Female genital cutting and HIV transmission: Is there an association? *American Journal of Reproductive Immunology*, 69 Suppl 1, 45-50.
- Family Health International (FHI). (2000). Contraception after pregnancy. *Contraceptive Technology Update Series, October 2000*. Durham, Carolina del Norte: FHI.
- Ferreira, A. L., Souza, A. I., Lima, R. A. y Braga, C. (2010). Choices on contraceptive methods in post-abortion family planning clinic in the northeast Brazil. *Reproductive Health*, 7(5).
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Confederación Internacional de Matronas, Consejo Internacional de Enfermeras y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). (2009). *Family planning: A key component of post abortion care. Consensus statement*. Fuente: http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/pac/fp_component.pdf
- Huntington, D., Hassan, E. O., Attallah, N., Toubia, N. Naguib, M. y Nawar, L. (1995). Improving the medical care and counseling of

postabortion patients in Egypt. *Studies in Family Planning*, 26(6), 350-362.

International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). (2012). *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines* (3rd ed.). Nueva York, NY: ICEC.

Johnson, B. R., Ndhlovu, S., Farr, S. L. y Chipato, T. (2002). Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning*, 33(2), 195-202.

Leonard, A. H. y Ladipo, O. A. (1992). Planificación familiar post-aborto: Factores que influyen en la elección individual de métodos anticonceptivos. *Adelantos en el tratamiento del aborto*, 4(2).

Mason, K. y Pilyman, L. (1992). Not for women only: Child spacing clubs for Malawian men. *AVSC News*, 30(4).

McDougall, J., Fetters, T., Clark, K. A. y Rathavy, T. (2009). Determinants of Contraceptive Acceptance among Cambodian Abortion Patients. *Studies in Family Planning*, 40(2), 123-132.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). *Post-abortion family planning: A practical guide for programme managers*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Selected practice recommendations for contraceptive use, update to second edition*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (4a ed.). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Adolescent job aid: A handy desk reference tool for primary level health workers*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Emergency contraception*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Peipert, J. F., Zhao, Q., Allsworth, J. E., Petrosky, E., Madden, T., Eisenberg, D. y Secura, G. (2011). Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 117(5), 1105-1113.

Ratten, G. J. (1972). Resumption of ovulation after incomplete abortion. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 12(4), 217-219.

Roberts, H., Silva, M. y Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 82(3), 260-265.

Rosenstock, J. R., Peipert, J. F., Madden, T., Zhao, Q. y Secura, G. M.

(2012). Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstetrics & Gynecology*, 120(6), 1298-1305.

Ross, J. A., Rich, M. y Molzan, J. P. (1989). *Management strategies for family planning programs*. Nueva York, NY: Columbia University.

Salter, C., Johnston, H. B. y Hengen, N. (1997). Care for postabortion complications: Saving women's lives. *Population Reports, Series L*(10).

Scholes, D., LaCroix, A. Z., Ichikawa, L. E., Barlow, W. E. y Ott, S. M. (2005). Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(2), 139-144.

Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S. y Creinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 84(3), 230-233. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.013

Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., Ahman, E., Henshaw, S. K. y Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 379(9816), 625-632. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61786-8

Solo, J., Billings, D. L., Aloo-Obunga, C., Ominde, A. y Makumi, M. (1999). Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Studies in Family Planning*, 30(1), 17-27.

Stevens-Simon, C., Kelly, L. y Kulick, R. (2001). A village would be nice but...it takes a long-acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(1), 60-65.

Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation (TFPMFR). (1998). Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *The Lancet*, 352(9126), 428-433.

Templeman, C. L., Cook, V., Goldsmith, L. J., Powell, J. y Hertweck, S. P. (2000). Postpartum contraceptive use among adolescent mothers. *Obstetrics and Gynecology*, 95(5), 770-776.

Tolaymat, L. L. y Kaunitz, A. M. (2007). Long-acting contraceptives in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19(5), 453-460.

Tripney, J., Schucan, B. K., Kwan, I. y Kavanagh, J. (2010). *The impact of post-abortion care family planning counselling and services in low-income countries: a systematic review of the*

evidence (Technical report). Londres, Inglaterra: University of London.

Trussell, J. (2009). Choosing a Contraceptive: Efficacy, Safety and Personal Considerations. En R. A. Hatcher, J. Trussell, A. L. Nelson, W. Cates Jr., F. H. Stewart y D. Kowal (Eds.), *Contraceptive Technology* (19 ed.). Nueva York, NY: Ardent Media.

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Upadhyay, U. D. y Robey, B. (1999). Why family planning matters. *Population Reports*, Series J(49).

Winner, B., Peipert, J. F., Zhao, O., Buckel, C., Madden, T., Allsworth, J. E. y Secura, G. M. (2012). Effectiveness of long-acting reversible contraception. *New England Journal of Medicine*, 366(21), 1998-2007.

Wolf, M. y Benson, J. (1994). Meeting women's needs for post-abortion family planning. Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 45 Suppl, S1-33.

Anexo A: Factores individuales, fundamentos y recomendaciones para la consejería*

Si la mujer...	Recomendaciones	Fundamento
No desea quedar embarazada pronto	Considerar todos los métodos reversibles.	Recurrir al aborto por lo general es indicio de que la mujer no desea quedar embarazada en el presente.
Se encuentra estresada o con dolor	Considerar todos los métodos reversibles. No fomentar el uso de métodos permanentes en estos momentos. Proporcionar referencia para que continúe recibiendo servicios de anticoncepción.	El estrés y el dolor interfieren con la toma de decisiones libre e informada, y por lo general éste no es el momento más indicado para que la mujer tome una decisión permanente.
Estaba usando un método anticonceptivo cuando quedó embarazada	Determinar por qué falló el anticonceptivo y qué problemas pudo haber tenido la mujer para usar el método de manera eficaz. Ayudar a la mujer a escoger un método que pueda usar eficazmente. Asegurarse de que comprende cómo usar el método, recibir cuidados de seguimiento, reabastecerse, discontinuar su uso y cambiar de método.	Es posible que la falla del método, la falta de aceptación, el uso ineficaz del método o la falta de acceso a los anticonceptivos hayan llevado a un embarazo no deseado. Puede que estos factores todavía estén presentes y propicien otro embarazo no deseado.
Ha dejado de usar un método, pero no desea quedar embarazada pronto	Determinar por qué la mujer dejó de usar el anticonceptivo, por ejemplo, debido a los efectos secundarios o problemas para reabastecerse del método que estaba usando. Ayudar a la mujer a elegir un método que pueda usar eficazmente. Asegurarse de que entiende cómo usar el método, recibir cuidados de seguimiento, reabastecerse, discontinuar su uso y cambiar de método.	Es posible que la falta de aceptación o la falta de acceso hayan llevado a discontinuar el uso del anticonceptivo. Puede que estos factores todavía estén presentes y propicien otro embarazo no deseado.
Es joven	Considerar todos los métodos, incluidos los de acción prolongada tales como el dispositivo intrauterino o los implantes.	Las mujeres jóvenes reúnen los criterios de elegibilidad para el uso de todos los métodos anticonceptivos, de manera similar a las mujeres adultas.
Tiene una pareja que no está dispuesta a usar condones o que impide que se use otro método	Si la mujer lo desea, incluir a su pareja en la sesión de consejería. Proteger la confidencialidad de la mujer en todo momento, incluso si desea la participación de su pareja. Hablar de todos los métodos que la mujer puede usar sin el conocimiento de su pareja, tales como los inyectables, el DIU o los implantes. No recomendar métodos que la mujer no pueda usar eficazmente.	En algunos casos, la participación del hombre en la sesión de consejería podría favorecer el apoyo para el uso del método; sin embargo, si por cualquier razón la mujer no desea la participación de su pareja, se debe respetar su deseo.
Desea quedar embarazada pronto	No intentar persuadirla a que acepte un método. Proporcionar información o referencia a otros servicios de salud reproductiva, si la mujer los necesita.	Es posible que las mujeres que han tenido un aborto deseen volver a quedar embarazadas pronto.

*Posiblemente sea aplicable más de un factor.

(Adaptado de Leonard y Ladipo, 1992.)

Anexo B: Directrices para la selección de anticonceptivos por método

Método	Momento Oportuno Después de la Evacuación Endouterina*	Ventajas	Comentarios
<p>Métodos de barrera que no necesitan ser adaptados a la medida</p> <p>Condomes masculinos/ femeninos de látex o de vinilo†; esponja vaginal y supositorios tales como las tabletas de espuma, jalea o película</p>	<p>Puede iniciarse su uso inmediatamente después de la atención postaborto con aspiración por vacío o misoprostol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No son un riesgo para la salud • No son costosos • Buen método provisional si se debe aplazar la iniciación de otro método • No requieren supervisión médica • Los condones de látex o de vinilo ofrecen protección contra las ITR y las ITS (VHB y VIH) • Se puede discontinuar su uso con facilidad • Eficacia inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> • En uso típico son menos eficaces que el DIU o los métodos hormonales • Requieren usarse con cada relación sexual • Requieren motivación continua • Reabastecimiento debe ser fácil de conseguir • Podrían interferir con el acto sexual
<p>Métodos de barrera utilizados con espermicidas</p> <p>Diafragma o capuchón cervical con espuma o jalea</p>	<p>Se puede medir a la mujer para un diafragma inmediatamente después de la atención postaborto con aspiración por vacío o misoprostol</p> <p>Aplazar la adaptación del capuchón cervical hasta que el sangrado haya parado y el útero haya involucionado a su tamaño antes del embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No son riesgosos para la salud • No son costosos • No requieren supervisión médica • Ofrecen algo de protección contra las ITR y las ITS (VHB y VIH) • Se puede discontinuar su uso fácilmente • Eficacia inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> • Menos eficaz que el DIU y los métodos hormonales • Deben utilizarse en cada relación sexual • Requieren motivación continua • Reabastecimiento de los espermicidas debe ser fácil de conseguir • Asociados con infecciones de las vías urinarias en algunas usuarias • La adaptación debe ser realizada por profesionales de la salud capacitados para tal fin
<p>Anticonceptivos orales</p> <p>Combinados o de progestágeno solo</p>	<p>Puede iniciarse su uso inmediatamente después de la atención postaborto con aspiración por vacío o misoprostol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaces • Disponibles en algunos lugares con farmacia comunitaria o droguerías • Pueden iniciarse de inmediato aun cuando haya una infección presente • Pueden ser suministrados por personal no médico • No interfieren con el acto sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Requieren motivación continua y uso diario • El reabastecimiento debe estar disponible • No ofrecen protección contra las ITS/VIH • Su eficacia puede disminuir con el uso a largo plazo de ciertos medicamentos, incluidas la rifampina, dilantina y griseofulvina

* Esta información corresponde a métodos usados después de un aborto en el primer trimestre.

† Los condones masculinos y femeninos son los únicos métodos que ofrecen protección contra la transmisión de ITS/VIH; pueden usarse en combinación con todos los otros métodos.

Anexo B: Directrices para la selección de anticonceptivos por método (continuación)

Método	Momento Oportuno Después de la Evacuación Endouterina*	Ventajas	Comentarios
Píldoras anticonceptivas de emergencia	Pueden iniciarse inmediatamente después de la atención postaborto	<ul style="list-style-type: none"> • Método de respaldo importante cuando falla la anticoncepción (por ejemplo, cuando se rompe un condón), cuando no se usa otro método, o cuando el acto sexual ha sido forzado. • Disponible en las farmacias o droguerías comunitarias de algunos lugares 	<ul style="list-style-type: none"> • Suministrar las píldoras anticonceptivas por adelantado como método de respaldo podría ayudar a evitar futuros embarazos no deseados. • No protegen contra las ITS/VIH • Por lo general, son menos eficaces que otros métodos anticonceptivos • Puede que tengan efectos secundarios, tales como náuseas y vómito
Anillos vaginales	Puede iniciarse inmediatamente después de la atención postaborto con aspiración por vacío o misoprostol	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaz • Puede ser suministrado por personal no médico • No requiere la atención diaria de la usuaria; permanece en la vagina durante tres semanas después de su inserción • Puede ser introducido por la usuaria • Disponible en las farmacias y droguerías comunitarias de algunos lugares 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe haber un reabastecimiento disponible • Su eficacia podría disminuir con el uso prolongado de ciertos medicamentos, tales como la rifampina, la dilantina y la griseofulvina
Parches transdérmicos	Puede iniciarse inmediatamente después de la atención postaborto con aspiración por vacío o misoprostol	<ul style="list-style-type: none"> • Puede iniciarse inmediatamente aun cuando haya una infección • Puede ser suministrado por personal no médico • Disponible en las farmacias y droguerías comunitarias de algunos lugares • No interfiere con el acto sexual • No requiere atención diaria por parte de la usuaria; se aplica una vez a la semana • Es aplicado por la usuaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe haber reabastecimiento disponible • Su eficacia puede disminuir con el uso prolongado de ciertos medicamentos tales como la rifampina, la dilantina, y la griseofulvina • Para el primer ciclo, si se aplica después de 24 horas de haber comenzado la menstruación, debe usarse un método de respaldo durante siete días

* Esta información corresponde a métodos usados después de un aborto en el primer trimestre

Anexo B: Directrices para la selección de anticonceptivos por método (continuación)

Método	Momento Oportuno Después de la Evacuación Endouterina*	Ventajas	Comentarios
Inyecciones de progestágeno solo (AMPD, NET-EN)	Pueden administrarse inmediatamente después de la atención postaborto con aspiración por vacío o misoprostol	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaces • Puede iniciarse su uso de inmediato, aunque haya una infección • Pueden ser suministradas por personal no médico • No interfieren con el acto sexual • No dependen de la usuaria, excepto para acordarse de obtener la inyección cada 2 o 3 meses • La usuaria no necesita ningún otro suministro 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden causar sangrado irregular, especialmente amenorrea; rara vez ocurre sangrado excesivo • Se retrasa el retorno de la fertilidad una vez que la usuaria deja de usarlas • La usuaria debe recibir las inyecciones cada dos o tres meses • En muchos lugares, la usuaria debe ir a la unidad de salud para un reabastecimiento
Inyecciones combinadas	Pueden administrarse inmediatamente después de la atención postaborto con aspiración por vacío o misoprostol	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaces • Puede iniciarse su uso de inmediato, aunque haya una infección • Pueden ser aplicadas por personal no médico • No interfieren con el acto sexual • No dependen de la usuaria, excepto para acordarse de obtener la inyección cada dos o tres meses • La usuaria no necesita ningún otro suministro 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden causar sangrado abundante y/o irregular al principio, especialmente durante los primeros meses; de ahí en adelante, por lo general, se reanuda el ciclo menstrual regular • Retrasan el retorno de la fertilidad • La usuaria debe recibir las inyecciones cada dos o tres meses • En muchos lugares, la usuaria debe ir a la unidad de salud para un reabastecimiento
Implantes solo de progestágeno	Pueden introducirse inmediatamente después de la atención postaborto con aspiración por vacío o misoprostol	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaces • Anticoncepción a largo plazo • Retorno inmediato de la fertilidad después de su extracción • No interfieren con el acto sexual • La usuaria no necesita ningún otro suministro 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden causar sangrado irregular, especialmente manchado vaginal, o amenorrea • Se requiere la intervención de un profesional de la salud capacitado en la inserción y extracción • Su costo-eficacia varía según la duración de su uso

* Esta información corresponde a métodos usados después de un aborto en el primer trimestre

Anexo B: Directrices para la selección de anticonceptivos por método (continuación)

Método	Momento Oportuno Después de la Evacuación Endouterina*	Ventajas	Comentarios
DIU/SIU‡	El DIU/SIU puede insertarse después de una aspiración endouterina sin complicaciones. Después del uso de misoprostol, el DIU/SIU puede insertarse tan pronto se tenga certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada.	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaz • Anticonceptivo a largo plazo; eficaz de 5 a 10 años, según el tipo • Retorno inmediato de la fertilidad después de la extracción • No interfiere con el acto sexual • La usuaria no necesita ningún otro suministro • Requiere verificación mensual de los hilos por parte de la usuaria • Solamente necesita una consulta de control a menos que haya algún problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Podría aumentar el sangrado menstrual y los cólicos menstruales durante los primeros meses • Los DIU/SIU que contienen hormonas pueden disminuir el sangrado o causar amenorrea. Los DIU/SIU con hormonas están asociados con beneficios secundarios para la salud. Las complicaciones que pueden ocurrir son la expulsión y la perforación uterina durante la inserción, la cual es rara. • Podría aumentar el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) e infertilidad subsiguiente en mujeres con riesgo de contraer ITR e ITS (VHB y VIH) • Se requiere la intervención de un profesional de la salud capacitado para su inserción y extracción
Esterilización femenina voluntaria (EFV)	La EFV puede realizarse después de una aspiración endouterina sin complicaciones. Después del uso de misoprostol, la EFV puede efectuarse tan pronto como se tenga certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada.	<ul style="list-style-type: none"> • Método permanente • Muy eficaz • No se presentan cambios en la función sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere consejería adecuada y consentimiento informado antes del procedimiento de EFV • Leve posibilidad de presentar complicaciones quirúrgicas • Se requiere personal capacitado y equipo adecuado

* Esta información corresponde a métodos usados después de un aborto en el primer trimestre

‡ Para obtener mayor información sobre el DIU como anticonceptivo de emergencia, ver la Sección 9.0.

Anexo B: Directrices para la selección de anticonceptivos por método (continuación)

Método	Momento Oportuno Después de la Evacuación Endouterina*	Ventajas	Comentarios
Conocimiento del ciclo de la fertilidad	Puede usarse el método después de la primera menstruación. Solamente debe ser usado por mujeres con historia de períodos regulares	<ul style="list-style-type: none"> • No hay costos asociados con este método • No ocasiona riesgos a la salud • No requiere supervisión médica • Su uso es fácil de discontinuar • Eficacia inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> • No es confiable inmediatamente después del aborto • Se recomienda el uso de otros métodos hasta que se reanude el ciclo menstrual regular • Se necesitan extensas instrucciones y consejería • Requiere motivación constante y que la mujer y su pareja entiendan bien cómo utilizar el método • No protege contra las ITS/VIH

Adaptado de: Benson et al., 1992; OMS, 2010b.

* Esta información corresponde a métodos usados después de un aborto en el primer trimestre

‡ Para obtener mayor información sobre el DIU como anticonceptivo de emergencia, ver la Sección 9.0.

Anexo C: Consideraciones especiales para la consejería anticonceptiva

(Para mayor información, ver Anexo A: Consideraciones especiales, del módulo Consentimiento informado, información y consejería.)

Las mujeres jóvenes (de 10 a 24 años de edad)

Las necesidades anticonceptivas de las mujeres jóvenes varían mucho. Los factores a tomar en consideración por una mujer joven casada que tiene un hijo y desea evitar tener otro podrían ser diferentes de los de una mujer joven que corre mayor riesgo de contraer ITS, incluido el VIH. Algunas jóvenes desean quedar embarazadas inmediatamente después de la atención postaborto y no necesitan anticonceptivos. En la prestación de servicios de anticoncepción y consejería es importante preguntar a las jóvenes cuáles son sus planes reproductivos inmediatos y a largo plazo y luego proporcionar la consejería correspondiente.

La consejería anticonceptiva debe incluir también información sobre el conocimiento de la fertilidad. Con este fin, se pregunta a la usuaria qué conocimientos tiene sobre el ciclo menstrual y la fertilidad. Partiendo de dichos conocimientos se le da información acerca de las etapas fértiles y no fértiles de su ciclo reproductor. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad no son recomendables para las jóvenes con ciclos menstruales irregulares. Las jóvenes podrían tener inquietudes acerca de la seguridad y eficacia de los métodos anticonceptivos, las cuales podrían estar basadas en información errónea. Es posible que no sepan cómo ocurre el embarazo o cómo evitarlo. Por ejemplo, quizás hayan oído decir que si tienen relaciones sexuales en ciertas posiciones, en el agua o durante la menstruación, no quedarán embarazadas; o creen que los anticonceptivos pueden ocasionar infertilidad permanente. Debido a información incorrecta como ésta, es importante que el/la prestador/a de servicios de salud explique cómo funciona un anticonceptivo, incluida su eficacia, posibles efectos secundarios, tales como el aumento de peso o sensibilidad en los senos, la frecuencia con que ocurren los efectos secundarios y las implicaciones clínicas a largo plazo de cualquiera de estos. Para averiguar si una joven tiene información incorrecta, el/la prestador/a de servicios puede hacer preguntas indirectas tales como “¿Qué cosas dicen tus amistades acerca de cómo puedes quedar embarazada y cómo puedes evitar el embarazo?” y “¿Qué cosas has oído decir acerca de este método?”

La consejería anticonceptiva debe basarse en la realidad, es decir, debe iniciarse por averiguar qué creen las usuarias y abordarlo, ya sea correcto o incorrecto, a fin de evitar la discontinuación del método. El/la prestador/a también debe averiguar qué barreras se interponen a que la joven use diferentes métodos anticonceptivos y debe ayudarla a identificar la opción más indicada para ella. Asimismo, las necesidades de privacidad de la mujer podrían influir en la selección de un método anticonceptivo; por ejemplo, los inyectables, implantes o dispositivo intrauterino podrían ser más adecuados para una joven con gran necesidad de privacidad, aunque su preferencia fuese otro método.

Entre las mujeres adultas y jóvenes, la aceptación alta de un método guarda relación con tener a su disposición una mayor variedad de opciones de métodos anticonceptivos para elegir. Además del método elegido, se debe ofrecer a la mujer por lo menos una dosis de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), en caso de accidente o falla anticonceptiva.

También debe ofrecerse la siguiente información cuando se trata el tema de la anticoncepción con las jóvenes.

Criterios médicos de elegibilidad para las mujeres jóvenes

Los criterios médicos de elegibilidad para que las jóvenes usen anticonceptivos postaborto son los mismos que para las mujeres adultas. Tres métodos tienen implicaciones para las mujeres jóvenes y merecen mayor discusión.

Esterilización

No existen contraindicaciones médicas para la esterilización de mujeres jóvenes. No obstante, las mujeres menores de 30 años tienen una probabilidad mucho mayor de arrepentirse después de la esterilización. Durante la sesión de consejería, el/la prestador/a de servicios de salud debe hacer hincapié en el hecho de que es un método permanente, y dejar bien claro que no hay mayor beneficio de hacer el procedimiento a la hora del aborto que usar un método no permanente durante un tiempo hasta que esté segura de que ese es el método que desea. Es posible que existan leyes y políticas ya establecidas que consideren si la esterilización es una opción para las jóvenes menores de edad y que afecten la capacidad de una joven menor de edad para dar consentimiento para que se le efectúe un procedimiento quirúrgico permanente. El/la prestador/a de servicios de salud debe ofrecer información exacta y objetiva y apoyar la decisión informada de la joven.

Métodos anticonceptivos de acción prolongada

Los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada, tales como el dispositivo intrauterino (DIU) o los implantes, son seguros, eficaces y benefician a las jóvenes. Estos métodos son más eficaces para prevenir el embarazo en cualquier mujer que otros métodos modernos, incluidas las píldoras, las inyecciones y los condones. Además, debido a que las mujeres que usan DIU o implantes no necesitan acordarse de tomar las píldoras todos los días, comprar más pastillas u obtener una inyección cada tres meses, no existe la posibilidad de falla anticonceptiva debido a problemas con su uso. Las jóvenes tienen mayor dificultad usando métodos de corto plazo que las mujeres adultas, lo cual resulta en tasas de embarazo dos veces mayores que las de las mujeres adultas que usan estos métodos. Por lo tanto, la facilidad de uso del DIU y los implantes podría beneficiar especialmente a las mujeres jóvenes. Por último, las mujeres que usan DIU o implantes están satisfechas con estos métodos, lo cual propicia la continuación de su uso por más tiempo que las píldoras y los inyectables. Debido a que los embarazos no deseados ocurren cuando las mujeres dejan de usar un método o lo cambian, la satisfacción con el método y la continuación de su uso son factores clave de la eficacia del DIU y los implantes.

Dispositivo intrauterino (DIU)

Las mujeres jóvenes reúnen los criterios médicos de elegibilidad necesarios para usar el DIU. No existen contraindicaciones médicas basadas solamente en la edad. En algunos países, la probabilidad de que las mujeres jóvenes escojan el DIU es menor que la de las mujeres adultas. No es claro si esto se debe en parte a las reservas de los prestadores de servicios de ofrecer el DIU a las mujeres jóvenes o a que las mujeres se muestran renuentes a usarlo aun después de haber recibido información completa y objetiva acerca del método. Sin embargo, los hallazgos de un estudio en Nueva Zelanda mostraron que las mujeres que salían de la clínica con un DIU colocado tenían un 70% menos de probabilidad de regresar en busca de un aborto en los próximos tres años, comparadas con aquéllas que se iban de la clínica con anticonceptivos orales combinados (Roberts 2010). El/la prestador/a de servicios de salud debe proporcionar esta información a cada usuaria sin presionarla para que acepte el DIU en caso que la joven no esté interesada en este método.

Inyectables

Los inyectables incluyen productos de progestágeno solo y las fórmulas de estrógeno y progestágeno ("combinadas"), tales como Depo-Provera (AMPD), Mesigyna y Norigynon (NET-EN). En este mismo estudio en Nueva Zelanda, AMPD estaba asociado con un 40% menos de probabilidad de regresar por un aborto, en comparación con los anticonceptivos orales combinados (Roberts 2010).

Existe cierta inquietud de que el uso de AMPD en las mujeres jóvenes podría reducir permanentemente la densidad mineral ósea (DMO), puesto que sí tiene el efecto de ocasionar una disminución temporal de la DMO, y las adolescentes todavía no han alcanzado su densidad ósea máxima. Un estudio realizado específicamente con adolescentes mostró que todas ellas habían recobrado completamente la DMO en los 12 meses siguientes de haber descontinuado el inyectable, y la duración del uso de AMPD no afectó la recuperación de la DMO (Scholes 2005). Sin embargo, las recomendaciones más recientes de la OMS en cuanto a los criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos indican que la mayoría de los estudios han hallado que las mujeres recobran la DMO tras dejar de usar el AMPD, pero no queda claro si su uso en las mujeres jóvenes afectará que alcancen su máximo potencial de densidad ósea; por lo tanto, lo clasifican como un método de Categoría 2 (“por lo general usar el método” – comparado con la Categoría 1, que indica “usar el método en cualquier circunstancia”) para mujeres menores de 18 años de edad (OMS 2010b).

Mujeres con abortos repetidos

Si una mujer no desea quedar embarazada y ha tenido repetidos embarazos no deseados y abortos, el/la prestador/a de servicios de salud debe ayudarla a detectar cualquier dificultad que encuentre con usar u obtener anticonceptivos y trabajar con ella para resolver esas dificultades.

En las sesiones de consejería con mujeres que han tenido repetidos abortos:

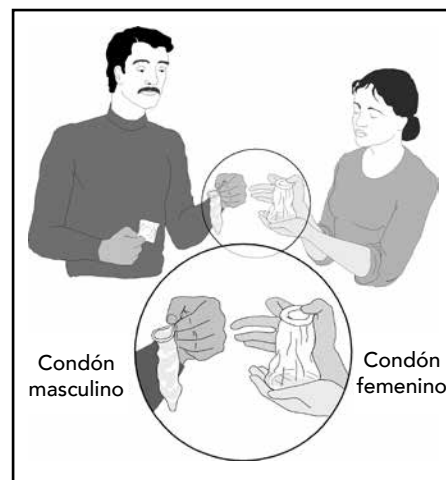
- Explore con la mujer sus antecedentes con relación al uso de anticonceptivos. Si no ha estado usando un método, pregúntele al respecto, usando un lenguaje sin prejuicios.
- Si ha estado usando anticonceptivos, determine y resuelva cualquier dificultad que haya tenido con el método elegido o ayúdela a elegir otro método que sea más indicado para ella.
- Si ha tenido dificultades para reabastecerse del método elegido, ayúdela a escoger un método que pueda obtener de manera más sistemática.
- Informe a la mujer sobre cómo tener acceso y usar la anticoncepción de emergencia (AE), en caso de que tenga relaciones sexuales sin protección o de que falle el método anticonceptivo. Si es posible, suminístrele píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE).

Mujeres que han sufrido violencia

Al ayudar a una mujer que ha sufrido violencia, escoja un método anticonceptivo apropiado y pregúntele si considera que existe una conexión entre la violencia y el uso de anticonceptivos. Si la violencia es a consecuencia del uso de anticonceptivos, ayúdela a que considere usar un método que otras personas no puedan detectar. Si la mujer no puede controlar las circunstancias de su actividad sexual, infórmela sobre cómo usar métodos que no necesitan la participación de su pareja, tales como los inyectables, el dispositivo intrauterino y los implantes, y también cómo obtener y usar la AE. Podría ser beneficioso suministrarle AE de antemano.

Mujeres que viven con VIH

Al hablar sobre la anticoncepción con una mujer VIH-positiva, se le debe proporcionar la siguiente información:



Condomes para mujeres y hombres

- Los condones masculinos y femeninos ayudan a proteger contra la transmisión del VIH y deben usarse correctamente con cada relación sexual.
- Si la mujer tiene relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada, podría contraer la infección con una cepa diferente de VIH o contraer otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Se recomienda usar protección dual. Esta práctica consiste en el uso simultáneo, correcto y sistemático de un condón masculino o femenino para protegerse contra las ITS/VIH con otro método anticonceptivo más eficaz para evitar el embarazo, o con PAE como método de respaldo. Las mujeres que reciben tratamiento para el VIH necesitan información sobre opciones anticonceptivas en relación con los regímenes del tratamiento.

Mujeres que practican el trabajo sexual

Durante la sesión de consejería anticonceptiva con trabajadoras sexuales, se debe ofrecer la siguiente información:

- El/la prestador/a de servicios debe recomendar el uso de protección dual, mediante el uso simultáneo de los condones y otro método a manera de protección contra las ITS y el embarazo no deseado. Si el uso de condones masculinos no es factible, la mujer podría pensar en usar los condones femeninos, si están disponibles.
- El/la prestador/a de servicios no debe aconsejar el uso de DIU o SIU, ya que la mujer corre un riesgo mayor de tener o contraer ITS.
- Se debe informar a la mujer cómo obtener y usar las PAE. Podría ser beneficioso suministrar a la mujer PAE de antemano.

Mujeres con discapacidad cognitiva, problemas de desarrollo o enfermedad mental

El/la prestador/a de servicios de salud debe comenzar la sesión evaluando el nivel de conocimientos y experiencia de la mujer en cuanto a la anticoncepción. Entonces podrá ayudarla a determinar qué método es el más indicado para ella, preguntándole con quién tiene relaciones sexuales y bajo qué circunstancias.

Durante la consejería anticonceptiva a mujeres con discapacidad cognitiva o enfermedad mental, debe plantearse la siguiente información:

- Es posible que la mujer tenga dificultad para recordar cómo o cuándo usar ciertos métodos, tal como tomarse la píldora a diario; sin embargo, estos métodos podrían ser una buena opción si se dan indicaciones claras y la mujer tiene a alguien que la cuide y que pueda recordarle integrar el método a su rutina diaria o mensual.
- Algunas mujeres con discapacidad de desarrollo presentan trastornos en su motricidad fina; en estos casos, ciertos métodos, tal como el diafragma, no son recomendables.
- Las mujeres que pertenecen a esta población deben recibir indicaciones sobre cómo usar o negociar el uso de métodos de barrera, y el/la prestador/a de servicios debe hacer hincapié en que necesitan usarse con cada relación sexual si la mujer desea evitar el embarazo y las ITS.

- El/la prestador/a de servicios debe mostrar el método —usando condones, diafragmas y capuchones cervicales, y también con indicaciones ilustrativas.

Mujeres que han sufrido mutilación genital

El tipo de mutilación genital sufrida por la mujer y sus preferencias en torno a la desinfibulación y la reinfibulación, deben considerarse durante la consejería y a la hora de elegir el método anticonceptivo. Un reciente análisis de la evidencia no muestra un aumento en la incidencia de infección por VIH entre mujeres que han sufrido mutilación genital femenina. Al igual que con todas las mujeres, recomiende el uso de métodos de barrera, tales como los condones masculinos y femeninos, a fin de reducir el riesgo de infección por VIH.

(Por favor remítase a Recursos adicionales, Servicios de anticoncepción.)

Mujeres con parejas de sexo femenino

El/la prestador/a de servicios de salud no debe hacer suposiciones en lo relacionado con la anticoncepción para mujeres que tienen parejas sexuales del sexo femenino. Es posible que las mujeres con parejas que son mujeres también tengan relaciones sexuales con hombres, corran riesgo de contraer ITS/VIH y tener un embarazo no deseado, deseen quedar embarazadas en el futuro y/o necesiten información y métodos anticonceptivos. El/la prestador/a de servicios debe hablar abiertamente con la mujer para determinar cuáles son sus riesgos y necesidades.

Prevención de infecciones

Temas clave en este módulo:

- Vías comunes de transmisión de infecciones
- Elementos esenciales en la prevención de infecciones, incluidas las precauciones estándares
- Manejo de la exposición ocupacional

1.0 Introducción

Las unidades de salud son ambientes ideales para la transmisión de infecciones, debido a la presencia de numerosos y diversos tipos de organismos infecciosos.

- Las trabajadoras y los trabajadores de salud se exponen a organismos infecciosos y materiales contaminados como parte de su trabajo diario.

- Las pacientes se exponen al recibir servicios de salud.
- Las familias y las comunidades podrían verse afectadas cuando las pacientes y trabajadores de salud, sin saberlo, trasladan infecciones de la unidad de salud al hogar.

La mayoría de los trabajadores de salud con formación académica conocen bien las técnicas de prevención de infecciones. Es responsabilidad de cada trabajador/a de salud tomar las medidas correctas y sistemáticas para impedir la propagación de infecciones, usando la higiene y aplicando técnicas y comportamientos para la prevención de infecciones.

Este módulo trata sobre la aplicación de los principios para la prevención de infecciones en los lugares donde se prestan servicios de atención postaborto.

2.0 Transmisión de infecciones

Los microorganismos se encuentran sobre el cuerpo, dentro del mismo, en los equipos e instrumental médicos y en todas las superficies. Cada microorganismo tiene una vía específica de transmisión de una persona a otra. Un patógeno es un microorganismo que puede causar una infección y dar lugar a una enfermedad. Cada patógeno requiere medidas de prevención específicas, dependiendo de cómo se transmite. Este módulo se centra en la prevención de infecciones de los patógenos de transmisión sanguínea, los cuales son transmitidos principalmente por contacto con la sangre y otros líquidos corporales en un establecimiento de salud.

Las bacterias, los virus, los protozoos, los hongos y los parásitos constituyen ejemplos de patógenos que se pueden encontrar en la sangre. Los patógenos tales como el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana), VHB (Virus de la Hepatitis B), VHC (Virus de la Hepatitis C) y Ebola pueden causar infecciones y enfermedades en los seres humanos.

Los patógenos de transmisión sanguínea:

- No pueden observarse a simple vista
- Son transmitidos por medio de la sangre, secreciones, excreciones y otros líquidos corporales
- Pueden causar infección cuando un líquido infeccioso entra al cuerpo a través de una cortadura, una herida abierta u otra laceración en la piel, o por las membranas mucosas de los ojos, la boca o los genitales.
- Pueden causar enfermedades en los seres humanos sin signos o síntomas evidentes.

En los entornos clínicos, los patógenos de transmisión sanguínea pueden propagarse:

- De una paciente a un/a trabajador/a de salud
- De un/a trabajador/a de salud a una paciente
- De una paciente a otra paciente
- De un/a trabajador/a de salud a otro trabajador o trabajadora de salud
- De un/a trabajador/a de salud o unidad de salud a familiares o integrantes de la comunidad

Las dos maneras en que más a menudo los trabajadores de salud corren riesgo de infección con patógenos de transmisión sanguínea son:

- 1) Pinchazos con instrumentos punzocortantes contaminados, tales como las agujas hipodérmicas;
- 2) Contacto con sangre contaminada en piel no intacta, tales como cortaduras o lesiones.

Muy rara vez ocurre la transmisión de patógenos de transmisión sanguínea (en particular el VIH) de los trabajadores de salud a las pacientes. Por tanto, la asignación de responsabilidades en el trabajo no debe basarse en el diagnóstico médico de cada trabajador/a, sino en su capacidad y habilidades.

3.0 Elementos de la prevención de infecciones

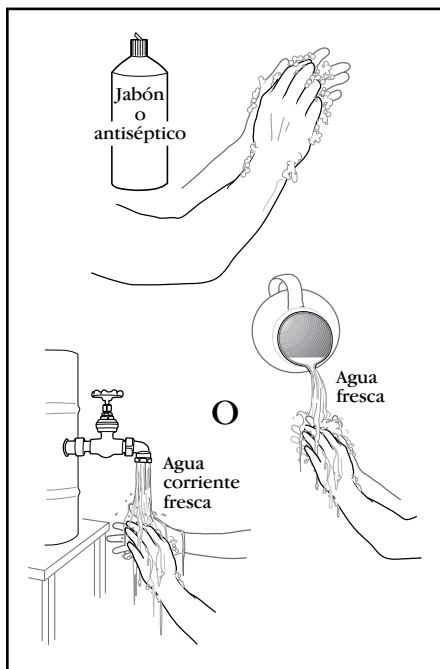
Los protocolos de prevención de infecciones se emplean de manera amplia para evitar infecciones independientemente de sus vías de transmisión. Cada trabajador/a de salud debe aplicar precauciones estándares, anteriormente conocidas como precauciones universales, durante su contacto con todas las pacientes y el personal, ya que cualquier persona puede estar infectada sin presentar signos y síntomas evidentes. Las precauciones estándares consisten en el manejo debido de la sangre y los líquidos corporales, y el uso apropiado de técnicas de prevención con todas las pacientes y el personal en todo momento, sin importar su estado de salud real o percibido.

Al usar las precauciones estándares se minimiza el riesgo de transmisión de patógenos mediante instrumentos punzocortantes contaminados que puedan penetrar la piel, o por medio de sangre o líquidos corporales infectados que puedan salpicarse en los ojos u otras membranas mucosas, o entren en el cuerpo a través de una cortadura o de la piel no intacta.

Las precauciones estándares implican el uso de medidas para el control de infecciones, destinadas a bloquear la transmisión entre la persona y los líquidos corporales potencialmente infecciosos.

Elementos esenciales para la prevención de infecciones:

- Lavado de manos
- Barreras de protección personal
- Manejo y eliminación adecuados del instrumental y objetos punzocortantes
- Manejo y procesamiento adecuados del instrumental y los materiales
- Técnica de asepsia
- Limpieza del medioambiente
- Eliminación adecuada de los desechos contaminados



Lavado de manos

Ejemplos de estas medidas son las técnicas indicadas para el lavado de las manos y el uso de barreras como batas, guantes, delantales, mascarillas, anteojos y calzado protector.

Las precauciones estándares deben aplicarse en todas las situaciones en que los trabajadores de salud prevean entrar en contacto con:

- sangre
- líquidos corporales
- secreciones y excreciones aparte del sudor, que tengan o no tengan sangre visible
- piel no intacta
- membranas mucosas

Los trabajadores de salud deben tratar la sangre y los líquidos corporales de todas las personas como posibles fuentes de infección, independientemente del diagnóstico o el riesgo percibido. Las precauciones estándares deben seguirse con todas las pacientes y todos los trabajadores, independientemente de su presunto estado de infección o diagnóstico, y no hay razón por la cual se deba tratar de manera diferente a las personas que padecen enfermedades de transmisión sanguínea.

Cada trabajador/a de salud que corre riesgo de entrar en contacto con la sangre y otros líquidos corporales debe ser vacunado/a contra la hepatitis B a fin de reducir su riesgo de infección por ese virus.

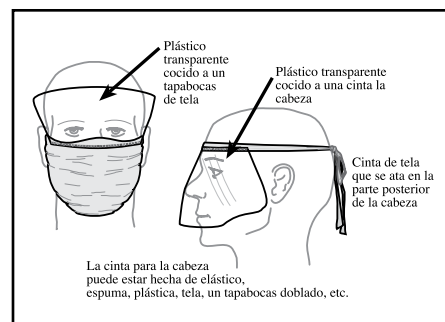
3.1 Lavado de manos

Las manos son la vía más común de transmisión de infecciones. El lavado de manos es uno de los elementos más esenciales, aunque el menos practicado, para la prevención de infecciones en los servicios de salud. El lavado de manos debe hacerse de manera rutinaria antes y después de entrar en contacto con cada usuaria, y después del contacto con objetos potencialmente contaminados, incluso si se usan guantes.

- Cada trabajador/a de salud debe lavarse las manos frotando una contra la otra con agua corriente limpia y jabón.
- Se puede usar un cepillo para lavar las manos minuciosamente.
- Es esencial usar agua fresca ya que los microorganismos pueden multiplicarse en un recipiente de agua usada por varias personas.
- Cuando no se dispone de agua corriente de grifo, llave de

agua o bomba, una persona puede verter agua fresca de un recipiente, mientras que la otra se lava las manos.

- Debido a que al compartir toallas o reusarlas se puede transmitir patógenos, es ideal usar toallas desechables o una toalla limpia cada vez que se lavan las manos.
- Si hay recursos escasos, se pueden cortar las toallas grandes para hacer toallas más pequeñas o se pueden secar las manos al aire libre.



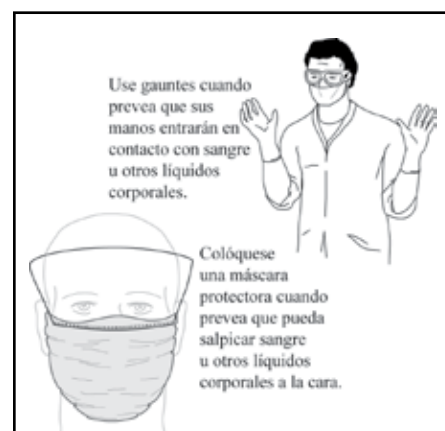
Face shields

3.2 Uso de barreras de protección personal

Cada trabajador/a de salud debe usar barreras de protección personal tales como guantes, batas, delantales, calzado, anteojos, mascarillas o protectores para disminuir el riesgo de infección al limitar las posibilidades de entrar en contacto con los microorganismos. Se debe usar las barreras correspondientes siempre que exista la posibilidad de entrar en contacto con sangre u otros líquidos corporales.

Uso adecuado de los guantes:

- Cámbiese siempre de guantes para atender a cada paciente; después de todo contacto con objetos posiblemente contaminados; antes de tocar instrumentos estériles; y entre un examen rectal y un examen vaginal.
- Use guantes para sacar muestras de sangre o para colocar una venoclisis.
- Después de un procedimiento, quítese los guantes y lávese las manos inmediatamente.
- Use guantes (idealmente guantes para servicios generales) durante la limpieza, si existe la posibilidad de que las manos puedan entrar en contacto con sangre u otros líquidos corporales.



Personal protective barriers

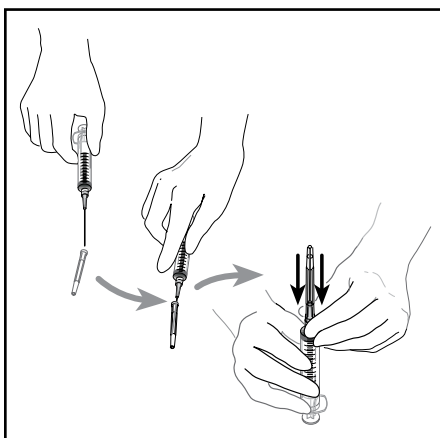
3.3 Manejo y eliminación de instrumentos y objetos punzocortantes

Entre los instrumentos u objetos punzocortantes figuran:

- agujas hipodérmicas o de sutura
- tijeras
- tenáculos
- vidrio
- cuchillas

Técnica para tapar la aguja sin agarrar la tapa

- Sujete la jeringa con una mano y meta la aguja en la tapa sin tocar la tapa o la aguja con la otra mano.
- Hale la tapa hacia la aguja sujetando la tapa por su base.
- Nunca ponga los dedos en la punta de la tapa mientras empuja la tapa hacia la aguja, ya que la aguja puede perforar la punta de la tapa y pincharle los dedos.



Técnica para tapar la aguja sin agarrar la tapa

Los objetos punzocortantes representan un riesgo especial de infección para personal de salud, usuarias e integrantes de la comunidad, ya que pueden perforar la piel e introducir patógenos directamente al torrente sanguíneo. Dichas perforaciones ocurren más a menudo cuando se vuelve a tapar la aguja, al limpiarlas o al desecharlas indebidamente.

El manejo y desecho adecuados de los objetos punzocortantes puede reducir este riesgo de manera significativa:

- No lleve consigo agujas hipodérmicas.
- Designe un lugar específico donde poner los objetos punzocortantes durante los procedimientos.
- Anuncie en voz alta la presencia y el paso de cualquier "objeto punzocortante".
- Deseche las agujas y jeringas de inmediato en recipientes a prueba de perforaciones (sin volver a ponerles la tapa, sin sacarlas, cortarlas o doblarlas). Localice estos recipientes cada vez que se usen objetos punzocortantes. Si es necesario usar una jeringa repetidamente durante un procedimiento, coloque la tapa usando el método mediante el cual se recoge la tapa con la aguja sin sostener la tapa en la mano. (Para ver las instrucciones sobre cómo armar la caja, remítase al Anexo A: Contenedor para objetos punzocortantes.)

3.4 Manejo y procesamiento del instrumental y los materiales

Los microorganismos pueden permanecer vivos en el instrumental y los materiales usados durante los procedimientos de evacuación endouterina. El/la trabajador/a de salud debe eliminar los microorganismos del instrumental y los materiales contaminados para evitar que infecten a otras mujeres durante los procedimientos subsiguientes. Las técnicas para eliminar los microorganismos debidamente del instrumental se tratan en la sección Procesamiento del instrumental, del módulo Instrumental de Ipas para la AMEU.

3.5 Técnica de asepsia

Los tres componentes esenciales de la técnica de asepsia para los procedimientos quirúrgicos son:

- la preparación antiséptica
- la técnica de no tocar
- el uso de instrumental debidamente procesado

Preparación antiséptica

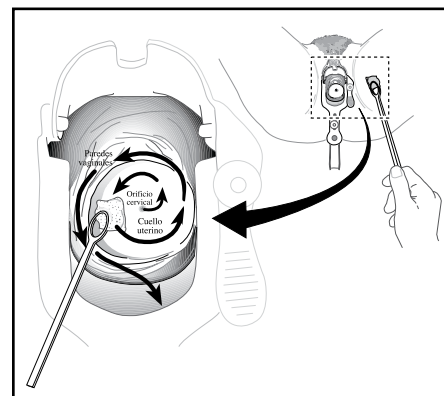
Durante el procedimiento de aspiración endouterina, la infección posprocedimiento puede ser ocasionada por introducir en el útero la flora vaginal habitual de la mujer. Por lo tanto, antes de introducir el instrumental, es esencial eliminar microorganismos que normalmente están presentes en la vagina y el cuello uterino.

- Pregunte a la mujer si tiene reacciones alérgicas a los antisépticos
- Asegúrese de que el área perineal esté limpia.
- Usando la técnica de no tocar, el/la prestador/a de servicios de salud debe usar una esponja empapada en solución antiséptica para limpiar el orificio cervical externo y, si lo desea, las paredes vaginales. Con una esponja nueva, comience en el orificio cervical externo y limpie hacia afuera, con movimientos en forma de espiral. Continúe hasta que el orificio cervical externo esté completamente cubierto con el antiséptico.
- No limpie el cuello uterino con la misma gasa que usó para limpiar la vagina.
- La povidina yodada y la clorexidina podrían usarse como soluciones antisépticas.
- Si no se dispone de antisépticos, se podría usar una solución de agua salina.

La técnica de no tocar

Al introducir instrumental en la cavidad uterina, es posible introducir patógenos en el útero, especialmente los provenientes de la vagina. A fin de evitar la introducción de patógenos, es imprescindible usar la técnica de no tocar durante los procedimientos quirúrgicos y durante la manipulación del instrumental estéril, tales como las agujas hipodérmicas y las cánulas.

- Al manipular el instrumental siempre debe hacerse por el extremo que no entra en contacto con la mujer.
- Ningún instrumental que se introduzca en el útero de la mujer debe entrar en contacto con superficies contaminadas antes de su inserción a través del cuello uterino.
- Las puntas del tenáculo, la cánula o el dilatador no deben tocar los guantes del prestador de servicios de salud, ni las paredes vaginales de la mujer, ni las zonas no estériles del área donde se coloca el instrumental.



Preparación cervical

Uso del instrumental debidamente procesado

Todo instrumental médico reusable debe ser procesado debidamente después de usarse en cada paciente. Las técnicas para el procesamiento adecuado del instrumental se tratan en la sección Procesamiento del instrumental, del módulo Instrumental de Ipas para la AMEU.

3.6 Limpieza del medio ambiente

Ya que los trabajadores de salud pueden propagar infecciones al tocar las superficies clínicas y las pacientes, es importante que todo el entorno clínico se mantenga limpio y seco, incluidas las pacientes, el instrumental y el equipo.

- Todo químico que mate microorganismos es un germicida.
- Los antisépticos son germicidas menos potentes que se usan para limpiar el cuerpo.
- Los germicidas fuertes que se usan para la limpieza del equipo y el procesamiento del instrumental se llaman desinfectantes. Aunque es aceptable usar agua y jabón para la limpieza de los cuartos y el equipo, idealmente se debe usar un desinfectante de una solución de cloro al 0.5%.

Nota: El glutaraldehído y el cloro son sustancias tóxicas. Use equipo de protección personal al mezclarlos. Para usarlos de manera segura, remítase a las instrucciones de seguridad del fabricante. (Para preparar una solución de cloro al 0.5%, por favor remítase al Anexo B: Instrucciones para preparar una solución de cloro al 0.5%.)

Al iniciar una sesión clínica:

- Limpie todas las superficies horizontales con un paño limpio, incluidas las mesas de procedimientos, sillas, carritos, lámparas y mostradores.
- Limpie el piso con un trapo limpio para sacar el polvo.

Después de la atención de cada paciente:

- Limpie la sangre u otros líquidos corporales con una solución de cloro al 0.5% u otro desinfectante. Limpie toda superficie posiblemente contaminada, como las mesas de procedimientos y los carritos, con un paño limpio humedecido con una solución desinfectante.
- Limpie con una solución desinfectante todas las áreas del piso, las paredes o el techo que estén visiblemente manchadas.

- Inspeccione los contenedores para el desecho de los objetos punzocortantes y cámbielos cuando los desechos llenen tres cuartas partes del contenedor.
- Elimine los desechos contaminados.

Al final de cada día:

- Inspeccione los contenedores para el desecho de los objetos punzocortantes y cámbielos cuando los desechos llenen tres cuartas partes del contenedor.
- Elimine los desechos contaminados.
- Limpie todas las superficies con un paño limpio humedecido con una solución desinfectante para la limpieza.
- Limpie los pisos con un trapo remojado en una solución desinfectante para la limpieza.
- Lave los contenedores de desechos con una solución desinfectante para la limpieza.

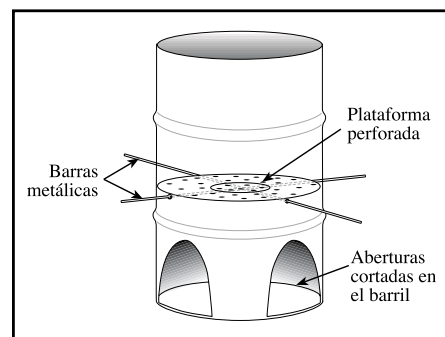
3.7 Eliminación de desechos contaminados

Todo material desechable que haya entrado en contacto con líquidos corporales debe considerarse un desecho contaminado y debe eliminarse debidamente. Entre los desechos contaminados figuran:

- Los tejidos humanos, como los restos ovulares (RO)
- Los líquidos corporales
- Los materiales que contienen sangre o líquidos corporales, tales como los vendajes, esponjas quirúrgicas, agujas hipodérmicas, agujas de sutura, cuchillas de bisturí, tubos para muestras de sangre y pipetas
- Instrumental médico desechable

Los protocolos de algunas unidades de salud exigen que los desechos contaminados sean eliminados por terceras partes, tal como una empresa privada o una organización gubernamental, y que se desechen en otro lugar fuera de la unidad de salud. Sea donde sea que se depositen los desechos contaminados, siempre deben ponerse en recipientes herméticos e idealmente deben ser incinerados.

Como mínimo todos los desechos contaminados deben recogerse en recipientes herméticamente sellados. Nunca deben guardarse en recipientes abiertos o amontonarse en lugares abiertos sin vigilancia, especialmente cerca de fuentes o masas de agua, ya que esto expone a la comunidad a una infección. Los objetos



Incinerador

punzocortantes contaminados deben colocarse en contenedores a prueba de perforaciones, tal como cartón grueso o plástico.

Eliminación de desechos contaminados, incluidos los restos ovulares:

- La mejor opción es incinerar los desechos sólidos contaminados en un incinerador o en un barril metálico.
- Una alternativa aceptable es incinerarlos al aire libre en un lugar seguro con acceso controlado.
- Otra opción es enterrar los desechos sólidos contaminados en la unidad de salud, siempre y cuando el lugar esté cerrado de manera segura por una cerca o pared y se encuentre alejado de cualquier fuente de agua. Inicialmente debe tener una profundidad de 2 a 5 metros, pero a medida que se añaden desechos debe cubrirse con 10 a 30 cm de tierra (de 4 a 10 pulgadas). Una vez que el nivel de los desechos se encuentre a una profundidad de 30 a 50 cm de la superficie del suelo, debe rellenarse con tierra, sellarse con cemento y hacerse una fosa nueva. Enterrar los desechos contaminados es la mejor opción después de la incineración.
- Los desechos líquidos contaminados se pueden verter por un lavabo o un desagüe conectados a un sistema de alcantarillado o pozo de letrina. Enterrar los líquidos contaminados con los otros desechos infecciosos es una alternativa aceptable.

Los restos ovulares producto de una evacuación endouterina con misoprostol deben eliminarse de la misma manera que otros desechos contaminados. Si la mujer expulsa los restos ovulares en su hogar, se le debe informar que los deseche de la manera más apropiada de que disponga, tal como verterlos por el inodoro que se usa para el excremento o enterrarlos en un lugar alejado de una fuente de agua. Si otra persona se va a encargar de desecharlos, debe usar las mismas precauciones que se indican en este módulo para la eliminación de desechos contaminados.

4.0 Manejo de la exposición ocupacional

En el caso de que un/a trabajador/a de salud se contamine con sangre u otros líquidos corporales de alguna manera, como por ejemplo con un pinchazo de aguja o una salpicadura en la cara o en la piel, siga estos procedimientos:

- En el caso de que le ocasione una herida que sangra, déjela sangrar por un corto tiempo.
- Inmediatamente lave a chorro la zona contaminada con agua limpia. Lave la herida y la piel minuciosamente con agua y jabón. Lave las membranas mucosas (nariz, ojos,

boca) solamente con agua o solución salina a presión. Si no dispone de agua, use una solución antiséptica.

- Determine el tipo de líquido y tipo de contaminante con que entró en contacto.
- Evalúe la fuente de contaminación haciendo pruebas de la fuente conocida o evaluando el riesgo que supone una fuente desconocida.
- Evalúe el estado inmunológico de la persona contaminada, incluidos sus antecedentes de vacuna contra el VHB.
- Proporcione a la persona contaminada los métodos de profilaxis para los contaminantes que representan un riesgo de infección.
- Ofrezca asesoría y pruebas voluntarias y confidenciales para la detección de VIH, VHB y VHC, si se dispone de estos servicios.
- Si es posible, consulte a un/a especialista en enfermedades infecciosas.
- Registre el suceso de contaminación y las medidas tomadas conforme a los protocolos de la unidad de salud. Examine con el personal cómo podría evitarse otro suceso de contaminación en el futuro y comparta las lecciones aprendidas.
- Durante el seguimiento, aconseje a la persona expuesta a que acuda a una unidad de salud para hacerse una evaluación médica en caso de presentarse una enfermedad aguda.

5.0 Resumen

- Las unidades de salud son el lugar ideal para la transmisión de infecciones al personal de salud, pacientes e integrantes de la comunidad, debido a la presencia de numerosos tipos de agentes infecciosos.
- Las precauciones estándares se deben practicar en toda situación en que las trabajadoras y los trabajadores de salud prevean contacto con sangre, secreciones, excreciones y otros líquidos corporales, piel no intacta y membranas mucosas.
- Las manos son la vía principal de transmisión de infecciones.
- Los elementos esenciales para la prevención de infecciones son: el lavado de las manos, el uso de barreras de protección personal, el manejo y la eliminación adecuados del instrumental y objetos punzocortantes, el manejo

y procesamiento adecuados del instrumental y los materiales, el uso de la técnica de asepsia, la limpieza del ambiente clínico y la eliminación adecuada de los desechos contaminados.

- Los tres elementos fundamentales de la técnica de asepsia para la aspiración endouterina son: la preparación antiséptica, la técnica de no tocar y el procesamiento adecuado del instrumental.
- Todos los desechos contaminados deben incinerarse o, como mínimo, recolectarse debidamente en contenedores herméticos y en un lugar seguro.
- En el caso de que un/a trabajador/a de salud entre en contacto con sangre u otros líquidos corporales, se debe seguir el protocolo previsto para el manejo de la exposición ocupacional.

Referencias bibliográficas

Association of Operating Room Nurses. (2010). Aseptic technique [Video]. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses.

Association of Operating Room Nurses. (2012). *Perioperative standards and practices for inpatient and ambulatory settings*. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses.

EngenderHealth. (2000). *Infection prevention: A reference booklet for healthcare providers, 2nd edition*. Fuente: <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/infection-prevention.php>

Gruendemann, B. J. y Mangum, S. S. (2001). *Infection prevention in surgical settings*. Filadelfia, PA: W. B. Saunders Company.

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC)* (segunda edición). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

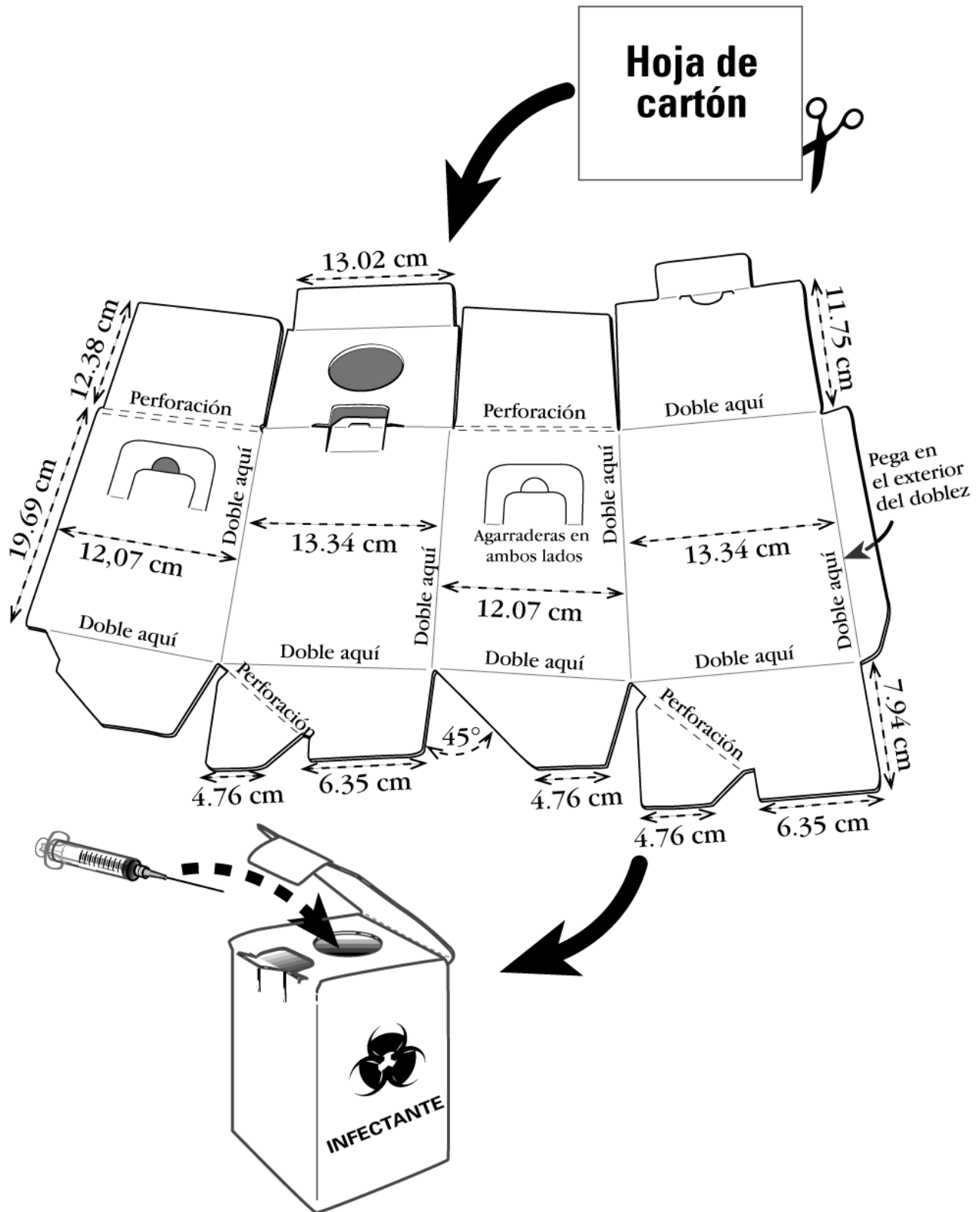
Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (segunda edición). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M. y Chiarello, L. (2007). *Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Fuente: <http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html>

Tietjen, L., Bossemeyer, D. y MacIntosh, N. (2003). *Infection prevention: Guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

Anexo A: Contenedor para objetos punzocortantes

Instrucciones para hacer un contenedor para objetos punzocortantes



Anexo B: Instrucciones para preparar una solución de cloro al 0.5% (mezclar conforme a la concentración de la marca del blanqueador disponible en el mercado)

Compuesto de Cloro	Concentración de Cloro Presente en el Compuesto	† Para Preparar una Solución de Cloro al 0.5%
Solución de hipoclorito de sodio (Blanqueador)*	3.5% (África, JIK; Nepal, Robin; Jamaica, Ajax)	Mezclar 10 ml de blanqueador con 60 ml de agua (1 parte de blanqueador por 6 partes de agua)
	5% (Francia y Vietnam, Eau de Javel; Canadá y EE.UU. Cloro, blanqueador casero; Perú, Clorox)	Mezclar 10 ml de blanqueador con 90 ml de agua (1 parte de blanqueador por 9 partes de agua)
	6% (México, Blanqueador)	Mezclar 10 ml de blanqueador con 110 ml de agua (1 parte de blanqueador por 11 partes de agua)
	10% (Reino Unido, Cloro; Perú, Lejía)	Mezclar 10 ml de blanqueador con 190 ml de agua (1 parte de blanqueador por 19 partes de agua)
	15% (Francia, Extrait de Javel; Reino Unido, Cloro)	Mezclar 10 ml de blanqueador con 290 ml de agua (1 parte de blanqueador por 29 partes de agua)
Hipoclorito de calcio	70%	Disolver 7 gramos de hipoclorito de calcio en 1 litro de agua
NaDCC (Dicloroisocianurato de sodio)	60%	Disolver 8.5 gramos de NaDCC en 1 litro de agua
Tabletas de NaDCC (Dicloroisocianurato de sodio)	1.5 gramos por tableta	Disolver 4 tabletas en 1 litro de agua
Cloramina (Tosilcloramida de sodio)	25%	Disolver 20 gramos en 1 litro de agua hervida

† Se recomienda una solución al 0.5% ya que a menudo no se dispone de agua limpia (hervida o filtrada) para preparar la solución y la mayor parte del cloro puede ser inactivado por la materia orgánica microscópica en el agua. Donde se dispone de agua hervida o filtrada, es suficiente una solución al 0.1%.

* El glutaraldehído y el cloro son sustancias nocivas. Si los usa para el procesamiento del instrumental o la limpieza de su entorno, tome las precauciones necesarias tal como el uso de equipo de protección personal. Para usarlos de manera segura, remítase a las instrucciones de seguridad del fabricante.

Evaluación clínica

Temas clave en este módulo:

- Evaluación clínica completa
- Condiciones como el embarazo ectópico y las infecciones del tracto reproductor
- Consideraciones especiales de la usuaria

1.0 Introducción

Las mujeres embarazadas que presentan sangrado vaginal y/o dolor en la parte inferior del abdomen o cólicos al llegar a la unidad de salud, podrían presentar amenaza de aborto, aborto espontáneo, diferido o incompleto, complicaciones de un aborto autoinducido de manera segura o de un aborto inseguro, o complicaciones como consecuencia de atención postaborto recibida anteriormente. Para brindarles tratamiento, la evaluación

clínica debe centrarse en el estado de salud de la mujer y en determinar si ha sufrido complicaciones relacionadas con el aborto. A las mujeres que buscan atención postaborto se les debe realizar una evaluación inicial rápida para determinar si presentan shock. Algunas mujeres que acuden en busca de atención postaborto presentan un cuadro clínico inestable con graves complicaciones que necesitan atención inmediata, tales como hemorragia, infección o septicemia y lesión intraabdominal. En el módulo Complicaciones se trata el manejo de las mujeres que presentan un cuadro clínico más inestable. Para el tratamiento posiblemente sea necesario efectuar una evacuación endouterina inmediata. Una vez que la mujer se encuentre estable, la evaluación clínica debe centrarse en el tipo de aborto (incompleto o diferido), si hay complicaciones que necesitan atención y su elegibilidad para los métodos de evacuación endouterina.

En general, las mujeres que buscan atención postaborto presentan un cuadro clínico estable con sangrado vaginal escaso a moderado y ninguna otra complicación. Estas mujeres necesitan una evaluación clínica completa y, según los resultados, un procedimiento de evacuación endouterina. En este módulo se trata la evaluación clínica de mujeres que necesitan atención postaborto y presentan un cuadro clínico estable sin complicaciones.

Es esencial evaluar el estado clínico de la mujer y los criterios médicos de elegibilidad para los métodos con medicamentos, la aspiración por vacío o el manejo expectante. Esto le permite a cada prestador/a de servicios asesorar a la mujer en la toma de decisiones informadas en cuanto a su preferencia por el método de evacuación endouterina.

La evaluación debe llevarse a cabo en privado. Los elementos de una evaluación clínica completa son:

- Antecedentes de la paciente
- Examen físico
- En caso de ser necesario, toma de muestras y solicitud de análisis de laboratorio

Una parte importante de la evaluación clínica es la valoración del estado emocional de la mujer, las relaciones importantes que tiene y las circunstancias familiares, así como la red de apoyo con que cuenta, ya que todos estos factores afectan directamente su experiencia clínica. Para ayudar a garantizar que el/la prestador/a de servicios obtenga la información pertinente necesaria y ofrecer a la mujer la mejor atención posible, debe usar una comunicación abierta, ser amable, brindar apoyo e inspirar confianza. (Por favor remítase al módulo Consentimiento informado, información y consejería.)

2.0 Historia clínica de la paciente

La historia clínica es importante para determinar la edad gestacional y la elegibilidad médica para los métodos disponibles, y para obtener información que ayudará al prestador de servicios de salud a atender otras necesidades de salud sexual y reproductiva de la mujer. El/la prestador/a de servicios debe preguntarle a la mujer sobre sus antecedentes y tomar nota de su historia clínica, incluidos los siguientes puntos:

- Primer día de la última menstruación (FUM);
- Signos y síntomas del embarazo;
- Si ha tenido una prueba de embarazo o un ultrasonido y los resultados;
- Si ha presentado sangrado o manchado durante el embarazo;
- Si ha tenido dolor pélvico o cólicos. Si la respuesta es sí, determinar:
 - Si es intermitente (como contracciones) o constante
 - La intensidad del dolor en una escala del 1 al 10, siendo 10 = “el peor dolor que he tenido en mi vida”;
- Alergias a medicamentos;
- Administración de medicamentos, incluido el misoprostol o remedios a base de hierbas;
- Su historial ginecobstétrico, como el número de embarazos previos, nacimientos vivos, abortos espontáneos o abortos inducidos, historia de uso de anticonceptivos, historia de embarazo ectópico, historia de la menstruación, fibromas, infecciones u otros servicios recientes relacionados con el aborto;
- Historia sexual, tal como número de parejas que ha tenido o parejas nuevas recientes;
- Estado de VIH y presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS);
- Antecedentes quirúrgicos;
- Discapacidades físicas o cognitivas, incluida la enfermedad mental;
- Problemas médicos conocidos (ver Cuadro 9-1)

(Para ver un ejemplo, por favor remítase al Anexo B: Ejemplo de un formulario de datos de la paciente.)

Fecha de la última menstruación (FUM)

La FUM se refiere al primer día del último periodo menstrual de la mujer. Quizás la mujer necesite ayuda para acordarse de esta fecha. A veces con preguntas como dónde se encontraba, qué estaba haciendo o qué estaba sucediendo en su vida podría ayudarle a recordar cuándo comenzó su última menstruación.

Las estimaciones de la FUM pueden resultar difíciles por otras razones, entre éstas figuran:

- *Algunas mujeres que buscan atención postaborto tienen sangrado al principio del embarazo, lo cual puede confundirse con la menstruación.*
- *Es posible que una mujer joven tenga ciclos menstruales irregulares o que nunca haya tenido la menstruación antes de haber quedado embarazada.*
- *Las mujeres que amamantan podrían quedar embarazadas antes de haber reanudado períodos menstruales regulares.*
- *Ciertos métodos anticonceptivos pueden ocasionar menstruaciones irregulares o poco frecuentes.*

El uso de la FUM para calcular la edad gestacional podría ser más exacto para las mujeres que dependen en gran medida de los métodos del conocimiento de la fertilidad. Sin embargo, la FUM de una mujer no debería ser el único factor que se tiene en cuenta para determinar la edad gestacional de un embarazo. Dado que las mujeres que buscan atención postaborto posiblemente necesiten tratamiento para un embarazo que ha sido expulsado parcialmente o para un embarazo cuyo desarrollo se ha detenido, el tamaño uterino calculado durante el examen clínico es más importante para determinar el tratamiento correspondiente.

Autoadministración previa de misoprostol

En algunos lugares, se observa a menudo la autoadministración del misoprostol para interrumpir el embarazo antes de buscar atención médica en el sistema de salud. Cada prestador/a de servicios debe tener presente las implicaciones clínicas que conlleva el uso anterior del misoprostol por parte de las mujeres. Si la mujer usó los regímenes recomendados, la tasa de eficacia del misoprostol es de un 85%. Para el 15% de los casos en que el misoprostol no resulta eficaz, es posible que las mujeres todavía presenten un embarazo o que necesiten el procedimiento de aspiración por vacío para evacuar el útero. Aunque la mujer haya usado misoprostol antes de acudir a la unidad de salud, se le puede ofrecer misoprostol para la evacuación endouterina si reúne los criterios médicos de elegibilidad. Algunas mujeres presentan un sangrado significativo que necesita atención de urgencia. Las mujeres que aún siguen embarazadas deben ser asesoradas acerca de la rara posibilidad de defectos congénitos si deciden continuar con el embarazo.

- Si el misoprostol se ha usado para interrumpir un embarazo de 13 semanas o mayor, el/la prestador/a de servicios debe estar al tanto de la posibilidad de sangrado abundante, que puede detenerse con la aspiración por vacío.
- Cuando se ha usado misoprostol para inducir un aborto, es posible que la dilatación cervical no sea necesaria para la aspiración por vacío, ya que el misoprostol tiene el efecto de maduración cervical.

(Por favor remítase al módulo Evacuación endouterina con misoprostol.)

3.0 Examen físico

Las y los profesionales de la salud que brindan atención postaborto deben contar con las habilidades necesarias para realizar un buen examen pélvico y ser competentes para calcular la edad gestacional. Tres modalidades comúnmente utilizadas para calcular la edad gestacional son:

- Determinar la fecha de la última menstruación (FUM)
- Realizar un examen pélvico para determinar el tamaño uterino
- Usar ultrasonido

Aunque es importante entender la edad gestacional, el tamaño uterino es crítico en la atención postaborto ya que determina la elegibilidad.

Cuadro 9-1: Condiciones de la salud

Si una mujer tiene cualquiera de las siguientes condiciones, podría suponer que los servicios de evacuación endouterina necesiten un nivel superior de valoración clínica, habilidades y monitoreo. Es posible que el procedimiento de evacuación endouterina necesite modificaciones para adecuarse a las necesidades de salud de la mujer. Podría ser necesario referirla a una unidad de salud de mayor nivel.

Condiciones de la salud	Comentarios
Hipertensión	<ul style="list-style-type: none"> • La metilergonovina no debe usarse en mujeres con hipertensión
Convulsiones	<ul style="list-style-type: none"> • La mujer debe tomar su dosis habitual de medicamentos anticonvulsivos el día del procedimiento de evacuación endouterina y continuar su medicamento tan pronto como sea posible. Ella puede recibir sedación con benzodiazepinas y otras medidas para el manejo del dolor antes del procedimiento. • Debido a que algunos medicamentos antiepilépticos interactúan con los anticonceptivos hormonales, los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos deben examinarse cuidadosamente.
Anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Si el hematocrito o la hemoglobina están muy bajos, esté preparado para tomar las medidas necesarias para controlar el sangrado y brindar el tratamiento indicado.
Coagulopatía	<ul style="list-style-type: none"> • Si la mujer tiene una coagulopatía activa, proceda con precaución. • El tratamiento en una unidad de mayor nivel sería más apropiado.
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • No se recomiendan cambios de dieta o medicamentos si la aspiración por vacío se efectúa bajo anestesia local. • En el momento de efectuarse la aspiración por vacío, la hiperglicemia es preferible a la hipoglicemia.
Cardiopatía	<ul style="list-style-type: none"> • Si la mujer presenta síntomas o una cardiopatía grave, la aspiración por vacío puede efectuarse en un quirófano bajo el monitoreo y la asistencia de un anesthesiólogo.
Asma	<ul style="list-style-type: none"> • A las mujeres que sufren de asma leve o tienen el asma bien controlada se les puede efectuar el procedimiento de aspiración por vacío de manera rutinaria o la evacuación endouterina con misoprostol. • Si la mujer presenta un ataque asmático agudo o no tiene el asma bien controlada, se debe aplazar el procedimiento hasta que se estabilice el asma. • El misoprostol es seguro en mujeres que sufren de asma.

(continúa)

Cuadro 9-1: Condiciones de la salud

Si una mujer tiene cualquiera de las siguientes condiciones, podría suponer que los servicios de evacuación endouterina necesiten un nivel superior de valoración clínica, habilidades y monitoreo. Es posible que el procedimiento de evacuación endouterina necesite modificaciones para adecuarse a las necesidades de salud de la mujer. Podría ser necesario referirla a una unidad de salud de mayor nivel.

Condiciones de la salud	Comentarios
Sospecha de embarazo ectópico	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúe, brinde tratamiento o refiera a la paciente a otra unidad de salud, conforme al protocolo local. • El embarazo ectópico es una emergencia que pone en peligro la vida y necesita tratamiento inmediato.
Estenosis cervical	<ul style="list-style-type: none"> • Considere efectuar la aspiración endouterina guiada por ultrasonido, utilizando un agente dilatador como el misoprostol o laminaria para preparar el cuello uterino antes del procedimiento. • Pueden ofrecerse los métodos con medicamentos.
Alcoholismo o drogadicción	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que las mujeres necesiten mayores dosis de medicamentos para el manejo del dolor o sedantes debido al bajo umbral de dolor



Palpar el abdomen

Palabras reconfortantes

Antes de comenzar el examen pélvico, explíquelo a la mujer en qué consistirá el examen y lo que debe esperar o sentir. Pregúntele si desea que la acompañe una persona de apoyo. Si éste es su primer examen pélvico, es posible que esté ansiosa; por lo tanto, es de particular importancia tranquilizarla. (Para ver más ejemplos de cómo tranquilizarla con palabras reconfortantes, remítase al módulo Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.)

3.1 Salud general

El examen físico debe comenzar con una evaluación general del estado de salud que incluya lo siguiente:

- Revisar y anotar los signos vitales de la mujer, como la temperatura, el pulso y la tensión arterial
- Observar los signos generales del estado de salud, tales como debilidad, aletargamiento, anemia o desnutrición
- Palpar el abdomen de la mujer para detectar masas o dolor a la palpación

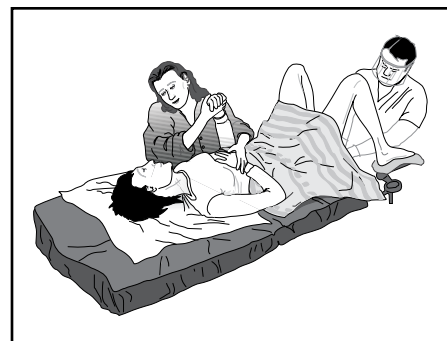
Es posible que las mujeres que han sufrido complicaciones por un aborto inseguro necesiten atención de urgencia. (Por favor remítase al módulo Complicaciones.)

3.2 Examen pélvico

El examen pélvico consiste en un examen con espéculo y un examen bimanual, los cuales pueden realizarse consecutivamente o en cualquier orden. Antes de efectuar el examen pélvico, el profesional de la salud debe pedirle a la mujer que vacíe la vejiga e informarle en qué consistirá este examen. Esto es particularmente importante si ésta es la primera experiencia de la mujer con este tipo de examen, lo cual es bastante probable cuando se trata de mujeres jóvenes o nulíparas.

Cómo colocar a la paciente

- Ayude a la mujer a colocarse en posición de litotomía (posición ginecológica).
- Use cortinas o sábanas para garantizar que se proteja su privacidad.
- Atienda cualquier necesidad especial anatómica o física, tal como discapacidad, artritis o lesiones.
- Garantice el equipo para venoclisis y otros elementos de importancia crucial.
- Asegúrese de que se sienta lo más cómoda posible.



Posición de litotomía

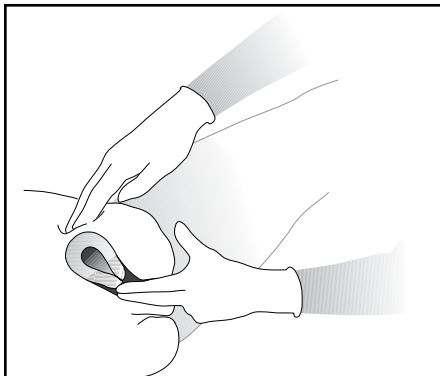
Examen con espéculo

El examen con espéculo puede realizarse durante la evaluación clínica o durante la preparación para el procedimiento de evacuación endouterina. Antes de introducir el espéculo, inspeccione los genitales externos y el periné. Observe si hay úlceras o signos de ITS en los genitales externos.

- Caliente el espéculo si es posible; esto puede hacerse bajo la lámpara de examen.
- Introduzca suavemente un espéculo de tamaño indicado e inspeccione el cuello uterino y el canal vaginal cuidadosamente.
- Observe si hay sangrado; de haberlo, determine en qué cantidad y la fuente del sangrado.
- Revise si el orificio cervical está abierto o si hay restos ovulares en este orificio o en la vagina. Si se observan restos ovulares, estos pueden sacarse cuidadosamente con pinzas de anillo.
- Observe si la sangre o cualquier otra secreción tienen olor. A veces cuando hay infección se puede notar por un olor fétido.
- Fíjese si hay pus o alguna secreción proveniente del orificio cervical. La existencia de una infección cervical en el momento de efectuarse un procedimiento de evacuación endouterina aumenta la posibilidad de una infección postaborto.
 - Si hay una infección presente o se sospecha su existencia, tome muestras para hacer un cultivo, si es posible.
 - Las mujeres que presentan signos y síntomas de una infección del tracto reproductor deben recibir tratamiento inmediato y el procedimiento debe

realizarse sin demora. (Por favor remítase al Anexo A: Administración de antibióticos.)

- Observe si hay lesiones cervicales; la inspección visual del cuello uterino puede ayudar a determinar la presencia de displasia cervical. (Para mayor información, por favor remítase a Recursos adicionales.)
- Verifique si ha habido autoadministración previa de misoprostol u otras señales de aborto inducido en condiciones inseguras.



Efectuar el examen bimanual

Examen bimanual

- El/la prestador/a de servicios de salud debe efectuar un examen bimanual para evaluar el tamaño, la consistencia y la posición del útero y los anexos.
- Los signos de embarazo, como reblandecimiento cervical y reblandecimiento y agrandamiento del útero, se pueden detectar durante el examen bimanual tan pronto como a las seis u ocho semanas desde la FUM.
- Al hacérseles el examen bimanual, las mujeres con signos de infección pélvica presentan dolor cervical, uterino o de la parte inferior del abdomen.
- Después de las seis semanas de gestación, el útero aumenta de tamaño en la medida de 1 centímetro por semana y empieza a redondearse.
- Para evaluar el útero y anexos, el/la prestador/a de servicios coloca dos dedos en la vagina y luego palpa el abdomen con la otra mano. El tamaño uterino se compara con la historia de amenorrea.
- La técnica que se utiliza para determinar el tamaño uterino es la misma para todas las mujeres, incluidas las jóvenes.

Si el tamaño uterino es menor que lo previsto, el/la prestador/a de servicios debe considerar una de las siguientes posibilidades:

- La mujer no está embarazada
- Cálculo inexacto de la FUM
- Aborto espontáneo o incompleto, aborto diferido o embarazo intrauterino anormal, tal como embarazo molar.
- Variación normal entre las mujeres en determinada edad gestacional
- Embarazo ectópico

Si el tamaño uterino es mayor que lo previsto, el/la prestador/a de servicios de salud debe considerar las siguientes posibilidades:

Posición dorsal

En los lugares donde no se dispone de estribos en las camillas de exploración, puede utilizarse la posición dorsal o "ancas de rana". En esta posición la pelvis de la mujer puede elevarse colocando varias mantas o sábanas debajo de la parte inferior de la espalda o en la parte superior de las nalgas.

- Cálculo erróneo de la FUM
- Embarazo múltiple
- Anomalías uterinas como fibromas o un útero bicorne
- Embarazo molar (aunque el útero a veces también puede ser más pequeño)
- Variación normal entre las mujeres en determinada edad gestacional

Entre algunas de las situaciones que dificultan determinar con exactitud el tamaño uterino figuran los fibromas, útero en retroversión, obesidad, vejiga llena de orina o cuando la mujer tiene los músculos abdominales contraídos (no relajados). Si el profesional de la salud no está seguro acerca del tamaño uterino, podría pedir a otro profesional de la salud que verifique el tamaño uterino mediante un examen bimanual o por ultrasonido, si se dispone del equipo.

3.3 Determinación del tipo de aborto

Durante la historia clínica y el examen físico, el/la prestador/a de servicios debe evaluar si la mujer ha tenido amenaza de aborto, aborto diferido, aborto incompleto o aborto completo, ya que cada uno de estos requiere un manejo diferente. (Por favor remítase al Anexo C: Diagnóstico y tratamiento de los tipos de aborto.) Cuando la mujer presenta un aborto incompleto, el hecho de que haya sido un aborto espontáneo o resultado de un aborto seguro o inseguro, no afecta el manejo, aunque las mujeres con antecedentes de aborto inseguro son más propensas a sufrir complicaciones que necesitan tratamiento.

4.0 Análisis de laboratorio

En la mayoría de los casos, el/la prestador/a de servicios de salud solo necesita la información obtenida de la historia clínica de la mujer y el examen físico; no necesita análisis de laboratorio o ultrasonido. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el hecho de realizar dichos análisis no debe obstaculizar, ni retrasar la evacuación uterina”.

- En las áreas con alta incidencia de anemia, la medición de los niveles de hemoglobina o hematocrito para su detección podría ser útil para el tratamiento y ayudar al prestador de servicios de salud a manejar el sangrado durante la evacuación endouterina.
- Los estudios clínicos todavía no han comprobado la necesidad de efectuar una inmunización Rhesus (Rh) de rutina en mujeres con el factor Rh negativo que reciben atención postaborto; las pruebas de Rh no son requisito

para proporcionar servicios de aborto. En los lugares donde se dispone de inmunoglobulina Rh, que se administra rutinariamente a las mujeres Rh negativas, se debe seguir los mismos protocolos con las pacientes a quienes se les brinda atención postaborto. Debe administrarse en el momento de efectuar el procedimiento cuando se efectúe la aspiración endouterina o con misoprostol.

- La consulta relacionada con la atención postaborto es una oportunidad de realizar tamizaje para la detección de otros asuntos de salud reproductiva como la displasia, el cáncer cervical y otras infecciones del tracto reproductor. Estos servicios pueden ofrecerse a las mujeres, si se dispone de ellos, pero no son requisito para proporcionar los servicios. (Por favor remítase a Recursos adicionales, Evaluación clínica.)

5.0 Ultrasonido y embarazo ectópico

Ultrasonido

El ultrasonido no es necesario para la atención postaborto. La ultrasonografía es útil cuando es difícil determinar la edad gestacional o el tamaño uterino en base a la historia clínica y el examen físico, para verificar que se haya completado un aborto y para diagnosticar otras condiciones que requieran tratamiento, tal como embarazo ectópico. El uso rutinario de ultrasonido podría aumentar el costo del procedimiento y la posibilidad de que sea una intervención innecesaria. (Por favor remítase a Recursos adicionales, Evaluación clínica.)

Embarazo ectópico

La sospecha de un embarazo ectópico puede surgir durante una evaluación clínica, a partir de la historia clínica de la mujer, los factores de riesgo, un examen físico o durante la consulta de control. El embarazo ectópico no tiene síntomas específicos y estos podrían estar asociados con los de una amenaza de aborto, un aborto espontáneo o un embarazo intrauterino evolucionando normalmente. (Por favor remítase al módulo Complicaciones.)

Aun haciéndose un tamizaje cuidadoso, solo la mitad de las mujeres que llegan a la sala de urgencias con un embarazo ectópico presentan factores de riesgo o un examen físico sospechoso. El ultrasonido y una serie de pruebas de BHCG pueden ayudar a diagnosticar un embarazo ectópico no roto, pero la disponibilidad de estos estudios podría estar limitada en los países en desarrollo. La aspiración por vacío puede ayudar con el diagnóstico de un embarazo ectópico. Si una mujer tiene factores de riesgo o presenta signos y síntomas de un embarazo ectópico no roto, la aspiración por vacío y la inspección minuciosa de tejido pueden confirmar un embarazo intrauterino.

Cuadro 9-2: Factores de riesgo para un embarazo ectópico

Factores de riesgo para un embarazo ectópico	Riesgo de embarazo ectópico con el presente embarazo
Embarazo ectópico anterior	10 al 15%
Historia de cirugía tubárica, incluida la esterilización	25 al 50%
Presencia de un dispositivo intrauterino	25 al 50%

6.0 Infecciones del tracto reproductor

La administración de antibióticos profilácticos a todas las mujeres en el momento de la aspiración endouterina ayuda a reducir el riesgo de infección. Sin embargo, aunque no se disponga de antibióticos profilácticos, debe efectuarse la aspiración. Las mujeres que presentan signos y síntomas de infección deben recibir antibióticos terapéuticos de inmediato para el tratamiento de la infección y el procedimiento puede efectuarse. Si las mujeres que se presentan para recibir servicios de aborto se hacen pruebas periódicamente para la detección de las infecciones del tracto reproductor, no es necesario esperar por los resultados de los análisis de laboratorio antes de efectuar el procedimiento. Para ver las dosis recomendadas, por favor remítase al Anexo A: Administración de antibióticos.

Para la evacuación endouterina con misoprostol, no se recomienda el uso de antibióticos profilácticos. Sin embargo, las mujeres que presentan signos y síntomas de infección deben recibir antibióticos terapéuticos de inmediato para el tratamiento de la infección. (Por favor remítase al módulo Evacuación endouterina con misoprostol.)

7.0 Consideraciones especiales durante la evaluación clínica

Mujeres jóvenes

Es posible que las mujeres jóvenes nunca hayan tenido un examen clínico o pélvico y sientan temor. El/la prestador/a de servicios de salud debe ser particularmente sensible al examinar físicamente a las jóvenes.

Mutilación genital femenina

Las mujeres que han sufrido mutilación genital femenina (MGF) posiblemente necesiten atención especializada. (Por favor remítase a Recursos adicionales, Evaluación clínica.)

Violencia

Las mujeres que han sufrido violencia quizás tengan temor o se sientan incómodas al ser tocadas. Por lo general, no hay signos físicos de violencia contra la mujer. Sin embargo, las y los profesionales de la salud deben buscar los siguientes signos, teniendo en cuenta que estos también pueden presentarse fuera del contexto de la violencia.

- Moretones nuevos o antiguos en el cuerpo de la mujer, incluidas las áreas genitales, cabeza, cuello o parte superior del brazo.
- Lesiones que no corresponden del todo a la explicación de cómo ocurrieron
- Quemaduras o marcas con patrones distintivos, como marcas de cigarrillo
- ITS, enfermedad pélvica inflamatoria, infección de las vías urinarias, síndrome de colon irritable crónico, dolor pélvico crónico
- Sangrado vaginal, dolor al defecar o al orinar y dolor abdominal o pélvico

Estos signos podrían indicar la necesidad de conversar más al respecto con la mujer y entrevistarla para la detección de violencia, con el objeto de determinar si la mujer se encuentra en una situación peligrosa. Si éste fuera el caso, el/la prestador/a de servicios debe hacer todo lo posible por ayudar a la mujer antes de su egreso de la unidad de salud. Asimismo, debe hacerse una referencia a otros recursos antes de que la mujer se vaya, ya que muchas mujeres no regresan para las citas de control. (Por favor remítase al Anexo A: Consideraciones especiales del módulo Consentimiento informado, información y consejería.)

8.0 Resumen

- El/la prestador/a de servicios debe realizar una evaluación inicial rápida para determinar si la mujer presenta shock u otras complicaciones graves que necesiten tratamiento de urgencia.
- La mayoría de las mujeres que buscan atención postaborto llegan a la unidad de salud con un cuadro clínico estable y sangrado escaso a moderado. La evaluación clínica puede ayudar a diagnosticar el tipo de aborto y determinar el plan de manejo.
- Durante la evaluación clínica, el/la prestador/a de servicios debe reunirse con la mujer en privado para hablar sobre su situación y realizar los exámenes necesarios.

- La evaluación clínica para la atención postaborto debe incluir: hacer la historia clínica, realizar un examen físico y, si es necesario, tomar muestras y ordenar análisis de laboratorio.
- La historia clínica de la paciente ayuda a determinar la edad gestacional de la mujer y su elegibilidad para la aspiración por vacío, misoprostol o manejo expectante, y proporciona información que puede ayudar al prestador de servicios a satisfacer otras necesidades de salud sexual y reproductiva que ella pueda tener.
- El examen físico implica evaluar la salud general de la mujer y efectuar un examen pélvico.
- Los análisis de laboratorio y el ultrasonido no son necesarios para los servicios rutinarios de atención postaborto, pero podrían ser útiles cuando el estado de embarazo de la mujer y su edad gestacional no son claros.
- Siempre que sea posible, deben administrarse antibióticos profilácticos antes de la aspiración endouterina a fin de reducir el riesgo de la mujer de contraer infecciones postoperatorias. Los antibióticos profilácticos no son necesarios para la evacuación endouterina con el régimen de misoprostol. La falta de acceso a los antibióticos no debería ser una barrera para la atención postaborto.

Referencias bibliográficas

Achilles, S. L. y Reeves, M. F. (2011). Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102. *Contraception*, 83(4), 295-309.

American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Female Genital Cutting. (2007). *Female genital cutting: Clinical management of circumcised women*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.

Barnhart, K. T. (2009). Ectopic Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 361(4), 379-387.

Blanchard, K., Cooper, D., Dickson, K., Cullingworth, L., Mavimbela, N., von Mollendorf, C., von Bogaert, L.J. y Winikoff, B. (2007). A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. *BJOG*, 114(5), 569-575.

Castleman, L., Winikoff, B. y Blumenthal, P. (2009). Providing abortion in low resource settings. En M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield y M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care. Segunda edición*. (pp. 319-334). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

Davis, A. y Easterling, T. (2009). Medical Evaluation and Management. En M. Paul, S. E. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield y M. D. Creinin (Eds.), *Management of Unintended Pregnancy and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. West Sussex, Reino Unido: Wiley-Blackwell.

De Bruyn, M. (2003). *La violencia, el embarazo y el aborto: cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública*, segunda edición. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Fielding, S. L., Schaff, E. A. y Nam, N. Y. (2002). Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception*, 66(1), 27-31.

Heise, L., Ellsberg, M. y Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population Report, Series L*(11), 1-43.

Løkeland, M., Iversen, O. E., Dahle, G. S., Nappen, M. H., Ertzeid, L., y Bjørge, L. (2010). Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstetrics and Gynecology*, 115(5), 962-968.

May, W. Gülmezoglu, A. M. y Ba-Thike, K. (2007). Antibiotics for incomplete abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4*.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC)*. (Segunda edición). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (segunda edición). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Female Genital Mutilation Information Fact Sheet*. 241. Fuente: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Stovall, T. G., Kellerman, A. L., Ling, F. W. y Buster, J. E. (1990). Emergency department diagnosis of ectopic pregnancy. *Annals of Emergency Medicine*, 19(10), 1098-1103.

Yao, M. y Tulandi, T. (1997). Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility*, 67(3), 421-433.

Anexo A: Administración de antibióticos

Antibióticos profilácticos

Aspiración por vacío

Se recomienda la administración rutinaria de antibióticos profilácticos para el tratamiento del aborto incompleto o del aborto diferido con aspiración por vacío. A las mujeres que presentan signos o síntomas de infección se les debe administrar antibióticos terapéuticos. Existe escasa literatura que apoye la administración rutinaria de antibióticos durante la aspiración por vacío para el tratamiento del aborto incompleto o del aborto diferido. Sin embargo, se recomienda la administración de rutina de antibióticos profilácticos antes del procedimiento de aspiración por vacío para el aborto inducido. Por lo tanto, a falta de evidencia, parece ser prudente administrar antibióticos profilácticos para la aspiración endouterina durante la atención postaborto.

Aún no se ha establecido cuál es el medicamento, la dosis y tiempo de administración ideales de los antibióticos profilácticos antes de la aspiración endouterina, pero se ha comprobado la eficacia de una dosis única de nitroimidazol, tetraciclina o penicilina. Entre los regímenes comúnmente usados se encuentran:

- Doxiciclina: de 200 a 500 mg por vía oral antes del procedimiento
- Metronidazol: 400 mg por vía oral cada 4 horas, tres dosis

Misoprostol

No se recomienda la administración de antibióticos profilácticos antes de la evacuación endouterina con misoprostol. Se debe administrar antibióticos terapéuticos a mujeres que presentan signos y síntomas de infección.

Antibióticos terapéuticos

Cuando se sospecha o se ha diagnosticado una infección, se debe administrar antibióticos terapéuticos a la mujer. De ser posible, debe hacerse un tamizaje para la detección de infecciones de transmisión sexual en mujeres con alto riesgo de contraer dichas infecciones y darles tratamiento para las mismas, además de administrar antibióticos profilácticos. Las mujeres a quienes se les hace tamizaje de ITS no necesitan esperar por los resultados para continuar con el procedimiento de aborto. Si los resultados son positivos, se les puede brindar tratamiento después de la evacuación endouterina. Las mujeres que presentan signos y síntomas de infección activa cuando acuden a los servicios de atención postaborto deben recibir tratamiento para la infección y servicios de evacuación endouterina sin demora.

Anexo B: Ejemplo de un formulario de datos de la paciente

Nombre de la paciente _____ Fecha _____ Edad _____

Indicación para el aborto _____

Historia obstétrica: G _____ P _____

Número de partos vaginales _____ Número de cesáreas _____ ¿Embarazo ectópico previo? Sí No

¿Alguna complicación anterior? _____

Historia clínica:

Sistemas	Marque(✓) si la respuesta es Sí	Diagnóstico
Respiratorio (por ej., asma)		
Cardiovascular (por ej., hipertensión)		
Gastrointestinal		
Endocrino y metabólico (por ej., diabetes)		
Genitourinario (aparte de embarazos o esterilización)		
Neurológico (por ej., convulsiones)		
Psiquiátrico		
Hematológico (por ej., coagulopatía y/o anemia)		
Alergias		
Cirugías (aparte de la cesárea)		

Examen físico: TA _____ Pulso _____ Temp _____

Corazón:	Examen bimanual:
Pulmones:	Otros:
Abdomen:	

Determinación de la edad gestacional:

Primer día de la última menstruación _____ Tamaño uterino por examen bimanual _____

*****Estimación de la edad gestacional a la fecha de hoy _____*****

Pruebas opcionales. Estas pruebas no son necesarias para brindar atención postaborto, pero pueden efectuarse según sea indicado:

Hb/Hct _____ Tipo sanguíneo _____ Inmunoglobulina Rh administrada (si fue indicada) Sí No

Prueba de embarazo y fecha _____

Se ofreció prueba de VIH Sí No ¿Fue aceptada? Sí No

Anexo B: Ejemplo de un formulario de datos de la paciente (continuación)

¿Otras pruebas de salud reproductiva? (por ej., Papanicolaou) _____

Fecha del ultrasonido _____ Edad gestacional _____ Edad gestacional por ultrasonido a la fecha de hoy _____

Planes de uso de anticonceptivos _____

Para los métodos con medicamentos:

Régimen prescrito: _____

¿Indicaciones dadas para su administración?: Sí

Plan para el manejo del dolor: _____

Consulta de control (si es indicada): Fecha _____ Hora _____

Para la aspiración por vacío:

Antibióticos administrados: Sí Tipo _____

Plan para el manejo del dolor: _____

Consulta de control (si es indicada) Fecha _____ Hora _____

Anexo C: Diagnóstico y tratamiento de los diferentes tipos de aborto

Posible diagnóstico y definición	Signos y síntomas	Opciones para su manejo
<p>Amenaza de aborto: sangrado vaginal en una mujer con un embarazo intrauterino viable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado leve • Cólicos/dolor • Cuello uterino cerrado • Tamaño uterino corresponde a la FUM 	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizarla • Manejo expectante • Si el sangrado continúa, más evaluaciones clínicas
<p>Aborto incompleto: un aborto, ya sea espontáneo o inducido, en el cual parte de los restos ovulares son expulsados del útero, pero otra parte permanece adentro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado leve o abundante • Cólicos/dolor • Cuello uterino abierto • Puede observarse tejido en el orificio cervical • Tamaño uterino corresponde a la FUM o es menor 	<ul style="list-style-type: none"> • Según el cuadro clínico de la mujer y su preferencia, podría ofrecérsele manejo expectante, misoprostol o aspiración por vacío • Antibióticos si son indicados • Manejo del dolor
<p>Aborto diferido: el embarazo termina pero los restos ovulares permanecen en el útero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ningún o leve sangrado • Cólicos/dolor • Cuello uterino cerrado • Tamaño uterino menor que el que corresponde a la FUM • Podría diagnosticarse con ultrasonido 	<ul style="list-style-type: none"> • Según la condición médica de la mujer y su preferencia, podría ofrecérsele manejo expectante, misoprostol o aspiración por vacío
<p>Aborto completo: todos los restos ovulares han sido expulsados del útero y el orificio cervical está cerrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado leve • Cólicos/dolor • Cuello uterino cerrado • Tamaño uterino menor que el que corresponde a la FUM 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo expectante • Antibióticos, según sea indicado • Manejo del dolor

Instrumental de Ipas para la AMEU

Temas clave en este módulo:

- Características y uso del instrumental
- Procesamiento y cuidado del instrumental

1.0 Introducción

El objetivo de este módulo es explicar las características del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip® utilizados para la evacuación endouterina, así como proporcionar información acerca del cuidado y uso del instrumental. El módulo también explica cómo procesar y almacenar estos instrumentos.

2.0 Características y uso del instrumental

El aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip son instrumentos seguros y eficaces, que han sido diseñados para

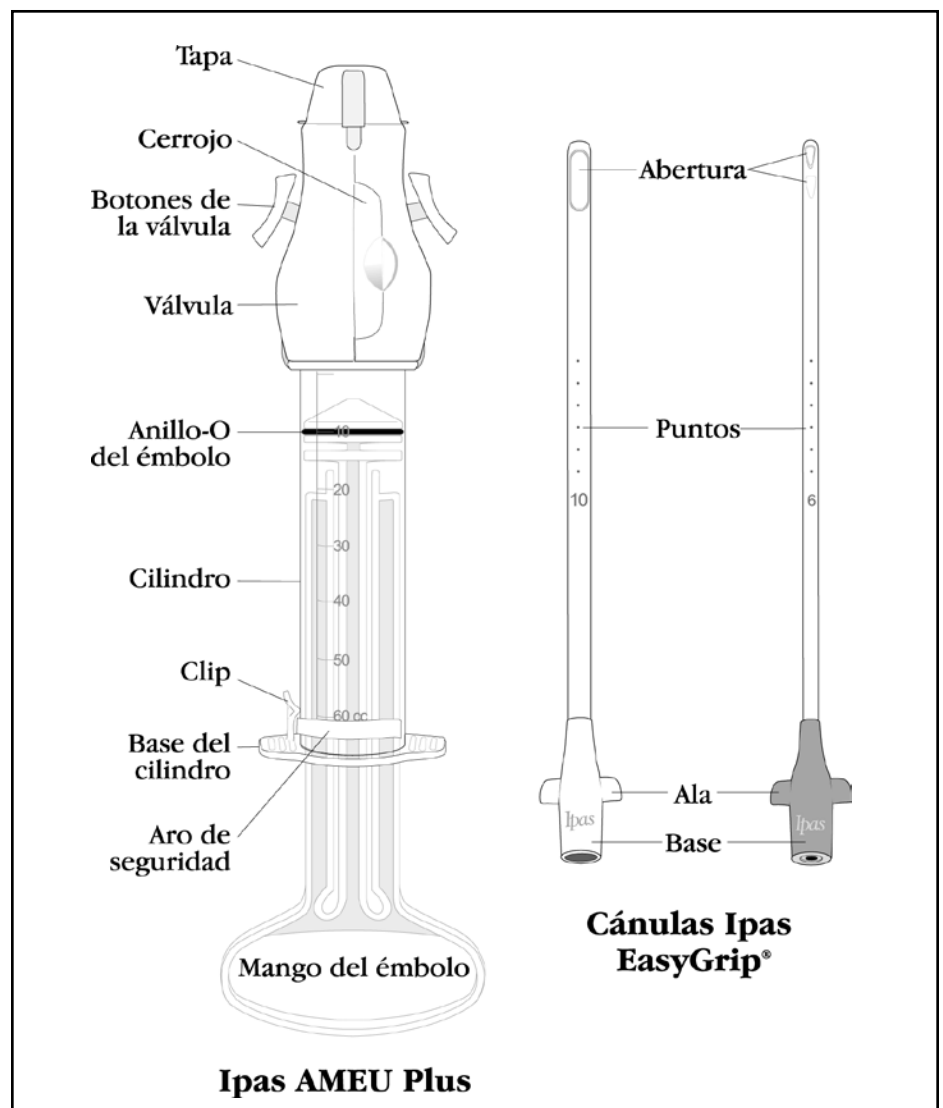
atender las necesidades de las mujeres en lo referente a la evacuación endouterina. Ipas tiene otros modelos similares a este instrumental. (Por favor remítase al Anexo A: Comparación del instrumental de Ipas.)

2.1 Descripción del instrumental Ipas de AMEU

El instrumental de AMEU consiste en una fuente de vacío manual (aspirador), que produce succión y retiene los restos ovulares y la sangre extraídos durante el procedimiento de evacuación endouterina. Las cánulas se conectan al aspirador y se utilizan para aplicar succión y aspirar los restos ovulares del útero.

Aspiradores

El aspirador Ipas AMEU Plus proporciona un vacío de 24 a 26 pulgadas (609.6 a 660.4 mm) de mercurio. Está compuesto de una válvula con bisagras con tapa, un revestimiento desmontable,



Piezas ensambladas

un par de botones que controlan el vacío, un émbolo con mango, un aro de seguridad con un clip de sujeción, un anillo-O y un cilindro de 60cc para depositar el contenido evacuado del útero. El aspirador Ipas AMEU Plus es compatible con las cánulas Ipas EasyGrip, las cánulas Karman flexibles y las cánulas de otros fabricantes principales.

El aspirador Ipas AMEU Plus está diseñado para usarse múltiples veces. El aspirador se envía limpio y debe someterse a desinfección de alto nivel o esterilizarse antes del primer uso y después de cada procedimiento para eliminar los contaminantes. No es necesario que el aspirador se mantenga en desinfección de alto nivel o esté recién esterilizado en el momento de usarse.

El aspirador Ipas AMEU Plus está hecho de materiales a prueba de autoclave a vapor y fue diseñado específicamente para permitir que el vapor entre en contacto con todas las superficies del aspirador desarmado. También puede ser procesado con esterilización fría o con desinfección de alto nivel.

Cánulas

Las cánulas Ipas EasyGrip son compatibles con el aspirador Ipas AMEU Plus y el aspirador Ipas de doble válvula, pero no funcionan con el aspirador Ipas de válvula sencilla. Las cánulas Ipas EasyGrip, según el tamaño, tienen una abertura (9, 10 y 12 mm) o dos aberturas (4, 5, 6, 7 y 8 mm).

La base de las cánulas en forma de alas proporciona apalancamiento, lo cual facilita conectar la cánula al aspirador y retirarla rápidamente. Con las cánulas Ipas EasyGrip no hacen falta adaptadores. Cada cánula tiene seis puntos; el primero está ubicado a 6 cm de la punta y los otros puntos a intervalos de 1 cm. Los puntos indican la ubicación de la abertura principal.

Las cánulas Ipas EasyGrip se consideran “semirrígidas”, lo cual significa que las cánulas son menos maleables que las cánulas Karman flexibles. Algunos prestadores de servicios de salud han indicado que las cánulas Ipas EasyGrip más pequeñas se sienten un poco más firmes que las cánulas Karman flexibles y son más fáciles de introducir por el cuello uterino, mientras que otros prestadores de servicios han indicado que no encuentran ninguna diferencia en el tacto y la flexibilidad de las cánulas.

Cada cánula se esteriliza con óxido de etileno después de empacarse y se conserva estéril hasta la fecha de caducidad indicada, siempre y cuando la envoltura se mantenga intacta. Antes de su reutilización, deben ser esterilizadas o someterse a desinfección de alto nivel (DAN).

En los lugares donde los reglamentos lo permiten, las cánulas Ipas EasyGrip son reutilizables después de haberse procesado. Estas cánulas necesitan desinfección de alto nivel o esterilización

después de cada uso y deben haberse sometido a DAN o esterilización antes de introducirse en el útero.

Las cánulas Karman flexibles son dispositivos de un solo uso. Después de usarse, deben tratarse y desecharse como material contaminado.

Las cánulas Ipas EasyGrip están hechas de materiales a prueba de autoclave a vapor. Todas las cánulas Ipas pueden ser procesadas con esterilización fría o desinfección de alto nivel.

Al procesar y desechar el instrumental de AMEU, siempre siga debidamente los protocolos para el procesamiento del instrumental médico y para la eliminación de desechos contaminados.

2.2 Usos del aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip

Todos los aspiradores y cánulas de hasta 12 mm están destinados a emplearse en el procedimiento de evacuación/aspiración endouterina en pacientes de ginecología y obstetricia. Las indicaciones clínicas para la aspiración endouterina con este producto son: el tratamiento del aborto incompleto para tamaños uterinos de hasta 12 semanas desde la fecha de la última menstruación (FUM), el aborto en el primer trimestre (conocido también en algunos países como regulación menstrual) y la biopsia endometrial.

2.3 Contraindicaciones, advertencias y precauciones

La biopsia endometrial no debe practicarse en casos en que se sospeche embarazo. No se conoce ninguna contraindicación para el resto de las indicaciones clínicas del procedimiento.

Al igual que en cualquier procedimiento de evacuación endouterina, una o más de las siguientes complicaciones podrían ocurrir durante o después del procedimiento de AMEU: reacción vagal, evacuación incompleta, lesión o perforación uterina o cervical, infección pélvica o hematómetra agudo. En raras ocasiones, algunas de estas complicaciones podrían ocasionar infertilidad secundaria, lesiones graves o incluso la muerte. (Por favor remítase al módulo Complicaciones.)

Antes de practicar el procedimiento de evacuación endouterina, se debe tratar de inmediato cualquier afección presente que ponga en peligro la vida de la paciente. Entre ellas figuran: shock, hemorragia, infección cervical o pélvica, septicemia, perforación o lesión abdominal, tal como podría ocurrir en los casos de aborto incompleto o aborto clandestino. La evacuación endouterina es un elemento importante en el manejo definitivo en estos casos y una

vez que la mujer se haya estabilizado, el procedimiento no debe retrasarse. Los antecedentes de discrasia sanguínea son un factor a tener en cuenta al planificar el tratamiento de la paciente.

El/la prestador/a de servicios de salud no debe efectuar el procedimiento de evacuación endouterina hasta que haya determinado el tamaño y la posición del útero y del cuello uterino. Los fibromas grandes y las anomalías uterinas podrían dificultar el poder determinar el tamaño uterino y efectuar procedimientos uterinos tal como la AMEU. (Por favor remítase al módulo Evaluación clínica.)

Es importante utilizar una cánula de tamaño adecuado al tamaño uterino y al grado de dilatación cervical. Si se usa una cánula demasiado pequeña podría resultar en la retención de restos ovulares o la pérdida de la succión. A continuación se indican los tamaños de cánula recomendados según el tamaño uterino para realizar el procedimiento de evacuación endouterina con AMEU:

- Tamaño uterino de 4 a 6 semanas desde la FUM: cánula de 4 mm a 7 mm
- Tamaño uterino de 7 a 9 semanas desde la FUM: cánula de 5 mm a 10 mm
- Tamaño uterino de 9 a 12 semanas desde la FUM: cánula de 8 mm a 12 mm

2.4 Funcionamiento del aspirador Ipas AMEU Plus

Antes de cada procedimiento de evacuación endouterina, se debe preparar a la paciente, brindar consejería y obtener su consentimiento informado. Para efectuar el procedimiento, se introduce la cánula por el orificio cervical y luego se conecta a un aspirador ya preparado con vacío. Para liberar el vacío se sueltan los botones de la válvula y se utiliza la cánula para aspirar el contenido del útero. La succión puede activarse y detenerse según sea necesario durante el procedimiento.

Más adelante en este módulo se proporciona orientación específica sobre cómo efectuar el procedimiento de aspiración endouterina.

Cómo crear el vacío y verificar que el aspirador conserva el vacío

Con el aspirador Ipas AMEU Plus, se debe crear un vacío y verificar que el aspirador conserva el vacío antes de iniciar el procedimiento. Para crear el vacío en el aspirador, siga los pasos a continuación:

1. Comience con los botones de la válvula abiertos (no oprimidos), el émbolo desplazado completamente dentro

Cánulas Ipas de 3 mm para la biopsia endometrial

Las cánulas Ipas de 3 mm están destinadas a utilizarse para la indicación clínica de biopsia endometrial en pacientes de ginecología. Entre algunas de las aplicaciones de la biopsia endometrial figuran los casos de:

- Infertilidad
- Sangrado uterino anormal
- Amenorrea
- Detección de infecciones endometriales
- Detección de cáncer endometrial

Las cánulas Ipas de 3 mm tienen dos aberturas y una base con alas. Cada cánula se esteriliza con óxido de etileno (OET) después de empacarse y se conserva estéril hasta su fecha de caducidad, siempre y cuando la envoltura permanezca intacta. Las cánulas deben estar estériles o haberse sometido a desinfección de alto nivel (DAN) para usarse. Para utilizar estas cánulas con el aspirador Ipas de doble válvula y el aspirador Ipas AMEU Plus se necesita un adaptador, pero no se necesita adaptador al usarse con el aspirador Ipas de válvula sencilla.

Las cánulas Ipas de 3 mm pueden usarse una sola vez. Después de usarlas, trate las cánulas sucias como desechos contaminados.

del cilindro y el aro de seguridad en su lugar, con sus trabas introducidas dentro de las aberturas del cilindro.

2. Oprima los botones de la válvula hacia abajo y hacia adelante hasta que los sienta cerrarse.
3. Para crear el vacío, hale el émbolo hacia atrás hasta que los brazos del émbolo produzcan un chasquido y se aseguren en posición en los lados anchos de la base del cilindro. Los dos brazos del émbolo deben estar completamente extendidos hacia los lados y asegurados sobre los bordes del cilindro. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría ocasionar que se deslicen dentro del cilindro. Cuando el aspirador está cargado nunca debe sujetarse por los brazos del émbolo. Si el aspirador cargado se sujeta por ambos brazos, podría soltar el émbolo inesperadamente de vuelta dentro del cilindro. La liberación del émbolo dentro del cilindro durante el procedimiento podría empujar el contenido del aspirador de vuelta al útero.
4. Antes de cada uso, cerciórese de que el aspirador conserva el vacío. Para ello, siga los pasos 1, 2 y 3 y entonces repose el aspirador durante varios minutos con el vacío establecido. Luego, oprima los botones para liberar el vacío. Deberá oírse una irrupción de aire que entra en el aspirador, lo cual indica que se conservó el vacío.
5. Si no oye la irrupción de aire, mueva el aro de seguridad, retire el émbolo y verifique lo siguiente:
 - a. ¿El anillo-O del émbolo está intacto, sin defectos o daños, libre de cuerpos extraños y colocado en la ranura?
 - b. ¿El cilindro está colocado firmemente en la válvula?
 - c. ¿El anillo-O del émbolo se ha lubricado debidamente, se ha lubricado en exceso o no se ha lubricado?
6. Cree el vacío de nuevo y vuelva a probarlo. Si todavía no conserva el vacío, deseche ese aspirador y use otro.

Activar y detener la succión

Para comenzar la succión, suelte los botones de la válvula del aspirador cargado con el vacío. Para detener la succión, oprima los botones para cerrar la válvula. Durante el uso, la succión comienza una vez que la cánula se encuentra dentro del útero; y la succión puede detenerse y activarse de nuevo, según sea necesario.

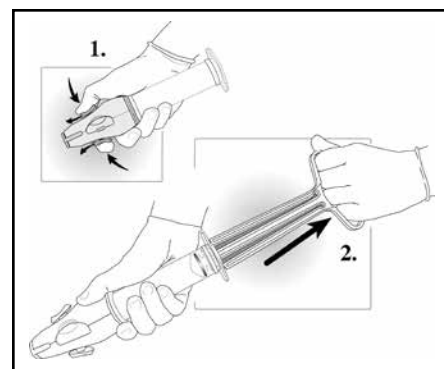
3.0 Procesamiento y cuidado del instrumental de Ipas

Con el incremento mundial de agentes infecciosos tales como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la hepatitis B (VHB) y otros microorganismos infecciosos que pueden transmitirse en el entorno clínico, cada trabajador/a de salud debe tomar toda precaución para proteger a las pacientes, a sí mismo, a su familia y su comunidad. Muchos de estos microorganismos viven en la sangre, en otros líquidos corporales y en las excreciones, así como en las superficies del cuerpo. Estos microorganismos pueden continuar viviendo en cualquier objeto con que entren en contacto tal como el instrumental usado en los procedimientos de AMEU. Entre los microorganismos que pueden vivir en el instrumental médico figuran las endósporas y bacterias, las cuales tienen un revestimiento exterior duro y son difíciles de destruir. (Ver el módulo Prevención de Infecciones.)

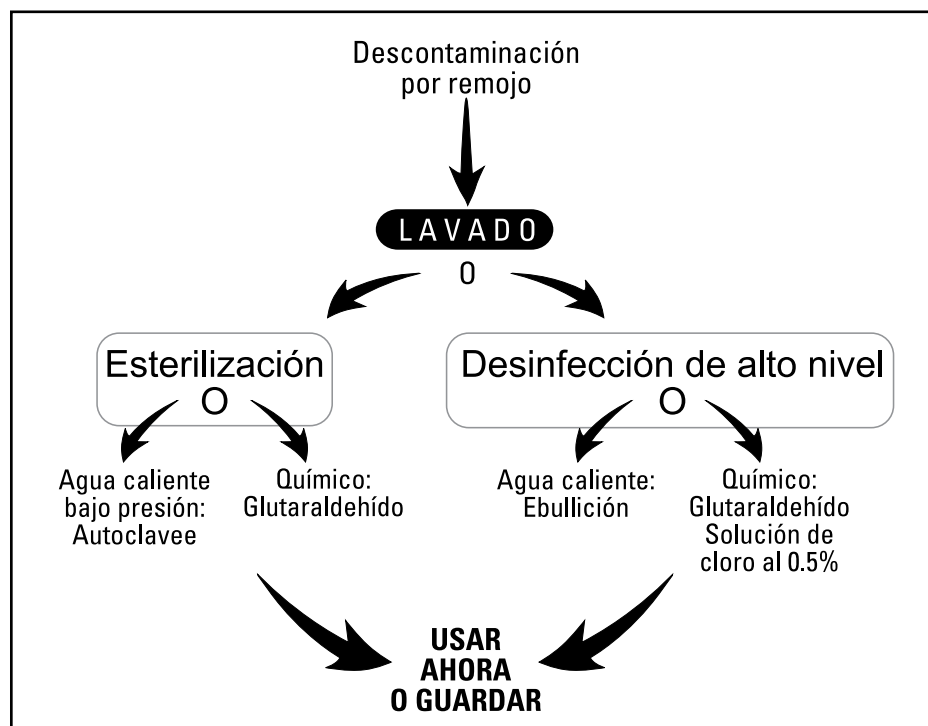
Remítase al cuadro a continuación para determinar un protocolo para el procesamiento:

Los cuatro pasos básicos para el procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip contaminados son:

1. Descontaminación por remojo o inmersión
2. Limpieza
3. Esterilización o desinfección de alto nivel
4. Almacenamiento



Crear el vacío



Opciones para el procesamiento del instrumental de Ipas

El aspirador de AMEU no entra en contacto directo con el cuerpo de la mujer. Sin embargo, cuando se utiliza, el cilindro se llena con sangre. Existe el posible riesgo de que algunos contaminantes de una paciente anterior se introduzcan en el cuerpo de otra mujer, si el aspirador de AMEU no se procesa debidamente (es decir, si no es remojado, limpiado y esterilizado o sometido a DAN) entre cada uso. Por lo tanto, después de su limpieza, el aspirador Ipas AMEU Plus debe someterse a desinfección de alto nivel o esterilización entre pacientes para eliminar los contaminantes. Una vez procesado, el aspirador puede guardarse en un contenedor limpio.

Después de usarse con cada paciente, el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip deben limpiarse y luego someterse a desinfección de alto nivel o esterilización para eliminar los contaminantes y, entonces, los dispositivos estarán listos para usarse con seguridad en el próximo procedimiento. Los aspiradores no necesitan permanecer en desinfección de alto nivel o esterilización para el próximo uso. Las cánulas deben estar estériles o desinfectadas a alto nivel en el momento de usarse.

El cuadro 10-1 (a continuación) muestra los métodos más comunes para el procesamiento del instrumental de Ipas. Si no se usan los métodos indicados, se podría dañar y hacer inservible el instrumental.

(Por favor remítase al Anexo B: Métodos para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus, los adaptadores y las cánulas Ipas EasyGrip.)

Cuadro 10-1 Resumen de los métodos más comunes para procesar el instrumental de Ipas

Instrumental	Condición en la cual es suministrada por Ipas	Nivel mínimo de procesamiento necesario para su uso	Desinfección de alto nivel		Esterilización	
			Cloro †	Ebullición	Autoclave a vapor	Glutaraldehído †
Todo instrumental de Ipas que vaya a reutilizarse debe mantenerse mojado hasta limpiarse. Para esto se puede usar un desinfectante como una solución de cloro al 0.5%. PRECAUCIÓN: Si se permite que el instrumental se seque, esto podría dificultar la eliminación completa de todos los contaminantes. Para limpiar los aspiradores, lave todas las superficies minuciosamente con agua tibia y detergente. Es preferible usar detergente, ya que el jabón puede dejar residuos.						
Aspirador Ipas AMEU Plus	Limpio	DAN	Sí	Sí	Sí	Sí
Aspirador Ipas de válvula sencilla	Limpio	DAN	Sí	No	No	Sí
Adaptadores	Limpio	DAN	Sí	Sí	Sí	Sí
Cánulas Ipas EasyGrip	Estéril (OET)	DAN	Sí	Sí	Sí	Sí
Aspirador Ipas de doble válvula*	Estéril (OET)	Para usar una sola vez				
Cánulas Karman flexibles	Estéril (OET)	Para usar una sola vez				
Cánulas Ipas de 3 mm	Estéril (OET)	Para usar una sola vez				
† Los líquidos usados para el procesamiento son sustancias nocivas. Durante el procesamiento del instrumental debe tomar las precauciones necesarias, tal como utilizar equipo de protección personal. Remítase a las instrucciones de seguridad del fabricante para determinar cómo usarlos con seguridad. * A la hora de esta publicación, el aspirador Ipas de doble válvula está disponible SOLO en Estados Unidos y en el Reino Unido.						

3.1 Precauciones estándares

Al procesar el instrumental de Ipas, es importante seguir las precauciones estándares para la prevención de infecciones. Aun cuando se somete a una descontaminación por inmersión, el instrumental retiene microorganismos dañinos.

- Usar siempre guantes al manipular sangre u otros líquidos corporales.
- Usar barreras de protección personal, tales como batas o protección facial, cuando determinadas partes del cuerpo podrían estar expuestas a la sangre u otros líquidos corporales.
- Considerar la sangre y otros líquidos corporales de todas las personas como posibles fuentes de infección.
- Protegerse para evitar pincharse o herirse la piel con instrumental afilado.
- Lavarse las manos inmediatamente antes y después de entrar en contacto con objetos contaminados, aun cuando haya usado guantes.

(Para mayor información, remítase al módulo Prevención de infecciones.)

Nota: El glutaraldehído y el cloro son sustancias nocivas. Si las usa para el procesamiento del instrumental o para limpiar las instalaciones, tome todas las precauciones necesarias como utilizar equipo de protección personal. Para determinar cómo usarlos con seguridad, remítase a las instrucciones de seguridad del fabricante.

3.2 Descontaminación por remojo

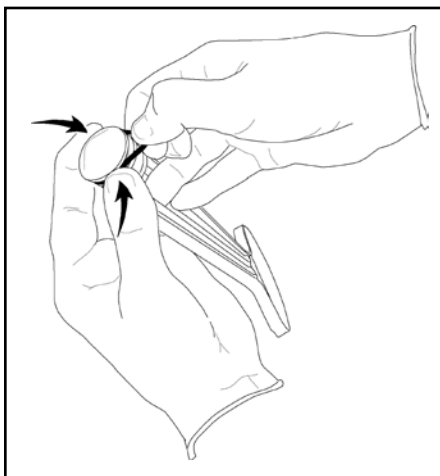
Después del procedimiento, todo instrumental que vaya a ser reutilizado debe dejarse en remojo hasta que pueda lavarse. Para esto, puede usarse una solución de cloro al 0.5%. Remojar el instrumental inmediatamente después de usarse elimina parte del material y facilita su lavado evitando que los residuos se sequen en el instrumental. Para tenerlo a mano, el contenedor a usarse para remojar el equipo debe mantenerse cerca del área donde se realiza el procedimiento, por ejemplo, en la tablilla inferior del carrito del instrumental. Sin embargo, remojar en un desinfectante no hace que los objetos sean seguros para manipularse con las manos sin guantes. Es indispensable usar guantes y protección facial.

Pasos

1. Llene un contenedor de plástico con la solución. Puede usarse una solución de cloro al 0.5%.

Puntos clave sobre el remojo del instrumental

- Durante la limpieza del instrumental contaminado, debe usar equipo de protección personal en todo momento.
- El objetivo del paso de remojo es mantener el instrumental mojado para poder limpiarlo eficazmente.
- El remojo del instrumental en una solución de cloro no hace que sean seguros para manipularse sin guantes.
- No existe un requisito de 10 minutos de remojo.
- Puede usarse cualquier solución, incluida el agua de grifo; si se desea, puede usarse una solución de cloro al 0.5%.



Retire el anillo-O

2. Use guantes, sumerja la cánula y el aspirador completamente. Asegúrese de aspirar la solución hacia el interior del aspirador y la cánula.
3. Remoje el instrumental hasta que esté listo para lavarlo.
4. Use guantes o pinzas para sacar el instrumental de la solución.

Si la cánula no va a reutilizarse, deséchela debidamente así como otros desechos contaminados.

No permita que el instrumental se seque antes de lavarlo, ya que esto puede dificultar eliminar completamente todos los contaminantes.

3.3 Limpieza

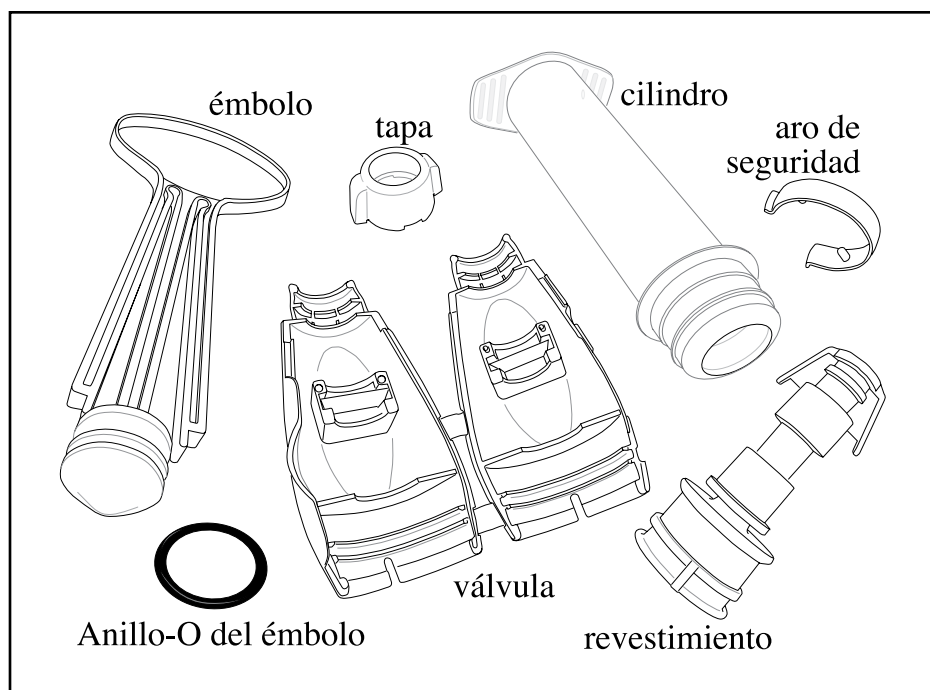
El segundo paso en el procesamiento del instrumental es la limpieza. Antes de la esterilización o la desinfección de alto nivel (DAN), es indispensable la limpieza física y completa para eliminar todo el material orgánico e inorgánico del instrumental que pudiera interferir con la eficacia de estos procesos. Éste es el paso más importante para asegurar la debida y final descontaminación del instrumental.

Desarmado del instrumental de Ipas

Los aspiradores Ipas deben desarmarse para procesarse y luego deben armarse correctamente después del procesamiento para que puedan funcionar adecuadamente.

Para desarmar el aspirador Ipas AMEU Plus:

1. Retire el cilindro fuera de la válvula.
2. Apriete las trabas que sueltan la tapa para sacar la misma. Luego, abra el cuerpo de la válvula con bisagras abriendo la abrazadera y retire el revestimiento de la válvula.
3. Para desconectar el aro de seguridad, deslícelo lateralmente por debajo del clip de sujeción o bien desconéctelo completamente del cilindro.
4. Retire el émbolo completamente del cilindro.
5. Desplace el anillo-O del émbolo apretándolo por los lados y deslizándolo hacia abajo hasta colocarlo en la ranura. No es necesario retirarlo por completo.



Piezas del instrumental de AMEU desarmado

Pasos para la limpieza

Desarme el instrumental antes de limpiarlo.

1. Extraiga los restos ovulares o la sangre residuales limpiando todas las superficies minuciosamente con agua tibia y detergente o jabón. Es preferible usar detergente, ya que el jabón puede dejar un residuo pegajoso. Si hay restos ovulares o sangre seca en el interior de la cánula, enjuáguela a presión con agua varias veces o use un hisopo de algodón o paño suave para sacar el material.
2. Lave las grietas y el interior del cilindro, las piezas de la válvula y el émbolo con un cepillo de cerdas suaves, teniendo cuidado de no salpicar.
3. Lave cada componente hasta que, al inspeccionarse cuidadosamente, no quede rastro visible de restos ovulares o sangre, y luego enjuáguelo.
4. Permita que se sequen los componentes.

Precaución: No utilice ningún objeto puntiagudo o afilado para limpiar la válvula o para desplazar el anillo-O. Esto podría dañar el revestimiento de la válvula o el anillo-O e impedir que el aspirador conserve el vacío.



Lave minuciosamente

3.4 Esterilización y desinfección de alto nivel

La esterilización o desinfección de alto nivel (DAN) del instrumental inactiva aun más los microorganismos.

La esterilización elimina eficazmente todos los microorganismos, incluidas las endósporas. La desinfección de alto nivel elimina todos los microorganismos excepto las endósporas.

Para que el proceso de esterilización o de desinfección de alto nivel sea eficaz, es necesario realizar una limpieza física para eliminar todo rastro visible de suciedad.

Después de limpiarse, todos los aspiradores y las cánulas deben someterse al proceso de esterilización o desinfección de alto nivel, después de su uso en cada paciente, para eliminar los contaminantes. Una vez hecho esto, el instrumental podrá usarse con seguridad en el próximo procedimiento. Los aspiradores no necesitan permanecer estériles o desinfectados a alto nivel hasta la próxima vez que se usen, pero las cánulas deben estar estériles o desinfectadas a alto nivel en el momento de usarse.

Para la óptima prevención de infecciones, los objetos deben procesarse utilizando el método que proporcione el mayor grado de eficacia. Para seguir las prácticas óptimas, a continuación se enumeran los métodos en orden de eficacia:

- Esterilización utilizando el autoclave a vapor
- Esterilización utilizando los métodos fríos (por ejemplo, glutaraldehído)
- Métodos de DAN (por ejemplo, ebullición, cloro u otros métodos fríos)

La desinfección de alto nivel o la esterilización, realizada conforme a una de las opciones indicadas a continuación, es un requisito para la reutilización de los aspiradores y las cánulas de Ipas. Otros métodos adicionales de esterilización o desinfección, los cuales están menos disponibles a nivel mundial, se incluyen en el Anexo B: Métodos para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus, los adaptadores y las cánulas Ipas EasyGrip.

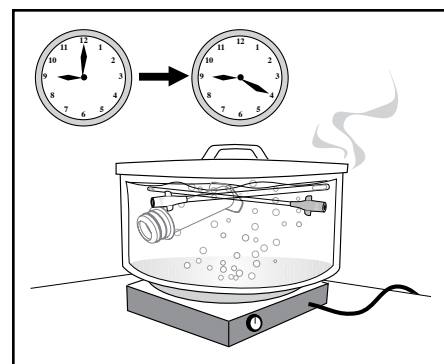
- Coloque en autoclave a vapor el instrumental limpio durante 30 minutos a 121 °C (250 °F), a una presión de 106kPa (15 lbs/pulgada²).

Nota: Los aspiradores Ipas de doble válvula y de válvula sencilla y las cánulas Karman flexibles se agrietarán o derretirán si se someten a autoclave.

- Esterilice con glutaraldehído. Remoje el instrumental limpio en glutaraldehído (Cidex o un producto similar) durante 10 horas. Siga las recomendaciones del fabricante para el producto usado. Todos los aspiradores de Ipas pueden someterse a procesamiento con glutaraldehído.
- Efectúe una desinfección de alto nivel por ebullición. Coloque el instrumental limpio en agua hirviendo durante 20 minutos.

Nota: El aspirador Ipas AMEU Plus, las cánulas Ipas EasyGrip y las cánulas Karman flexibles pueden hervirse; sin embargo, los aspiradores Ipas de doble válvula y de válvula sencilla pueden agrietarse o derretirse si se hierven.

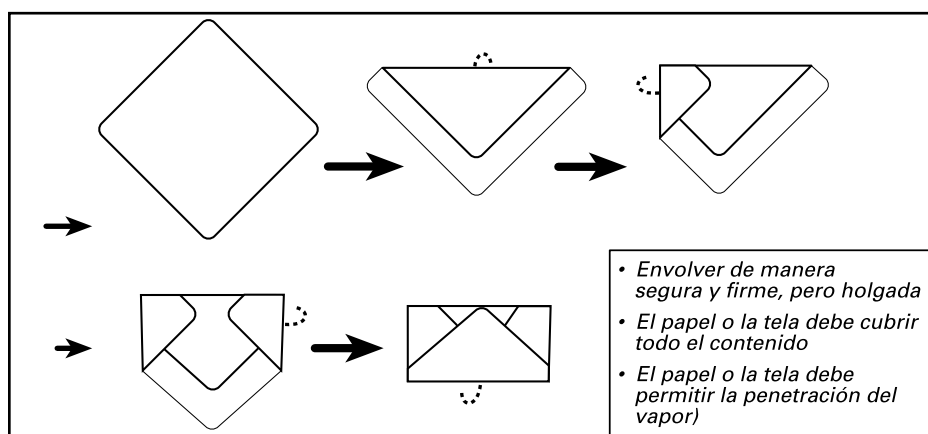
- Efectúe una desinfección de alto nivel con glutaraldehído. Remoje el instrumental limpio en glutaraldehído (Cidex o un producto similar) durante 20 minutos. Siga las recomendaciones del fabricante para el producto utilizado.
- Efectúe una desinfección de alto nivel utilizando una solución de cloro al 0.5%. Remoje el instrumental limpio en una solución de cloro al 0.5% durante 20 minutos



Ebullición del instrumental de AMEU

Pasos para la esterilización con autoclave a vapor

1. Todas las piezas del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip pueden esterilizarse al vapor a 121 °C (250 °F). Las piezas no deben tocarse unas con otras y el aro de seguridad debe retirarse completamente del cilindro. Coloque el instrumental sin obstruir las aberturas o el orificio del extremo de la base de las cánulas para permitir el drenaje.
2. Dado que las cánulas, especialmente las de menor tamaño, podrían ponerse curvas en el autoclave, envuélvalas en papel o tela. Coloque las cánulas Ipas EasyGrip y el aspirador Ipas AMEU Plus limpios en el esterilizador (autoclave) a vapor en una sola capa. Tenga en cuenta que la esterilización a vapor de las cánulas Ipas EasyGrip sin envoltura durante 30 minutos podría ocasionar que se pongan levemente curvas.
3. Procese el instrumental en autoclave durante 30 minutos a 121 °C (250 °F).
4. Deje enfriar todo el instrumental antes de utilizarlo.

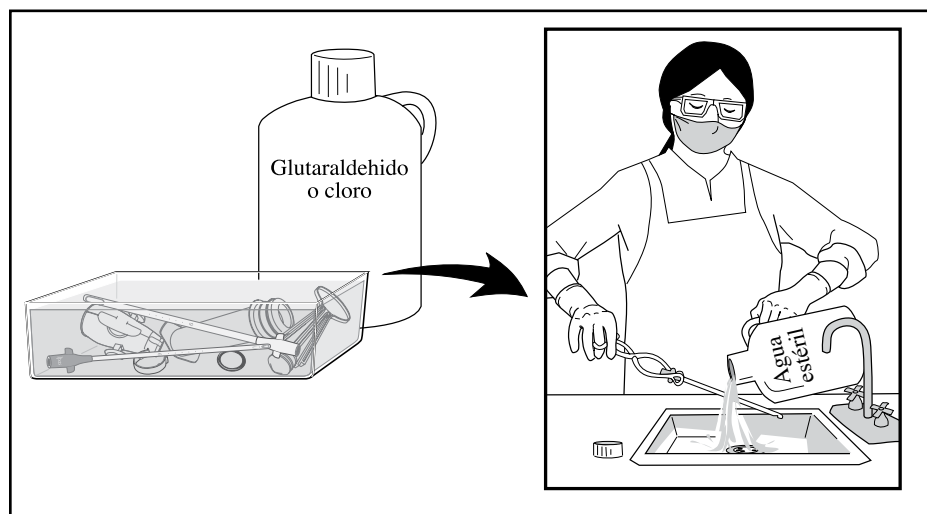


Envoltura de papel

Precaución: No utilice parámetros de autoclave superiores a 121 °C (250 °F). Específicamente no use parámetros de temperaturas más altas durante plazos más cortos (conocido como "ciclo flash de autoclave"), ya que esto podría dañar el instrumental. Antes de iniciar la esterilización en autoclave, asegúrese de que el autoclave esté programado con los parámetros adecuados.

Pasos para la esterilización con glutaraldehído

1. Sumerja completamente el instrumental de manera que la solución lo cubra por dentro y por fuera.
2. Remójelos en la solución de glutaraldehído durante el tiempo recomendado por el fabricante: por ejemplo, 10 horas para el Cidex.
3. Retírelos usando guantes o pinzas estériles.
4. Enjuague todas las piezas con agua estéril. No use agua de grifo para enjuagarlas.
5. Séquelos con una compresa estéril, si así lo desea.
6. Cambie la solución según las indicaciones del fabricante. Por lo general, el glutaraldehído dura 14 días después de haber sido activado, pero debe desecharse antes si la solución se pone turbia. No use la solución a una temperatura inferior a 25 °C (77 °F).



DAN por remojo y enjuague

Una vez que el instrumental haya sido esterilizado, cualquier objeto que entre en contacto con ellos también debe estar estéril, por ejemplo, los guantes o el contenedor de almacenamiento.

Pasos para la desinfección de alto nivel por ebullición

1. Coloque el instrumental en agua hirviendo. Los objetos no tienen que estar completamente sumergidos.
2. Hiérvalos durante 20 minutos.
3. Sáquelos utilizando guantes o pinzas estériles o sometidas a la DAN.
4. Séquelos con una compresa estéril, si así lo desea.

5. Permita que se enfríe el agua antes de retirarlos. Sujete las cánulas por los extremos de sus bases para sacarlas del agua. El instrumental podría aplanarse si se manipula mientras está caliente. El proceso de ebullición podría causar que las cánulas pierdan su color sin afectar su funcionamiento. No hierva los aspiradores Ipas de válvula sencilla o de doble válvula.

Pasos para la desinfección de alto nivel con glutaraldehído

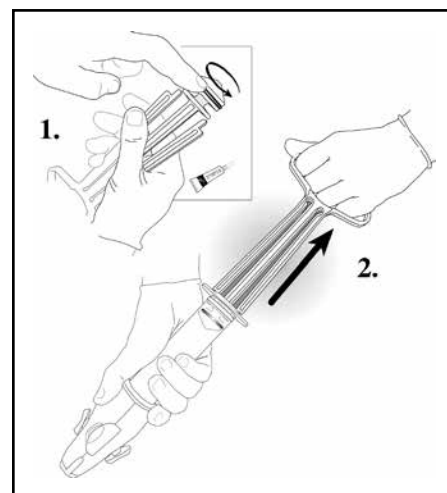
1. Sumerja completamente el instrumental de manera que la solución lo cubra por dentro y por fuera.
2. Remójelos en la solución de glutaraldehído durante el tiempo recomendado por el fabricante: por ejemplo, durante 20 minutos para el Cidex.
3. Sáquelos de la solución usando guantes o pinzas estériles o sometidos a DAN.
4. Enjuague todas las piezas con agua estéril o hervida.
5. Séquelos con una compresa estéril, si así lo desea.
6. Cambie la solución según las indicaciones del fabricante, aproximadamente cada 14 días o antes si la solución se enturbia.

Pasos para la desinfección de alto nivel por remojo en una solución de cloro al 0.5%

1. Sumerja completamente el instrumental de manera que la solución lo cubra por dentro y por fuera. Use un contenedor plástico (no metálico).
2. Remójelos en una solución de cloro al 0.5% durante 20 minutos.
3. Sáquelos de la solución usando guantes o pinzas estériles o sometidas a DAN.
4. Enjuague todas las piezas con agua estéril o hervida.
5. Séquelos con una compresa estéril, si así lo desea. La solución de cloro debe cambiarse a diario o antes si se enturbia.

3.5 Armado y lubricación del aspirador

Los aspiradores deben rearmarse después de procesarse y el anillo-O del émbolo debe lubricarse. Después del procesamiento deben armarse correctamente para que funcionen como es debido. Para armar el aspirador Ipas AMEU Plus:



Pasos para la lubricación

1. Coloque el revestimiento de la válvula en su lugar dentro de la misma, alineando las ranuras internas. Cierre la válvula hasta que encaje en su lugar.
2. Coloque la tapa en su lugar en el extremo de la válvula.
3. Empuje el cilindro dentro de la base de la válvula.
4. Coloque el anillo-O del émbolo en la ranura del extremo del émbolo y lubríquelo esparciendo una gota de lubricante alrededor del anillo-O con la punta del dedo. Con el aspirador se proporciona silicona no estéril; también pueden usarse otros lubricantes que no sean a base de petróleo. Precaución: La lubricación en exceso puede ocasionar que el aspirador pierda el vacío. No use lubricante en exceso en el anillo-O del émbolo. No lubrique otras partes del aspirador.
5. Cuando rearme el aspirador, asegúrese de que el émbolo se encuentre recto y no angulado al introducirlo en el cilindro.
6. Apriete los brazos del émbolo e introduzca el émbolo completamente dentro del cilindro.
7. Deslice el émbolo hacia dentro y hacia fuera para lubricar el cilindro.
8. Inserte las trabas del aro de seguridad en los orificios del cilindro de manera que el émbolo no pueda deslizarse del cilindro.

Antes de usar el aspirador, verifique que conserva el vacío. Ver la sección 2.4 donde se encuentran las indicaciones al respecto.

3.6 Almacenamiento del instrumental

Almacene el instrumental en un ambiente que conserve el nivel de procesamiento deseado. Una vez que el instrumental haya sido procesado, el reto es asegurar que no se contamine de nuevo durante su almacenamiento o manejo. Es muy importante mantener la esterilidad o desinfección de alto nivel del instrumental hasta el momento en que se vuelva a utilizar. Después que el instrumental ha sido procesado, se conserva solo tan limpio como el último objeto con que entró en contacto.

El instrumental debe guardarse en contenedores secos, estériles o sometidos a DAN, cubiertos con tapas herméticas y protegidos del polvo y otros contaminantes. Lo ideal sería utilizar a diario el instrumental que ha sido procesado con métodos mojados, como por remojo en una solución de glutaraldehído o cloro, o la ebullición en agua. Si no se usan dentro de ese plazo, deben procesarse de nuevo. Dado que a menudo no existe una manera eficaz de secar los objetos que han sido procesados por métodos mojados, almacenarlos mojados fomenta el crecimiento

microbiano. Asimismo, introducir pinzas en los contenedores de almacenamiento repetidas veces puede ocasionar contaminación.

3.7 Desecho y reposición

Deseche los aspiradores y las cánulas Ipas contaminados como material infeccioso.

El instrumental debe desecharse y reponerse en cualquiera de las siguientes situaciones:

Aspiradores:

- El cilindro se vuelve quebradizo o agrietado;
- Las piezas de las válvulas se agrietan, doblan o rompen;
- Los botones se rompen;
- Los brazos del émbolo no se aseguran en su lugar;
- El aspirador ya no conserva el vacío;
- Los depósitos de minerales impiden el movimiento del émbolo;

Cánulas:

- La cánula se vuelve quebradiza;
- La cánula está agrietada, torcida o doblada, especialmente alrededor de la abertura;
- Los restos ovulares no se pueden quitar durante el proceso de limpieza;

4.0 Resumen

- El aspirador Ipas AMEU Plus consta de un cuerpo de válvula, un émbolo, un cilindro de 60cc y un aro de seguridad.
- Las cánulas Ipas EasyGrip están disponibles en tamaños de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm, y constan ya sea de una abertura (en los tamaños de 9, 10 y 12 mm) o de dos aberturas (en los tamaños de 4, 5, 6, 7 y 8 mm), y no necesitan adaptadores.
- Tanto el aspirador Ipas AMEU Plus como las cánulas Ipas EasyGrip pueden someterse a autoclave a vapor.
- Las cánulas Ipas de 3 mm, de un solo uso, se utilizan en los procedimientos de biopsia endometrial y necesitan un adaptador al usarse con el aspirador Ipas AMEU Plus.
- Las indicaciones clínicas para la aspiración endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas

Desinfectantes utilizados durante el procesamiento del instrumental de Ipas

Todo químico que destruya microorganismos es un germicida. Los germicidas fuertes, llamados desinfectantes, se usan para limpiar los equipos. Los germicidas menos potentes, llamados antisépticos, se usan en las personas. Los antisépticos no deben usarse para limpiar o procesar el instrumental o los equipos, ya que no son lo suficientemente potentes para ser eficaces. Ninguno de los siguientes agentes debe usarse en el procesamiento del instrumental: solución de formaldehído, la cual es tóxica; cámaras de formalina, que son ineficaces; y peróxido de hidrógeno, que es sensible a la luz.

Una solución de cloro al 0.5% puede usarse para la descontaminación por remojo y la desinfección de alto nivel del instrumental, y también puede usarse como una solución limpiadora de utilidad general para limpiar el equipo y el ambiente clínico. Esta solución de hipoclorito de sodio (blanqueador) u otros componentes de cloro, como el hipoclorito de calcio, es un potente desinfectante para muchos objetos y por lo general es barato. La concentración correcta puede lograrse fácilmente mezclando agua y un agente disponible en la comunidad. (Por favor remítase al Anexo B: Métodos para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus, los adaptadores y las cánulas Ipas EasyGrip.)

Los trabajadores de salud deben usar diferentes contenedores para las soluciones de cloro al 0.5% utilizadas para el remojo, la desinfección de alto nivel y para fines de limpieza general. No debe usarse el mismo contenedor de solución para más de un propósito.

EasyGrip son: el tratamiento del aborto incompleto para tamaños uterinos de hasta 12 semanas desde la fecha de la última menstruación (FUM), el aborto en el primer trimestre (conocido también en algunos países como la regulación menstrual) y la biopsia endometrial.

- En los casos en que se sospecha embarazo, no debe realizarse la biopsia endometrial. No se conoce ninguna otra contraindicación para otras indicaciones clínicas.
- Las y los profesionales de la salud deben ser capaces de crear un vacío, verificar que el aspirador conserva el vacío, y activar y detener la succión.
- Después de usarse en cada paciente, los aspiradores y las cánulas deben lavarse y someterse a la esterilización o a desinfección de alto nivel, para eliminar los contaminantes infecciosos.
- Una vez procesados completamente, los aspiradores no necesitan conservar el mismo grado de esterilización y desinfección de alto nivel del primer momento hasta su próximo uso. Sin embargo, las cánulas deben estar estériles o desinfectadas a alto nivel en el momento de usarse.
- Los protocolos para el procesamiento deben corresponder al aspirador y las cánulas específicas en uso.
- Las opciones de procesamiento para la esterilización del instrumental son: autoclave a vapor o inmersión en solución de glutaraldehído.
- Las opciones de procesamiento para la desinfección de alto nivel del instrumental son: ebullición, inmersión en solución de glutaraldehído o inmersión en solución de cloro al 0.5%.
- El anillo-O del émbolo debe lubricarse con una gota de lubricante después de su procesamiento.
- El manejo y almacenamiento debidos son esenciales para conservar el grado de esterilización o desinfección de alto nivel del instrumental.
- Los instrumentos desgastados o dañados deben desecharse o reponerse.

Referencias bibliográficas

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Precauciones estándares en la atención de la salud*. Fuente: http://www.who.int/csr/resources/publications/10_EPR_AM2_E7_SPAN_LR.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (segunda edición). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Rutala, W. A. y Weber, D. J. (2010). An overview of disinfection and sterilization. En W. A. Rutala (Ed.), *Disinfection, Sterilization and Antisepsis: Principles, Practices, Current Issues, New Research, and New Technologies*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC).

Anexo A: Comparación del instrumental de Ipas

En los cuadros a continuación se destacan las características del diseño y compatibilidad de los aspiradores y las cánulas Ipas.

Comparación de los aspiradores Ipas			
Característica	Aspirador Ipas AMEU Plus	Aspirador Ipas de válvula sencilla	Aspirador Ipas de doble válvula
Capacidad	60cc	60cc	60cc
Capacidad de succión	24 a 26 pulgadas (609.6 a 660.4 mm)	24 a 26 pulgadas (609.6 a 660.4 mm) de mercurio	24 a 26 pulgadas (609.6 a 660.4 mm) de mercurio
Compatibilidad con las cánulas Ipas	<ul style="list-style-type: none"> Compatible con todos los tamaños de las cánulas Ipas EasyGrip, no se necesitan adaptadores Compatible con todos los tamaños de las cánulas Karman flexibles, la de 12 mm no necesita adaptador Compatible con la cánula Ipas de 3 mm. Necesita un adaptador de 6 mm 	<ul style="list-style-type: none"> No es compatible con las cánulas Ipas EasyGrip Compatible solo con los tamaños de 4, 5 y 6 mm de las cánulas Karman flexibles. No necesita adaptadores Compatible con la cánula Ipas de 3 mm. No necesita adaptador 	<ul style="list-style-type: none"> Compatible con todos los tamaños de las cánulas Ipas EasyGrip; no se necesitan adaptadores Compatible con todos los tamaños de las cánulas Karman flexibles; la de 12 mm no necesita adaptador Compatible con la cánula Ipas de 3 mm. Necesita un adaptador de 6 mm
Métodos de procesamiento*	<ul style="list-style-type: none"> Debe desinfectarse a alto nivel o esterilizarse después de cada uso Desinfección de alto nivel (DAN) con solución de cloro al 0.5%▲ DAN por ebullición DAN con Cidex®/ glutaraldehído▲ DAN con Cidex OPA▲ DAN con Sporox®II▲ Esterilización en autoclave a vapor (250 °F; 121 °C) Esterilización con Cidex®/ glutaraldehído▲ Esterilización con STERRAD®100S Esterilización con SporoxII▲ 	<ul style="list-style-type: none"> Debe desinfectarse a alto nivel o esterilizarse después de cada uso Desinfección de alto nivel (DAN) con solución de cloro al 0.5%▲ NO HERVIR DAN con Cidex®/ glutaraldehído▲ DAN con Cidex OPA▲ DAN con Sporox®II▲ NO USAR AUTOCLAVE A VAPOR Esterilización con Cidex®/ glutaraldehído▲ Esterilización con SporoxII▲ 	PARA USAR UNA SOLA VEZ

* El aspirador Ipas AMEU Plus y el aspirador Ipas de válvula sencilla deben someterse a la DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL O LA ESTERILIZACIÓN DESPUÉS DE CADA USO.

▲ Los agentes líquidos usados en el procesamiento del instrumental son sustancias nocivas. Al procesar el instrumental debe tomar las precauciones necesarias, tal como usar equipo de protección personal. Para establecer su uso seguro, remítase a las indicaciones de seguridad del fabricante.

Anexo A: Comparación del instrumental de Ipas (continuación)

Comparación de los aspiradores Ipas			
Característica	Aspirador Ipas AMEU Plus	Aspirador Ipas de válvula sencilla	Aspirador Ipas de doble válvula
Diseño de la válvula	<ul style="list-style-type: none"> • El revestimiento de la válvula se puede quitar al abrir el cuerpo de bisagras de la válvula • 2 botones en la válvula 	<ul style="list-style-type: none"> • El revestimiento de la válvula se puede quitar • 1 botón en la válvula 	<ul style="list-style-type: none"> • El revestimiento de la válvula no se puede quitar • 2 botones en la válvula • Se necesita el anillo-O de la válvula
Diseño del cilindro	El aro de seguridad debe retirarse o desplazarse para el procesamiento	El aro de seguridad debe retirarse para el procesamiento	PARA USAR UNA SOLA VEZ
Diseño del émbolo	<ul style="list-style-type: none"> • El anillo-O del émbolo debe desplazarse o retirarse para el procesamiento • Mango ergonómico 	El anillo-O del émbolo debe desplazarse o retirarse para el procesamiento	PARA USAR UNA SOLA VEZ

* El aspirador Ipas AMEU Plus y el aspirador Ipas de válvula sencilla deben someterse a la DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL O LA ESTERILIZACIÓN DESPUÉS DE CADA USO.

▲ Los agentes líquidos usados en el procesamiento del instrumental son sustancias nocivas. Al procesar el instrumental debe tomar las precauciones necesarias, tal como usar equipo de protección personal. Para establecer su uso seguro, remítase a las indicaciones de seguridad del fabricante.

Anexo B: Métodos para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus, los adaptadores y las cánulas Ipas EasyGrip

Procesamiento de las cánulas IpasEasyGrip			
Método	Agente	Tiempo	Precauciones
Desinfección de alto nivel (DAN)	Cloro▲ Diluido al 0.5%.	20 minutos	Sumerja completamente las piezas desarmadas. Después del procesamiento enjuague todas las piezas con agua hervida o estéril. Cambie la solución a diario o con más frecuencia si ésta se enturbia.
	Agua hirviendo* (aspirador Ipas AMEU Plus y adaptadores solamente)	20 minutos	Las piezas desarmadas no necesitan estar completamente sumergidas. Antes de usarlas, permita que se enfríen hasta que se encuentren a temperatura ambiente.
	2% Glutaraldehído (Cidex®)▲ Mezclar según las indicaciones del fabricante.	20 minutos o siga las indicaciones del fabricante	Sumerja completamente las piezas desarmadas. Después del procesamiento enjuague todas las piezas con agua hervida o estéril. Deseche la solución 14 días después de haberla mezclado o antes si ésta se enturbia. No usar a temperaturas inferiores a 77 °F (25 °C).
	Glutaraldehído (otras soluciones)▲ Mezclar según las indicaciones del fabricante.	Siga las indicaciones del fabricante	Sumerja completamente las piezas desarmadas. Después del procesamiento enjuague todas las piezas con agua hervida o estéril. Por lo general, se desecha la solución 14 días después de haberse mezclado o antes si ésta se enturbia.
	Sporox▲	30 minutos	Sumerja completamente las piezas desarmadas. Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua hervida o estéril. Deseche la solución a los 21 días o antes según lo indicado por los resultados de los viales de prueba del SPOROX®. Use a 68 °F (20 °C).
	Cidex OPA▲	12 minutos	Sumerja completamente las piezas desarmadas. Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua hervida o estéril. Deseche la solución a los 14 días o antes según lo indicado por las tiras reactivas de la solución Cidex OPA. No usar a temperaturas inferiores a 68 °F (20 °C). Nota: El Cidex OPA decolora el revestimiento del aspirador Ipas AMEU plus y del aspirador Ipas de válvula sencilla.

Los aspiradores de Ipas deben someterse a la DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL O LA ESTERILIZACIÓN DESPUÉS DE CADA USO.

* **PRECAUCIÓN:** Nunca debe hervir o poner en el autoclave a vapor el émbolo del aspirador Ipas de válvula sencilla, ya que emitiría formaldehído. No intercambie los émbolos entre los diferentes tipos de aspiradores.

▲ Los agentes líquidos usados en el procesamiento del instrumental son sustancias nocivas. Al procesar el instrumental, debe tomar las precauciones necesarias, tal como usar equipo de protección personal. Para establecer su uso seguro, remítase a las indicaciones de seguridad del fabricante.

Anexo B: Métodos para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus, los adaptadores y las cánulas Ipas EasyGrip (continuación)

Procesamiento de las cánulas IpasEasyGrip			
Método	Agente	Tiempo	Precauciones
Esterilización	Autoclave a vapor* (aspirador Ipas AMEU Plus y adaptadores solamente)	La esterilización se logra a una temperatura de 121 °C (250 °F) durante 30 minutos y a una presión de 106kPa (15 lbs/in2) No utilizar otros parámetros de esterilización en autoclave. Específicamente, no usar parámetros altos por plazos más cortos (conocido como "ciclo flash de autoclave").	Envuelva las piezas del aspirador desarmado en tela o papel. El vapor debe penetrar todas las superficies. Las piezas no deben tocarse entre sí y deben colocarse de manera que las aberturas no queden obstruidas para permitir el drenaje. El aro de seguridad del aspirador Ipas AMEU Plus debe retirarse completamente (no debe estar aguantado por el clip de sujeción). Antes de usarlas, permita que se enfríen hasta que estén a temperatura ambiente.
	2% Glutaraldehído (Cidex)▲ Mezclar según las indicaciones del fabricante	10 horas	Sumerja completamente las piezas desarmadas. Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua estéril. Deseche la solución a los 14 días de haberla mezclado o antes si ésta se enturbia.
	Glutaraldehído (otras soluciones)▲ Mezclar según las indicaciones del fabricante	Siga las indicaciones del fabricante.	Sumerja completamente las piezas desarmadas. Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua estéril. Por lo general, la solución se desecha 14 días después de haberse mezclado o antes si ésta se enturbia.
	STERRAD® 100S (aspirador Ipas AMEU Plus y adaptadores solamente)	55 minutos	Coloque las piezas desarmadas del instrumental con una tira indicadora química en una bandeja o bolsa aprobadas para su uso con este sistema.
	SporoxII▲	6 horas	Sumerja completamente las piezas desarmadas. Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua estéril. Deseche la solución después de 21 días o antes según lo indicado por los resultados de los viales de prueba del SPOROX®. Usar a 68 °F (20 °C).

Los aspiradores de Ipas deben someterse a la **DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL O LA ESTERILIZACIÓN DESPUÉS DE CADA USO**.

* **PRECAUCIÓN:** Nunca debe hervir o poner en el autoclave a vapor el émbolo del aspirador Ipas de válvula sencilla, ya que emitiría formaldehído. No intercambie los émbolos entre los diferentes tipos de aspiradores.

▲ Los agentes líquidos usados en el procesamiento del instrumental son sustancias nocivas. Al procesar el instrumental, debe tomar las precauciones necesarias, tal como usar equipo de protección personal. Para establecer su uso seguro, remítase a las indicaciones de seguridad del fabricante.

Anexo B: Métodos para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus, los adaptadores y las cánulas Ipas EasyGrip (continuación)

Procesamiento de las cánulas IpasEasyGrip			
Método	Agente	Tiempo	Precauciones
Desinfección de alto nivel (DAN)	Cloro▲ Diluido al 0.5%.	20 minutos	Las piezas deben estar completamente sumergidas. Cambie la solución a diario o más a menudo si ésta se enturbia. Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua estéril o hervida.
	Agua hirviendo	20 minutos	Los objetos no necesitan estar completamente sumergidos. Las cánulas podrían decolorarse sin que afecte su funcionamiento. Si se agarra las cánulas mientras están calientes, podría ocasionar que se aplanen. Deje que el agua se enfríe antes de sacar las cánulas y sujételas por el extremo del adaptador/base.
	2% Glutaraldehído (Cidex)▲ Siga las indicaciones del fabricante para su mezcla.	20 minutos o siga las indicaciones del fabricante	Las piezas deben estar completamente sumergidas. Deseche la solución a los 14 días de haberla mezclado o antes si ésta se enturbia. No usar a temperaturas inferiores a 77 °F (25 °C). Después del procesamiento, enjuáguelos con agua estéril o hervida.
	Glutaraldehído (otras soluciones)▲ Siga las indicaciones del fabricante para su mezcla.	Siga las indicaciones del fabricante.	Las piezas deben estar completamente sumergidas. Por lo general, la solución se desecha a los 14 días de haberse mezclado o antes si ésta se enturbia. Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua hervida o estéril.
	SporoxII▲	30 minutos	Los objetos deben estar completamente sumergidos. Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua estéril o hervida. Deseche la solución a los 21 días o antes según lo indicado por los resultados de los viales de prueba del SPOROX® Usar a 68 °F (20 °C).
	CidexOPA▲	12 minutos	Las piezas deben estar completamente sumergidas. Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua estéril o hervida. Deseche la solución después de 14 días o antes según lo indiquen las tiras reactivas de la solución del Cidex OPA. No usar a temperaturas inferiores a 68 °F (20 °C). Nota: El CidexOPA decolora el revestimiento del aspirador Ipas AMEU Plus y del aspirador Ipas de válvula sencilla.

Las cánulas IpasEasyGrip deben ser sometidas a la DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL O LA ESTERILIZACIÓN DESPUÉS DE CADA USO.

▲ Los agentes líquidos usados en el procesamiento del instrumental son sustancias nocivas. Al procesar el instrumental, debe tomar las precauciones necesarias, tal como usar equipo de protección personal. Para establecer su uso seguro, remítase a las indicaciones de seguridad del fabricante.

Además de estas opciones de esterilización y desinfección de alto nivel, las cánulas IpasEasyGrip pueden ser esterilizadas con óxido de etileno (OET). El aspirador Ipas AMEU Plus no debe ser procesado por este método.

Anexo B: Métodos para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus, los adaptadores y las cánulas Ipas EasyGrip (continuación)

Procesamiento de las cánulas IpasEasyGrip			
Método	Agente	Tiempo	Precauciones
Esterilización	Autoclave a vapor*	La esterilización se logra a una temperatura de 121 °C (250 °F) durante 30 minutos y a una presión de 106kPa (15 lbs/in2) No utilizar otros parámetros de esterilización en autoclave. Específicamente, no usar parámetros altos por plazos más cortos (conocido como "ciclo flash de autoclave")	El vapor debe penetrar todas las superficies. Las piezas no deben tocarse entre sí y deben colocarse de manera que las aberturas no queden obstruidas para permitir el drenaje. Las cánulas IpasEasyGrip, especialmente las de menor tamaño, podrían ponerse curvas en el autoclave a vapor. Para minimizar esto, envuélvalas en tela o papel y coloque el paquete de manera que esté plano a lo largo del lado o en la parte inferior del autoclave. Asegúrese de que no haya otros objetos en el autoclave colocados de manera que pudieran causar que las cánulas se doblen.
	2% Glutaraldehído (Cidex)▲ Siga las indicaciones del fabricante para su mezcla	10 horas	Las piezas deben estar completamente sumergidas. Deseche la solución a los 14 días de haberla mezclado o antes si ésta se enturbia. No usar a temperaturas inferiores a 77 °F (25 °C). Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua estéril.
	Glutaraldehído (otras soluciones)▲ Siga las indicaciones del fabricante para su mezcla.	Siga las indicaciones del fabricante.	Las piezas deben estar completamente sumergidas. Por lo general, la solución se desecha a los 14 días de haberse mezclado o antes si ésta se enturbia. Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua estéril.
	SporoxII▲	6 horas	Las piezas deben estar completamente sumergidas. Deseche la solución a los 21 días o antes según lo indicado por los viales de prueba del SPOROX. Usar a 68 °F (20 °C). Después del procesamiento, enjuague todas las piezas con agua estéril.

Las cánulas IpasEasyGrip deben ser sometidas a la **DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL O LA ESTERILIZACIÓN DESPUÉS DE CADA USO**.

▲ Los agentes líquidos usados en el procesamiento del instrumental son sustancias nocivas. Al procesar el instrumental, debe tomar las precauciones necesarias, tal como usar equipo de protección personal. Para establecer su uso seguro, remítase a las indicaciones de seguridad del fabricante.

Además de estas opciones de esterilización y desinfección de alto nivel, las cánulas IpasEasyGrip pueden ser esterilizadas con óxido de etileno (OET). El aspirador Ipas AMEU Plus no debe ser procesado por este método.

Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus

Temas clave en este módulo:

- Preparación para el procedimiento de AMEU
- Manejo del dolor
- Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus
- Cuidados post-procedimiento
- Cuidados de seguimiento
- Consideraciones especiales: las mujeres jóvenes

1.0 Introducción

El objetivo de este módulo es explicar los pasos en que consiste el procedimiento de aspiración manual endouterina

(AMEU) utilizando el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip, los cuales en la actualidad son fabricados y distribuidos mundialmente por WomanCare Global (WCG). WCG es una organización sin fines de lucro, que se dedica a trabajar en colaboración con otras organizaciones en todo el mundo con el fin de mejorar la vida de las mujeres al proporcionarles acceso a productos de calidad y a precios razonables para la salud reproductiva. Para mayor información, visite www.womancareglobal.org.

El tratamiento de atención posaborto puede ser una situación de emergencia, y la condición de la mujer puede cambiar rápidamente en cualquier momento durante la atención. El/la prestador/a de servicios debe estar alerta a los cambios emocionales y físicos que la mujer pueda presentar durante el procedimiento; estos cambios podrían indicar una complicación.

2.0 Preparación

Antes del procedimiento de AMEU:

- Brindar consejería a la mujer y obtener su consentimiento informado (Por favor remítase al módulo Consentimiento informado, información y consejería.)
- Realizar una evaluación clínica, que incluya un examen físico (Por favor remítase al módulo Evaluación clínica.)
- Discutir sus necesidades anticonceptivas (Por favor remítase al módulo Servicios de anticoncepción)

2.1 Explicando a la mujer el procedimiento de AMEU

Antes del procedimiento, la mujer debe recibir indicaciones sobre lo que podría experimentar, cuándo acudir para una consulta de control, y cuándo y dónde buscar atención médica en caso de que surja alguna complicación. Debido a que es posible que ciertos términos le sean desconocidos a la mujer, el/la prestador/a de servicios de salud debe usar palabras sencillas. Si la mujer recibe información correcta y completa sobre qué debe esperar, esto podría ayudarla a sentirse más preparada. Asimismo, las palabras reconfortantes y el apoyo durante el proceso de evacuación endouterina podrían ser de gran ayuda. (Por favor remítase al módulo Consentimiento informado, información y consejería.)

2.2 Evaluación clínica: examen físico

La evaluación clínica antes de la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus consiste en establecer la edad gestacional, determinar el tamaño uterino, evaluar el estado

de salud general de la mujer y cualquier contraindicación o precaución.

Precauciones que se deben tomar antes de efectuar el procedimiento de AMEU

Antes de comenzar, es importante que el/la prestador/a de servicios de salud confirme el tamaño y la posición del útero para asegurarse de que la AMEU sea el método más indicado para la evacuación endouterina. Los fibromas grandes u otras anomalías uterinas podrían dificultar determinar el tamaño uterino y efectuar procedimientos intrauterinos, incluida la AMEU. Por lo tanto, cada prestador/a de servicios de salud debe estar bien capacitado para determinar la edad gestacional antes de utilizar la técnica de AMEU. Antes del procedimiento de aspiración por vacío, se debe administrar antibióticos profilácticos. (Por favor remítase al módulo Evaluación Clínica.)

No se conoce ninguna contraindicación para practicar la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.

2.3 Necesidades anticonceptivas

Una mujer podría ovular casi inmediatamente después del procedimiento de AMEU. Por lo tanto, toda mujer que no desee quedar embarazada debe egresar de la unidad de salud con un método anticonceptivo eficaz. Si la mujer desea un anticonceptivo de largo plazo o la esterilización, pero no es posible proporcionarlos, se debe suministrar un método provisional junto con una referencia a los servicios correspondientes. Por lo general, todos los anticonceptivos modernos pueden usarse inmediatamente después del procedimiento de AMEU en el primer trimestre, siempre y cuando no existan contraindicaciones. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad solo deben usarse una vez que la mujer haya tenido por lo menos un periodo menstrual después de la atención postaborto y solo si sus ciclos menstruales eran regulares antes de la evacuación endouterina. El DIU, los implantes y los inyectables pueden proporcionarse en la sala de procedimientos.

(Por favor remítase al módulo Servicios de anticoncepción.)

3.0 Manejo del dolor

La mayoría de las mujeres que necesitan tratamiento de atención postaborto posiblemente estén sintiendo dolor relacionado con las complicaciones o sentirán dolor durante el procedimiento. Muchos profesionales de la salud subestiman la intensidad del dolor que siente la mujer durante la aspiración por vacío. A todas las mujeres que acudan por atención postaborto, se les debe ofrecer todas las opciones disponibles para el manejo del dolor y

proporcionar estos servicios sin demora. Las y los profesionales de la salud siempre deben ofrecer atención con amabilidad y respeto, proporcionando a las mujeres información que ayude a tranquilizarlas y a disminuir su dolor y ansiedad.

3.1 Factores que influyen en el dolor que sienten las mujeres que reciben atención postaborto

Aunque la mayoría de las mujeres sienten dolor durante el procedimiento de aspiración por vacío, cada mujer es diferente y la forma en que reacciona al dolor varía ampliamente. Cada prestador/a de servicios de salud debe evitar los estereotipos o hacer supuestos acerca del umbral de dolor de una mujer. El manejo del dolor debe tratar tanto los aspectos físicos del dolor como sus contribuyentes psicológicos. Entre los aspectos físicos asociados con mayor dolor durante la aspiración endouterina figuran la nuliparidad, la edad joven, la edad gestacional más avanzada y la dismenorrea. Los elementos psicosociales como la ansiedad y la depresión también han sido asociados con mayor dolor. Algunos aspectos del procedimiento que pueden afectar el grado de dolor son: la dilatación cervical, la manipulación del útero, la técnica y habilidad clínica del prestador de servicios y el entorno físico. Aunque algunas mujeres tienen mayor tolerancia al dolor, es necesario ofrecer y suministrar a cada mujer opciones para el manejo del dolor. La mujer tiene derecho a rechazarlo si no lo desea.

3.2 Plan para el manejo del dolor

Antes de comenzar el procedimiento, el/la prestador/a de servicios debe formular un plan para el manejo del dolor con la participación de la mujer. El objetivo de este plan es disminuir cualquier dolor físico y ansiedad, y a la vez minimizar los riesgos y efectos secundarios de los medicamentos.

Durante la evacuación endouterina, se puede disminuir el dolor con una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical, la habilidad clínica del prestador de servicios de aplicar una técnica suave y un ambiente tranquilo. La sedación consciente puede ser una opción en las unidades de salud que la ofrecen. La anestesia general aumenta el riesgo de complicaciones y no se recomienda para procedimientos rutinarios.

- Explique que, por lo general, el procedimiento de AMEU dura menos de 10 minutos, pero que durante ese tiempo y quizás después posiblemente sienta molestias.
- Hable acerca de las diversas opciones disponibles para disminuir el dolor así como sus posibles efectos secundarios.

- Decidan juntos sobre un plan para el manejo del dolor y dele control a la mujer sobre qué métodos usar. El/la prestador/a de servicios de salud puede aumentar la satisfacción de la mujer al permitirle elegir el método más indicado para su situación personal.

Cada unidad de salud debería elaborar un protocolo viable para el manejo del dolor, en base a los insumos que tiene disponibles.

3.3 Métodos no farmacológicos para el manejo del dolor

Los métodos no farmacológicos, tales como apoyo verbal y físico, una técnica suave y un entorno tranquilo, pueden disminuir tanto la ansiedad como la percepción de dolor, y deberían considerarse para cada procedimiento de AMEU. La percepción de dolor por parte de la mujer se verá afectada en gran medida por el nivel de ansiedad y la cantidad de información que reciba acerca del procedimiento. La atención respetuosa y de apoyo brindada por el personal de salud ayuda a disminuir la ansiedad y el dolor, y debería ser una parte esencial de la atención. El/la prestador/a de servicios de salud puede preguntarle a la mujer qué métodos de apoyo prefiere. Posiblemente se sienta más tranquila y cómoda si una enfermera, un/a asistente o un/a acompañante están con ella durante el procedimiento. El/la prestador/a de servicios y el/la acompañante de la mujer podrían preguntarle de antemano sobre qué medidas de apoyo prefiere que le ofrezcan.

Apoyo verbal y físico

El apoyo verbal y físico antes, durante y después del procedimiento podría ayudar a que algunas mujeres se relajen.

Algunos programas y profesionales de la salud utilizan el término “verbocaína” o “anestésico verbal” para denominar este proceso de apoyo verbal. **Sin embargo, el apoyo verbal no es un sustituto de los métodos farmacológicos para el control del dolor, sino un complemento útil.** Es posible que la mujer desee silencio o quizás una conversación que la distraiga, o información sobre cada paso del procedimiento antes de que suceda. Por ejemplo, el/la prestador/a de servicios podría informarle que los cólicos que siente hacia el final del procedimiento indican que casi están terminando. También debería determinar su preferencia en cuanto al contacto físico, tal como si prefiere que le sujeten la mano o le acaricien el brazo.

Técnica suave

Cada prestador/a de servicios de salud debe siempre brindar un trato amable al hacer contacto físico con la mujer, como asegurarse de que el instrumental tenga una temperatura

Ejemplo de un plan para el manejo del dolor

- *Administración de analgésicos orales 30 minutos antes del procedimiento de AMEU*
- *Bloqueo paracervical*
- *Uso de métodos no farmacológicos, como el apoyo verbal y una técnica suave.*

Expresiones positivas del personal de salud que pueden contribuir al apoyo verbal

“¿Qué puedo hacer para brindarle una ayuda más eficaz?”

“¿Cuál cree que será la parte más difícil para usted?”

“No puedo prometerle que no sentirá dolor, pero sí puedo prometerle que efectuaré el procedimiento de la manera más suave posible.”

“Permaneceré a su lado y podrá apretar mi mano durante el procedimiento”.

(Adaptado de Stewart et al., 2002)

agradable. Al introducir y desplazar el instrumental, el profesional de la salud debe hacerlo con movimientos no bruscos y una técnica suave. Es importante que el profesional de la salud informe a la mujer cuando la va a tocar y le explique lo que va a sentir antes de tocarla. Los movimientos bruscos o repentinos podrían causarle mayores molestias y dolor.

Ambiente tranquilo

El personal de la unidad de salud puede crear un ambiente que tranquilice a la paciente, con la ayuda de música e iluminación y decoración adecuadas. La música es un método eficaz para el manejo del dolor durante la evacuación endouterina con aspiración por vacío y también podría ser útil para la evacuación endouterina con misoprostol.

3.4 Métodos farmacológicos para el manejo del dolor

Medicamentos orales

En los ensayos clínicos, se ha demostrado que la premedicación con analgésicos no esteroideos, como el ibuprofeno o naproxeno, disminuye el dolor pre y post-procedimiento. Además, la premedicación con ansiolíticos orales tal como el lorazepam podría ser beneficiosa para algunas mujeres, pero la evidencia de los ensayos clínicos no respalda su uso rutinario.

Anestesia local

Se ha demostrado que el bloqueo paracervical con 20 ml de lidocaína al 1%, administrada tres minutos antes de la dilatación cervical, disminuye el dolor durante la dilatación y la aspiración. El bloqueo paracervical es un procedimiento de bajo riesgo, que puede ser practicado por médicos generales y profesionales de la salud de nivel intermedio antes de la aspiración endouterina.

Sedación consciente

La sedación consciente usando una combinación de medicamentos intravenosos, como el fentanilo y el midazolam, es un medio eficaz para el manejo del dolor, que incrementa el nivel de satisfacción con el procedimiento de evacuación endouterina. Sin embargo, la administración de sedación consciente aumenta el costo, la complejidad y la posibilidad de riesgos durante el procedimiento. Incrementar el monitoreo requiere mayor inversión por parte de la unidad de salud en la capacitación del personal y equipamiento para administrar la sedación consciente en condiciones de seguridad.

(Por favor remítase al Anexo A: Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU.) Todo medicamento

administrado a la mujer debería estar en pleno efecto en el momento de iniciarse el procedimiento. El/la prestador/a de servicios de salud debe monitorear y manejar los efectos secundarios y las complicaciones inducidas por el medicamento.

3.5 Manejo del dolor post-procedimiento

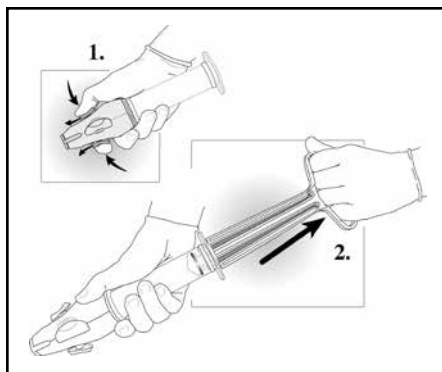
Debido a las contracciones del útero, cierto grado de dolor es normal, incluso después de un procedimiento de aspiración endouterina sin complicaciones. Si el dolor aumenta con el paso del tiempo, se debe realizar una evaluación clínica. Los analgésicos como el ibuprofeno pueden ayudar a aliviar los cólicos. Por lo general, no es necesario administrar narcóticos. Si se administran narcóticos antes, durante o después del procedimiento de evacuación endouterina, es posible que sea necesario vigilar de cerca a la paciente, según la vía, dosis y tipo de medicamento administrado. El/la prestador/a de servicios de salud debe informar a cada mujer acerca de las opciones disponibles para el manejo del dolor en el período post-procedimiento y proporcionarle indicaciones sobre cómo tomar los medicamentos que se le indiquen. Para mayor información, ver la sección 5.0 de este módulo.

(Para obtener mayor información acerca de las opciones de medicamentos para el manejo del dolor, por favor remítase al Anexo A: Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU.)

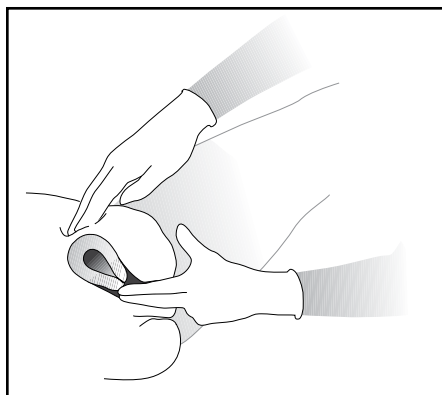
4.0 Procedimiento de evacuación endouterina

Pasos para efectuar el procedimiento de AMEU

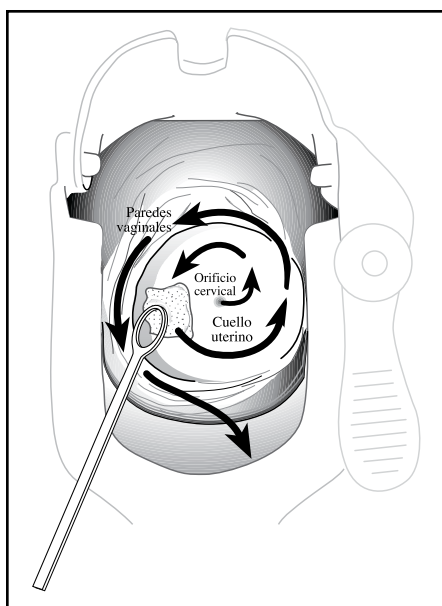
1. Preparar el instrumental.
2. Preparar a la mujer.
3. Efectuar la preparación antiséptica del cuello uterino.
4. Colocar el bloqueo paracervical.
5. Dilatar el cuello uterino.
6. Introducir la cánula.
7. Aspirar el contenido del útero.
8. Inspeccionar los restos ovulares.
9. Practicar cualquier procedimiento relacionado.
10. Tomar medidas inmediatas post-procedimiento, tal como el procesamiento del instrumental.



Crear el vacío



Efectuar el examen bimanual



Preparación cervical antiséptica

4.1 Pasos para efectuar el procedimiento de AMEU

Paso 1: Preparar el instrumental

Antes de comenzar el procedimiento de AMEU, el/la prestador/a de servicios de salud debe verificar que el aspirador conserva el vacío y luego crear el vacío para la evacuación durante el procedimiento. (Por favor remítase al módulo Instrumental de Ipas para la AMEU.)

Conviene tener a mano más de un aspirador preparado para utilizarse en el procedimiento de AMEU, especialmente cuando se prevé la aspiración de una cantidad abundante de contenido uterino, tal como sucede en los embarazos molares (mola hidatiforme). También es útil tener un aspirador de respaldo disponible y preparado para usarse en caso de que el primer aspirador tenga problemas técnicos. De lo contrario, el/la prestador/a de servicios debe estar preparado para vaciar y recargar rápidamente el aspirador de AMEU, según sea necesario. (Por favor remítase al Anexo B: Equipo y suministros para efectuar el procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.)

Paso 2: Preparar a la mujer

Administre el medicamento para el dolor para que surta máximo efecto en el momento de efectuar el procedimiento. Administre antibióticos profilácticos a todas las mujeres, así como antibióticos terapéuticos según sea necesario. Pida a la paciente que vacíe la vejiga. Cuidadosamente, ayude a la paciente a subirse a la mesa de procedimientos. Asegúrese de que está colocada en una posición segura y que ha dado permiso para empezar el procedimiento.

Lávese las manos y póngase las barreras necesarias, incluidos los guantes. Realice un examen bimanual a fin de confirmar o actualizar los hallazgos de la evaluación clínica realizada anteriormente. Antes de efectuar la evacuación endouterina, es fundamental determinar con exactitud el tamaño y la posición del útero.

Seleccione un espéculo. Si dispone de varios tamaños, utilice el tamaño más indicado para la mujer y el más propicio para el examen o procedimiento. Introduzca el espéculo.

Paso 3: Efectuar la preparación antiséptica del cuello uterino

Utilizando la "técnica de no tocar" en todo momento, el/la prestador/a de servicios de salud debe limpiar el orificio cervical y, si desea, las paredes vaginales con una esponja empapada en

antiséptico. Con una esponja nueva, empiece en el orificio cervical con un movimiento en espiral hacia fuera. Continúe hasta que haya cubierto el orificio completamente con antiséptico. No limpie el cuello uterino con la misma gasa que se utilizó para limpiar la vagina.

Paso 4: Colocar el bloqueo paracervical

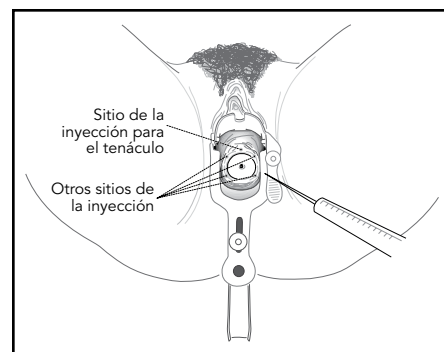
En la práctica clínica, las técnicas para colocar un bloqueo cervical varían según la preferencia de cada prestador/a de servicios de salud. Con pequeñas variantes, la técnica siguiente tiene aceptación general. Para minimizar el riesgo clínico, use la dosis de anestésico más baja posible, generalmente de 10 a 20 ml de una solución de lidocaína del 0.5% al 1%. Cuando se usa lidocaína, la dosis recomendada es menos de 200 mg por persona, ya que a ese nivel se presenta toxicidad. La solución de lidocaína debe introducirse en la unión cervicovaginal, la cual marca la transición entre el epitelio liso cervical y el tejido vaginal. Al compararse con el tejido cervical, la mucosa vaginal es más elástica y tiene una apariencia plegada. Después de introducir la aguja, pero antes de inyectar el anestésico local, aspire siempre retirando suavemente el émbolo hacia fuera para asegurarse de que la aguja no haya penetrado un vaso sanguíneo. Si hay algún rastro de sangre en la jeringa, no inyecte; busque otro sitio para inyectar y aspire de nuevo antes de inyectar.

Paso 5: Dilatar el cuello uterino

Para la atención postaborto, es posible que la mujer tenga el orificio cervical abierto y no necesite dilatación. La dilatación no es necesaria cuando el cuello uterino permite el paso ajustado de una cánula de tamaño indicado a través del orificio cervical. Sin embargo, la dilatación cervical es un paso indispensable si el cuello uterino se encuentra cerrado o todavía no está lo suficientemente dilatado. (Para obtener más información sobre los tamaños de las cánulas, por favor remítase al módulo Instrumental de Ipas para la AMEU.)

Es esencial examinar cuidadosamente la posición del útero y del cuello uterino y utilizar suavemente el instrumental que corresponda a la anatomía de la mujer. Dilate el cuello uterino según sea necesario para permitir que una cánula de tamaño aproximado al tamaño uterino quepa ajustadamente a través del orificio cervical.

El profesional de la salud debe dilatar suavemente y nunca ejercer fuerza. Utilice dilatadores mecánicos o cánulas de AMEU de tamaño progresivamente mayor, teniendo cuidado de no desgarrar el cuello uterino o hacer una perforación. Se puede utilizar un tenáculo para enderezar el orificio cervical a fin de facilitar el paso de los dilatadores. Pueden ocurrir perforaciones uterinas, especialmente si el/la prestador/a de servicios de salud no calcula

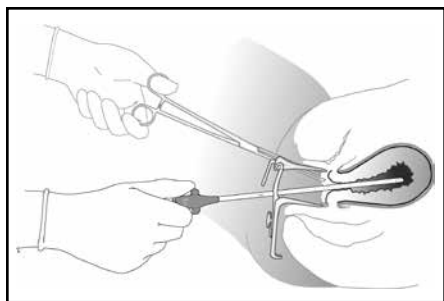


Bloqueo paracervical

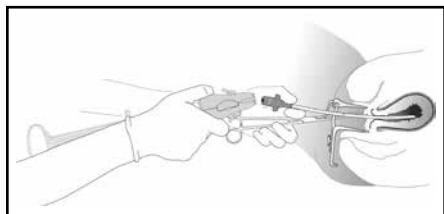
Técnica para el bloqueo paracervical

Se recomienda la siguiente técnica, ya que se ha demostrado que disminuye el dolor de la dilatación y la aspiración endouterina:

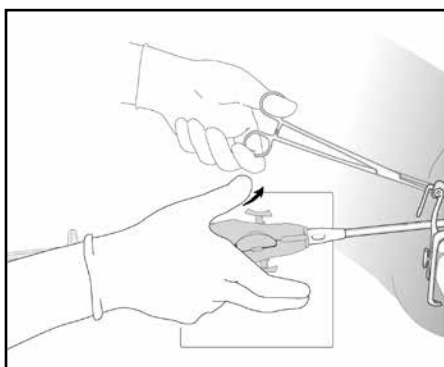
- Cargue una jeringa de 20 ml con lidocaína, amortiguada o no amortiguada, al 1%.
 - Para amortiguarla, use 18 ml de lidocaína al 1% con 2 ml de bicarbonato de sodio al 8.4%.
 - Conecte una aguja*raquídea No. 20 a la jeringa.
 - Inyecte 2 ml superficialmente en el cuello uterino en el sitio donde se colocará el tenáculo (12 horas, tomando como referencia la circunferencia del reloj).
 - Sujete el cuello uterino con el tenáculo.
 - Inyecte los restantes 18 ml en cantidades iguales en la unión cervicovaginal a las 2, 4, 8 y 10 del reloj. La inyección es continua, de superficial a profunda, y de superficial a una profundidad de 3 cm. Aspire siempre antes de inyectar para evitar inyectar en una vena.
 - La dilatación comienza 3 minutos después de haber concluido el bloqueo paracervical.
- * También se puede usar otras agujas, tal como una aguja hipodérmica o la aguja de un juego intravenoso (venoclisis).



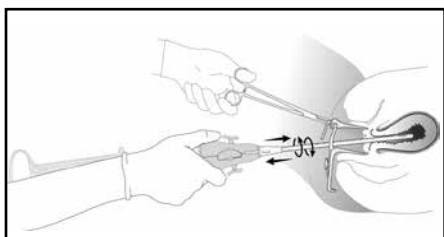
Introducir la cánula



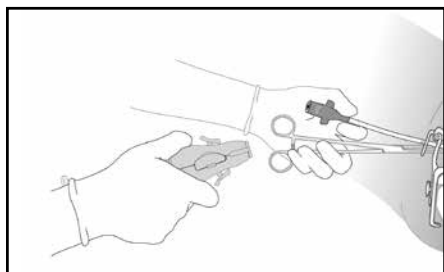
Conectar el aspirador



Soltar los botones



Evacuar el contenido uterino



Desconectar la cánula del aspirador

bien la posición, el tamaño y la profundidad del cuello uterino y del útero o introduce el instrumental con movimientos forzados.

La preparación del cuello uterino debe practicarse en mujeres con edades gestacionales mayores de 12 a 14 semanas, ya que éstas presentan mayor necesidad de dilatación cervical. El misoprostol podría utilizarse para la preparación cervical, en los lugares donde se encuentre disponible. La preparación del cuello uterino también podría ser útil en mujeres muy jóvenes o nulíparas con edad gestacional más baja, a criterio de cada prestador/a de servicios de salud. (Por favor remítase al Anexo C: Preparación cervical antes de la aspiración endouterina para un aborto del primer trimestre.)

Dilatación cervical

En casos de aborto inevitable o de aborto incompleto, es posible que el cuello uterino esté abierto lo suficiente para efectuar la evacuación endouterina con poca o ninguna dilatación cervical. En casos de aborto diferido, por lo general, la dilatación es necesaria. Ésta puede lograrse usando ya sea instrumental físico, como un dilatador de metal o plástico, o un medicamento, como el misoprostol.

Paso 6: Introducir la cánula

A medida que ejerce una tracción cervical suave, introduzca la cánula a través del mismo, hasta justo un poco más allá del orificio cervical interno y dentro de la cavidad uterina. O bien, desplace la cánula lentamente dentro de la cavidad uterina hasta tocar el fondo del útero y después retírela un poco. Para facilitar la introducción de la cánula, aplique movimientos de rotación a medida que ejerce una presión suave.

No introduzca la cánula forzosamente a través del orificio cervical y hacia dentro del útero. Forzar los movimientos puede causar daño al cuello uterino o una perforación uterina, lesiones a los órganos pélvicos y a los vasos sanguíneos. Esté alerta durante todo el procedimiento a los signos que puedan indicar la presencia de una perforación, y detenga la succión de inmediato si estos se presentan.

Paso 7: Aspirar el contenido uterino

Conecte el aspirador de AMEU ya cargado a la cánula, sujetando el tenáculo y el extremo de la cánula en una mano y el aspirador en la otra. Libere el vacío oprimiendo los botones hacia dentro; la aspiración iniciará de inmediato.

Evacúe el contenido del útero desplazando la cánula suave y lentamente con movimientos de rotación de 180 grados en cada dirección, realizando simultáneamente un movimiento leve de

adentro hacia afuera. Se observará tejido y sangre entrando en el cilindro del aspirador a través de la cánula. Es importante no retirar la abertura de la cánula más allá del orificio cervical, ya que esto ocasionaría la pérdida del vacío. Si esto ocurre, o si el aspirador se llena, desconecte la cánula del aspirador y restablezca el vacío.

Tenga presente que las cánulas Ipas EasyGrip se ajustan firmemente en el cuerpo de la válvula y que se debe tener cuidado al desconectar la cánula del aspirador.

Los siguientes signos indican que el útero se encuentra vacío:

- Se observa el paso de espuma roja o rosada a través de la cánula, pero no más restos ovulares;
- Se percibe una sensación de aspereza a medida que la cánula se desplaza sobre la superficie del útero evacuado;
- El útero se contrae alrededor de la cánula;
- La paciente se queja de tener dolor o cólicos, lo cual indica la presencia de contracciones uterinas.

Una vez concluido el procedimiento, oprima los botones y desconecte la cánula del aspirador. Esto puede hacerse con la ayuda de las alas. O bien, retire cuidadosamente la cánula y el aspirador al mismo tiempo sin soltar los botones. Mantenga el instrumental al alcance en caso de que necesite repetir la aspiración.

Paso 8: Inspeccionar los restos ovulares.

Para vaciar el contenido del aspirador en un recipiente adecuado, desconecte la cánula, si todavía está conectada, suelte los botones, si están oprimidos, y deslice el émbolo suave y completamente dentro del cilindro. No empuje el contenido del aspirador a través de la cánula, ya que se contaminaría. Mantenga el instrumental preparado en caso de que necesite repetir la aspiración.

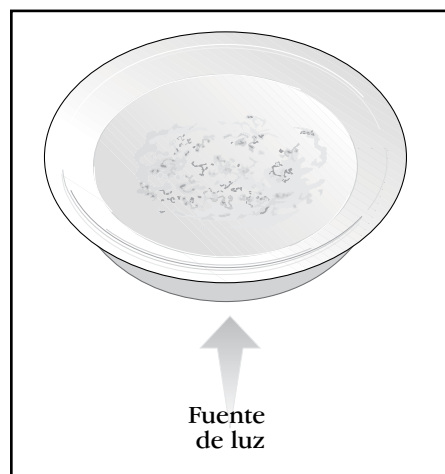
Inspeccione el tejido para determinar:

- La presencia y cantidad de restos ovulares (RO)
- Que ha sido una evacuación completa
- La presencia de un embarazo molar

Si la inspección visual no es concluyente, los restos deben sumergirse en agua o vinagre y examinarse colocando una luz debajo de éste. También puede enviarse una muestra de tejido a un laboratorio de patología, según sea necesario. Deben observarse vellosidades y decidua en el tejido, y la cantidad de tejido debe corresponder al tamaño uterino. En los casos de embarazo molar, por lo general se observarán vellosidades coriónicas con vesículas del tamaño de uvas.



Inspeccionar los restos ovulares



Inspección detallada del tejido

Si no se observan restos ovulares, si se extrajo menos tejido del útero que lo previsto o la muestra de tejido no es concluyente, esto podría indicar:

- *Aborto espontáneo* que ya se completó.
- *Continuación del aborto incompleto*: La cavidad uterina todavía contiene restos ovulares, aunque parecía estar vacía al final del procedimiento. Esto puede deberse a que se usó una cánula muy pequeña o a que se finalizó el procedimiento prematuramente.
- *Sospecha de embarazo ectópico*: Si no se observan vellosidades o decidua, debe considerarse la posibilidad de un embarazo ectópico, el cual debe evaluarse de inmediato.
- *Anomalía anatómica*: Por ejemplo, en la presencia de un útero bicorne o septado, la cánula puede haberse introducido en el lado del útero donde no se encontraba el embarazo.

Si después de inspeccionar el tejido, parece que aún hay restos ovulares en el útero, repita la aspiración.

Antes de retirar el espéculo, limpie el cuello uterino con una gasa limpia para determinar la cantidad de sangre proveniente del útero u otra parte. Si la paciente sigue sangrando significativamente o si se identifican otras complicaciones, el profesional de la salud debe intervenir según sea necesario. (Por favor remítase al módulo Complicaciones.)

Use su criterio clínico para determinar si es necesario realizar un examen bimanual para verificar el tamaño y la consistencia del útero.

Paso 9: Practicar cualquier procedimiento relacionado

Una vez concluido el procedimiento de AMEU, proceda con algún método anticonceptivo u otros procedimientos planificados para realizarse simultáneamente, tales como la inserción de un DIU o un implante, la esterilización femenina o reparar un desgarro cervical. El DIU puede colocarse inmediatamente después de un procedimiento de aspiración endouterina sin complicaciones, si no hay signos o síntomas de infección.

Paso 10: Tomar medidas inmediatas post-procedimiento, como el procesamiento del instrumental

Cuando se haya finalizado la evacuación endouterina y cualquier otro procedimiento, el/la prestador/a de servicios de salud debe tomar las siguientes medidas:

- Procesar o desechar de inmediato todo el instrumental, incluido el aspirador y las cánulas, de conformidad con los

protocolos de procesamiento del instrumental. (Por favor remítase al módulo Instrumental de Ipas para la AMEU.)

- Quitarse las barreras, tal como los guantes, y lavarse las manos.
- Tranquilizar a la mujer e informarle que el procedimiento ha concluido.
- Ayudarla a colocarse en una posición cómoda de descanso en la mesa de operaciones.
- Ayudar a trasladarla a la sala de recuperación.
- Registrar la información sobre el procedimiento de conformidad con el protocolo local.

4.2 Resolución de problemas técnicos relacionados con el instrumental

El problema más común que se observa con el instrumental de AMEU es la pérdida de vacío. En la mayoría de los procedimientos de AMEU, el vacío del aspirador se mantiene constante hasta que el aspirador se llena aproximadamente al 80% de su capacidad, o 50 ml. Sin embargo, una disminución en el vacío podría ocurrir antes de finalizar la aspiración debido a las siguientes razones:

- El aspirador está lleno;
- La cánula se ha retirado más allá del orificio cervical externo;
- La cánula está obstruida;
- El aspirador se armó incorrectamente.

El aspirador está lleno

Si el cilindro se llena e impide la aspiración:

- Oprima los botones.
- Desconecte el aspirador de la cánula, dejando la cánula en su posición dentro del útero.
- Vacíe el aspirador en un recipiente, soltando los botones y empujando el émbolo dentro del cilindro, o reponga el aspirador.
- Restablezca el vacío en el aspirador, conéctelo a la cánula y reanude la aspiración.

Nota: Muchos profesionales de la salud mantienen a mano, durante el procedimiento, un segundo aspirador ya cargado para cambiar de aspirador si el primero se llena.

La cánula se retira prematuramente

Si la abertura de la cánula se retira accidentalmente del útero, más allá del orificio cervical externo, saque la cánula, teniendo cuidado de no contaminarla mediante el contacto con las paredes vaginales u otras superficies no estériles:

- Desconecte el aspirador de la cánula, vacíelo y luego vuelva a cargarlo.
- Reintroduzca la cánula si no se ha contaminado. De lo contrario, introduzca otra cánula estéril o desinfectada a alto nivel (DAN).
- Vuelva a conectar el aspirador, libere el vacío y continúe la aspiración.

Obstrucción de la cánula

Si se obstruye la cánula, se observará la ausencia de restos ovulares o se verá entrar burbujas en el aspirador:

- Deslice la cánula hacia el orificio cervical externo, pero no a través de éste. A menudo este movimiento desbloquea la cánula.

Si esto no desbloquea la cánula:

- Oprima los botones de la válvula y retire la cánula del útero con cuidado para evitar que se contamine.
- Saque el tejido de la abertura de la cánula con unas pinzas estériles o sometidas a DAN.
- Reintroduzca la cánula usando la técnica de no tocar.
- Reconecte el aspirador y continúe el procedimiento.

Precaución: Nunca intente desbloquear la cánula empujando el émbolo de vuelta dentro del cilindro.

El aspirador se armó incorrectamente

Si el aspirador no conserva el vacío, vuelva a armarlo y pruebe de nuevo el vacío. Lo más probable es que el armado incorrecto sea la causa de la pérdida del vacío. (Por favor remítase al Anexo G: Consejos para el uso del aspirador Ipas AMEU Plus y al módulo Instrumental de Ipas para la AMEU.)

5.0 Cuidados post-procedimiento

Los cuidados post-procedimiento son todos los servicios que se proporcionan a la paciente una vez concluidos los procedimientos médicos y antes de darle de alta. Es necesario garantizar que toda complicación que ocurra durante o inmediatamente después de

la atención médica sea detectada y manejada antes de su egreso. Los cuidados post-procedimiento brindan la oportunidad de proporcionar información a la mujer sobre cómo reconocer y buscar tratamiento para las complicaciones que pudieran surgir una vez que haya egresado de la unidad de salud. Además, es un momento excelente para conversar e iniciar el uso de un método anticonceptivo, si la mujer elige uno.



Tomar los signos vitales

5.1 Monitoreo físico

Inmediatamente después de concluir el procedimiento de aspiración endouterina, se debe tomar los signos vitales de la paciente. Luego se debe permitir que descanse y continúe su recuperación mientras se vigila, hasta que sus signos vitales regresen a la normalidad. La duración del período de recuperación varía según el cuadro clínico de la mujer, el grado de facilidad del procedimiento, los tipos de medicamentos administrados para el dolor y cualquier otro procedimiento efectuado. El objetivo del monitoreo es:

- Asegurar que se recupere adecuadamente del procedimiento, así como de los medicamentos perioperatorios;
- Detectar y manejar los síntomas de las complicaciones post-procedimiento;
- Brindar consejería y referencias a otros servicios para atender otras necesidades de salud reproductiva, incluyendo la consejería y servicios de anticoncepción;
- Proporcionar información a la paciente sobre qué esperar y qué hacer después de su egreso de la unidad de salud.

Mientras que la mujer se está recuperando, el profesional de la salud debe monitorear de cerca su estado fisiológico, incluidos los signos vitales, de conformidad con los protocolos de la unidad de salud. Debe valorar el sangrado de la mujer por lo menos dos veces antes de darla de alta para verificar que los cólicos y el sangrado hayan disminuido. Entre los métodos que pueden utilizarse figuran pedirle a la mujer que describa su sangrado, examinar su ropa para ver si ha sangrado en exceso y evaluar su aspecto físico. Las mujeres que sufren una pérdida excesiva de sangre, podrían verse pálidas y encontrarse cada vez más débiles, posiblemente con pérdida del conocimiento o dolor abdominal. Podrían sufrir una bajada de presión o un aumento en la frecuencia cardíaca. El sangrado excesivo o los cólicos agudos y prolongados no son normales.

Si se observan algunos de los siguientes síntomas durante el período post-procedimiento, será necesario proporcionar atención médica inmediata o referir a la paciente a otros servicios de salud donde pueda recibir dicha atención:

- *Deterioro físico significativo, reflejado en los signos vitales o en su estado fisiológico.*
- *Mareos, dificultad respiratoria o desmayos:* Estos síntomas pueden presentarse debido a la pérdida de sangre interna o externa o a una reacción vagal transitoria.
- *Sangrado vaginal abundante:* Aunque cierta cantidad de sangrado post-procedimiento es de esperarse, esta cantidad debería disminuir con el paso del tiempo. El sangrado excesivo podría ser un signo de aborto incompleto, atonía uterina (falta de tono normal del útero), laceración cervical u otras complicaciones.
- *Dolor abdominal o cólicos intensos.* Es normal que la paciente experimente algunos cólicos post-procedimiento, pero la intensidad de los cólicos debería disminuir con el paso del tiempo. Los cólicos agudos y persistentes podrían ser un signo de perforación uterina o hematómetra postaborto, es decir, la colección de sangre en el útero que puede ocurrir después de la evacuación endouterina. El hematómetra postaborto puede presentarse ya sea inmediatamente después del procedimiento o varios días después. Entre los signos de un hematómetra figuran dolor y ensanchamiento del útero. Si una paciente presenta hematómetra será necesario repetir el procedimiento de aspiración.

5.2 Otros problemas de salud física

En caso de diagnóstico o sospecha de anemia, el/la prestador/a de servicios de salud debe hablar con la paciente sobre recomendaciones dietéticas y suplementos nutricionales. Entre los tratamientos para la anemia figuran las tabletas de hierro y los alimentos ricos en hierro, tales como las verduras de hojas verdes y la carne de res.

Para mayor información sobre el manejo del dolor post-procedimiento, vea la sección 3.5.



Explorar los sentimientos

5.3 Monitoreo y apoyo emocional

El personal de salud que atiende a las pacientes durante el período post-procedimiento debe estar capacitado para evaluar el estado emocional de las mujeres y responder con sensibilidad al mismo, así como para monitorear y atenderlas según corresponda. El estado emocional afecta la intensidad de dolor que la mujer siente y la rapidez con que se recupera. Cuando la paciente recibe apoyo emocional, puede entender y aceptar mejor su situación clínica, los cuidados recomendados y las posibles consecuencias para su salud.

Antes de dar de alta a la paciente, se le debe ofrecer consejería de apoyo. El/la prestador/a de servicios de salud puede remitirla a otros servicios, según sea necesario, tal como servicios de apoyo para mujeres que han sufrido violencia. (Por favor remítase al módulo Consentimiento informado, información y consejería.)

5.4 Consejería anticonceptiva

Lo ideal sería ofrecer consejería anticonceptiva antes del procedimiento (según se indica en la Sección 2.3) y que las mujeres elijan el método que desean. En la sala de recuperación, asegúrese de que la mujer sabe cómo usar el método anticonceptivo que escogió y conteste cualquier pregunta que ella tenga. Si la mujer no recibió consejería anticonceptiva antes del procedimiento, ésta puede brindarse durante el período de recuperación o antes de darla de alta. (Por favor remítase al módulo Servicios de anticoncepción.)

5.5 Recuperación y alta

Para la mayoría de las mujeres, el período de recuperación en la unidad de salud dura entre 30 minutos y una hora. Cada unidad de salud tiene diferentes protocolos post-sedación, pero una recuperación completa por lo general implica que la mujer está despierta, alerta y es capaz de caminar sin ayuda, que sus signos vitales son normales y que ella está de acuerdo en que se encuentra lista para irse. Además, debe presentar signos de una recuperación normal de la evacuación endouterina y cualquier otro procedimiento que se haya efectuado, por ejemplo, disminución del sangrado y del dolor abdominal.

Se puede dar de alta a la mujer tan pronto como se encuentre estable fisiológicamente y haya recibido toda la información necesaria sobre sus cuidados de seguimiento.

Después de un procedimiento rutinario de aspiración endouterina no es necesario fijar una cita de control. Sin embargo, es posible que algunas mujeres deseen hacer una visita de seguimiento para asegurarse de que no surgieron complicaciones a raíz del procedimiento o para hablar sobre la anticoncepción u otros asuntos de salud. Si la mujer desea una cita de seguimiento, su prestador/a de servicios de salud puede programarla antes de que la paciente salga de la unidad de salud.

Antes de su egreso, la mujer debe recibir consejería e información post-procedimiento, que incluya:

- Indicaciones de cómo tomar los medicamentos que se le han recetado;
- Información acerca de cuándo reanudar las relaciones sexuales, el regreso de la fertilidad y los anticonceptivos;



Proporcionar indicaciones de cómo tomar los medicamentos

Signos de peligro después de un aborto

Aconseje a la mujer que esté atenta a la aparición de signos y síntomas que necesitan atención médica inmediata:

- fiebre
- escalofríos
- vómitos
- desmayos
- dolor intenso
- sangrado abundante (mayor que el de una menstruación normal)

Los siguientes signos y síntomas deben vigilarse si empeoran con el paso del tiempo en vez de disminuir:

- cólicos persistentes (dolor abdominal, cólicos o dolor de espalda que duren más de unos días)
- dolor o distensión abdominal
- sangrado prolongado (más de dos semanas de sangrado ligero)
- secreción o flujo vaginal con olor raro o fétido
- retraso en la reanudación de la menstruación (más de ocho semanas)
- mareos

(Adaptado de la OMS 1995)

- Signos de una recuperación normal;
- Signos y síntomas que requieren atención de urgencia (ver recuadro);
- Indicaciones por escrito o en forma gráfica para obtener atención médica de urgencia, con información de contacto y números telefónicos de emergencia, a los que se pueda llamar las 24 horas, si existe este servicio;
- Una lista de servicios de consejería y otros servicios prestados en la unidad de salud o en la comunidad;
- La fecha, hora y lugar de la cita de control, si la desea.

La referencia a otros servicios para atender otras necesidades psicosociales y de salud reproductiva es una parte esencial de los servicios de atención postaborto. Las y los profesionales de la salud deben asegurarse de que cuando se da de alta a la mujer, cuente con toda la información y referencias necesarias para tomar decisiones informadas acerca de su salud, fertilidad y sus cuidados. (Por favor remítase al Anexo D: Ejemplo de formulario para referencia clínica, y al módulo Consentimiento informado, información y consejería.)

5.6 Egreso de las mujeres con complicaciones

Las mujeres que presentaron complicaciones antes, durante o después de la atención postaborto podrían necesitar indicaciones especiales antes de su egreso. El/la prestador/a de servicios debe recalcar la importancia de los cuidados de seguimiento. Además, es esencial que las y los profesionales y unidades de salud elaboren protocolos adecuados para dar seguimiento a las mujeres con alto riesgo de presentar complicaciones tardías o secuelas adversas.

Las mujeres que presentan complicaciones con el procedimiento de AMEU necesitan que se les proporcione información clara, basada en evidencia, sobre la situación y deben incluirse en la toma de decisiones acerca de sus opciones de tratamiento. Los temores en torno a las complicaciones, quizás agravados por el dolor, pueden sumarse al estrés emocional que en muchos casos acompaña el proceso de atención postaborto. Las mujeres afrontan mejor su situación cuando reciben información completa y tienen la oportunidad de hacer preguntas y expresar sus sentimientos.

(Por favor remítase al Anexo E: Hoja de información para el alta, y al módulo Complicaciones.)

6.0 Cuidados de seguimiento

El seguimiento de rutina después de la evacuación endouterina con AMEU no es necesario. Si se presentan complicaciones, la

mujer debe regresar a la unidad de salud de inmediato. Si la mujer desea una consulta de control, se puede concertar una cita opcional de 1 a 2 semanas después de la consulta de atención postaborto.

Si la mujer regresa para una cita de control, el/la prestador/a de servicios debe:

1. Confirmar la eficacia de la evacuación endouterina realizada:
 - a. Preguntar a la mujer cómo se ha sentido desde que se efectuó el procedimiento, incluido el patrón de sangrado y si los síntomas del embarazo han desaparecido o todavía continúan.
 - b. Hacer un examen físico.
 - c. Realizar un ultrasonido, si existe alguna duda, para establecer o descartar la presencia de un saco gestacional o un embarazo. El/la prestador/a de servicios puede realizar el ultrasonido o referirla a otros servicios especializados.
2. Estabilizar o brindar tratamiento por cualquier problema agudo que presente, o remitirla a otros servicios de salud, y asegurarse de que se haya resuelto toda complicación que haya tenido anteriormente.
3. Efectuar la aspiración por vacío para concluir el proceso en caso de que todavía presente aborto incompleto.
4. Informar a la mujer sobre qué debe esperar después de concluido el tratamiento o de continuar el mismo.
5. Examinar los resultados de los análisis de laboratorio.
6. Suministrar un método anticonceptivo, si lo desea y no se le había suministrado anteriormente.
7. Referir a la paciente a otros servicios médicos, ginecológicos o de consejería, según sea necesario.

La información correspondiente a cada uno de estos pasos se encuentra en este módulo, así como en los módulos Evaluación clínica, Complicaciones, Servicios de anticoncepción, y Consentimiento informado, información y consejería. Para obtener ejemplos de formularios útiles, vea el Anexo D: Ejemplo de formulario para referencia clínica, Anexo E: Hoja de información para el alta y Anexo F: Ejemplo del formulario para el seguimiento médico.

7.0 Consideraciones especiales: las mujeres jóvenes

La mayoría de los aspectos de la prestación de servicios de atención postaborto para las mujeres jóvenes son los mismos que para las mujeres adultas, pero existen ciertas consideraciones especiales que deben tenerse en cuenta. Es probable que sea la primera vez que la joven se somete a un examen pélvico, y es posible que se encuentre nerviosa o temerosa. Por lo tanto, el/la prestador/a de servicios de salud debe prestar especial atención a lo siguiente:

- Asegurarse de que tienen, como mínimo, privacidad visual y de ser posible, también privacidad auditiva;
- Explicarle lo que harán en cada paso;
- Realizar el examen con la mayor suavidad posible. Si dispone de varios tamaños de espéculos, use el tamaño más indicado para la joven y el más propicio para el examen o procedimiento en cuestión.

Una mujer nulípara tiene mayor probabilidad de presentar un cuello uterino más tenso; por lo tanto, es posible que necesite un proceso de dilatación más lento. Aunque mujeres de todas las edades necesitan manejo del dolor, se ha encontrado que, en promedio, la percepción del dolor y el uso de analgésicos son más altos en las mujeres jóvenes que en las mujeres adultas.

8.0 Resumen

- El tratamiento de la atención postaborto (APA) podría ser una situación de emergencia, en la cual el cuadro clínico de la mujer puede cambiar rápidamente en cualquier momento durante su atención. El/la prestador/a de servicios debe estar pendiente de cualquier cambio fisiológico o en las emociones de la paciente durante todo el procedimiento, ya que estos cambios podrían indicar complicaciones.
- Las mujeres que se encuentran inestables debido a una hemorragia o septicemia necesitan ser estabilizadas y luego empezar el tratamiento de inmediato. El tratamiento podría requerir una evacuación endouterina inmediata.
- La dilatación cervical es necesaria en algunos casos.
- Se debe administrar sin demora medicamentos para el manejo del dolor, incluido el bloqueo paracervical, para manejar el dolor causado por la manipulación cervical. El/la prestador/a de servicios debe ofrecer siempre cuidados amables y respetuosos, y proporcionar información adecuada, que puede ayudar a la mujer a permanecer tranquila y reducir su ansiedad y dolor.

- Antes de practicar el procedimiento de AMEU, el/la prestador/a de servicios debe realizar una evaluación clínica que incluya un examen físico y, si es posible, debe asesorar a la mujer, obtener su consentimiento informado y conversar con ella acerca de sus necesidades anticonceptivas. Si no puede brindar consejería antes del tratamiento, se debe ofrecer una sesión formal de consejería durante el período de recuperación.
- Antes de efectuar el procedimiento de evacuación endouterina, se debe realizar una evaluación del tamaño y la posición del útero. El/la prestador/a de servicios de salud no debe intentar la evacuación del útero hasta que haya determinado su tamaño.
- Antes del procedimiento se debe administrar antibióticos profilácticos.
- Se debe ofrecer manejo del dolor a todas las mujeres que acuden a los servicios de aborto y éste debe proporcionarse sin demora. Las y los profesionales de la salud siempre deben ofrecer servicios respetuosos y amables y proporcionar la información necesaria, lo cual puede ayudar a que la mujer se mantenga tranquila y reducir su ansiedad y el dolor.
- El dolor y las molestias durante el procedimiento de AMEU pueden reducirse con una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical, una técnica clínica suave y un entorno tranquilo.
- La dilatación cervical puede realizarse utilizando dilatadores mecánicos, cánulas de AMEU de tamaño progresivamente mayor, o misoprostol. Cuando una cánula del tamaño indicado pase ajustada y fácilmente a través del orificio cervical, la dilatación no es necesaria. La preparación cervical se recomienda en todas las mujeres que presentan una edad gestacional mayor de 12 a 14 semanas.
- Los signos que indican que el útero se ha evacuado son: el paso de espuma roja o rosada a través de la cánula, pero no más tejido; se percibe una sensación de aspereza a medida que la cánula se desplaza sobre las paredes del útero evacuado; el útero se contrae alrededor de la cánula; la paciente se queja de dolor o nota dolor, lo cual indica la presencia de contracciones uterinas.
- El tejido uterino evacuado debe inspeccionarse para determinar la presencia y cantidad de restos ovulares y señales de una evacuación completa o de un embarazo molar.

- Si no se observan restos ovulares, si se extrajo menos tejido que lo previsto, o la muestra de tejido no es concluyente, esto podría indicar: un aborto espontáneo que ya se completó, continuación del aborto incompleto, sospecha de embarazo ectópico, o anomalía anatómica.
- Los problemas técnicos que se pueden encontrar con el instrumental durante el procedimiento son: un aspirador lleno, una cánula obstruida o que se retira prematuramente, o la pérdida de vacío debida al armado incorrecto.
- El propósito del monitoreo post-procedimiento es asegurarse de que la mujer se esté recuperando debidamente, detectar y manejar cualquier complicación, ofrecer consejería y referencias y proporcionar indicaciones e información al alta.
- Después de un procedimiento rutinario de aspiración endouterina, no es necesario fijar una cita de seguimiento siempre y cuando la mujer tenga la información indicada para saber cuándo buscar atención médica para una emergencia y se le ha suministrado el método anticonceptivo de su elección. El/la prestador/a de servicios de salud puede programar una cita de seguimiento si la mujer desea asegurarse de que se encuentra bien después del procedimiento.
- Los protocolos para la referencia a otros servicios y las listas de recursos que proporcionan información sencilla, exacta y actualizada son elementos esenciales de un sistema eficaz de referencia.
- Es esencial proporcionar información a la mujer que la ayude a reconocer signos de peligro que puedan aparecer después de su egreso de la unidad de salud y buscar atención médica para estos.
- Se debe ofrecer consejería anticonceptiva a toda mujer y, si lo desea, un método anticonceptivo o referencia a otros servicios antes de darla de alta de la unidad de salud.

Referencias bibliográficas

Manejo del dolor

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L. y Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, 74(5), 407-413.

Atrash, H. K., Cheek, T. G. y Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 158(2), 420-424.

Bélanger, E., Melzack, R. y Lauzon, P. (1989). Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 36(3), 339-350.

Castleman, L. y Mann, C. (2009). *Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management* (Segunda edición.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Dalton, V. K. y Castleman, L. (2002). Manual vacuum aspiration for treatment of early pregnancy loss. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*, 22(19), 1-6.

De Oliveira, G. S., Agarwal, D. y Benzon, H. T. (2012). Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: a meta-analysis of randomized trials. *Anesthesia & Analgesia*, 114(2), 424-433.

Dean, G., Cardenas, L., Darney, P. y Goldberg, A. (2003). Acceptability of manual versus electric aspiration for first trimester abortion: a randomized trial. *Contraception*, 67(3), 201-206.

Goodman, S., Wolfe, M., Hufbauer, E., Flaxman, G., Jackson, E., Kaminski, A. y Nelson-Munson, K. (2012). *Early Abortion Training Workbook*, cuarta edición. San Francisco, CA: UCSF Bixby Center for Global Reproductive Health.

Mahomed, K., Healy, J. y Tandon, S. (1994). A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 46(1), 27-32.

Margolis, A., Leonard, A. H. y Yordy, L. (1997). Manejo del dolor para el tratamiento del aborto incompleto con la aspiración manual endouterina (AMEU). *Adelantos en el Tratamiento del Aborto*, 3(1).

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (Segunda edición). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Renner, R. M., Jensen, J. T., Nichols, M. D. y Edelman, A. B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, 81(5), 372-388.

Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H. y Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(5), 1030-1037.

Romero, I., Turok, D. y Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception*, 77(1), 56-59.

- Singh, R. H., Ghanem, K. G., Burke, A. E., Nichols, M. D., Rogers, K. y Blumenthal, P. D. (2008). Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion. *Contraception*, 78(2), 155-161.
- Smith, G. M., Stubblefield, P. G., Chirchirillo, L. y McCarthy, M. J. (1979). Pain of first-trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 133(5), 489-498.
- Suprpto, K. y Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 150(8), 1000-1001.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T., et al. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965-1972.
- Wiebe, E., Podhradsky, L. y Dijak, V. (2003). The effect of lorazepam on pain and anxiety in abortion. *Contraception*, 67(3), 219-221.
- Wiebe, E. R. (1992). Comparison of the efficacy of different local anesthetics and techniques of local anesthesia in therapeutic abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 167(1), 131-134.
- Wiebe, E. R. y Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 50(1), 41-46.
- Wiebe, E. R., Rawling, M. y Janssen, P. (1996). Comparison of 0.5% and 1.0% lidocaine for abortions. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 55(1), 71-72.
- Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W. y Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, 17(5), 1222-1225.

Procedimiento de AMEU

- Baird, T. L., Gringle, R. E. y Greenslade, F. C. (1996). *AMEU en el tratamiento del aborto incompleto: Experiencia clínica y programática*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Castleman, L. y Blumenthal, P. (2009). *Spontaneous and induced abortion*. Filadelfia: American College of Physicians.
- Dalton, V. K. y Castleman, L. (2002). Manual vacuum aspiration for treatment of early pregnancy loss. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*, 22(19), 1-6.

Johnson, B. R., Benson, J. y Hawkins, B. L. (1992). Reduciendo el uso de recursos y mejorando la calidad del tratamiento del aborto con la AMEU. *Adelantos en el Tratamiento del Aborto*, 2(2).

Kapp, N. Lohr, P. A., Ngo, T. D. y Hayes, J. L. (2010). Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database SystRev* (2).

Murphy, E. (1997). *Client-provider interactions (CPI) in family planning services: Guidance from research and program experience*. Washington, D.C.: PATH.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC), segunda edición. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNICEF y el Banco Mundial. (2006). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Policar, M. S., Pollack, A. E., Nicholas, C. y Dudley, S. (Eds.). (1999). *Principles of abortion care: A curriculum for physician assistants and advanced practice nurses*. Washington, DC: National Abortion Federation.

Winkler, J., Oliveras, E. y McIntosh, N. (Eds.) (1999). *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. Estados Unidos de América: Postabortion Care Consortium.

Yellen, E. y Davis, G. C. (2001). Patient satisfaction in ambulatory surgery. *Association of Operating Room Nurses (AORN) Journal*, 74(4), 483-498.

Cuidados post-procedimiento

Billings, D. L. y Benson, J. (2005). Postabortion care in Latin America: Policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 20(3), 158-166.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS).

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Cuidados de seguimiento

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Anexo A: Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU

Medicamentos para el dolor

Aunque los medicamentos que se muestran a continuación se usan comúnmente para el manejo del dolor durante la evacuación endouterina, también existen muchas otras opciones.

En este cuadro no se presentan los medicamentos para anestesia general. Tanto los ansiolíticos como los narcóticos pueden causar depresión respiratoria, especialmente si se usan juntos; por lo tanto, cuando se administran juntos, deben usarse dosis más bajas que cuando se administran por separado. Cuando los medicamentos se administran intravenosamente justo antes de un procedimiento, esto debe ser hecho lenta e intermitentemente por un profesional de la salud con capacitación especial. Los efectos secundarios problemáticos pueden evitarse repitiendo dosis pequeñas que han sido valoradas al grado de dolor de la mujer y de la sedación. El efecto máximo del analgésico debe alcanzarse durante el procedimiento a fin de evitar sedación excesiva en el período post-procedimiento.

Incluso el personal de salud que administra analgesia para sedación más ligera debe ser capaz de manejar un paro respiratorio, en el caso poco probable de que ocurra una sobredosis involuntaria. Cada prestador/a de servicios de salud debe tener habilidades para el manejo de las vías respiratorias y la reanimación cardiopulmonar; asimismo, se debe disponer de equipo de reanimación y los antagonistas narcóticos correspondientes (naloxona y flumazenil).

Tipo de medicamento	Nombre genérico del medicamento	Dosis y tiempo de administración	Vida media	Efectos secundarios	Comentarios
Anestésico local	Xilocaína	15 a 20 ml de una solución al 0.5% o al 1% Para bloqueo paracervical no debe sobrepasar 4.5 mg/kg	60 a 90 minutos	Tinnitus, mareos, adormecimiento de labios, boca, y lengua, sabor metálico, convulsiones (raro)	Tirar del émbolo antes de inyectar para evitar la administración intravascular. Esperar tres minutos para que el medicamento surta efecto. Reacción leve (prurito, erupción cutánea, urticaria) puede tratarse con 25 a 50 mg de difenhidramina por vía IM o IV. Reacción grave con dificultad respiratoria: instale una venoclisis inmediatamente. Administre 0.4 mg de epinefrina por vía subcutánea y 5 mg de diazepam por vía IV lenta. Suministre ventilación asistida. Si presenta sibilancias, puede ser útil un inhalador. Las reacciones alérgicas muy rara vez ocurren; y cuando ocurren podría deberse a los preservativos en los viales de multidosis. Las reacciones alérgicas a la lidocaína sin preservativos son sumamente raras.

Anexo A: Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU

Tipo de medicamento	Nombre genérico del medicamento	Dosis y tiempo de administración	Vida media	Efectos secundarios	Comentarios
AINE	Ibuprofeno	oral: 400 a 800 mg una hora antes del procedimiento	4 a 6 horas	Posiblemente causa molestias gastro-intestinales	No administrar a mujeres con enfermedad ácido péptica activa o insuficiencia renal
	Naproxeno	oral: 550 mg una hora antes del procedimiento	4 a 6 horas	Posiblemente causa molestias gastro-intestinales	No administrar a mujeres con enfermedad ácido péptica activa o insuficiencia renal
	Ketorolaco	oral: 20 mg una hora antes del procedimiento IV: 30 mg administrado en por lo menos 15 segundos, 30 a 60 minutos antes del procedimiento IM: 60 mg, 30 a 60 minutos antes del procedimiento Para mujeres con peso menor de 50 kg, todas las dosis deben partirse por la mitad	4 a 6 horas		Una sola dosis IM de ketorolaco antes de la cirugía podría reducir el uso de opiáceos y el dolor postoperatorio (de Oliveira 2012, Roche 2012). No administrar a mujeres con enfermedad ácido péptica activa, insuficiencia renal, que estén amamantando, o con sensibilidad a otros AINE. El dolor intermitente debe manejarse con narcóticos en vez de aumentar el ketorolaco más allá de las dosis recomendadas.
Analgésico	Acetaminofén (Paracetamol)	oral: 500 a 1000 mg, 30 a 60 minutos antes del procedimiento	3 a 6 horas		No usado comúnmente como medicamento para el dolor durante la aspiración por vacío o la EEU con medicamentos. Podría usarse como antipirético. Hepatotóxico cuando se sobredosifica. (dosis máxima = 4000 mg/ día)

Anexo A: Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU

Tipo de medicamento	Nombre genérico del medicamento	Dosis y tiempo de administración	Vida media	Efectos secundarios	Comentarios
Combinación de narcótico y analgésico	300 mg de acetaminofén + 30 mg de codeína	oral: 1 a 2 tabletas una hora antes del procedimiento	3 a 6 horas	Somnolencia, mareos, náuseas y vómitos, depresión del SNC y depresión respiratoria	Si se compromete la respiración, instaure ventilación asistida (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y Ambú) y contrarreste con naloxona (ver a continuación). Advertencia: no combinar con otros productos que contengan acetaminofén. Hepatotóxica cuando se sobredosifica (dosis máxima = 4000 mg/ día)
	500 mg de acetaminofén + 5 mg de hidrocódeína	oral: 1 a 2 tabletas una hora antes del procedimiento	4 a 6 horas	Somnolencia, mareos, náuseas y vómitos, depresión del SNC y depresión respiratoria	Si se presenta compromiso respiratorio, instaure ventilación asistida (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y Ambú) y contrarreste con naloxona (ver a continuación). Advertencia: no combinar con otros productos que contengan acetaminofén. Hepatotóxica cuando se sobredosifica (dosis máxima = 4000 mg/ día)
Narcótico	Meperidina	oral: 100 a 150 mg 30 a 60 minutos antes del procedimiento IV: 25 a 50 mg, 5 a 15 minutos antes del procedimiento IM/SC: 50 a 100 mg, 30 a 90 minutos antes del procedimiento	4 a 6 horas	Somnolencia, mareos, náuseas y vómito, depresión del SNC y depresión respiratoria, hipotensión, convulsiones	Si se compromete la respiración, instaure ventilación asistida (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y Ambú) y contrarreste con naloxona (ver a continuación). Actúa más rápido y su efecto es de menor duración que la morfina. 60 a 80 mg de meperidina = 10 mg de morfina

Anexo A: Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU

Tipo de medicamento	Nombre genérico del medicamento	Dosis y tiempo de administración	Vida media	Efectos secundarios	Comentarios
Narcótico	Fentanilo	IV: 50 a 100 mcg inmediatamente antes del procedimiento (puede repetirse cada 10 a 15 minutos, no exceder 250 mcg) IM: 50 a 100 mcg 30 a 60 minutos antes del procedimiento	30 a 60 minutos	Somnolencia, mareos, debilidad, bradicardia, depresión del SNC, depresión respiratoria, hipotensión, convulsiones	Si se compromete la respiración, instaure ventilación asistida (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y Ambú) y contrarreste con naloxona (ver a continuación). Actúa más rápido y su efecto es de menor duración que la meperidina 100 mcg de fentanilo = 75 mg de meperidina = 10 mg de morfina Su efecto comienza en 2 a 7 minutos cuando se administra IV
	Tramadol	IV/IM: 50 a 100 mg, 15 a 30 minutos antes del procedimiento. Oral/supositorio: 50 a 100 mg, 60 a 90 minutos antes del procedimiento.	4 a 6 horas	Somnolencia, mareos, debilidad, sudores, fatiga, convulsiones	Si se compromete la respiración, instaure ventilación asistida (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y Ambú) y contrarreste con naloxona (ver a continuación). Menor depresión respiratoria que con morfina o meperidina 100 mg de tramadol = 10 mg de morfina
Ansiolítico (Benzodiacepina)	Diazepam	oral: 10 mg una hora antes del procedimiento IV: 2 a 5 mg IV 20 minutos antes del procedimiento	21 a 37 horas	Visión borrosa, mareos, desorientación, dolor y enrojecimiento en el lugar de la inyección, depresión del SNC y depresión respiratoria	Si se compromete la respiración, instaure ventilación asistida (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y Ambú) y contrarreste con flumazenil (ver a continuación). Efecto amnésico leve. Su efecto comienza de 2 a 10 minutos después, cuando se administra por IV.

Anexo A: Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU

Tipo de medicamento	Nombre genérico del medicamento	Dosis y tiempo de administración	Vida media	Efectos secundarios	Comentarios
Ansiolítico (Benzodiacepina)	Midazolam	IV: 1 a 2 mg inmediatamente antes del procedimiento y luego 0.5 a 1 mg IV cada cinco minutos según sea necesario, no exceder 5 mg IM: 0.07 a 0.08 mg/kg o aproximadamente 5 mg hasta una hora antes del procedimiento	1 a 4 horas	Visión borrosa, mareos, desorientación, depresión del SNC y depresión respiratoria	Si se compromete la respiración, instaure ventilación asistida (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y Ambú) y contrarreste con flumazenil (ver a continuación). 2.5 mg de midazolam = 10 mg de diazepam Efecto amnésico de mayor potencia que el diazepam. Su efecto comienza en 1 a 5 minutos cuando se administra IV y 15 a 30 minutos cuando se administra por vía IM.
	Lorazepam	oral: 1 a 2 mg administrado 30 a 60 minutos antes del procedimiento IV: 2 mg administrado más de un minuto antes del procedimiento IM: 0.05 mg/kg hasta un máximo de 4 mg en un plazo de 2 horas antes del procedimiento	14 horas	Visión borrosa, mareos, desorientación, depresión del SNC y depresión respiratoria	Si se compromete la respiración, instaure ventilación asistida (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y Ambú) y contrarreste con flumazenil (ver a continuación). Efecto amnésico. En ocasiones puede aumentar la ansiedad de la paciente.
Antídoto para narcótico	Naloxona	IV: 0.4 mg vial mezclada en 10 ml de solución salina. Administrar 1 ml (40 mcg/ml) cada dos minutos hasta que se observe reversión del efecto			El efecto de la naloxona dura una hora y puede que éste pase antes del efecto del narcótico. Por tanto, las pacientes tratadas con naloxona deben ser vigiladas muy de cerca durante varias horas. Mantener las vías respiratorias y la respiración durante la administración de la naloxona.

Anexo A: Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU

Tipo de medicamento	Nombre genérico del medicamento	Dosis y tiempo de administración	Vida media	Efectos secundarios	Comentarios
Antídoto para la benzodiazepina	Flumazenil	IV: 0.2 mg cada minuto hasta que vuelva la respiración. No exceder 1 mg			<p>El efecto del flumazenil dura una hora y puede que éste pase antes del efecto de la benzodiazepina. Por tanto, las pacientes tratadas con flumazenil deben vigilarse muy de cerca durante varias horas. En el caso de una sobredosis con narcótico y benzodiazepina, contrarrestar primero el narcótico con naloxona y usar flumazenil posteriormente si es necesario.</p> <p>Mantener las vías respiratorias y la respiración durante la administración de naloxona.</p>

Referencias bibliográficas

De Oliveira, G. S., Agarwal, D. y Benzon, H. T. (2012). Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: a meta-analysis of randomized trials. *Anesthesia & Analgesia*, 114(2), 424-433.

Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A. y Tilak, V. (2011). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. *Contraception*. 85(3): 299-303.

Anexo B: Equipo y suministros para efectuar el procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus

- Barreras de protección personal, tales como guantes y máscaras de protección
- Mesa de examen con estribos
- Luz potente
- Aspirador Ipas AMEU Plus
- Lubricante para el aspirador
- Selección de cánulas Ipas EasyGrip
- Espéculo
- Tenáculo
- Recipiente pequeño con pinza de anillos y gasa
- Dilatadores mecánicos graduados (Pratt o Denniston) o cánulas de tamaños progresivamente mayores
- Jeringa de 10 a 20cc
- Aguja raquídea de calibre #20 a 23 o aguja hipodérmica o aguja de un juego intravenoso (venoclisis)
- Aplicador con gasa
- Recipiente mediano
- Pinza sin dientes
- Colador
- Recipiente transparente
- Betadine® u otro antiséptico que no sea a base de alcohol
- Xilocaína al 0.5% sin epinefrina (para el bloqueo paracervical)

Anexo C: Preparación cervical antes de la aspiración endouterina para un aborto del primer trimestre

Se recomienda la preparación cervical antes de la aspiración endouterina para todas las mujeres con una edad gestacional mayor de 12 a 14 semanas. Las y los profesionales de la salud pueden ofrecer la preparación cervical antes de las 12 a 14 semanas, pero no es necesario usarla de manera rutinaria. La preparación cervical en el primer trimestre ha reducido la duración del procedimiento y el riesgo de aborto incompleto en comparación con las mujeres que no tuvieron preparación cervical. No obstante, debido a que la aspiración por vacío en el primer trimestre es tan segura, se desconoce si la preparación cervical disminuye el riesgo de complicaciones graves, tales como las lesiones cervicales y uterinas.

Las mujeres experimentan efectos secundarios con los medicamentos o los dilatadores, tales como mayor dolor, sangrado y náuseas. La preparación cervical aumenta la complejidad, el costo y el tiempo necesario para efectuar el procedimiento de aborto. Estas desventajas deben sopesarse en relación con los beneficios de la preparación cervical. Es posible encontrar beneficios en el uso de la preparación cervical aun antes de las 12 a 14 semanas de gestación en mujeres con mayor riesgo de complicaciones (mujeres jóvenes, nulíparas, con anomalías cervicales o con edad gestacional más avanzada) o cuando el/la prestador/a de servicios de salud no es experimentado.

El cuadro a continuación muestra opciones para la preparación cervical. La opción dependerá de su disponibilidad, costo, conveniencia y preferencia. Si se usa el misoprostol, su administración por vía vaginal tiene menos efectos secundarios sistémicos que por vía sublingual. El misoprostol no debe administrarse más de tres horas antes del aborto ya que podría aumentar el riesgo de que la mujer expulse el contenido del útero antes de que pueda efectuarse el procedimiento.

Dosis	Vía	Tiempo de administración
Misoprostol	400 mcg por vía vaginal	tres horas antes del procedimiento
Misoprostol	400 mcg por vía sublingual	dos o tres horas antes del procedimiento
Mifepristona	200 mg por vía oral	24 a 48 horas antes del procedimiento
Dilatadores osmóticos	colocados en el cuello uterino	6 a 24 horas antes del procedimiento

Anexo D: Ejemplo de formulario para referencia clínica

Referencias:

Se debe llenar el siguiente formulario, u otro similar a éste, al referir a las pacientes a otros servicios o unidades de salud. Dado que el formulario contiene información médica confidencial de la mujer, incluida su historia clínica, el/la prestador/a de servicios debe preguntarle a la mujer si se siente cómoda llevando el formulario ella misma. Si ella accede, debe llevar el formulario a la unidad de salud a donde fue referida; de lo contrario, el/la prestador/a de servicios debe encontrar otra manera de hacer llegar esta información al centro de referencia.

Nombre y datos de contacto del centro de referencia o prestador/a de servicios de salud que refiere a la paciente:

Información sobre la usuaria

Nombre: _____ Edad: _____

Motivo de la referencia (incluya solamente la historia clínica pertinente en la sección "Historia" a continuación)

- Servicios de anticoncepción Consejería
- Tamizaje/tratamiento de infecciones de transmisión sexual Tamizaje del cáncer
- Servicios de apoyo para víctimas de violencia
- Otros servicios sanitarios o sociales (especifique) _____
- Tratamiento (incluya toda la información correspondiente más abajo)

Diagnóstico: _____

Historia (antecedentes reproductivos, incluido el número de embarazos, partos, etc.):

Cuadro clínico (signos vitales, hallazgos de los exámenes físico/pélvico):

Tratamiento inicial (líquidos, medicamentos, procedimientos, otra medida médica tomada):

Evaluación del cuadro clínico de la mujer / otra información:

Profesional de la salud (en letra de molde)

Lugar (hospital, unidad de salud)

Firma

Fecha

Anexo E: Hoja de información para el alta

Cómo cuidarse a sí misma

- Reanude sus actividades normales solo cuando se sienta lo suficientemente apta para hacerlo.
- Coma según sus costumbres y dieta habitual.
- Puede ducharse, bañarse en la tina y nadar.
- Tome correcta y completamente todos los medicamentos recetados:
_____ es para el dolor y las molestias.
Tome ____ píldoras(s) cada ____ hora(s), según sea necesario.
Otros medicamentos: _____
- Llame a la unidad de salud (número de teléfono: _____) o venga antes de llamar si tiene inquietudes.
- Si recibió un método anticonceptivo, empiece a usarlo *de inmediato*. Es posible volver a quedar embarazada casi inmediatamente después de un aborto. Si no recibió un método anticonceptivo pero le gustaría usar uno, acuda a su prestador/a de servicios lo antes posible. Mientras tanto, absténgase de tener relaciones sexuales o use condones para evitar el embarazo.

¿Qué se debe evitar?

- No tenga relaciones sexuales hasta que su método anticonceptivo haya tenido tiempo de surtir efecto, si desea evitar quedar embarazada. Evite usar una esponja vaginal, un diafragma o capuchón cervical hasta que haya dejado de sangrar por completo.
- No se aplique duchas vaginales hasta una semana después del procedimiento. Las duchas vaginales rutinarias no se recomiendan a menos que las haya recetado su médico.

¿Qué es normal?

- Sangrado y cólicos similares a los de una menstruación normal durante una semana; el manchado podría continuar durante varias semanas.
- Fatiga leve durante unos días.
- No existe una reacción emocional "normal" al procedimiento de aborto. Algunas mujeres sienten una sensación de alivio, mientras que otras se sienten tristes. Si Ud. se siente muy afectada emocionalmente, puede que le ayude hablar con una amiga de confianza, un pariente, o un/a prestador/a de servicios de salud acerca de sus sentimientos.

***Si presenta cualquiera de estos síntomas anormales,
busque atención médica inmediata.***

¿Qué es anormal?

- Fiebre
- Náuseas, vómito
- Mareos, desvanecimiento o desmayos
- Sangrado más abundante que el de una menstruación normal
- Dolor abdominal
- Secreción vaginal fétida
- Cólicos intensos

(Adaptado de EngenderHealth, 2002b y Policar et al., 1999)

Anexo F: Ejemplo del formulario para el seguimiento médico (si es indicado)

Nombre _____ Fecha _____

Datos de contacto _____

Aborto con aspiración por vacío:

Fecha del procedimiento _____ Nombre del profesional y la unidad de salud _____

Aborto con medicamentos:

Fecha de administración: mifepristona _____ misoprostol _____

Entrevista

¿Presenta sangrado ahora?

Sí ___ No ___ Cantidad _____ Duración _____

¿Coágulos?

Sí ___ No ___ Tamaño _____ Sangre de un color brillante _____

¿Presenta dolor o cólicos ahora?

Sí ___ No ___ Lugar _____ Leves _____ Moderados _____ Intensos _____ Duración _____

¿Medicamentos para el dolor?

Sí ___ No ___ Cuándo _____ Alivio _____

¿Fiebre? Sí ___ No ___ Cuándo _____ Por cuánto tiempo _____ Temperatura más alta _____

¿Se le han recetado antibióticos?

Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, ¿se tomó todos los antibióticos recetados?

Sí ___ No ___ Si la respuesta es no, ¿por qué no? _____

¿Usa un método anticonceptivo en la actualidad? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? _____

Si la respuesta es sí, ¿está satisfecha con el método? Sí ___ No ___

Estado emocional:

¿cómo dice la paciente que se siente en este momento? _____

Anexo F: Ejemplo del formulario para el seguimiento médico (si es indicado)

Examen físico (si corresponde)

Útero: tamaño _____ semanas _____ dolor a la palpación _____

Cuello uterino: ¿dolor a la palpación? Sí ___ No ___

Abdomen: blando/no adolorido? Sí ___ No ___

Anexos: ¿dolor al palpar? Sí ___ No ___

¿Masas? Sí ___ No ___

¿Se efectuó un examen con espéculo? Sí ___ No ___

Pulso _____ Temperatura _____ Tensión arterial _____

Hgb/Hct _____ Otros resultados de laboratorio _____

Comentarios: _____

Plan: _____

Procedimiento de reevacuación (si corresponde)

Notas sobre el procedimiento de reevacuación: _____

Seguimiento

Medicamentos recetados: _____

Referencias (si corresponde)

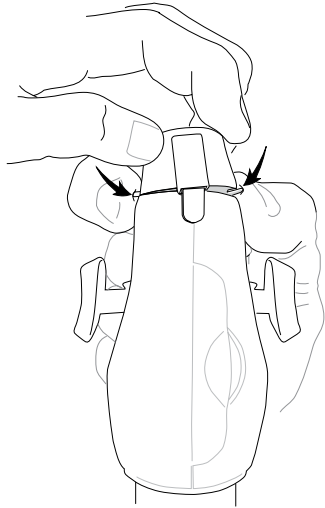
Motivo y nombre de la unidad de salud que efectuó la referencia: _____

(Adaptado de Hern, 1984 y Paul, 1999)

Anexo G: Consejos para el uso del aspirador Ipas AMEU Plus

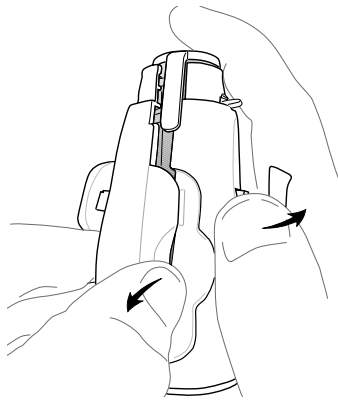
Cómo quitar la tapa

Con una mano, oprima las trabas para quitar la tapa; con la otra mano, hale la tapa.



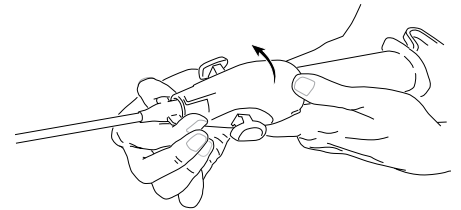
Cómo abrir el cuerpo de la válvula

Separe el cuerpo de la válvula del cilindro. Coloque el pulgar derecho junto al botón derecho de la válvula y el pulgar izquierdo en el cierre de la válvula. Con el pulgar izquierdo, hale el cierre de la válvula hacia arriba y hacia la izquierda mientras que con el pulgar derecho ejerce presión hacia abajo (adentro) en el cuerpo de la válvula y hacia afuera (la derecha).



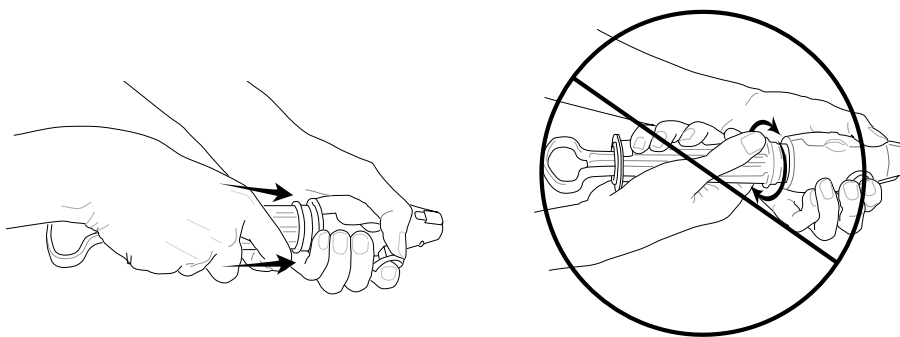
Cómo desconectar y conectar la cánula Ipas EasyGrip

Si es necesario desconectar la cánula durante el procedimiento: establezca la cánula tomándola por la base con una mano y sujetándola firmemente; con la otra mano, sujete el aspirador por el cuerpo de la válvula, gire el aspirador y sepárelo cuidadosamente de la cánula. Para conectar la cánula, sujete el aspirador por el cuerpo de la válvula (no por el cilindro), empuje la base de la cánula firmemente hacia adentro de la boquilla del aspirador, girándola un poco si es necesario.



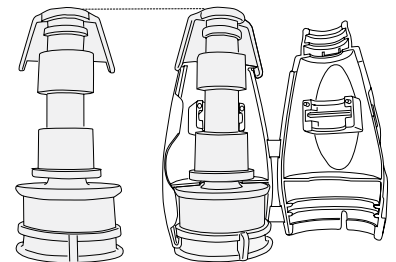
Cómo armar el aspirador

Al armar el aspirador, empuje el cilindro hacia adentro de la válvula. No gire el cilindro o la válvula durante al armado, ya que esto causaría que se desprenda el revestimiento y podría propiciar una falla del dispositivo.



Cómo rearmar el aspirador Ipas

Coloque el revestimiento de la válvula dentro de ésta alineando las ranuras internas. Cierre la válvula hasta que quede asegurada en su lugar. Coloque la tapa en la punta de la válvula.



Consejos para el procesamiento del instrumental

- Cuando utilice agentes líquidos para el procesamiento del aspirador, enjuague minuciosamente las piezas del aspirador desarmado en agua hervida o estéril. Cuando se permite que el agente utilizado para el procesamiento se seque en el instrumental, el émbolo no se mueve con facilidad dentro del cilindro. Además, cuando las piezas no se enjuagan lo suficiente, el cloro puede causar un deterioro prematuro de las bisagras de la válvula.
- Cuando la superficie del cilindro se observe empañada o le salgan marcas debido al procesamiento, remoje el cilindro en vinagre durante unos minutos y, después, lave el interior con un cepillo suave. Enjuague en agua limpia.
- El instrumental debe estar desarmado completamente antes de su limpieza. Es importante sacar el anillo-O del émbolo antes de limpiarlo y asegurarse de quitarle todo el lubricante durante la limpieza.

Anexo G: Consejos para el uso del aspirador Ipas AMEU Plus (continuación)

Resolución de problemas técnicos durante el procedimiento de AMEU

El problema técnico más común que se observa con el instrumental de AMEU es la pérdida de vacío. En la mayoría de los procedimientos de AMEU, el vacío del aspirador se mantiene constante hasta que el aspirador se llena aproximadamente al 80% de su capacidad, o 50 ml. Sin embargo, una disminución en el vacío podría ocurrir antes de finalizar la aspiración debido a las siguientes razones:

- El aspirador está lleno.
- La cánula se ha retirado más allá del orificio cervical externo.
- La cánula se obstruyó.
- El aspirador se armó incorrectamente.

Si el aspirador se llena e impide la aspiración:

- Oprima los botones.
- Desconecte el aspirador de la cánula, dejando la cánula en su posición dentro del útero.
- Vacíe el aspirador en un recipiente, soltando los botones y empujando el émbolo dentro del cilindro, o reponga el aspirador.
- Restablezca el vacío en el aspirador, conéctelo a la cánula y reanude la aspiración.

Nota: Muchos profesionales de la salud mantienen a mano, durante el procedimiento, un segundo aspirador ya cargado para cambiar de aspirador si el primero se llena.

Si se obstruye la cánula, se observará la ausencia de restos ovulares o se verá entrar burbujas en el aspirador:

- Deslice la cánula hacia el orificio cervical externo pero no a través de éste. A menudo este movimiento desbloquea la cánula.

Si esto no desbloquea la cánula:

- Oprima los botones de la válvula y retire la cánula del útero con cuidado para evitar que se contamine.
- Saque el tejido de la abertura de la cánula con unas pinzas esterilizadas o sometidas a DAN.
- Reintroduzca la cánula usando la técnica de no tocar.
- Reconecte el aspirador y continúe el procedimiento.

Precaución: Nunca intente desobstruir la cánula empujando el émbolo de vuelta dentro del cilindro.

Si la abertura de la cánula se retira accidentalmente del útero, más allá del orificio cervical externo, saque la cánula, teniendo cuidado de no contaminarla mediante el contacto con las paredes vaginales u otras superficies no estériles:

- Desconecte el aspirador de la cánula, vacíelo y luego vuelva a cargarlo.
- Reintroduzca la cánula si no se ha contaminado.
 - De lo contrario, introduzca otra cánula estéril o sometida a DAN.

Anexo G: Consejos para el uso del aspirador Ipas AMEU Plus (continuación)

- Vuelva a conectar el aspirador, libere el vacío y continúe la aspiración.

Otras razones por las cuales el aspirador no conserva el vacío son:

- armado incorrecto
- aspirador defectuoso
- necesidad de una cánula de mayor tamaño para que pase ajustadamente a través del orificio cervical

Evacuación endouterina con misoprostol

Temas clave en este módulo:

- Criterios médicos de elegibilidad y contraindicaciones
- Información esencial para las usuarias
- Regímenes de misoprostol
- Efectos esperados, efectos secundarios y posibles complicaciones
- Modalidades para el manejo del dolor y regímenes de medicamentos
- Cuidados post-procedimiento y consulta de control

1.0 Introducción

El misoprostol puede utilizarse para la evacuación endouterina en mujeres que presentan aborto incompleto o aborto diferido.

Este módulo se centra en el régimen de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Además, la Sección 9.0 contiene información sobre el misoprostol para el tratamiento del aborto diferido.

El misoprostol estimula las contracciones uterinas y causa la expulsión del contenido uterino. El misoprostol es barato, estable a temperatura ambiente y está disponible en muchos países. Para el tratamiento del aborto incompleto, el misoprostol también puede utilizarse hasta las 13 semanas de gestación por tamaño uterino. Cuando se usan los regímenes recomendados, la tasa de eficacia del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es de más del 90%.

2.0 Preparación

Antes de administrar cualquier medicamento:

- Brindar consejería a la mujer y obtener su consentimiento informado (Por favor remítase al módulo Consentimiento informado, información y consejería.)
- Realizar una evaluación clínica, incluido un examen físico (Por favor remítase al módulo Evaluación clínica.)
- Hablar sobre las necesidades anticonceptivas de la mujer (Por favor remítase al módulo Servicios de anticoncepción.)

2.1 Explicarle el proceso a la mujer

Antes de tomar cualquier medicamento, la mujer debe recibir indicaciones sobre lo que podría experimentar, qué medicamentos tomar, cuándo y cómo tomarlos, cuándo acudir a una consulta de control y cuándo y dónde buscar atención médica en caso de surgir alguna complicación. Dado que es posible que ciertos términos le sean desconocidos a la mujer (tales como sublingual), el/la prestador/a de servicios de salud debería usar palabras sencillas, tales como “debajo de la lengua”, e incluso puede proporcionarle dibujos que sirvan de ayudas visuales para entender cómo se debe tomar los medicamentos, ya sea en su casa o en la unidad de salud.

El/la prestador/a de servicios debe explicar los efectos esperados y posibles efectos secundarios del misoprostol, tales como dolor, cólicos y sangrado, y cómo la mujer puede manejar su dolor y los efectos secundarios, que se discuten en las Secciones 4.0 y 5.0. El material expulsado varía según la etapa del aborto incompleto. La mayoría de las mujeres verán solo sangre y coágulos, algunos de los cuales podrían ser grandes. La mujer simplemente puede verter los productos expulsados en el inodoro (excusado) o desechar las toallas sanitarias como lo haría después de la menstruación.

Entregarle información exacta y completa sobre lo que puede esperar le ayuda a estar preparada. También puede ser útil ofrecerle apoyo y unas palabras reconfortantes durante el proceso de evacuación endouterina, ya sea por el personal de la unidad de salud o alguna persona en el hogar.

2.2 Evaluación clínica: examen físico

La evaluación clínica antes del uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto incluye la determinación de la edad gestacional, la valoración del tamaño uterino, la evaluación de la salud general de la mujer y cualquier contraindicación o precaución. (Por favor remítase al módulo Evaluación clínica.)

Diagnóstico y determinación exacta de la edad gestacional

Determine la edad gestacional según la fecha de la última menstruación. Confirme el tamaño uterino por examen bimanual. El tamaño uterino podría ser menor que el que corresponde a la edad gestacional establecida porque el embarazo dejó de crecer o la mujer expulsó todos o algunos de los restos ovulares. La elegibilidad para el régimen de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto se basa en el tamaño uterino. Los regímenes aquí descritos deben utilizarse solo hasta las trece semanas desde la FUM.

Elegibilidad, contraindicaciones y precauciones del régimen de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto

Elegibilidad:

- Orificio cervical abierto
- Sangrado vaginal o antecedentes de sangrado vaginal durante el embarazo
- Tamaño uterino hasta 13 semanas desde la FUM

Contraindicaciones:

- Antecedentes de reacción adversa al misoprostol u otra prostaglandina
- Sospecha o confirmación de embarazo ectópico
- Signos de infección pélvica y/o septicemia
- Inestabilidad hemodinámica o shock

Precauciones:

- *DIU colocado.* Haga una evaluación para establecer o descartar la presencia de embarazo ectópico. En su ausencia, retire el DIU.
- *Problemas graves o inestables de salud, entre ellos trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave:* No existe evidencia sobre el uso del misoprostol en mujeres con trastornos hemorrágicos, cardiopatía, anemia grave o problemas graves o inestables de salud. La decisión de proporcionar misoprostol para la evacuación endouterina a mujeres con estas afecciones dependerá de la disponibilidad de opciones para referencia a otros servicios y del criterio médico. Si se administra misoprostol debe hacerse bajo supervisión permanente.

Por favor remítase al Anexo A: Flujograma clínico, para ver un gráfico del proceso de evaluación clínica y cuidados posteriores para la atención postaborto con misoprostol.

2.3 Necesidades anticonceptivas

Después de una evacuación endouterina con misoprostol, la mujer puede tener relaciones sexuales vaginales tan pronto como se sienta cómoda para hacerlo. Debido a que la ovulación puede ocurrir casi inmediatamente después de la evacuación endouterina, se debe suministrar anticonceptivos de inmediato a las mujeres que desean evitar o aplazar un embarazo. Toda mujer que no desee quedar embarazada debería salir de la unidad de salud con un método anticonceptivo eficaz. Si la mujer desea un anticonceptivo de acción prolongada o la esterilización, pero no se le puede proporcionar, se le debe proporcionar un método provisional y referirla a los servicios correspondientes. Por lo general, todos los métodos anticonceptivos modernos pueden usarse inmediatamente después de la evacuación endouterina con misoprostol en el primer trimestre, siempre y cuando no existan contraindicaciones.

Los anticonceptivos pueden empezarse con la administración de misoprostol. Esta recomendación está basada en la opinión de expertos. La necesidad inmediata de la mujer de disponer de anticonceptivos confiables después de la evacuación endouterina, sumada al riesgo de que el retraso en suministrar anticonceptivos podría disminuir su aceptación, apoyan la recomendación de comenzar estos métodos de inmediato.

El dispositivo intrauterino (DIU) puede colocarse tan pronto como se tenga certeza razonable de que el procedimiento fue exitoso. Aplazar la inserción del DIU pone en riesgo a las mujeres de quedar embarazadas sin desearlo ya que las tasas de visitas de regreso para los anticonceptivos son bajas. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad deben usarse solo después que

la mujer haya tenido por lo menos una menstruación postaborto y solo si sus ciclos menstruales antes de la evacuación endouterina eran regulares.

(Por favor remítase al módulo Servicios de anticoncepción.)

3.0 Regímenes recomendados

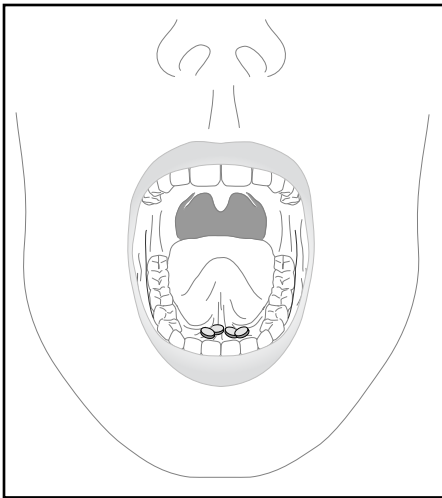
Existen dos regímenes de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Ambos tienen tasas similares de seguridad y eficacia; se ha demostrado en estudios clínicos que son eficaces para la evacuación del útero en más del 90% de los casos. Las tasas de eficacia del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, al igual que para el aborto con medicamentos, aumentan con plazos más largos de seguimiento. Si la mujer regresa para una consulta de control después de usar misoprostol y aún presenta síntomas, se le puede ofrecer aspiración por vacío. Si se encuentra estable, también se le puede ofrecer manejo expectante o una dosis repetida de misoprostol. El régimen para el tratamiento del aborto diferido es diferente al que se usa para el tratamiento del aborto incompleto. (Para mayor información, ver la Sección 9.0.)

El/la prestador/a de servicios de salud debe dar el misoprostol después que la mujer reciba la siguiente información.

- Cuándo y cómo tomar los medicamentos;
- Qué debería sentir y observar durante el proceso de evacuación endouterina;
- Signos de alarma y lo que debe vigilar como posibles complicaciones;
- A quién contactar en caso de dudas o una emergencia;
- Qué medicamentos tomar para el manejo del dolor.

Cuadro 12-1: Misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto hasta las 13 semanas de gestación

Dosis	Vía	Tiempo de administración
600 mcg de misoprostol (tres tabletas de 200 mcg)	Oral	Dosis única
400 mcg de misoprostol (dos tabletas de 200 mcg)	Sublingual	Dosis única



Uso sublingual del misoprostol

3.1 Administración del misoprostol

Existen dos opciones en cuanto a la vía, dosis y tiempo de administración del misoprostol. Las vías de administración recomendadas durante el primer trimestre son: sublingual u oral. Para obtener información sobre el número de dosis, remítase al Cuadro 12-1.

A toda mujer se le debe dar la opción de permanecer en la unidad de salud para tomarse el misoprostol o de tomárselo en otro lugar.

Vías de administración

Misoprostol por vía oral

- Tráguese tres tabletas (600 mcg).

Uso de misoprostol por vía sublingual

- Coloque dos tabletas (400 mcg) debajo de la lengua.
- Después de 30 minutos, tráguese toda porción restante de las tabletas.

3.2 Administración domiciliaria del misoprostol

El misoprostol puede tomarse en casa, con altas tasas de eficacia y bajas tasas de complicaciones, si se informa a la mujer de los posibles efectos secundarios, cómo manejarlos y cuándo buscar atención médica. Muchas mujeres prefieren tomar misoprostol en su casa, en su entorno familiar, con gente conocida, rodeadas de sus pertenencias. De esta manera, también pueden ahorrar dinero por el costo de transporte, así como tiempo. A su vez, esto también le ahorra recursos humanos a la unidad de salud.

El personal de salud debe proveer a toda mujer que va a tomar misoprostol en su casa lo siguiente:

- Las tabletas de misoprostol o una receta médica para obtenerlas;
- Información detallada sobre cómo tomar el misoprostol;
- Medicamento para el dolor, tal como ibuprofeno y/o narcóticos ligeros con indicaciones para tomarlos;
- Información escrita o ilustrada sobre el proceso de evacuación endouterina con misoprostol, los efectos secundarios y los signos de alarma, qué signos indican que tuvo una evacuación endouterina completa, y datos de contacto para el seguimiento, si lo desea;
- Información sobre a quién contactar, incluido el número telefónico donde sea posible, en caso de dudas, problemas

o complicaciones, o la posibilidad de una evacuación endouterina fallida, y adónde acudir en caso de emergencia;

- Otros artículos opcionales: toallas higiénicas, algodón, información y métodos anticonceptivos.

En muchas unidades de salud se entrega esta información y los suministros en un paquete ya preparado para llevarse a la casa. También ayuda hablar con cada mujer acerca de su situación personal. Por ejemplo, ¿tiene una pareja o persona de apoyo que la acompañe cuando tome el misoprostol y después, cuando empiece a sangrar? ¿Tiene hijos, ha hecho arreglos para su cuidado en caso de que ella necesite descansar? ¿Le inquieta tener que ver y desechar el embrión después de expulsarlo?

Una conversación sobre qué factores tener en cuenta puede ayudar a las mujeres a estar bien preparadas.

3.3 Administración del misoprostol en la unidad de salud

Siempre que sea posible, se le debe ofrecer a la mujer la opción de tomar el misoprostol en su casa o en la unidad de salud, ya que cada mujer tiene diferentes necesidades y deseos. Para algunas mujeres, el hogar podría ser un lugar más privado, mientras que para otras es posible que la unidad de salud les ofrezca mayor privacidad.

Después de tomar el misoprostol, la mujer puede esperar en la unidad de salud de 4 a 6 horas aproximadamente, según el tiempo que lleve expulsar el contenido uterino. Una mujer que no lo haya expulsado durante ese tiempo puede quedarse más tiempo esperando a expulsar el contenido uterino, o puede regresar a su casa si tiene transporte y luego buscar cuidados de seguimiento según sea necesario.

Es posible que las unidades de salud tengan cuartos con camas o cubículos con cortinas o, lo que es más común, un cuarto con varios catres o sillas reclinables y un baño cerca. Debe haber suficientes servicios higiénicos en la unidad de salud para atender al mayor número de mujeres que estén recibiendo misoprostol en algún momento dado. Las mujeres no necesitan permanecer en cama, sino que deberían tener la libertad de caminar por la unidad de salud, si así lo prefieren. Según el espacio de que se disponga y la capacidad para garantizar la confidencialidad de todas las mujeres que estén recibiendo los servicios, la unidad de salud también debe considerar permitir que cada mujer sea acompañada por su pareja o una persona de apoyo durante este tiempo. Un/a integrante del personal de salud o de consejería debería estar disponible para contestar preguntas y aclarar cualquier duda médica.

El personal de salud debe proporcionar medicamentos para el dolor y bolsas o paños de agua caliente, si es posible, para aliviar la molestia de los cólicos. No es necesario que un profesional de la salud examine el tejido expulsado para confirmar la finalización del proceso.

Si la mujer se va del centro de salud antes de finalizar la evacuación endouterina, el/la prestador/a de servicios de salud debe:

- Darle instrucciones y suministros para concluir el procedimiento en su casa.
- Proporcionarle medicamentos para el dolor para llevarse a la casa.
- Repasar las instrucciones y proporcionar información sobre los signos de una evacuación endouterina completa con misoprostol, así como los signos de alarma de complicaciones o de continuación del aborto incompleto. Proporcionar datos de contacto de la unidad de salud para casos de emergencia.
- Entregarle un método anticonceptivo, si lo desea.
- Informarle que puede regresar a la unidad de salud en cualquier momento si desea atención de seguimiento. Si desea confirmación de que tuvo una evacuación endouterina completa, debe regresar en dos semanas.

4.0 Efectos esperados

Una vez que la mujer haya tomado el misoprostol, el proceso puede sentirse como una menstruación intensa o un aborto espontáneo. Los efectos esperados normales —sangrado vaginal y cólicos— deben diferenciarse de los efectos secundarios del medicamento o de los signos de alarma de verdaderas complicaciones.

4.1 Dolor y cólicos

Durante la evacuación endouterina con misoprostol, la mayoría de las mujeres experimentan dolor y cólicos en la parte inferior del abdomen, los cuales podrían ser más fuertes que los que típicamente sienten durante una menstruación, porque las contracciones son necesarias para expulsar el contenido del útero. Generalmente, los cólicos empiezan en las primeras horas después de haber tomado el misoprostol. A medida que se contrae el útero y su contenido es expulsado por el cuello uterino, las mujeres usualmente sienten cierto grado de cólicos, los cuales disminuyen pronto. El dolor experimentado es algo individual, lo cual hace imposible prever cuánto dolor sentirá cada mujer. Las jóvenes, las mujeres que nunca han estado embarazadas y las mujeres con reglas menstruales dolorosas tienden a experimentar mayor dolor.

4.2 Manejo del dolor

La mayoría de las mujeres encuentran que el dolor relacionado con la evacuación endouterina con misoprostol es llevadero, especialmente si están preparadas al tener información sobre los diferentes grados de dolor que pueden experimentar y si toman medicamentos para el dolor según se les ha aconsejado. A las mujeres se les debe proporcionar medicamentos para el dolor o una receta médica durante su primera consulta en la unidad de salud.

Aún no se ha establecido el mejor régimen para el control del dolor durante la evacuación endouterina con misoprostol. En investigaciones relacionadas con el aborto con medicamentos, se ha encontrado que los AINE son más eficaces que el acetaminofén (paracetamol). No obstante, si el/la prestador/a de servicios decide usar acetaminofén, la dosis de acetaminofén no debe sobrepasar cuatro gramos en un plazo de 24 horas para evitar toxicidad del hígado. El ibuprofeno puede administrarse junto con el misoprostol o cuando empiecen los cólicos. Los analgésicos narcóticos son otra opción para el manejo del dolor, aunque aún se desconoce cuál es el medicamento óptimo, así como las dosis y tiempo de administración óptimos. Una posible estrategia podría ser proporcionar a la mujer AINE y analgésicos narcóticos, y aconsejarle que comience con los AINE, ya sea al tomar el misoprostol o cuando empiece a sentir cólicos, y que luego alterne los dos medicamentos si continúa teniendo dolor.

Además del manejo con medicamentos, otros métodos que podrían ayudar a la mujer a controlar el dolor durante el proceso son: brindar consejería y apoyo, y aplicar una almohadilla térmica o una bolsa de agua caliente en la parte inferior del abdomen. La música es eficaz para el manejo del dolor durante la aspiración por vacío y también podría ser útil para la evacuación endouterina con misoprostol. Estos son métodos complementarios y no sustituyen el manejo del dolor con medicamentos.

Las y los profesionales de la salud deben tener presente que es posible que las mujeres jóvenes sean más susceptibles al dolor; por lo tanto, deben tomar las medidas necesarias para disminuir el dolor y mejorar la experiencia de una mujer joven.

(Por favor remítase al Anexo A: Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU, del módulo Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.)

4.3 Sangrado vaginal

El sangrado vaginal, a menudo acompañado por la expulsión de coágulos, por lo general, es más abundante que el sangrado menstrual, pero algunas veces podría ser más ligero. Si la mujer

aún no está sangrando, el sangrado generalmente comienza en la primera hora después de haber tomado el misoprostol y tiende a disminuir una vez que se ha expulsado el contenido uterino. La duración promedio del sangrado es de 5 a 8 días, pero puede continuar hasta dos semanas. El manchado puede continuar hasta la próxima menstruación.

5.0 Posibles efectos secundarios

Los efectos secundarios a continuación están asociados con el uso de misoprostol:

- Náuseas
- Vómito
- Diarrea
- Fiebre, calor o escalofríos
- Dolor de cabeza
- Debilidad
- Mareos

Es posible que algunos de estos síntomas ocurran a causa del embarazo y no por los medicamentos. Los síntomas de embarazo posiblemente disminuyan una vez que el proceso haya comenzado. Entre los síntomas que aumentan después de tomar el misoprostol figuran fiebre temporal y diarrea, así como náuseas y vómito.

La mayoría de estos efectos secundarios son leves y sin mayor complicación y pueden tratarse en casa. Sin embargo, se debe evaluar a las mujeres que presentan efectos secundarios prolongados o graves que continúan después de 24 horas tras haber tomado la última dosis de medicamentos. (Por favor remítase al módulo Complicaciones.)

6.0 Complicaciones

Los efectos secundarios y las complicaciones a menudo ocurren como un continuum. Por ejemplo, todas las mujeres experimentarán sangrado, algunas experimentarán sangrado prolongado, lo cual es una molestia pero no es dañino, y muy pocas mujeres experimentarán un sangrado abundante que exige una mayor intervención médica o quirúrgica. Las complicaciones son raras. Para el aborto incompleto con misoprostol, las complicaciones pueden ser: continuación del sangrado, hemorragia e infección.

Al brindar consejería a las mujeres antes de la evacuación endouterina con medicamentos, es importante proporcionar información sobre cómo diferenciar entre un efecto secundario

que puede tratarse en casa con apoyo comprensivo y una complicación que requiere atención médica. La mujer debe ponerse en contacto con su prestador/a de servicios de salud inmediatamente si experimenta:

- *Sangrado excesivo*: Empapar más de dos toallas sanitarias por hora durante dos horas consecutivas, especialmente si presenta mareos prolongados, debilidad y fatiga en alza;
- *Fiebre de 38 °C (100.4 °F)* que aparece cualquier día después de haber tomado misoprostol;
- *Secreción vaginal de olor inusual o fétido*, especialmente si viene acompañada de cólicos o dolor abdominal intenso;
- *Dolor abdominal intenso*, que se presenta cualquier día después de haber tomado misoprostol;
- *Malestar intenso*, con o sin fiebre, con náuseas persistentes o vómito después del día de haber tomado misoprostol.

A las mujeres que presentan complicaciones se les debe explicar su situación de manera clara, basada en evidencia, y se deben incluir en la toma de decisiones respecto a sus opciones de tratamiento. El temor a las complicaciones, tal vez junto con el dolor, pueden intensificar el estrés emocional que muchas veces acompaña el proceso de aborto. La mayoría de las mujeres manejan mejor su situación cuando reciben información correcta, exacta y completa, y cuando tienen la oportunidad de hacer preguntas y expresar sus sentimientos.

Aunque los efectos secundarios persistentes y las complicaciones graves son raros, el personal de salud debe ofrecer tratamiento oportuno o proporcionar referencias a los servicios correspondientes, según sea necesario. Si la ultrasonografía no se usa rutinariamente en las unidades de salud donde se ofrece el régimen de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto o del aborto diferido, se debe establecer un sistema de referencia a servicios de ultrasonido a fin de evaluar todo caso dudoso o problemático que se presente. En la unidad de salud, o por medio de referencia a otros servicios, debe disponerse de un método alternativo, preferiblemente la aspiración por vacío, como tratamiento de respaldo para los casos de evacuación endouterina con misoprostol fallida.

(Por favor remítase al módulo Complicaciones, Anexo E: Hoja de información para el alta y al Anexo D: Ejemplo de formulario para referencia clínica del módulo Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.)

7.0 Instrucciones antes de egresar de la unidad de salud

Antes de salir de la unidad de salud, la mujer debe recibir

indicaciones sobre lo que es normal en la evacuación endouterina con misoprostol, qué tabletas tomar, cuándo y cómo tomarlas, cuándo acudir para una cita de seguimiento, y cuándo y dónde buscar atención médica si surge alguna complicación. Dado que las mujeres quizás no estén familiarizadas con algunas palabras (tales como sublingual), las y los profesionales de la salud deben usar palabras sencillas e incluso proporcionar dibujos que sirvan de ayudas visuales para que las mujeres entiendan cómo deben tomar los medicamentos.

Por lo general, resulta útil entregar un folleto, una tarjeta o un panfleto que resuma estos puntos informativos. Aunque una mujer no pueda leer, podría considerar de utilidad llevarse instrucciones por escrito; es posible que alguien pueda leerlas si tiene preguntas. Para las mujeres que no pueden leer, podrían ser muy útiles los recursos ilustrados, tales como guías ilustrativas que describen el régimen de misoprostol, los efectos secundarios y posibles complicaciones. (Para ver ejemplos de folletos instructivos, que las mujeres se pueden llevar a la casa, sobre el régimen de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, por favor remítase al Anexo B: Folletos para las mujeres; para ver imágenes relacionadas con los métodos con medicamentos, por favor remítase al material de información, educación y comunicación (IEC) y el material auxiliar en Recursos adicionales, Procedimiento de evacuación endouterina con misoprostol.)

La información que se les proporcione a las mujeres debe incluir:

- Régimen y eficacia
- Lo que va a experimentar
- Cuánto tiempo lleva el proceso generalmente
- Los signos de una evacuación endouterina completa
- Efectos esperados, posibles efectos secundarios y complicaciones
- Signos de alarma que indican que debe buscar ayuda
- Cómo obtener atención de urgencia
- Necesidades anticonceptivas
- Cuándo y dónde obtener atención de seguimiento si es necesario

En las unidades de salud donde hay teléfonos, se debe proporcionar a la mujer datos de contacto para que pueda llamar en cualquier momento si tiene alguna duda o inquietud. En algunos lugares, es posible que la única manera en que la mujer pueda tener acceso a un profesional de la salud para que evalúe su situación es regresando a la unidad de salud. Si la mujer vive lejos de la unidad de salud, se le podría referir de antemano a otros servicios locales más cerca a su hogar. Otra buena fuente

de apoyo local e información para la mujer podría ser enfermeras en salud comunitaria u otras organizaciones o trabajadores en salud comunitaria, siempre y cuando estén bien informados sobre los métodos y servicios con medicamentos. (Por favor remítase al módulo Complicaciones y al módulo Vínculos con la comunidad.)

8.0 Cuidados de seguimiento

Por lo general, no es necesario acudir a una consulta de seguimiento rutinaria después del tratamiento del aborto incompleto con el régimen de misoprostol. Las mujeres que toman los medicamentos en casa deben recibir una explicación sobre los síntomas que puede esperar. Si la mujer tiene inquietudes sobre el sangrado continuo u otros problemas, puede regresar cuando lo desee. Si quiere estar segura de que todo está bien después del proceso, puede regresar aproximadamente en dos semanas para confirmar que se concluyó el proceso o para recibir los servicios adicionales que desee.

Si la mujer regresa para una consulta de seguimiento, el/la prestador/a de servicios debe:

1. Preguntarle a la mujer acerca de su experiencia con el proceso.
2. Confirmar si se concluyó el proceso:
 - a. Hacer el historial del proceso, la cantidad y duración del sangrado, los cólicos y la expulsión de coágulos;
 - b. Realizar un examen físico;
 - c. Si existe duda, el/la prestador/a de servicios de salud puede realizar un ultrasonido o remitirla a otros servicios con este recurso a fin de verificar o descartar la presencia de restos ovulares en el útero.
3. Realizar la aspiración por vacío para finalizar el proceso en caso de que no se haya logrado una evacuación endouterina completa con el misoprostol.
4. Informar a la mujer qué puede esperar tras concluir o continuar el tratamiento.
5. Revisar los resultados de los análisis de laboratorio.
6. Proporcionar un método anticonceptivo, si lo desea y todavía no se le ha entregado.

(Por favor remítase al módulo Complicaciones.)

Cuadro 12-2: Regímenes de misoprostol para el tratamiento del aborto diferido o muerte intrauterina hasta las 13 semanas de gestación		
Dosis	Vía	Tiempo de administración
800 mcg	Vaginal	Dosis única
600 mcg	Sublingual	Cada tres horas, con un máximo de 3 dosis (1800 mcg)

9.0 Misoprostol para el tratamiento del aborto diferido o de muerte fetal intrauterina

Aunque este módulo se centra en el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, las mujeres pueden presentar un embarazo que ya no está en desarrollo pero cuyos restos ovulares permanecen en el útero, también conocido como aborto diferido. Este tipo de embarazo fallido temprano presenta poco o ningún sangrado y un cuello uterino cerrado; a menudo es diagnosticado con ultrasonido. A las mujeres con aborto diferido que tienen hasta 13 semanas de gestación y presentan un cuadro clínico estable se les puede ofrecer misoprostol, manejo expectante o aspiración por vacío.

Una dosis única de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal produce una evacuación endouterina completa en más del 80% de las mujeres. Algunos estudios han utilizado dosis repetidas de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal después de 24 o 72 horas y el resultado ha sido un aumento en las tasas de aborto completo. Sin embargo, no queda claro si dicho aumento se debe a la dosis adicional de prostaglandina o al mayor plazo de espera hasta la evaluación. Cuando las mujeres reciben manejo expectante después de una dosis única de misoprostol, las tasas de aborto incompleto aumentan a lo largo del tiempo. Con el régimen de una dosis de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual repetida cada tres horas con un máximo de dos dosis más, se logran similares tasas de eficacia.

Las mujeres que usan misoprostol para el tratamiento del aborto diferido deben ser evaluadas y tratadas de manera similar a las mujeres que usan misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Sin embargo, se les debe asesorar en cuanto al hecho de que las tasas de eficacia del misoprostol son menores para las mujeres con aborto diferido y que un mayor número de mujeres posiblemente necesiten que se les practique una aspiración por vacío para concluir el proceso de evacuación endouterina.

10.0 Resumen

- Los criterios médicos de elegibilidad para el uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto son:

orificio cervical abierto, sangrado vaginal o antecedentes de sangrado vaginal durante el embarazo y tamaño uterino menor de 13 semanas desde la FUM.

- Las contraindicaciones del misoprostol para la evacuación endouterina son:
 - Antecedentes de reacción adversa al misoprostol u otras prostaglandinas;
 - Confirmación o sospecha de embarazo ectópico;
 - Signos de infección pélvica y/o septicemia;
 - Inestabilidad hemodinámica o shock.
- Después del uso de misoprostol, la fertilidad se reanuda rápidamente. Por lo tanto, si la mujer desea evitar el embarazo, se le debe facilitar un anticonceptivo cuando acuda a la consulta inicial de atención postaborto.
- Es probable que las mujeres que reciben misoprostol para la evacuación endouterina experimenten dolor, cólicos y sangrado. También podrían experimentar efectos secundarios, tales como náuseas, fiebre y escalofríos. El/la prestador/a de servicios de salud debe ofrecer manejo del dolor a las mujeres que usan misoprostol.
- Después de tomar misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, el sangrado de la mujer será similar a su menstruación y es posible que continúe durante varios días.
- La dosis de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es una dosis única de 400 mcg por vía sublingual o 600 mcg por vía oral.
- La dosis de misoprostol para el tratamiento del aborto diferido es una dosis única de 800 mcg por vía vaginal o 600 mcg por vía sublingual cada tres horas para un total máximo de tres dosis.
- Si la dosis inicial falla y la mujer presenta un cuadro clínico estable, se puede repetir la dosis de misoprostol. Otras opciones son: manejo expectante o el procedimiento de aspiración por vacío.
- La consejería incluye proporcionar información básica sobre la evacuación endouterina con misoprostol, sus riesgos y beneficios, y los posibles efectos secundarios y complicaciones.
- Entre los preparativos necesarios antes de la administración del misoprostol figuran: brindar consejería y obtener el consentimiento informado; realizar una evaluación clínica, que incluya un examen físico;

cerciorarse de que la mujer sabe qué hacer en caso de que se presente una emergencia; y hablar sobre sus necesidades anticonceptivas.

- Antes de efectuar el examen físico o de administrar el medicamento, es importante cerciorarse de que la mujer sepa lo que puede esperar y que se sienta cómoda expresando sus inquietudes, preguntas y sentimientos.
- Confirmar el tamaño uterino y descartar la presencia de embarazo ectópico es clave para una evacuación endouterina segura y eficaz con misoprostol.
- Debe haber instalaciones adecuadas y apoyo del personal de salud a la disposición de las mujeres que permanecen en la unidad de salud durante el proceso.
- El sangrado vaginal y los cólicos son efectos esperados y normales de la evacuación endouterina con misoprostol. Otros efectos secundarios son: náuseas, diarrea, vómito, fiebre, calor, escalofríos, dolores de cabeza y mareos.
- Tanto los analgésicos no narcóticos como los analgésicos narcóticos pueden usarse para el tratamiento del dolor asociado con la evacuación endouterina con misoprostol.
- Aunque rara vez ocurren complicaciones graves, entre las complicaciones que pueden ocurrir figuran: permanencia de restos ovulares en el útero, hemorragia, infección y embarazo ectópico no diagnosticado.
- Antes de egresar de la unidad de salud, la mujer debe tener conocimiento de lo que debe esperar en cuanto a los efectos secundarios del misoprostol tomado o que tomará en casa; los signos de alarma de posibles complicaciones; y cuándo y dónde buscar atención médica.

Referencias bibliográficas

Avraham, S., Gat, I., Duvdevani, N. R., Haas, J., Frenkel, Y. y Seidman, D. S. (2012). Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: a double-blind, randomized, controlled study. *Fertility and Sterility*, 97(3), 612-615.

Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E., Jensen, J. T., et al. (2011). Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2208-2217.

Creinin, M. D. y Aubény, E. (1999). Medical abortion in early pregnancy. En M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes y P. G. Stubblefield (Eds.). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Nueva York: Churchill Livingstone.

- Demetroulis, C., Saridogan, E., Kunde, D. y Naftalin, A. A. (2001). A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction*, 16(2), 365-369.
- Faúndes, A., Fiala, C., Tang, O. S. y Velasco, A. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 99 Suppl 2, S172-177.
- Gilles, J. M., Creinin, M. D., Barnhart, K., Westhoff, C., Frederick, M. M. y Zhang, J. (2004). A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(2), 389-394.
- Goldberg, A. B., Greenberg, M. B. y Darney, P. D. (2001). Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 38-47.
- Graziosi, G. C., Mol, B. W., Ankum, W. M. y Bruinse, H. W. (2004). Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 86(3), 337-346.
- Gynuity Health Projects. (2009). *Misoprostol for treatment of incomplete abortion: An introductory guidebook*. Nueva York, NY: Gynuity Health Projects.
- Honkanen, H., Piaggio, G., Herten, H., Bártfai, G., Erdenetungalag, R., Gemzell-Danielsson, K., et al. (2004). WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *BJOG*, 111(7), 715-725.
- Ipas y Venture Strategies Innovation (VSI). (2011). *Uso de misoprostol en la atención postaborto: un juego de herramientas para la prestación de servicios*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Lipscomb, G. H., Stovall, T. G. y Ling, F. W. (2000). Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 343(18), 1325-1329.
- Livshits, A., Machtinger, R., David, L. B., Spira, M., Moshe-Zahav, A. y Seidman, D. S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertility and sterility*, 91(5), 1877-1880.
- Muffley, P. E., Stitely, M. L. y Gherman, R. B. (2002). Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 321-325.; discussion 325-326.
- Ngoc, N. T., Blum, J., Westheimer, E., Quan, T. T. y Winikoff, B. (2004). Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 87(2), 138-142.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Fuente: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/es/f

Renner, R. M., Jensen, J. T., Nichols, M. D. y Edelman, A. (2009). Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD006712.

Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T. y Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception*, 79(3), 216-220.

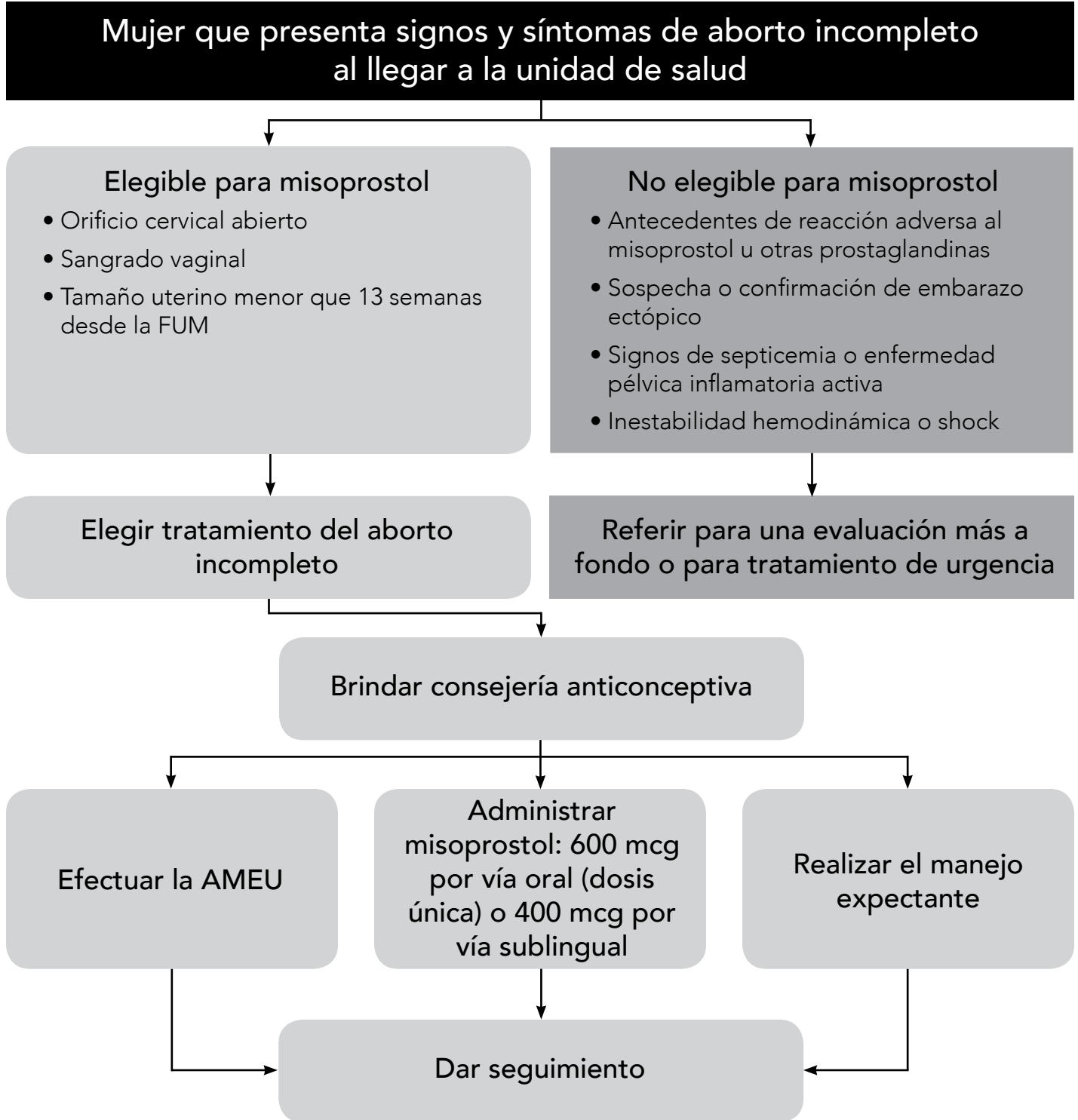
Tang, O. S., Lau, W. N., Ng, E. H., Lee, S. W. y Ho, P. C. (2003). A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal with sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction*, 18(1), 176-181.

Tang, O. S., Ong, C. Y., Tse, K. Y., Ng, E. H., Lee, S. W. y Ho, P. C. (2006) A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction*, 21(1), 189-192.

Zhang, J., Gilles, J. M., Barnhart, K., Creinin, M. D., Westhoff, C. y Frederick, M. M. (2005). A comparison of medical management with misoprostol and surgical management of early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine*, 353(8), 761-769.

Anexo A: Flujograma clínico

Este flujograma clínico puede utilizarse para dar una visión general de los elementos clave en la prestación de servicios de atención postaborto.



Adaptado de Ipas y Venture Strategies Innovations. 2011. Uso de misoprostol en la atención postaborto: un juego de herramientas para la prestación de servicios. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Anexo B: Folletos para las mujeres

Esta herramienta fue elaborada para que el personal de salud la entregue a cada mujer. Se recomienda que la unidad de salud elija la vía de administración de misoprostol que considere ser la más aceptable para la comunidad y la más fácil de administrar. Además, estos materiales deben ser adaptados para su localidad.*

Cómo utilizar las tabletas de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto

USO ORAL

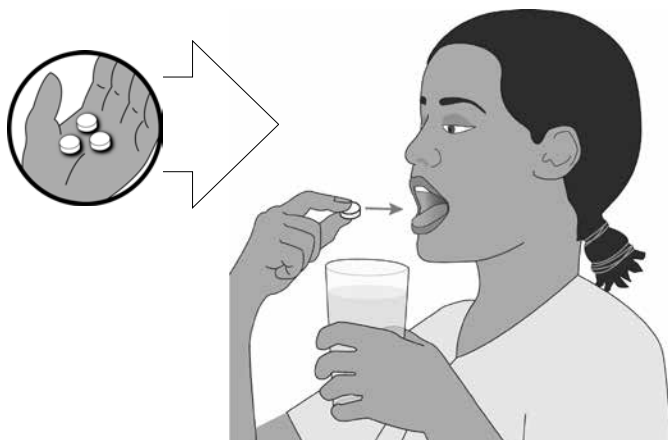
TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO Y EL ABORTO ESPONTÁNEO CON TABLETAS DE MISOPROSTOL

Si usted está teniendo un aborto incompleto, puede recibir tratamiento seguro y eficaz con tabletas de misoprostol.



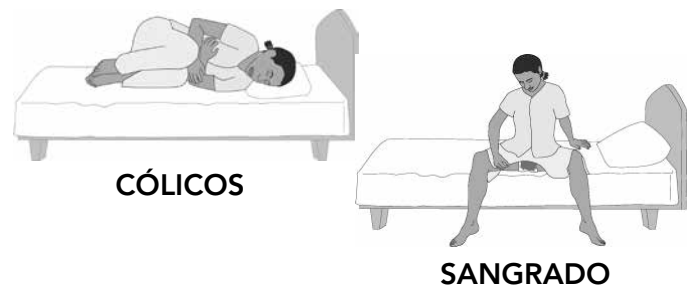
CÓMO TOMARSE LAS TABLETAS DE MISOPROSTOL

Tráguese 3 tabletas (600 mcg) con agua.



¿QUÉ SUCEDE CUANDO SE TOMA LAS TABLETAS?

Misoprostol causa que se contraiga el útero. Usted tendrá sangrado vaginal y cólicos; posiblemente vea coágulos de sangre.



MUCHAS MUJERES NO TIENEN EFECTOS SECUNDARIOS

Pero a algunas mujeres les da fiebre, escalofríos, náuseas o diarrea. Estos síntomas generalmente desaparecen por sí solos en unas pocas horas.



*Para recibir asistencia técnica acerca de la adaptación del material, por favor diríjase a misoforpac@ipas.org.

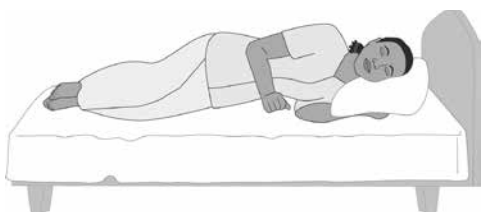
Anexo B: Folletos para las mujeres

Cómo utilizar las tabletas de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto

USO ORAL

¿CÓMO PUEDE MANEJAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

Si tiene cólicos, puede tomar medicinas para el dolor. Rara vez es necesario tomar medicinas para bajar la fiebre. También ayuda beber mucha agua y guardar reposo. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen por sí solos en poco tiempo.



¿CUÁNDO DEBE BUSCAR AYUDA DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD?

Debe buscar ayuda inmediata si tiene:

- Sangrado abundante
- Fiebre que dura más de un día o que comienza cualquier día después del día de haberse tomado el misoprostol
- Cólicos constantes y dolor que no mejora con medicamentos, descanso o una almohadilla
- Malestar intenso



SANGRADO ABUNDANTE



CÓLICOS CONSTANTES

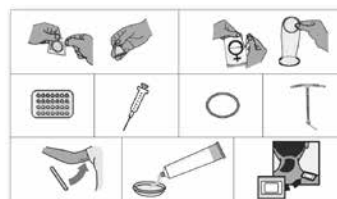


FIEBRE



¿CUÁL ES EL MEJOR MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA MÍ?

Usted puede volver a quedar embarazada en un par de semanas. Si desea utilizar un método anticonceptivo, debe iniciar su uso de inmediato. Puede iniciar el uso de la mayoría de los métodos en el mismo momento



¿CUÁNDO DEBO REGRESAR PARA LA CITA DE SEGUIMIENTO?

Por lo general, no es necesario acudir a una consulta de seguimiento rutinaria. Si presenta signos de alarma o si tiene otras inquietudes, puede regresar en cualquier momento. Si quiere confirmar que se concluyó el proceso, puede regresar aproximadamente en dos semanas.



FECHA DE SU CITA DE SEGUIMIENTO:

_____ / _____ / _____

LUGAR: _____

TELÉFONO: _____

Anexo B: Folletos para las mujeres

Cómo utilizar las tabletas de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto

USO SUBLINGUAL

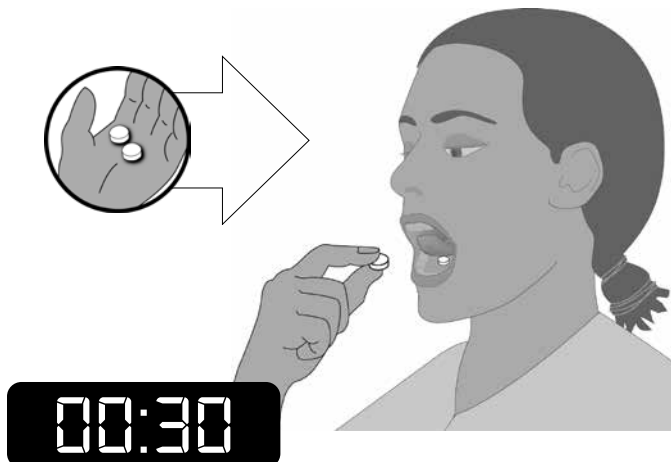
TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO Y EL ABORTO ESPONTÁNEO CON TABLETAS DE MISOPROSTOL

Si está teniendo un aborto incompleto, puede recibir tratamiento seguro y eficaz con tabletas de misoprostol.



CÓMO TOMARSE LAS TABLETAS DE MISOPROSTOL

Coloque 2 tabletas de misoprostol (400 mcg) debajo de la lengua. Mantenga las tabletas debajo de la lengua hasta que se disuelvan, o durante 30 minutos aproximadamente, y después tráguese toda porción restante.

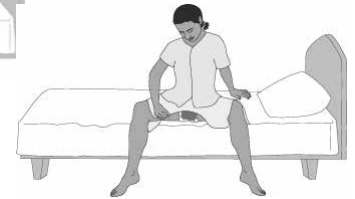


¿QUÉ SUCEDE CUANDO SE TOMA LAS TABLETAS?

Misoprostol causa que se contraiga el útero. Usted tendrá sangrado vaginal y cólicos; posiblemente vea coágulos de sangre.



CÓLICOS



SANGRADO

MUCHAS MUJERES NO TIENEN EFECTOS SECUNDARIOS

Pero a algunas mujeres les da fiebre, escalofríos, náuseas o diarrea. Estos síntomas generalmente desaparecen por sí solos en unas pocas horas.



DIARREA



VÓMITO/NÁUSEAS



FIEBRE/ESCALOFRÍOS

Anexo B: Folletos para las mujeres

Cómo utilizar las tabletas de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto

USO SUBLINGUAL

¿CÓMO PUEDE MANEJAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

Si tiene cólicos, puede tomar medicinas para el dolor. Rara vez es necesario tomar medicinas para bajar la fiebre. También ayuda beber mucha agua y guardar reposo. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen por sí solos en poco tiempo.



¿CUÁNDO DEBE BUSCAR AYUDA DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD?

Debe buscar ayuda inmediata si tiene:

- Sangrado abundante
- Fiebre que dura más de un día o que comienza cualquier día después del día de haberse tomado el misoprostol
- Cólicos constantes y dolor que no mejora con medicamentos, descanso o una almohadilla térmica
- Malestar intenso



SANGRADO ABUNDANTE



CÓLICOS CONSTANTES

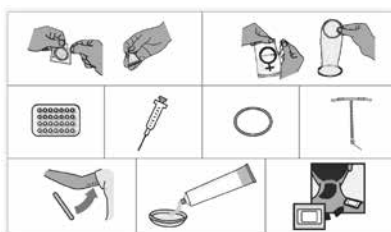


FIEBRE



¿CUÁL ES EL MEJOR MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA MÍ?

Usted puede volver a quedar embarazada en un par de semanas. Si desea utilizar un método anticonceptivo, debe iniciar su uso de inmediato. Puede iniciar el uso de la mayoría de los métodos en el mismo momento en que se tome las tabletas de misoprostol.



¿CUÁNDO DEBO REGRESAR PARA LA CITA DE SEGUIMIENTO?

Por lo general, no es necesario acudir a una consulta de seguimiento rutinaria. Si presenta signos de alarma o tiene otras inquietudes, puede regresar en cualquier momento. Si quiere confirmar que se concluyó el proceso, puede regresar en aproximadamente dos semanas.



FECHA DE SU CITA DE SEGUIMIENTO:

_____ / _____ / _____

LUGAR: _____

TELÉFONO: _____

Complicaciones

Temas clave en este módulo

- Signos y síntomas de las complicaciones que presenta la mujer al llegar a la unidad de salud, así como aquellas relacionadas con el procedimiento y el embarazo
- Evaluación inicial rápida y manejo de shock
- Pasos para diagnosticar, tratar o referir casos complicados
- Cómo aprender de los eventos adversos

1.0 Introducción

La mayoría de las mujeres que acuden a servicios de atención postaborto presentan un cuadro clínico estable y necesitan manejo de rutina. Sin embargo, algunas mujeres están angustiadas y necesitan tratamiento de urgencia. Es posible que ocurran

complicaciones durante el procedimiento de evacuación endouterina o después de éste. Este módulo se centra en las mujeres que presentan complicaciones graves al llegar a la unidad de salud en busca de atención postaborto, así como en su evaluación, diagnóstico y manejo.

Las complicaciones pueden surgir a consecuencia de lesiones ocasionadas por el procedimiento de aborto, una evacuación endouterina incompleta o infección. A menudo, debido a las barreras que se encuentran en los servicios de salud o a la estigmatización, las mujeres aplazan la búsqueda de atención médica después de un aborto inseguro, lo cual empeora su condición. Las mujeres que llegan a los servicios de atención postaborto pueden presentar múltiples complicaciones que necesitan manejo de urgencia.

Cuando una mujer acude a los servicios con una emergencia que pone su vida en peligro, se puede postergar la evaluación clínica completa y la obtención del consentimiento informado voluntario hasta que se hayan tomado todas las medidas necesarias para salvarle la vida. Una vez que la mujer se haya estabilizado, el/la prestador/a de servicios de salud debe realizar una evaluación clínica completa y obtener su consentimiento para continuar el tratamiento.

Dado que las situaciones de urgencia a menudo son atemorizantes o inquietantes, una mujer que presenta complicaciones al llegar a la unidad de salud necesita apoyo emocional y psicológico, al igual que su familia. Cada prestador/a de servicios debe comunicarse abiertamente con la mujer respecto a su condición y su tratamiento.

2.0 Complicaciones que presenta la mujer al llegar a la unidad de salud

Típicamente, las mujeres que buscan servicios de atención postaborto son pacientes ambulatorias que presentan sangrado vaginal, dolor, fiebre o escalofríos, quienes necesitan tratamiento del aborto incompleto. Las mujeres que han sufrido complicaciones más graves posiblemente presenten shock, hemorragia, septicemia y lesión intraabdominal. Las complicaciones graves ocurren con más frecuencia en entornos donde el aborto inseguro es común.

3.0 Complicaciones relacionadas con el procedimiento

Cuando los procedimientos de evacuación endouterina son efectuados por un/a prestador/a de servicios de salud capacitado, las complicaciones relacionadas con el procedimiento son poco frecuentes; no obstante, pueden ocurrir incluso en manos de las

personas más calificadas. Es importante estar preparado para diagnosticar complicaciones y brindar un tratamiento rápido y seguro. Éstas pueden presentarse durante el procedimiento de evacuación endouterina, durante la recuperación o más tarde, y la unidad de salud debe disponer de un protocolo ya establecido para hacer frente a esta posibilidad. Las complicaciones pueden ocurrir con el procedimiento de aspiración por vacío o el aborto con medicamentos. En la mayoría de los casos, las complicaciones pueden manejarse con éxito si el tratamiento se realiza con prontitud. Rara vez se presentan complicaciones graves y, por lo general, éstas pueden ser atendidas por un/a profesional de la salud con la formación y capacitación para brindar atención general de emergencia y atención quirúrgica. Si no se dispone de instalaciones para la atención de urgencias en la unidad de salud, el manejo de las complicaciones debe efectuarse mediante estabilización y el traslado oportuno de la mujer a una unidad de salud con servicios de cuidados intensivos.

4.0 Complicaciones relacionadas con el embarazo

Es posible que algunas mujeres presenten complicaciones relacionadas con el embarazo o complicaciones ginecológicas, como un embarazo molar, un embarazo ectópico o anomalías uterinas, que requieren un plan de tratamiento y procedimientos clínicos específicos. Estas condiciones a menudo se descubren durante la evaluación clínica y pueden tratarse antes de realizar el procedimiento. Es posible que otras complicaciones no se hagan evidentes hasta que se haya iniciado el procedimiento de evacuación endouterina o después de éste. (Por favor remítase al módulo Evaluación clínica y al módulo Evacuación endouterina con misoprostol.)

5.0 Evaluación inicial rápida y manejo de shock

A todas las mujeres que llegan a la unidad de salud en busca de atención médica se les debe efectuar una evaluación inicial rápida. *Cualquier integrante* del personal de salud puede revisar rápidamente las vías respiratorias, la respiración, la circulación y el grado de conciencia de la mujer, así como si ha tenido o actualmente tiene convulsiones (los signos del "ABC"). Si la mujer se encuentra muy grave, el personal de salud debe pedir ayuda y aplicar los procedimientos de respuesta a urgencias. (Para mayor información sobre la evaluación de estos signos, ver el manual de la OMS titulado *IMAI District Clinician Manual: Hospital Care for Adolescents and Adults: Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources*.)

Se debe anotar los signos vitales, tales como temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. Se debe evaluar los signos y síntomas de shock. (Ver recuadro Signos de

Signos de shock

- Hipotensión (TAS <90 mm HG)
- Pulso rápido
- Palidez o extremidades frías
- Disminución del llenado capilar
- Mareos o incapacidad para ponerse de pie
- Disminución de la producción de orina (<30 ml por hora)
- Dificultad respiratoria
- Pérdida del conocimiento, letargo/agitación, confusión

Estabilización de shock

Si la mujer presenta signos de shock o sangrado abundante:

- Asegurar que las vías respiratorias estén abiertas. Voltearle la cabeza hacia un lado para evitar aspiración.
- Elevarle las piernas para incrementar el retorno de sangre al corazón.
- Administrar oxígeno 5 litros/minuto con máscara o cánula nasal.
- Introducir una o dos agujas IV de calibre grueso; administrar 1 litro de rápida infusión de cristaloides (RL o SN) y luego reevaluar. Administrar un segundo litro si los signos vitales continúan siendo anormales.
- Hacer transfusión sanguínea si los signos vitales continúan inestables después de 2 litros de líquido IV.
- Mantener a la paciente abrigada.
- Colocar sonda vesical.
- Monitorear la ingesta y eliminación de líquidos, incluida la pérdida de sangre continua.
- Enviar las pruebas de laboratorio, tales como grupo sanguíneo y compatibilidad cruzada, hematocrito y hemoglobina, cultivos de sangre y pruebas químicas, si están disponibles.
- Monitorear y anotar los signos vitales cada 15 minutos.
- Preparar para un traslado de urgencia si la mujer no puede ser tratada en la unidad de salud.

shock.) Si la mujer presenta signos y síntomas de shock o sangrado vaginal abundante, necesita estabilización inmediata. (Ver recuadro Estabilización de shock.) *Para toda mujer* que presente signos de shock o sangrado abundante, se debe tomar las medidas iniciales de estabilización, aunque se desconozca la causa.

Cualquier paciente puede presentar shock en cualquier momento durante la atención postaborto, especialmente si existen lesiones significativas que no se detectaron inicialmente. Por lo tanto, es importante estar alerta para identificar los signos de shock que pueden presentarse durante el tratamiento de la mujer. Siempre que se presenten signos de shock, el personal de salud debe evaluar de inmediato la etapa y gravedad del shock, y tomar medidas rápidas para impedir que la condición de la mujer empeore y salvar su vida.

6.0 Evaluación secundaria para determinar las causas subyacentes de shock

Una vez que se haya iniciado la evaluación y la estabilización, se puede realizar una evaluación clínica más completa para determinar la causa e iniciar el tratamiento. En usuarias de servicios de atención postaborto, por lo general, el shock se debe a una hemorragia, la cual puede ser causada por un aborto incompleto, atonía uterina, o lesión vaginal, cervical, uterina o intraabdominal. El shock séptico es el resultado de infección, que puede ser causada por un aborto incompleto, endometritis o lesión intraabdominal. Se debe realizar con urgencia la historia clínica y examen físico dirigido, con el tratamiento simultáneo para el manejo definitivo de las causas subyacentes.

6.1 Historia clínica

La historia puede hacerse con la mujer, si ella puede contestar preguntas, o con parientes o amistades que la acompañan. Conocer su edad gestacional y el tipo de servicios de aborto que obtuvo antes de acudir a la unidad de salud puede ser útil para guiar el diagnóstico y el manejo. (Por favor remítase al módulo Evaluación clínica.)

6.2 Examen físico

El examen físico debe incluir la toma de los signos vitales, y exámenes del corazón, pulmones, abdomen y pelvis. Al realizar el examen abdominal, determine la presencia de signos y síntomas de lesión intraabdominal, tales como distensión, rigidez, resistencia y rebote. El examen pélvico debe efectuarse bajo condiciones óptimas, con la paciente en buena posición y con una fuente de luz potente para poder detectar cualquier sangrado y tratarlo de manera simultánea. Se debe preparar

cualquier instrumental o anestésico que sea necesario y tenerlos disponibles. Se debe administrar medicamentos para el manejo del dolor a mujeres que tengan molestias o que posiblemente necesiten un procedimiento para controlar el sangrado.

Cuando se efectúe el examen por espéculo, se debe inspeccionar cuidadosamente la vagina y el cuello uterino para determinar la presencia de laceraciones, las cuales pueden repararse durante el examen. Se debe inspeccionar el orificio cervical, y sacar con pinza de anillos cualquier resto ovular que esté visible en el orificio. Además, se debe realizar un examen bimanual y prestar atención al tamaño y la consistencia del útero, así como a cualquier sensibilidad cervical o uterina con el movimiento. Un útero grande y esponjoso podría ser signo de aborto incompleto, infección o atonía uterina, y podría indicar la necesidad de realizar una evacuación endouterina. La sensibilidad cervical o uterina con el movimiento son indicio de infección o perforación.

7.0 Diagnóstico y manejo de complicaciones específicas

Una mujer puede presentar complicaciones cuando llega a la unidad de salud en busca de atención postaborto, o puede ocurrir una complicación durante la atención postaborto o después de ésta en la unidad de salud. Independientemente de que las complicaciones ocurran antes, durante o después de la atención postaborto, el manejo es igual. Las mujeres pueden tener más de un problema y necesitar tratamiento. La infección o septicemia ocurre comúnmente con otras complicaciones. El manejo de shock es integral para el manejo de todas las complicaciones.

7.1 Aborto incompleto

Después de una evacuación endouterina, pueden permanecer algunos restos ovulares en el útero. Si no son tratadas, grandes cantidades de restos ovulares retenidos pueden producir sangrado abundante e infección. Si la mujer presenta sangrado abundante o signos y síntomas de infección, el tratamiento recomendado es aspiración endouterina inmediata.

Signos y síntomas

- Orificio abierto con restos ovulares y/o sangrado abundante;
- Útero agrandado, con o sin dolor a la palpación.

Manejo

- Manejar el shock como se indica (ver recuadro Estabilización de shock).

Medicamentos uterotónicos

Ejemplos de terapias que se pueden administrar por un sangrado o para estabilizar a las pacientes que se trasladarán después de una aspiración endouterina o por hemorragia posparto:

- *Metilergonovina, 0.2 mg por vía intramuscular o intracervical, repetir a los 15 minutos con un máximo de 5 dosis. No utilizar en mujeres con hipertensión.*
- *Oxitocina, 20 unidades en 1 litro IV a un ritmo de 60 gotas por minuto, máximo de 3 litros de líquido*
- *Misoprostol, 200 a 800 mcg por vía oral, rectal o sublingual*
- *Taponamiento intrauterino con gasa estéril, 30 a 75 ml sonda Foley (globo) o un condón inflado.*

Estas terapias también podrían ser eficaces después del aborto con medicamentos.

- Asegurarse de que la mujer tenga medicamentos adecuados para el control del dolor, incluidos el bloqueo paracervical y medicamentos orales o por IV, según sea necesario si la aspiración endouterina está indicada.
- Administrar antibióticos profilácticos o terapéuticos según lo indicado (ver el módulo Evaluación clínica).
- Efectuar la evacuación endouterina con uno de los siguientes métodos:
 - Aspiración por vacío si la mujer presenta signos o síntomas de infección, sangrado abundante o shock (ver el módulo Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus).
 - Misoprostol si no hay contraindicaciones (ver el módulo Evacuación endouterina con misoprostol).
 - Monitoreo continuo hasta que la mujer expulse los restos ovulares retenidos, si no hay contraindicaciones. Pequeñas cantidades de restos ovulares pueden ser expulsadas espontáneamente sin que sea necesaria alguna otra intervención.

7.2 Laceraciones cervicales o vaginales

Signos y síntomas

- Sangrado vaginal
- Las laceraciones son visibles durante el examen con espéculo

Manejo

- Asegurarse de que la mujer reciba medicamentos adecuados para el control del dolor de manera que se pueda determinar la gravedad de la lesión y repararla adecuadamente.
- Para laceraciones menores, aplicar presión colocando una pinza de anillos sobre el desgarró o aplicar nitrato de plata.
- Para laceraciones que necesitan ser reparadas con sutura:
 - Aplicar un anestésico local para reparar el sitio; la sedación puede facilitar la reparación;
 - Asegurarse de que la mujer esté en posición adecuada y que haya una fuente de luz potente;
 - Aplicar solución antiséptica al cuello uterino y la vagina;

- Sujetar el cuello uterino delicadamente con pinza de Forester o pinza de anillos;
- Inspeccionar cuidadosamente el cuello uterino, ya que podría haber más de una laceración;
- Iniciar la sutura en el ápice (parte superior) del desgarro, cerrarlo con sutura absorbible continua. Utilizar la pinza de anillos para bajar el ápice cuidadosamente si la exposición es difícil;
- Reparar con laparotomía todo desgarro que se haya extendido profundamente más allá de la cúpula vaginal o que continúe sangrando después de la sutura;
- Se puede utilizar empaque vaginal para el tratamiento emergente del sangrado.

7.3 Perforación uterina con o sin lesión intraabdominal

Una perforación del útero puede ser mortal y el manejo inmediato está indicado porque hay un alto riesgo de infección y daños a otros órganos abdominales y pélvicos (intestino, vejiga y vasos). El sangrado posiblemente no sea evidente durante el examen pélvico, pero una hemorragia significativa podría estar ocultando un sangrado intraabdominal.

Rara vez ocurre una perforación durante el procedimiento de aspiración endouterina. El manejo depende de si el procedimiento de aspiración se concluyó, del tamaño de la lesión uterina y de la presencia de otras lesiones intraabdominales.

Signos y síntomas

Que presenta la mujer al llegar a la unidad de salud:

- La mujer menciona su historia de aborto con instrumental;
- Abdomen distendido y/o rígido con rebote y/o resistencia
- Signos o síntomas de septicemia y/o shock.

Durante el procedimiento de aspiración:

- El instrumental pasa más allá del tamaño esperado de la cavidad uterina;
- Se observa tejido adiposo o intestinal en el material aspirado;
- Disminuye el vacío del aspirador;
- La mujer se queja de dolor abdominal intenso durante el procedimiento o después de éste;

- Aumento repentino de sangrado o dolor.

Manejo

- Manejo del dolor según indicado (ver recuadro Estabilización de shock);
- Si la perforación ocurrió durante la aspiración, la mujer está estable, no hay signos de lesión intraabdominal y se concluyó la evacuación endouterina:
 - Ingresar a la mujer y observar de cerca los signos y síntomas de lesión intraabdominal o hemorragia. *Esto es lo indicado solo si la perforación ocurrió durante la aspiración endouterina y el/la prestador/a de servicios está seguro de que no hubo otras lesiones.*
- Si la mujer está inestable y/o presenta signos de lesión intraabdominal:
 - Laparotomía o laparoscopia para diagnosticar y manejar lesiones intraabdominales;
 - Si en la unidad de salud no se puede manejar la complicación, se debe estabilizar a la mujer y trasladarla a una unidad de salud de mayor nivel de resolución;
- Si no se concluyó la evacuación endouterina:
 - Concluir la evacuación endouterina bajo visualización directa (con laparotomía o laparoscopia);
 - Si no es posible realizar una laparotomía o laparoscopia, preparar a la mujer para un traslado a una unidad de salud de mayor nivel de resolución;
- Reparar cualquier daño durante la laparotomía o laparoscopia. Inspeccionar la cavidad abdominal cuidadosamente para detectar la presencia de lesiones pequeñas;
- Si no se puede reparar el útero o el cuello uterino o no se puede controlar el sangrado, posiblemente sea necesario efectuar una histerectomía.

7.4 Atonía uterina

La atonía uterina es una afección en la cual el útero pierde su tono muscular y no para de sangrar. Las mujeres con atonía presentan sangrado abundante. Esta complicación es más común en multíparas y embarazos tardíos. La atonía puede ser secundaria al aborto incompleto o a coágulos intrauterinos (hematómetra).

Signos y síntomas

- Útero grande, blando y esponjoso
- Sangrado vaginal abundante
- Puede ser secundaria al aborto incompleto

Manejo

Se debe tratar paso a paso para controlar el sangrado. El/la profesional de la salud debe pasar rápidamente al próximo paso si no se controla el sangrado. La histerectomía se debe efectuar solo como último recurso.

- Realizar un masaje bimanual; • Administrar terapia con medicamentos uterotónicos (ver recuadro sobre medicamentos uterotónicos);
- Efectuar el procedimiento de aspiración endouterina;
- Realizar el taponamiento intrauterino;
- Efectuar una histerectomía si no se puede detener el sangrado con otras medidas.

7.5 Infección y septicemia intrauterinas

Una infección puede ocurrir después del procedimiento de evacuación endouterina si la mujer tuvo un aborto incompleto, si no se siguieron las prácticas para la prevención de infecciones, o si la mujer tenía una infección pélvica cuando se efectuó la evacuación endouterina. Si no se trata, la infección intrauterina (endometritis) puede pasar a ser una infección más generalizada (septicémica o shock séptico).

Signos y síntomas de infección intrauterina (endometritis)

- Dolor pélvico o en el abdomen bajo
- Fiebre y escalofríos
- Sensibilidad uterina o en la parte inferior del abdomen a la palpación durante el examen bimanual
- Sensibilidad cervical con el movimiento
- Secreción vaginal o cervical con olor inusual o fétido

Signos y síntomas de septicemia o shock séptico

- Infección sospechada, más
- Hipotensión (TAS <90 mmHg), más

Tratamiento de una infección intrauterina con antibióticos de amplio espectro

Régimen oral:

Ceftriaxona, una dosis única de 250 mg por vía intramuscular, **MÁS Doxiciclina**, 100 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días **CON** o **SIN Metronidazol**, 500 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días.

Régimen parenteral (IV):

Cefotetan, 2 g por vía IV cada 12 horas, o **Cefoxitin**, 2 g IV cada 6 horas, **MÁS Doxiciclina**, 100 mg por vía oral o IV cada 12 horas

Nota: También se puede usar otros regímenes de antibióticos; ver detalles en <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/pid.htm>

Tratamiento de septicemia con antibióticos de amplio espectro

Ampicilina, 2 g por vía IV cada seis horas;

MÁS Gentamicina, 5 mg/kg de peso corporal por vía IV cada 24 horas

MÁS Metronidazol, 500 mg por vía IV cada ocho horas

- Uno o más de los siguientes:
 - Pulso > 100 por minuto
 - Frecuencia respiratoria > 24 por minuto
 - Temperatura anormal (<36C o >38C)

Manejo de infección intrauterina (endometritis)

- Tratar el shock según lo indicado (ver recuadro Estabilización de shock);
- Iniciar la administración de antibióticos de amplio espectro eficaces contra la gonorrea y clamidia;
 - Se puede usar antibióticos orales para casos leves a moderados;
 - Administrar antibióticos parenterales (IV) en casos moderados a graves o en mujeres que están hospitalizadas o no pueden tolerar regímenes orales. 24 a 48 horas después de ver mejoría clínica, se puede hacer la transición a antibióticos orales para un régimen total de 14 días.

Manejo de septicemia o shock séptico

Tétanos

Si la mujer está inmunizada y tiene un aborto inseguro, aplíquele IM toxoide tetánico 0.5 ml. Si la mujer no está inmunizada, aplique suero antitetánico 1500 unidades IM y toxoide tetánico IM 0.5ml, después de 4 semanas.

- Tratar el shock según lo indicado (ver recuadro Estabilización de shock);
- Iniciar la administración de antibióticos de amplio espectro por vía IV o IM (ver recuadro sobre antibióticos de amplio espectro);
 - Continuar la administración de antibióticos hasta que la mujer esté afebril durante 48 horas;
 - Cambiar a antibióticos orales durante por lo menos siete días de tratamiento en total;
- Si fue un aborto inseguro y se desconocen los antecedentes de vacunación de la mujer:
 - Administrar toxoide tetánico y antitoxina tetánica
- En casos de mujeres con aborto incompleto:
 - Realizar el procedimiento de evacuación endouterina de inmediato;
- En casos de mujeres con lesión intraabdominal sospechada:
 - Realizar laparotomía y reparar la lesión;
- En casos de mujeres que no respondan al tratamiento:

- Posiblemente sea necesario efectuar una histerectomía.

7.6 Hematómetra

Un hematómetra es la acumulación de coágulos de sangre en la cavidad uterina. En tales casos, el útero no puede contraerse debidamente.

Signos y síntomas

- Agrandamiento del útero, firme y doloroso a la palpación después de la aspiración endouterina
- Tensión pélvica
- Dolor y cólicos intensos
- Debilidad
- Fiebre leve
- Sangrado vaginal escaso

Manejo

- Reaspiración

7.7 Reacción vasovagal

La reacción vasovagal es un desmayo a consecuencia de la estimulación del nervio vago durante el procedimiento de aspiración endouterina. Una reacción vasovagal puede ocurrir cuando se introduce un catéter intravenoso, cuando se saca sangre, cuando se administran medicamentos o durante la aspiración por vacío. En la mayoría de los casos, las mujeres se recuperan en menos de un minuto sin necesitar más tratamiento.

Signos y síntomas

- Debilidad o mareos
- Sudores
- Desmayo
- Hipotensión
- Pulso lento

Manejo

- Acostar a la mujer y levantarle las piernas.
- Si se prolonga, administrar 0.5 mg de atropina por vía intravenosa

7.8 Dolor persistente

Una mujer que tiene dolor intenso, que persiste tras haber tomado misoprostol, debe ser evaluada para detectar:

- Restos ovulares atrapados en el orificio cervical
- Embarazo ectópico
- Infección del tracto reproductor superior

Signos y síntomas

- Antecedentes de dolor que persiste durante más de 4 a 6 horas tras haber tomado misoprostol, o si tiene dolor intenso que no se alivia con ibuprofeno y narcóticos leves;
- Restos ovulares atrapados en el orificio cervical, que se descubrieron durante el examen bimanual o el examen por espéculo;
- Signos y síntomas de infección del tracto reproductor superior (ver sección 7.5);
- Signos y síntomas de embarazo ectópico (ver sección 7.10).

Manejo

- Si hay restos ovulares atrapados en el orificio cervical:
 - Sujetar los restos ovulares suavemente con una pinza de anillos y extraerlos.
- Si la mujer presenta signos y síntomas de una infección, ver sección 7.5.
- Si se sospecha embarazo ectópico, ver sección 7.10.

7.9 Reacciones alérgicas

Muy rara vez se observan reacciones alérgicas a la mifepristona y el misoprostol, pero sí se han dado en ocasiones. Una reacción alérgica grave es muy poco frecuente pero puede suceder con cualquier medicamento, alimento o sustancia.

Signos y síntomas

- Hinchazón en las manos y los pies
- Erupciones en la piel
- Sibilancia
- Repentina falta de respiración o hinchazón de las vías respiratorias

- Cualquier otra reacción grave o inusual

Manejo

- Las reacciones alérgicas menores pueden manejarse de forma convencional, como por ejemplo con antihistamínicos.
- Las mujeres con reacciones alérgicas graves deben recibir tratamiento de urgencia.

7.10 Embarazo ectópico

Cada mujer que acuda a la unidad de salud en busca de atención postaborto debe ser evaluada por la posibilidad de embarazo ectópico (por favor remítase al módulo Evaluación clínica). El embarazo ectópico no puede ser tratado ni con la aspiración endouterina ni con el misoprostol. Para la atención postaborto, debe sospecharse la posibilidad de un embarazo ectópico en una mujer que presenta sangrado continuo y dolor abdominal, aunque se le haya practicado un procedimiento de evacuación endouterina anteriormente.

Signos y síntomas

- Sangrado vaginal persistente y dolor pélvico;
- Sangrado vaginal mínimo después de tomar los medicamentos para inducir el aborto;
- Tamaño uterino más pequeño que lo esperado;
- Dolor en la parte inferior del abdomen o cólicos repentinos, intensos y persistentes, que afectan un solo lado al principio y luego se vuelven generalizados;
- Masa anexa palpable;
- Desmayos, dolor de hombro, taquicardia, o mareos debido a la ruptura del embarazo ectópico con sangrado interno.

Manejo

Un embarazo ectópico es una emergencia ginecológica que puede poner en peligro la vida de la mujer y requiere intervención quirúrgica inmediata. El diagnóstico y tratamiento temprano del embarazo ectópico salvan la vida de las mujeres y ayudan a conservar su fertilidad.

- La ruptura de un embarazo ectópico requiere intervención quirúrgica inmediata;
- Cuando hay sospecha de embarazo ectópico, la mujer debe recibir tratamiento o ser trasladada lo antes posible a una

unidad de salud donde se pueda confirmar el diagnóstico y comenzar el tratamiento.

8.0 Respuesta a urgencias

Referir de urgencia y transportar a una paciente puede necesitar que el personal de salud esté preparado para hacer los arreglos necesarios 24 horas al día. En toda unidad de salud debe haber planes de referencia ya establecidos. Se debe formular cuidadosamente un plan de referencia por escrito, el cual debe conducir a la paciente por los niveles de jerarquía de los servicios. La comunicación con prontitud y el traslado rápido son esenciales dentro de la unidad de salud y entre unidades de salud. (Por favor remítase al Anexo D: Ejemplo de formulario para referencia clínica, del módulo Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.) El traslado inmediato de las pacientes puede salvar vidas. Considere todos los medios disponibles en la localidad y los recursos comunitarios, tales como carros de policía, vehículos de iglesias, carros de trabajadores de salud, carros de residentes y taxis.

El/la prestador/a de servicios debe ser capaz de estabilizar a la paciente para su traslado haciendo lo siguiente:

- Manejar las vías respiratorias y la respiración;
- Controlar el sangrado;
- Efectuar reposición de líquidos por vía intravenosa;
- Controlar el dolor.

Algunos ejemplos de planes de respuesta a urgencias son:

Prestador/a de servicios de guardia

Asegúrese de que una persona con formación clínica esté disponible 24 horas al día para contestar las preguntas de las mujeres y brindarles atención o referirlas a otros servicios. Esta persona podría establecer la diferencia entre las mujeres que necesitan oír palabras reconfortantes o instrucciones y aquellas que necesitan una evaluación clínica o atención médica de urgencia. En el caso del uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, las mujeres pueden tomar el misoprostol en casa y luego puede que necesiten que alguien les asegure que el proceso es normal y que habrá terminado en unas pocas horas, o podrían tener un problema que necesite atención médica inmediata.

Referencia a otros servicios de salud

Es importante establecer acuerdos para la referencia a otros servicios (tales como memorandos de entendimiento) para el

traslado de una mujer a un centro de referencia, según sea necesario; es preferible referir a la mujer al lugar más accesible.

Si es posible, las y los profesionales de la salud podrían establecer una relación con el personal de la sala de urgencias y ginecólogos del hospital a donde refieren a las pacientes. Asimismo, podría ser útil realizar una sesión informativa para el personal que recibe a las pacientes referidas. Esta sesión podría incluir una visión general de la atención postaborto, los tipos de complicaciones que podrían observar en las pacientes y cómo determinar cuándo una mujer presenta una emergencia postaborto. Invite al personal del hospital a la unidad de salud donde se ofrecen servicios de evacuación endouterina.

Intercambio de información

El/la prestador/a de servicios de salud debe notificar al hospital del traslado de la mujer, la razón de su referencia al mismo, sus antecedentes, las medidas ya tomadas en la unidad de salud y su cuadro clínico actual.

Debe crear un mecanismo para recibir el expediente médico o informes verbales acerca del estado de la mujer referida a los servicios de urgencia del hospital para que el personal de la unidad de salud pueda mantenerse informado acerca de estos casos y sus resultados con el objetivo de poder brindar los cuidados de seguimiento correspondientes.

Practicar para las emergencias

A modo de rutina, el personal de la unidad de salud debe repasar y practicar cómo manejar las emergencias de manera que todas las personas conozcan sus funciones y los protocolos. Asimismo, el personal debe practicar cómo realizar una evaluación inicial rápida y cómo diagnosticar y tratar el shock. El personal debe revisar el equipo y suministros para urgencias, tales como oxígeno, líquidos intravenosos y medicamentos.

Suministros

Podría ser útil tener un carrito de urgencias o un contenedor con todos los medicamentos y suministros para las emergencias, así como hacer una lista de verificación mensual del contenido del carrito con el objeto de asegurarse de que esté bien abastecido y que los suministros y medicamentos no hayan caducado.

Vínculos con la comunidad

Las y los profesionales de la salud pueden colaborar con líderes y organizaciones comunitarias, especialmente con los grupos de jóvenes y de mujeres, a fin de educarlos acerca de los signos y síntomas de las complicaciones del aborto que necesitan atención

médica rápida, y cómo y dónde las mujeres pueden encontrar atención médica de urgencia. Las comunidades pueden evitar demoras en la llegada de las mujeres con urgencias a los servicios de salud mediante sistemas comunitarios de transporte de urgencia. El personal de las unidades de salud puede capacitar a trabajadores y voluntarios en salud comunitaria para que refieran a las mujeres en situaciones de urgencia a los servicios de salud, les den seguimiento después del tratamiento médico y les ofrezcan vínculos con los servicios de anticoncepción y otros servicios de salud reproductiva.

9.0 Cuidados post-procedimiento

Durante los cuidados post-procedimiento después del tratamiento de las complicaciones del aborto, se debe tomar las siguientes medidas:

- Monitorear físicamente y apoyar psicológicamente a la mujer, con un enfoque en sus necesidades médicas determinadas por la naturaleza de sus complicaciones;
- Asesorarla sobre su cuadro clínico, el uso de medicamentos, métodos anticonceptivos y cuidados de seguimiento;
- Brindarle consejería acerca de cualquier cambio a largo plazo a consecuencia de las complicaciones y su tratamiento (por ejemplo, después de una histerectomía o reparación de una perforación intestinal);
- Informarle sobre lo que puede esperar y qué podría ser preocupante, así como sobre qué hacer y qué no hacer en situaciones de urgencia;
- Proporcionarle materiales escritos o ilustrados sobre su estado clínico.

(Por favor remítase a los módulos Consentimiento informado, información y consejería; Servicios de anticoncepción; Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus; y Evacuación endouterina con misoprostol.)

10.0 Monitoreo de eventos adversos serios

En el ámbito de atención postaborto, una mujer puede llegar a la unidad de salud con múltiples complicaciones que necesitan tratamiento y/o manejo de urgencia. A menos que estas complicaciones sean el resultado de servicios anteriores de evacuación endouterina recibidos en la unidad de salud a donde acudió para recibir tratamiento de APA, estas complicaciones no serían consideradas como *eventos adversos* por la unidad de salud que brindará el tratamiento.

Los eventos adversos son complicaciones que sufre una paciente durante el tratamiento médico que no se deben directamente a su condición al llegar a la unidad de salud. Los eventos adversos son poco frecuentes en los servicios rutinarios de atención postaborto y anticoncepción, pero sí pueden ocurrir. Aunque ciertos eventos adversos no pueden preverse (como una reacción alérgica a un medicamento) otros pueden evitarse (como por ejemplo un error en decidir la dosis de un medicamento). Algunas complicaciones son incidentes menores y sin mayor consecuencia (por ejemplo, una laceración cervical que se resuelve después de aplicarle presión); otras podrían ser graves y causar lesiones posiblemente mortales (tal como sangrado que requiere una transfusión o una intervención quirúrgica) o la muerte.

A continuación se exponen algunos ejemplos de eventos adversos y de eventos adversos serios.

Cuadro 13-1: Ejemplos de complicaciones/eventos adversos serios (EAS)

Aspiración por vacío	Aborto con medicamentos
Perforación que se trata conservadoramente o que requiere cirugía	Aspiración imprevista (por ejemplo, debido a sangrado abundante o dolor)
Complicaciones relacionadas con la anestesia que requieren hospitalización o que ocasionan convulsiones	Reacciones a medicamentos que necesitan tratamiento de urgencia
Sangrado que requiere una transfusión sanguínea	Sangrado que requiere una transfusión sanguínea
Infección que necesita la administración de antibióticos por vía intravenosa y/o ingreso al hospital	Infección que necesita la administración de antibióticos por vía intravenosa y/o ingreso al hospital
Cirugía intraabdominal imprevista	Cirugía intraabdominal imprevista
Continuación del embarazo	Continuación del embarazo
Embarazo ectópico no detectado a la hora del procedimiento	Embarazo ectópico no detectado al suministrar los medicamentos para inducir el aborto
Muerte	Muerte

10.1 Tipos de eventos adversos

Un **evento adverso (EA) / complicación** es un problema que requiere una intervención o manejo mayor de lo que es normalmente necesario y está relacionado con el procedimiento o la anestesia.

Un **evento adverso serio (EAS)** tiene como consecuencia la muerte, una lesión que pone la vida en peligro, una discapacidad permanente, o que requiere una intervención médica o quirúrgica para evitar una discapacidad permanente.

Un **cuasi accidente** es un evento que tiene el potencial de causar daño a una paciente pero no lo ocasiona por suerte, prevención o mitigación.

10.2 Frecuencia de los eventos adversos

Se calcula que uno de cada 10 pacientes sufre un evento adverso en los hospitales. Es posible que estos eventos adversos sean incluso más frecuentes en los países en desarrollo. Aunque la atención postaborto es muy segura, los eventos adversos pueden ocurrir en los entornos más seguros. El riesgo de muerte a causa de la atención postaborto segura es sumamente raro.

10.3 Por qué ocurre un evento adverso

Los eventos adversos ocurren por muchas razones. Rara vez son el resultado de las acciones de una sola persona o suceso, pero por lo general suceden a consecuencia de la combinación de múltiples factores que concurren en un solo evento.

Entre los factores que podrían propiciar un evento adverso figuran:

Factores relacionados con las pacientes:

Es posible que la paciente no pueda comunicar información o revelar otros problemas médicos pertinentes, o que sufra afecciones médicas de alto riesgo. En los servicios de aborto, se sabe que el riesgo de eventos adversos aumenta con el avance de la edad gestacional. Por lo tanto, una mujer con una edad gestacional de 18 semanas corre mayor riesgo que una mujer con una edad gestacional de 10 semanas. Otros factores que pueden aumentar la posibilidad de eventos adversos son los problemas médicos complejos, la obesidad o alteraciones de la anatomía uterina.

Error humano:

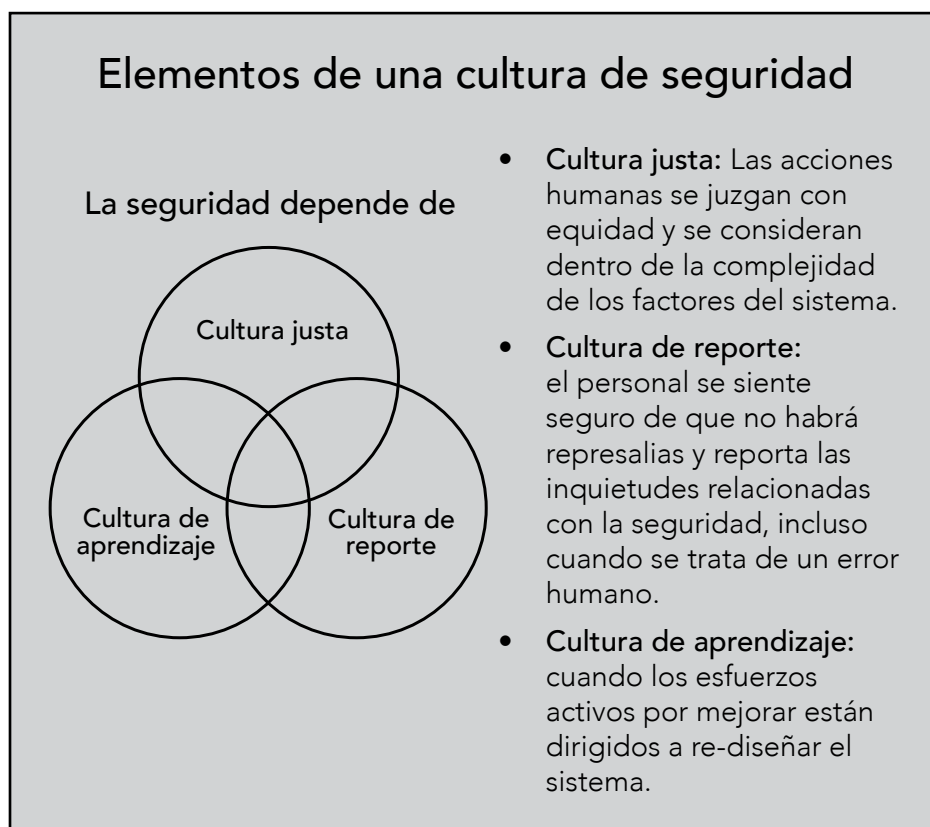
El error humano se presenta de dos maneras: olvidos/omisiones y errores. Los olvidos y las omisiones ocurren cuando el plan de atención es adecuado pero no sale como se había previsto a causa de acciones indebidas. Esto puede deberse a la falta de atención, la fatiga o un fallo de la memoria. Los errores ocurren cuando el plan de atención es inadecuado para cierta situación. La mayoría de los errores se deben a problemas de capacitación, experiencia o conocimiento.

Errores institucionales:

Estos errores ocurren cuando las instituciones no protegen debidamente la seguridad de las pacientes. Por ejemplo, es posible que, para ahorrar dinero, una institución o unidad de salud no ordene los medicamentos debidos y suministros necesarios para el tratamiento. Un entorno clínico que no ofrece el apoyo debido puede convertir una complicación menor en un evento serio y potencialmente mortal.

10.4 Cómo tratar los eventos adversos

Después de un evento adverso y una vez que la paciente haya sido atendida, hay dos maneras de evaluar lo sucedido. La primera es en una cultura de culpabilidad. En una cultura de culpabilidad, un hospital o unidad de salud puede que busque averiguar quién cometió el error y así poder imputarle a esa persona la responsabilidad o castigarla. El objetivo no es necesariamente mejorar la atención, sino enfocarse en la responsabilidad individual.



En una cultura de seguridad, se fomenta una conversación abierta entre todas las personas implicadas en el evento adverso, tales como quienes prestan los servicios, asistentes, la administración, la paciente y su familia (según corresponda). Cuando los eventos adversos ocurren, el personal de la unidad de salud puede hablar con la familia e integrantes de la comunidad a fin de evitar

malentendidos e incluso posibles amenazas, a la vez que respeta la privacidad de la mujer. En una cultura de seguridad, el objetivo es averiguar dónde falló el sistema para entonces mejorarlo de manera que en el futuro el mismo evento adverso no suceda de nuevo.

10.5 Cómo notificar los eventos adversos

Una vez que se haya identificado el evento adverso y que la paciente haya recibido tratamiento, es importante documentar, notificar y analizar el evento adverso, de manera que la información averiguada se use para mejorar la atención.

Anote toda la información pertinente en el expediente de la mujer y en el libro de registro de atención postaborto de la unidad de salud.

Informe a las autoridades locales acerca del EA conforme a las normas establecidas.

10.6 Cómo aprender de los eventos adversos

La mejor manera de aprender de los eventos adversos es mediante conversaciones en equipo con el personal correspondiente. La reunión debe llevarse a cabo en un “espíritu de aprendizaje”, no punitivo, donde a todas las personas se les permite y fomenta hablar.

Las siguientes preguntas deben plantearse y contestarse en equipo:

1. ¿Qué sucedió?
2. ¿Por qué sucedió?
3. ¿Qué se puede cambiar para evitar sucesos similares en el futuro?

Se debe determinar lo que se podría cambiar para evitar que el evento adverso suceda de nuevo y aplicar dicho cambio.

Análisis de las causas fundamentales

El análisis de las causas fundamentales es una de las maneras de indagar más a fondo acerca de un problema a fin de averiguar dónde se puede hacer cambios para evitar que el evento adverso se repita de nuevo en el futuro. Una de las técnicas usadas en el análisis de causas fundamentales se llama “Los múltiples porqués”. Con los múltiples porqués, se continúa preguntando por qué sucedió un evento hasta llegar a la causa fundamental del problema donde ya se puedan tomar las medidas necesarias. (Por favor remítase a Recursos adicionales, Complicaciones.)

11.0 Resumen

- Las mujeres que acuden a los servicios de atención postaborto podrían presentar complicaciones ya existentes. En lugares donde el aborto inseguro es común, las complicaciones pueden ser múltiples y graves.
- Las mujeres también pueden sufrir complicaciones durante la atención postaborto o después de ésta.
- Las mujeres que acuden a los servicios en busca de atención postaborto necesitan una evaluación inicial rápida

- El shock es una urgencia con riesgo de muerte, que necesita un diagnóstico rápido y tratamiento inmediato.
- Mientras que se estabiliza a la mujer, se debe diagnosticar y tratar las complicaciones subyacentes para cambiar el curso clínico.
- Es necesario tener sistemas de referencia ya establecidos si una unidad de salud no tiene la capacidad para manejar complicaciones graves.
- Aunque la atención postaborto es muy segura, al igual que con cualquier otro procedimiento médico, siempre existe la posibilidad de eventos adversos.
- Los eventos adversos deben documentarse, notificarse y analizarse para poder utilizar la información obtenida para mejorar la atención y la seguridad de las pacientes.

Referencias bibliográficas

Achilles, S. L. y Reeves, M. F. (2011). Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102. *Contraception*, 83(4), 295-309.

Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. y Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248(4951), 41-44.

American Psychological Association (APA) *Task Force on Mental Health and Abortion*. (2008). Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2010). *STD Treatment Guidelines – 2010*. Fuente: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/default.htm>

Chen, B. A. y Creinin, M. D. (2007). Contemporary management of early pregnancy failure. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50(1), 67-88.

Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M. y Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 121(1), 166-171.

Copeland, L. J., Jarrell, J. F. y Dodson, R. (2000). *Textbook of gynecology* (Second ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Creinin, M. D., Schwartz, J. L., Guido, R. S. y Pymar, H. C. (2001). Early pregnancy failure--current management concepts. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 56(2), 105-113.

Hakim-Elahi, E., Tovell, H. M. y Burnhill, M. S. (1990). Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 76(1), 129-135.

Ipas. (2009). *Uterine evacuation with manual vacuum aspiration (MVA): A training manual for conducting short courses*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2014). *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia* (segunda edición). K.L. Turner y A. Huber (Eds.), Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Kaunitz, A. M., Rovira, E. Z., Grimes, D. A. y Schulz, K. F. (1985). Abortions that fail. *Obstetrics and Gynecology*, 66(4), 533-537.

Lichtenberg, E. S. y Grimes, D. A. (2009). Surgical complications: Prevention and management. En M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield y M. D. Creinin (Eds.). *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care* (pp. 224-251). West Sussex, Reino Unido: Wiley-Blackwell.

March, C. M. (2011). Asherman's syndrome. *Seminars in Reproductive Medicine*, 29(2), 83-94.

National Cancer Institute. (2010). *Summary report: Early reproductive events and breast cancer workshop*, segunda edición.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clinical management of abortion complications: A practical guide*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *World Health Organization's guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2012a). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2012b). *World Health Organization's recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults: guidelines for the management of common illnesses with limited resources* (Vol. 1). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Practice, C. o. G. (2009, reafirmada en 2011). ACOG Committee Opinion No. 434: induced abortion and breast cancer risk. *Obstetrics and Gynecology*, 112(6), 1417-1418.

Solter, C., Miller, S. y Gutierrez, M. (2000). Module 11: Manual Vacuum Aspiration (MVA) For Treatment of Incomplete Abortion. *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Curriculum*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Thonneau, P., Fougereyrollas, B., Ducot, B., Boubilley, D., Dif, J., Lalande, M. y Soulat, C. (1998). Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 81(1), 59-63.

Recursos adicionales

Visión general y principios rectores

FIGO Secretariat. (2013). Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Fuente: <http://www.figo.org>

Hyman, A. G. y Kumar, A. (2003). *What is woman-centered comprehensive abortion care?* En Ipas (Ed.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2003). *Los derechos humanos, el embarazo no deseado y la atención relacionada con el aborto: Información de referencia y casos ilustrativos*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Derechos reproductivos

Centro de Derechos Reproductivos (CRR). (2009). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. Fuente: <http://reproductiverights.org/es/document/los-derechos-reproductivos-son-derechos-humanos>

Cook, R. J., Dickens, B. M. y Fathalla, M. F. (2003). *Reproductive health and human rights: Integrating medicine, ethics, and law*. Oxford: Oxford University Press.

Corbett, M. R. y Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106-111.

EngenderHealth y la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH/SIDA. (2006). Overview of Sexual and Reproductive Rights. *Sexual and Reproductive Health for HIV Positive Women and Adolescent Girls: Manual for Trainers and Programme Managers* (pp. 117-121). Nueva York, NY: EngenderHealth.

Family Care International (FCI). (2001). *Advancing commitments: Sexual and reproductive health presentation Tools*. Nueva York, NY: Family Care International (FCI).

Federación Internacional de Planificación de la Familia. (1996). *Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos de IPPF*. Londres, Inglaterra: Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF).

FIGO Secretariat. (2013). Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Fuente: <http://www.figo.org>

FIGO, Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres. (2012). *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología*. FIGO. Fuente: <http://www.figo.org/files/figo-corp/Spanish%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>

FIGO, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Mujer. (2012). *Integrating human rights and women's health competencies for practice*. Fuente: <http://www.figo.org/files/figo-corp/Introduction%20to%20HRWH%20Framework.pdf>

Global Justice Center. (2011). *Right to an abortion for girls and women raped in armed conflict: States' positive obligations to provide non-discriminatory medical care under the Geneva Conventions*. Nueva York, NY: Global Justice Center. Fuente: <https://venus.ipas.org/library/fulltext/GJCRape2010.pdf>

Harvard University School of Public Health. (2008). *Annual Review of Population Law*. Fuente: http://www.hsph.harvard.edu/population/annual_review.htm

International Women's Tribune Centre. (2010). International Women's Tribune Centre. Fuente: <http://www.iwtc.org/>

Ipas. (2012a). *La mortalidad materna, el embarazo no deseado y el aborto en documentos del sistema internacional sobre los derechos humanos. Primera parte: Textos de tratados, comités de monitoreo de tratados, relatores especiales, cortes de derechos humanos y comisiones de la ONU*. Compilación de citas textuales. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2012b). *La mortalidad materna, el embarazo no deseado y el aborto en documentos del sistema internacional sobre los derechos humanos. Segunda parte: Textos de tratados, relatores especiales, comisiones de derechos humanos y cortes de derechos humanos del sistema interamericano*. Compilación de citas textuales. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2012c). *La mortalidad materna, el embarazo no deseado y el aborto en documentos del sistema internacional sobre los derechos humanos. Tercera parte: Observaciones finales de comités de monitoreo de tratados, grupos de trabajo para los exámenes periódicos universales, comisiones y cortes de derechos humanos y relatores especiales (a los gobiernos A-J)*. Compilación de citas textuales. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2012d). *La mortalidad materna, el embarazo no deseado y el aborto en documentos del sistema internacional sobre los derechos humanos. Cuarta parte: Observaciones finales de comités de monitoreo de tratados, grupos de trabajo para los exámenes periódicos universales, comisiones y cortes de derechos humanos y relatores especiales (a los gobiernos K-Z)*. Compilación de citas textuales. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Lansdown, G. y UNICEF. Centro de Investigaciones Innocenti. (2005). *La evolución de las facultades del niño*. Florencia, Italia: Save the Children: UNICEF.

POLICY Project. (2003). *Networking for policy change: An advocacy training manual: Maternal Health Supplement*. Washington, DC: POLICY Project.

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Fuente: <http://www.pac-consortium.org/>

Turner, K. L. y Page, K. C. (2009). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2013). United Nations Population Fund (UNFPA). Fuente: <http://www.unfpa.org/public/>

Women on Web. (2013). Women on Web. Fuente: <https://www.womenonweb.org/>

Vínculos con la comunidad

Para mayor información sobre la participación comunitaria y los procesos y vínculos, por favor dirijase a la Unidad de Acceso Comunitario de Ipas: cx@ipas.org.

- Börjesson, E., Izquierdo, J., de Guzman, A., McSmith, D. y Villa, L. (2012). *Las mujeres jóvenes y el aborto: Guía para el diagnóstico situacional*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Corbett, M. R. y Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106-111.
- Gajanayake, J. S. (1993). *Community empowerment: A participatory training manual on community project development*. Nueva York, NY: PACT Publications.
- Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. (2010). *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Kemp, C. y Rasbridge, L. (2004). *Refugee and immigrant health: A handbook for health professionals*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Laski, L. (1996). *Community Participation in Designing and Monitoring Reproductive Health Programmes* (Vol. 36). Nueva York, NY: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Fuente: <http://www.pac-consortium.org/>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2011). *Community innovation: Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. Ginebra, Suiza: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).
- Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Métodos de evacuación endouterina

- Ipas. (2013). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Turner, K. L., Börjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Monitoreo para mejorar los servicios

- Bouchet, B. (2000). *Quality Assurance Project: Health Manager's Guide*. Bethesda, MD: Center for Human Services.
- Management Sciences for Health (MSH). (2013). *The Health Manager's Toolkit*. Fuente: <http://erc.msh.org/toolkit/index.cfm?lang=1250>
- Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Fuente: <http://www.pac-consortium.org/>

Consejería

- Bott, S., Guedes, A., Claramunt, M. C. y Guezmes, A. (2010). *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*. Nueva York, NY: Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPFF), Región del Hemisferio Occidental.

- Centro de Derechos Reproductivos. (2006). *Female genital mutilation: A matter of human rights, an advocate's guide to action*, segunda edición. Fuente: <http://reproductiverights.org/en/document/female-genital-mutilation-a-matter-of-human-rights-an-advocates-guide-to-action>
- Corbett, M. R. y Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: Origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106-111.
- Family Health Service Project (Nigeria), MotherCare/John Snow Inc. y Johns Hopkins University/PCS. (1993). *Interpersonal communication and counseling curriculum for midwives*. Nigeria: MotherCare.
- Harris, L. H. y Grossman, D. (2011). Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 115(1), 77-79.
- Inter-agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises. (2010). *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Ipas. (2003). *Sexual violence working group resources*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Johns Hopkins School of Public Health. (1999). Pullout guide: What health care providers can do about domestic violence. *Population Reports, Series L*(11).
- Kemp, C. y Rasbridge, L. (2004). *Refugee and immigrant health: A handbook for health professionals*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Martin, S. L., Young, S. K., Billings, D. L. y Bross, C. C. (2007). Health care-based interventions for women who have experienced sexual violence - A review of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 8(1), 3-18.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA. (2007). *Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities*. Fuente: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/index.html>
- Turner, K. L., Börjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Women's Refugee Commission (WRC). (2011). *Minimum initial service package (MISP) for reproductive health in crisis situations: A distance learning module*. Fuente: <http://www.iawg.net/resources/MISP2011.pdf>
- Yartey, J. y Kumoji, K. (2008). *Technical consultation on the integration of HIV interventions into maternal, newborn and child health services*. Fuente: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv_interventions/en/index.html

Servicios de anticoncepción

- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). (2012). *Planificación familiar post-aborto: Fortaleciendo el componente de planificación familiar de la atención post-aborto*. Fuente: http://www.fphighimpactpractices.org/sites/fphips/files/postabortion_hip_brief_2012_es.pdf
- Alan Guttmacher Institute (AGI). (2013). *Guttmacher Institute: Advancing sexual and reproductive health worldwide through research, policy analysis and public education*. Fuente: <http://www.guttmacher.org/>
- Bridging the Gap Communications. (2013). *Managing Contraception: Reproductive health and contraceptive education*. Fuente: <http://www.managingcontraception.com>

Corbett, M. R. y Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106-111.

Diouf, K. y Nour, N. (2013). Female genital cutting and HIV transmission: Is there an association? *American Journal of Reproductive Immunology*, 69 Suppl 1, 45-50.

EngenderHealth. (2013). *EngenderHealth: For a better life*. Fuente: <http://www.engenderhealth.org>

Family Health International (FHI). (2013). FHI 360: The Science of Improving Lives. Fuente: <http://www.fhi360.org/>

Hatcher, R. A., Trussell, J., Nelson, A. L., Cates Jr., W., Kowal, D. y Policar, M. (2011). *Contraceptive technology*, 20a edición. Nueva York, NY: Ardent Media.

Inter-agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises. (2010). *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings*. Ginebra, Suiza: OMS.

International Consortium for Emergency Contraception. (2013). International Consortium for Emergency Contraception. Fuente: <http://www.cecinfo.org/>

Jacobstein, R., Curtis, C., Spieler, J. y Radloff, S. (2013). Meeting the need for modern contraception: Effective solutions to a pressing global challenge. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 121 Suppl 1, S9-S15.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Mutilación genital femenina*. Fuente: http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS), Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (2011). *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. Fuente: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328866_spa.pdf

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Fuente: <http://www.pac-consortium.org/>

Royal Women's Hospital (Victoria Australia). (2013). *Female genital mutilation clinical resources*. Fuente: <http://www.thewomens.org.au/FemaleGenitalMutilationCutting>

Stevens, L. (2003). *Improving screening of women for violence – basic guidelines for physicians*. Fuente: <http://medscape.org/viewarticle/464417>

Turner, K. L., Börjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Prevención de infecciones

Association of Operating Room Nurses. (2012). *Perioperative standards and practices for inpatient and ambulatory settings*. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses.

Burns, A. A., Lovich, R., Maxwell, J. y Shapiro, K. (2012). *Where Women Have No Doctor: A Health Guide for Women*. Fuente: http://en.hesperian.org/hhg/Where_Women_Have_No_Doctor

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2001). Appendix B: Management of occupational blood exposures. *Morbidity and mortality weekly report*, 50(RR11), 45-46.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2003). *Exposure to blood: What healthcare personnel need to know*. Fuente: http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/bbp/Exp_to_Blood.pdf

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2011). *Human immunodeficiency virus (HIV) in healthcare settings*. Fuente: <http://www.cdc.gov/HAI/organisms/hiv/hiv.html>

EngenderHealth. (2000). *Prevención de infecciones: Manual de referencia para proveedores de servicios de salud, 2da edición*. Fuente: <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/ip/ip-ref-sp.pdf>

Gruendemann, B. J. y Mangum, S. S. (2001). *Infection prevention in surgical settings*. Filadelfia, PA: W. B. Saunders Company.

Ipas. (2011). *Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007a). *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection*. Fuente: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007b). *Standard precautions in health care*. Fuente: http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *WHO guidelines on hand hygiene and health care: First global patient safety challenge, clean care is safer care*. Fuente: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

Evaluación clínica

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). (2005). Alliance for Cervical Cancer Prevention. Fuente: <http://www.alliance-cxca.org/>

Blumenthal, P. D., Gaffikin, L. y McInstosh, N. (2002). A revolution in cervical screening. *BJOG*, 109(12), 1417-1418.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Mutilación genital femenina*. Fuente: http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/es/

Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A., Stubblefield, P. G. y Creinin, M. D. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion*.

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Fuente: <http://www.pac-consortium.org/>

Royal Women's Hospital (Victoria Australia). (2013). *Female genital mutilation clinical resources*. Fuente: <http://www.thewomens.org.au/FemaleGenitalMutilationCutting>

Stevens, L. (2003). *Improving screening of women for violence – basic guidelines for physicians*. Fuente: <http://medscape.org/viewarticle/464417>

Instrumental de Ipas para la AMEU

Ipas. (2011). *Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus

Abernathy, M. (2007). *Planificación de un suministro sostenible del instrumental de aspiración manual endouterina: Una guía para administradores de programas*. Para uso internacional, segunda edición. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Association of Operating Room Nurses. (2010). Aseptic technique [Video]. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses (AORN).

Castleman, L. y Mann, C. (2009). *Manual vacuum aspiration for uterine evacuation: Pain management*. Fuente: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Manual-vacuum-aspiration-for-uterine-evacuation--Pain-management.aspx>

EngenderHealth. (2000). *Prevención de infecciones: Manual de referencia para proveedores de servicios de salud*, 2da edición. Fuente: <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/ip/ip-ref-sp.pdf>

Ipas. (2012). *Pasos para realizar el procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU) utilizando el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Klein, S., Miller, S. y Thomson, F. (2009). *A book for midwives: Care for pregnancy, birth, and women's health*. Berkeley, CA: The Hesperian Foundation.

Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A., Stubblefield, P. G. y Creinin, M. D. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*.

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Fuente: <http://www.pac-consortium.org/>

Evacuación endouterina con misoprostol

Gynuity Health Projects. (2009). *Misoprostol for treatment of incomplete abortion: An introductory guidebook*. Nueva York, NY: Gynuity Health Projects.

Gynuity Health Projects. (2013). Gynuity Health Projects. Fuente: <http://gynuity.org>.

Ipas y Venture Strategies Innovations. (2011). *Uso de misoprostol en la atención postaborto: Un juego de herramientas para la prestación de servicios*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A., Stubblefield, P. G. y Creinin, M. D. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*.

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. from <http://www.pac-consortium.org/>

Complicaciones

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2012). *Patient Safety Network: Patient Safety Primers: Root Cause Analysis*. Fuente: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=10>

NHS Institute for Innovation and Improvement. (2008). *Quality and Service Improvement Tools: Root Cause Analysis Using Five Whys*. Fuente: http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/identifying_problems_-_root_cause_analysis_using5_whys.html

Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A., Stubblefield, P. G. y Creinin, M. D. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*.

Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Fuente: <http://www.pac-consortium.org/>

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (Productor). (2008) *Learning from error: Patient safety workshop*. [Video y manual]. Fuente: http://www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/index.html

La atención postaborto centrada en la mujer: Glosario

Aborto inseguro (realizado en condiciones de riesgo): Según la definición de la OMS, es un aborto practicado para interrumpir un embarazo, ya sea por personas que no poseen las habilidades necesarias o en un ambiente que no cumple con los requisitos médicos mínimos, o ambas cosas.

Apoyo emocional: Asistencia amable y alentadora para aminorar los temores o sentimientos negativos de una persona. El apoyo emocional puede ser una demostración física, tal como tomarle la mano a una persona, o verbal, tal como usar palabras alentadoras.

Apoyo verbal: Palabras amables y alentadoras para aminorar los temores o sentimientos negativos de una persona.

Atención postaborto (APA): Una atención continuada con el fin de tratar complicaciones potencialmente mortales a causa del aborto incompleto o del aborto inseguro y, por ende, reducir la morbimortalidad relacionada con el aborto. Los cinco elementos esenciales de la APA son: vínculos entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud, consejería, tratamiento de evacuación endouterina, servicios de anticoncepción y planificación familiar, y servicios reproductivos y otros servicios de salud.

Barreras de protección personal: Batas, guantes y protección facial utilizados para proteger a los prestadores de servicios de salud de los gérmenes y patógenos.

Calidad de la atención: Servicios de salud que son eficaces, eficientes, accesibles, aceptables, centrados en las pacientes, equitativos, seguros y que cumplen con las normas, directrices y prácticas locales aceptadas.

Consejería anticonceptiva: Escuchar las necesidades y los deseos de la mujer en cuanto al embarazo, y, si ella desea aplazar o evitar el embarazo, explicar el uso adecuado de los métodos disponibles, los riesgos y los beneficios, y ayudarla a elegir los métodos que más le convengan. También se le conoce como consejería sobre planificación familiar.

Consejería de pares: Consejería efectuada por aquellas personas que son consideradas iguales a la persona que está recibiendo consejería. Por ejemplo, una adolescente que acude en busca de anticonceptivos podría ser aconsejada por otra adolescente.

Contenedor para objetos punzocortantes: Recipientes especialmente diseñados para resguardar los objetos punzocortantes usados hasta que puedan desecharse de manera permanente.

Contraindicación: Si una mujer presenta estas condiciones específicas, bajo ninguna circunstancia se le debe ofrecer el servicio o método contraindicado. Otras opciones deben tomarse en consideración o la mujer debe ser referida a otra unidad de salud que pueda ofrecerle otras alternativas de atención médica.

Derecho humano: Libertades fundamentales que tiene todo ser humano y en cuyo ejercicio no debe interferir un gobierno.

Desinfección de alto nivel (DAN): Un proceso por medio del cual se inactiva la mayoría (pero no todos) de los microorganismos causantes de enfermedades y que se encuentran en objetos inanimados. La desinfección de alto nivel por medio de la ebullición o del uso de ciertos químicos inactiva todos los microorganismos excepto algunas endósporas bacterianas.

Discapacidad cognitiva: Entre las discapacidades cognitivas figuran el retraso mental y otras discapacidades de desarrollo, tales como el autismo, las enfermedades mentales graves y persistentes, las lesiones cerebrales traumáticas (TBI, por sus siglas en inglés), los derrames cerebrales y la enfermedad de Alzheimer. La discapacidad cognitiva supone una capacidad intelectual por debajo del promedio y limitaciones en el comportamiento de adaptación. Estas discapacidades pueden surgir en cualquier momento.

Dispositivo intrauterino (DIU): Dispositivo anticonceptivo que se introduce en el útero a través de la vagina. Los dispositivos intrauterinos son anticonceptivos de acción prolongada, reversibles y sumamente eficaces para la prevención del embarazo.

Endósporas: Bacteria con un revestimiento exterior duro, que son difíciles de destruir.

Esterilizador a vapor/autoclave: Cámara usada para realizar la esterilización a vapor bajo presión. El primer autoclave consistía esencialmente en una olla a presión.

Esterilizar: Eliminar bacteria u otros organismos vivos.

Evaluación clínica completa: Información obtenida por el/la prestador/a de servicios de salud, que incluye el examen físico de la paciente, la revisión de los antecedentes médicos y quirúrgicos de la paciente, análisis de laboratorio y otras pruebas diagnósticas, tal como un ultrasonido, según sea necesario.

Género: Las expectativas, apariencias, comportamientos, funciones, actividades y atributos socialmente creados, y que la sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Estas ideas y expectativas suelen variar de una cultura a otra y con el tiempo y son en gran medida moldeadas por los valores de la sociedad.

Gonadotropina coriónica humana (hCG): Hormona producida por la placenta en las etapas iniciales del embarazo; su detección en la orina se usa de base para un tipo de prueba de embarazo.

Hematómetra: Una acumulación de sangre en la cavidad uterina que ocasionalmente ocurre después del procedimiento de evacuación endouterina.

Herramientas: Materiales, formularios u otros artículos utilizados para proporcionar o recopilar información o para la evaluación o la valoración de los servicios.

Indicador: Una medida cuantitativa para el monitoreo o evaluación del desempeño o de logros o para la rendición de cuentas. Los indicadores también se usan para proporcionar información acerca de la calidad de una actividad, proyecto o programa.

Infertilidad: La disminución en la capacidad, o la incapacidad, de una pareja para concebir o tener hijos.

Laparotomía: Operación para abrir el abdomen.

Limpieza del medio ambiente: Mantener el entorno físico higiénico. Todos los elementos de un ambiente clínico, incluidas las pacientes, el instrumental y el equipo deben mantenerse limpios y secos. Los trabajadores de salud entran en contacto con las superficies clínicas y las pacientes, lo cual puede propagar infecciones.

Manejo del dolor: Uso de medicamentos, apoyo psicológico y otros medios para disminuir un dolor.

Metas reproductivas: El número de hijos que a una persona le gustaría tener, así como el espaciamiento de esos hijos.

Método anticonceptivo de respaldo: Cualquier método anticonceptivo que se usa con otro método anticonceptivo en caso de que el primero falle.

Métodos anticonceptivos masculinos: Métodos que pueden usar los hombres para evitar embarazar a una mujer, tales como los condones o la esterilización.

Métodos anticonceptivos modernos: Métodos de anticoncepción creados científicamente, cuya seguridad y eficacia han sido comprobadas.

Métodos de barrera: Métodos anticonceptivos que evitan el embarazo impidiendo que los espermatozoides pasen más allá del cuello uterino. Algunos de estos métodos también pueden proteger contra ciertas infecciones de transmisión sexual (ITS). Entre los métodos de barrera típicos se encuentran los condones masculinos y femeninos, el diafragma y las barreras dentales.

Microorganismo: Organismo de tamaño microscópico o submicroscópico, especialmente una bacteria o un protozoo.

Monitoreo: Visitar o mantener contacto con los servicios de salud de manera habitual, con el fin de suministrar retroalimentación para el mejoramiento continuo de la calidad.

Mutilación genital femenina (MGF): Término utilizado para hacer referencia a cualquier práctica que incluya la extirpación o alteración de los genitales femeninos por razones culturales y otras razones no terapéuticas. Conocida también como circuncisión femenina y, en algunas formas, infibulación.

Nulípara: Mujer que nunca ha dado a luz.

Objetos punzocortantes: Término clínico para las agujas u objetos puntiagudos similares que puedan penetrar la piel.

Paridad: Clasificación de una mujer según el número de hijos nacidos vivos, así como el número de mortinatos a los que ha dado a luz a más de 20 semanas de gestación.

Patógeno: Agente que causa enfermedad, especialmente un microorganismo viviente como una bacteria o un hongo.

Periné: En la mujer, el área entre la vulva y el ano.

Posición de litotomía: Posición que adopta la paciente en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas y los muslos en abducción y rotación externa; conocida también como la posición dorsosacra.

Precaución: Si una mujer presenta estas condiciones específicas, el riesgo del método es mayor que lo normal. Se debe considerar los riesgos, beneficios y alternativas. Proporcionar el método podría suponer una valoración, habilidad y monitoreo médicos de un nivel superior. Es probable que sea necesario referirla a una unidad de salud de nivel superior.

Precauciones estándares: Medidas para el control de infecciones, tal como el lavado de manos, el uso de barreras de protección personal, la limpieza del medio ambiente, la higiene respiratoria, la prevención de lesiones con objetos punzocortantes y el procesamiento adecuado del instrumental, las cuales están diseñadas para bloquear la transmisión de una posible infección. Las precauciones estándares son una expansión de las precauciones universales con el objeto de incluir las prácticas para disminuir el riesgo de infección tanto entre los trabajadores de salud como entre las pacientes y las personas que visitan las unidades de salud.

Procesamiento del instrumental: Eliminación de los microorganismos presentes en el instrumental a fin de garantizar la seguridad al usarlo en las pacientes.

Reacción vagal: También conocida como síncope vasovagal, es una reacción transitoria, caracterizada por un descenso rápido de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca. Los signos de la reacción vagal son palidez, náuseas, sudoración y pérdida del conocimiento. La reacción vagal por lo general es causada por el estrés asociado con temor o dolor.

Salud sexual: La salud del aparato reproductor físico de la persona, así como la capacidad para expresar la sexualidad de maneras psicológicamente sanas.

Servicios de anticoncepción: Consejería anticonceptiva y provisión de métodos. Conocido también como servicios de planificación familiar.

Servicios de planificación familiar: Ver servicios de anticoncepción.

Sexo coaccionado: Abarca toda forma de comportamiento sexual que implica el uso de fuerza, decepción, expectativa cultural, situación económica y otras, en la cual la persona es forzada a tener sexo contra su voluntad.

Sistema intrauterino (SIU): Dispositivo intrauterino (DIU) que también libera hormonas.

Solución de cloro al 0.5%: Una solución de blanqueador de cloro (hipoclorito de sodio) que se utiliza como desinfectante para procesar el equipo e instrumental clínico y para limpiar el ambiente; inactiva algunos microorganismos, pero no todos.

Técnica ACCEDA: Empleada a menudo en la consejería sobre la planificación familiar; las siglas representan las palabras Atender, Conversar, Comunicar, Elegir, Describir y Acordar otra consulta.

Técnica aséptica: La combinación de esfuerzos realizados para evitar la entrada de microorganismos en cualquier parte del cuerpo donde podrían causar infección. Ejemplos de la técnica aséptica son el uso de limpiadores antimicrobianos en la piel o las membranas mucosas antes de un procedimiento y el uso de la técnica de no tocar al manipular instrumental que se introducirá en el útero.

Técnica de no tocar: Técnica aséptica usada durante un procedimiento médico, que consiste en evitar que el instrumental procesado que entrará en el cuerpo toque una superficie contaminada. En el procedimiento de evacuación endouterina, supone evitar tocar las paredes vaginales durante la manipulación del instrumental intrauterino utilizado para el procedimiento.

Teratogénico: Capaz de alterar el crecimiento o desarrollo del feto o embrión. Los teratógenos pueden ocasionar la pérdida del embarazo (aborto espontáneo) o causar defectos congénitos.

Violencia contra las mujeres: Cualquier acto de violencia por razones de género que lleve, o probablemente lleve, a sufrimiento o daños físicos, sexuales o mentales en las mujeres, incluidas las amenazas de llevar a cabo dichos actos, la coacción sexual o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que estos se lleven a cabo en un espacio público o privado.

