



Segunda edición

La atención integral del aborto 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: 1-933095-02-4

© 2005, 2014 Ipas.

Producido en Estados Unidos de América.

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.

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

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 del manual de Ipas, *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia*, fue revisada por el siguiente personal y consultores de Ipas:

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

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

Jennifer Soliman, EE. UU., coordinadora de revisión

Equipo principal 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 del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia*, fue redactada por Alyson G. Hyman y Laura Castleman, basada en gran medida en el currículo de Ipas del año 2004, titulado: *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*, por Jeannine Herrick, Katherine Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman.

También deseamos agradecer a las siguientes personas los aportes brindados a la primera edición:

Joan Healy, revisora principal

Marty Jarrell, publicación

Karah Fazekas, coordinadora de revisión

Queremos agradecer especialmente a las y los siguientes colegas, quienes revisaron la primera edición:

Jean Ahlborg, EngenderHealth

Allison Bingham, PATH

Michelle Folsom, PATH

Ann Gerhardt, National Abortion Federation

Sally Girvin, Consultora de Ipas

Lorelei Goodyear, PATH

Jill Molloy, Ipas

Marianne Parry, Marie Stopes International

Nuestro agradecimiento al personal y consultores de Ipas que contribuyeron en la elaboración de la primera edición:

Traci Baird, EE. UU.

Sangeeta Batra, India

Maria de Bruyn, EE. UU.

Amy Entwistle, EE. UU.

Rivka Gordon, EE. UU.

Leila Hessini, EE. UU.

Ann Leonard, EE. UU.

Teresa McInerney, EE. UU.

Philip Mwalali, Kenia y EE. UU.

Charlotte Hord Smith, EE. UU.

Karen Trueman, Sudáfrica

Judith Winkler, EE. UU.

Acerca de Ipas

Ipas cree que todas las mujeres, incluidas las jóvenes, tienen el derecho fundamental de recibir atención en salud sexual y reproductiva y de tomar sus propias decisiones respecto a su salud. Trabajamos a nivel mundial para ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva de alta calidad y para incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos reproductivos, en particular su derecho al aborto seguro y legal. Nos concentramos en la prevención del aborto realizado en condiciones de riesgo (o aborto inseguro), en mejorar el tratamiento de sus complicaciones y en disminuir sus consecuencias. Nos esforzamos por empoderar a las mujeres al aumentar su acceso a servicios que mejoren su salud sexual y reproductiva.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y su revisión quinquenal (CIPD+5) proporcionaron un claro mandato a todos los gobiernos signatarios: hacer los servicios de aborto seguros y accesibles para todas las mujeres, incluidas las jóvenes, en sus comunidades. Ipas se dedica a ampliar los servicios de aborto seguro en todo el mundo al máximo grado permitido por las leyes locales, por medio de capacitación, mejoramiento de la calidad de los servicios, promoción y defensa (*advocacy*), vínculos entre las comunidades y los sistemas de salud, investigación y suministro de tecnologías en salud reproductiva.

Ampliar los servicios se define como lograr acceso universal a servicios de aborto sostenibles y de alta calidad.

- Lograr este acceso universal garantiza que, siempre que una mujer busque ayuda tras haber tenido relaciones sexuales sin protección o en contra de su propia voluntad, o en caso de un embarazo no deseado, ella encontrará la atención que necesita, ya sea información, servicios clínicos o relacionados o su referencia a otros servicios correspondientes. El acceso universal a servicios de aborto exige que todo establecimiento público o privado del sistema de salud de un país se encuentre capacitado y equipado y cuente con otras medidas establecidas para garantizar la atención de las mujeres, incluidas las jóvenes.
- Lograr la sostenibilidad de los servicios de aborto implica liderazgo político, formulación específica de políticas, recursos financieros y sistemas de salud con una adecuada infraestructura y profesionales de la salud capacitados.

Acerca de este manual

Este manual de referencia forma parte del currículo de *La atención integral del aborto centrada en la mujer*, el cual consiste en un manual de capacitación y dos manuales de referencia. Existen dos manuales de referencia para diferentes entornos jurídicos, políticos y de prestación de servicios. *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia* refleja el modelo de Ipas para la prestación de servicios de atención integral del aborto, el cual abarca el aborto inducido y el tratamiento del aborto incompleto y de las complicaciones del aborto inducido en condiciones de riesgo, así como la anticoncepción postaborto. *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia* se enfoca en la atención postaborto (APA) solamente para los países donde existen restricciones en cuanto al aborto inducido o donde existe la necesidad de fortalecer un componente de la APA en particular, tal como la anticoncepción postaborto. En casi todos los países del mundo existen indicaciones legales para el aborto. Incluso en los programas de APA, la capacitación y las intervenciones deberían incluir el aborto bajo indicaciones legales. Las y los profesionales que piensan impartir cursos deben obtener la publicación de Ipas titulada *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de capacitación*, que contiene instrucciones para el equipo capacitador, materiales para realizar actividades y herramientas de evaluación basadas en la competencia, entre otras herramientas de capacitación. Fue redactado para abarcar las necesidades de los diferentes estilos de aprendizaje de adultos. Este currículo es útil para un amplio grupo de lectoras y lectores, incluidos profesionales de la salud, capacitadores, administradores de programas, educadores en salud, trabajadores sociales, trabajadores de extensión comunitaria, que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva, y otros trabajadores de la salud. El currículo aporta el punto de vista de los derechos de la mujer a la capacitación y a la prestación de servicios relacionados con la atención del aborto.

Este manual proporciona orientación al personal de salud sobre cómo mejorar la calidad de la atención a las mujeres que acuden en busca de servicios de evacuación endouterina. Se presenta el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip® y se explica en detalle el procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU) para la evacuación endouterina. También se explican los métodos de evacuación endouterina que utilizan las tabletas de misoprostol y mifepristona (que a menudo se conoce como aborto con medicamentos). Todos los métodos aquí descritos ofrecen a las mujeres opciones seguras y eficaces para la evacuación endouterina en el primer trimestre. La información clínica en este manual es actual hasta la fecha de su publicación. Para obtener orientación clínica actualizada, revise la serie *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* en el sitio web de Ipas www.ipas.org. Este currículo abarca la

evacuación endouterina en el primer trimestre. Si bien los métodos modificados de aspiración por vacío y aborto con medicamentos pueden usarse después del primer trimestre, la evacuación endouterina en el segundo trimestre no se trata en este currículo. Para obtener esta información, por favor haga una búsqueda de “segundo trimestre” en el sitio web de Ipas en: www.ipas.org.

Este manual no está destinado a servir como una herramienta de auto aprendizaje. Fue elaborado para utilizarse como el manual del participante durante cursos individuales o en grupo, facilitados por capacitadores, que abarquen la práctica en modelos pélvicos y la práctica clínica con pacientes, bajo la supervisión de un capacitador clínico experimentado; como un recurso de actualización y fortalecimiento de habilidades de cada participante, después de haber concluido el curso; y como un documento de consulta para las personas que buscan información actualizada sobre la atención integral del aborto.

El manual proporciona información clínica detallada sobre la evacuación endouterina con AMEU y medicamentos. Siempre que sea posible, se debería ofrecer a las mujeres la oportunidad de elegir entre todos los métodos de evacuación endouterina disponibles. La información en este documento puede incluirse en los protocolos clínicos de los servicios relacionados con el aborto, en los centros asistenciales en los sistemas de salud. Además de la información clínica, se tratan asuntos relacionados con el acceso y la ampliación de los servicios, tales como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluidos los derechos de las mujeres jóvenes, la comunicación entre la mujer y el personal de salud, alianzas entre profesionales de salud y la comunidad, la calidad de los servicios y el monitoreo para mejorar los servicios.

La estrategia de capacitación de Ipas centrada en la mujer trata los aspectos clínicos y no clínicos de la atención, a fin de asegurar la calidad de los servicios de aborto. Este enfoque exige que cada participante siga las recomendaciones clínicas basadas en evidencia y reflexione sobre los valores, las actitudes y los mitos asociados con el aborto para garantizar que los servicios cubran las necesidades y circunstancias de cada mujer, incluidas las de las mujeres jóvenes. Para asegurar que la capacitación sea eficaz, Ipas recomienda *Capacitación eficaz en salud reproductiva: diseño y ejecución del curso*. Manual de referencia y Manual del capacitador, un currículo elaborado para desarrollar las habilidades fundamentales de capacitación de profesionales en diversas áreas de la salud reproductiva, incluida la administración, las políticas y el *advocacy*.

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

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

Universidad de Ipas (IpasU) ofrece a profesionales de salud reproductiva, a petición, cursos gratis en línea sobre servicios de aborto seguro y la atención postaborto. Estos cursos pueden utilizarse para el autoaprendizaje o como el componente en línea de un modelo de aprendizaje mixto. Las capacitadoras y los capacitadores también pueden usar los videos u otros materiales insertados durante sus cursos de capacitación. Para ver el catálogo de los cursos de la Universidad de Ipas, visite www.ipas.org; para matricularse y tomar los cursos, por favor visite www.ipasU.org.

Asuntos de aborto con medicamentos: Es un boletín semestral creado con el fin de compartir puntos de vista globales sobre el acceso a los servicios de aborto con medicamentos, nuevos acontecimientos e investigaciones. Suscríbase en línea en: www.ipas.org/en/Pages/Newsletters.aspx

Asuntos de prestación de servicios: Es un boletín semestral que comparte noticias y actualizaciones técnicas, tales como herramientas y estrategias de capacitación y prestación de servicios, recomendaciones clínicas, intervenciones programáticas y resultados de investigaciones. Está dirigido a profesionales de la salud, capacitadores, administradores, especialistas técnicos y otras personas que puedan influir positivamente en la prestación de servicios de atención integral del aborto. Suscríbase en línea en: www.ipas.org/en/Pages/Newsletters.aspx

Segunda edición

La segunda edición de *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia y manual de capacitación* concuerda con la publicación de la OMS titulada *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda edición (2012) y con otros importantes documentos y artículos de investigación basados en evidencias que han sido publicados desde la primera edición del currículo. La OMS elabora recomendaciones basadas en evidencias y opiniones de expertos a fin de reducir las barreras a los servicios, maximizar el acceso a la atención y optimizar la calidad de la atención en todos los sistemas de salud. Asimismo, Ipas se esfuerza por lograr estas metas en todos sus materiales de orientación, capacitación y aprendizaje.

Los aspectos más sobresalientes de los cambios hechos en el año 2012 a la guía de la OMS sobre el aborto sin riesgos, los cuales se han incorporado en esta segunda edición del currículo de la

atención integral del aborto centrada en la mujer, son:

- Nuevos datos sobre la magnitud del aborto inseguro por región y el impacto de las restricciones jurídicas sobre el aborto inseguro, especialmente en las mujeres jóvenes y adolescentes.
- Directrices clínicas basadas en evidencias, incluido el manejo del dolor, los nuevos regímenes de medicamentos para inducir el aborto, la orientación y guía sobre el aborto en el segundo trimestre y la anticoncepción postaborto.
- Orientación y guías actualizadas en cuanto a la prestación de servicios, incluidos los indicadores del aborto seguro, los aspectos que deben tomarse en consideración para la evaluación periódica, posibles barreras a la atención y orientación, que puedan interferir con la ampliación de los servicios de aborto
- Aplicación de un marco de derechos humanos en la formulación de políticas y leyes relacionadas con el aborto.

Aunque la OMS no recomienda exigir los aspectos de la atención que se interponen de barrera en la prestación de servicios o al acceso de la mujer, Ipas proporciona información y capacitación sobre la atención integral del aborto para poder atender todas las necesidades de la mujer en el contexto, las normas y los recursos disponibles en cualquier sistema de salud determinado. Por ejemplo, aunque la OMS no recomienda una consulta de control después de un procedimiento instrumental de aborto sin complicaciones o después del aborto con medicamentos con mifepristona seguida de misoprostol, las mujeres deberían ser notificadas acerca de los servicios de seguimiento médico que tienen a su disposición si los necesitan o desean. De esta manera, este currículo se ha diseñado con la idea de ayudar a profesionales de la salud a cubrir la gama completa de necesidades que presentan las mujeres al recibir atención de aborto, además de seguir las directrices de la OMS y otras basadas en evidencias y opiniones de expertos. Cuando las directrices locales y de la OMS varían, cada profesional de la salud debería estar al tanto de cualquier diferencia que exista.

Este currículo se centra en la prestación de servicios de aborto por profesionales de la salud capacitados, que trabajan en unidades del sistema de salud. Cada vez se pone más énfasis en poner toda la información y medicamentos para el aborto a la disposición de las mujeres de comunidades reales o virtuales fuera del sistema de salud, especialmente en entornos en que las mujeres corren graves riesgos debido a la falta de acceso a servicios seguros. Ipas cuenta con políticas, materiales y programas para apoyar estos esfuerzos. En la segunda edición hemos incluido algunas recomendaciones sobre cómo ampliar el acceso y mejorar los vínculos entre las comunidades y las unidades de salud. Para mayor información al respecto, por favor remítase a Recursos adicionales, Vínculos comunitarios.

En la segunda edición, se tratan las necesidades únicas de las mujeres jóvenes en un esfuerzo por ampliar el acceso y la prestación de los servicios de aborto. Cada año, unos 22 millones de mujeres en todo el mundo sufren un aborto inseguro, de los cuales casi todos ocurren en países en desarrollo. El número de mujeres adolescentes a nivel mundial se está acercando a 300 millones. Las adolescentes sufren de manera desproporcionada a raíz de 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 aquéllas de 15 a 19 años; y el 26%, en mujeres entre las edades de 20 a 24 años. Las mujeres menores de 20 años constituyen el 70% de los ingresos hospitalarios a consecuencia de las complicaciones del aborto inseguro en África subsahariana. En el manual señalamos cuando existe evidencia de cualquier diferencia clínica o de otro tipo entre las mujeres jóvenes y las adultas; según corresponda, también se señala la falta de evidencia. A lo largo del documento, por lo general nos referimos a las mujeres jóvenes cuando se encuentran entre los 10 y 24 años de edad. Cuando la evidencia corresponde específicamente a las adolescentes (entre los 10 y 19 años de edad, según la OMS), utilizamos ese término. Para obtener más información acerca de la atención del aborto para mujeres jóvenes, por favor véase la publicación de Ipas *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: un juego de herramientas para la capacitación*, la cual está incluida en el CD-ROM del manual de capacitación.

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

Es probable que las y los profesionales de la salud y capacitadores tengan sus propias convicciones y actitudes acerca de los métodos de aborto más deseables y de las opciones de atención para las mujeres, incluidas las jóvenes. Es posible que las y los profesionales de la salud prefieran un método a otro y no necesariamente por razones directamente relacionadas con el cuadro clínico de la mujer o las circunstancias de su entorno. Puede también que influyan en las mujeres al elegir un método o régimen en particular que no se ajusta a sus necesidades o que no respeta una decisión de la cual está bien informada. Muchos profesionales de salud también están acostumbrados a practicar directamente el procedimiento del aborto. A diferencia de la aspiración por vacío y, según el protocolo, el aborto con medicamentos puede darle más control del procedimiento a la mujer que al profesional de la salud. En muchos de los protocolos aprobados, la mujer puede iniciar y manejar el proceso del aborto en su casa o en otro sitio fuera de la unidad de salud, donde sea más conveniente y cómodo para ella. Es posible que los profesionales de salud 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 aborto por sí mismas,

especialmente las jóvenes, puede influir en cómo se prestan o si se prestan los servicios de aborto.

El enfoque de la atención centrada en la mujer significa que cada profesional de la salud debería:

- Reconocer sus propias convicciones personales y valores acerca del aborto;
- Separar sus creencias y valores de los de sus pacientes y centrarse en las necesidades de ellas;
- Mostrar respeto hacia las mujeres, sin importar su edad, estado civil, comportamientos sexuales y reproductivos o sus decisiones;
- Tratar a las mujeres con empatía, entendiendo sus sentimientos y puntos de vista y comunicando 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, por favor remítase a Recursos adicionales, Consentimiento informado, información y consejería.)

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 la atención del aborto en el segundo trimestre y 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, véase:

- La publicación de Ipas *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales* en www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Un-juego-de-herramientas-para-la-aclaracio.aspx ; y
- La publicación de Ipas *Transformación de actitudes respecto al aborto: actividades de aclaración de valores*

adaptadas para las mujeres jóvenes, publicación de Ipas en www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Actividades-de-aclaracion-de-valores-adapt.aspx

Referencias bibliográficas

En el texto se citan las descripciones de estudios individuales, citas directas y recursos o herramientas adaptadas de un documento en particular. Al final de cada módulo encontrará todas las demás referencias del módulo. Los recursos adicionales para cada módulo se enuncian al final del manual. Todos los sitios web fueron visitados por última vez en septiembre del año 2012.

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

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. 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. <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Servicios-de-aborto-para-las-mujeres-jovenes--Un-juego-de-herramientas-para-la-capacitacion.aspx>

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. <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Un-juego-de-herramientas-para-la-aclaracion.aspx>

United Nations Population Fund (UNFPA). 2000. *The state of world population 2000: Lives together, worlds apart*. Nueva York: UNFPA.

Para obtener información sobre cómo hacer pedidos de instrumental de AMEU, fármacos para el aborto con medicamentos y otras tecnologías de salud reproductiva, por favor diríjase a WomanCare Global por correo electrónico a customerservice@womancareglobal.org o por teléfono a: +44.20.3056.7758

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

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

Teléfono: 919-967-7052

Línea gratuita: (en los Estados Unidos): 800-334-8446

Fax: 919-929-7687

Correo electrónico: publications@ipas.org

O visite www.ipas.org

Índice

Agradecimientos.....	i
Acerca de Ipas.....	iii
Acerca de este manual.....	iv
Segúnda edición	vi
Capacitación en aclaración de valores y transformación de actitudes (AVTA)	viii
Referencias bibliográficas	x
Visión general y principios rectores.....	1
1.0 Introducción.....	1
2.0 Elementos clave de la atención integral del aborto centrada en la mujer	3
3.0 Protegiendo los derechos de las mujeres en los servicios de aborto.....	7
4.0 Resumen	10
Derechos reproductivos.....	13
1.0 Introducción.....	13
2.0 Derechos reproductivos.....	14
3.0 Barreras en la prestación de servicios y acceso al aborto legal.....	20
4.0 Profesionales de la salud como defensores.....	25
5.0 Consideraciones para la atención postaborto	26
6.0 Resumen	26
Anexo A: Comités de monitoreo de tratados	32
Vínculos con la comunidad	35
1.0 Introducción.....	35
2.0 Diagnóstico comunitario.....	37
3.0 Intervenciones comunitarias	39
4.0 Consideraciones para la atención postaborto.....	43
5.0 Resumen	43
Anexo A: Posibles audiencias y temas de información, educación y comunicación sobre el aborto	46
Métodos de evacuación endouterina.....	49
1.0 Introducción.....	49
2.0 Aspiración por vacío	52
3.0 Aborto con medicamentos	54
4.0 Otros métodos: legrado uterino instrumental (LUI).....	57

5.0 Consideraciones para la atención postaborto	58
6.0 Resumen	58
Anexo A: Aspiración por vacío y aborto con medicamentos para el aborto inducido en el primer trimestre	68
Anexo B: Opciones de tratamiento para la APA	70
Monitoreo para mejorar los servicios	71
1.0 Introducción.....	71
2.0 Definición e importancia del monitoreo	
72 3.0 Principios de un sistema de monitoreo eficaz.....	73
4.0 Monitoreo de eventos adversos	75
5.0 Los cuatro pasos de un monitoreo eficaz	75
6.0 Consideraciones para la atención postaborto	79
7.0 Resumen	79
Anexo A: Formulario de consentimiento informado: entrevista	81
Anexo B: Formulario de consentimiento informado: observación.....	82
Anexo C: Lista de verificación para revisar la historia clínica de la paciente para la atención integral del aborto.....	83
Consentimiento informado, información y consejería	85
1.0 Introducción.....	85
2.0 Opciones del embarazo.....	86
3.0 Consentimiento informado voluntario.....	86
4.0 Opciones de procedimientos	87
5.0 Consejería en los servicios de aborto	89
6.0 Privacidad y confidencialidad	91
7.0 Valores y empatía.....	91
8.0 Comunicación eficaz.....	93
9.0 Sistema de referencia	96
10.0 Cierre de la sesión de consejería.....	97
11.0 Consideraciones especiales.....	97
12.0 Consideraciones para la atención postaborto	98
13.0 Resumen	98
Anexo A: Consideraciones especiales.....	103
Servicios de anticoncepción	107
1.0 Introducción.....	107
2.0 Consejería anticonceptiva y suministro de métodos después del aborto.....	109
3.0 Modelos de prestación de servicios	109
4.0 Necesidades anticonceptivas de las mujeres después de un aborto.....	110
5.0 Derechos a la privacidad, la confidencialidad y la elección informada	112
6.0 Participación de las parejas	113

7.0 Elementos esenciales de la consejería anticonceptiva	113
8.0 Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos postaborto	115
9.0 Anticoncepción de emergencia	118
10.0 Consideraciones especiales para la consejería anticonceptiva	118
11.0 Consideraciones para la atención postaborto	119
12.0 Resumen	119
Anexo A: Factores individuales, recomendaciones y justificaciones para la consejería	125
Anexo B: Guía para la selección de un método anticonceptivo	126
Anexo C: Consideraciones especiales para la consejería anticonceptiva	129
Prevención de infecciones	135
1.0 Introducción	135
2.0 Transmisión de infecciones	136
3.0 Elementos de la prevención de infecciones	137
4.0 Manejo de las exposiciones ocupacionales	144
5.0 Consideraciones para la atención postaborto	145
6.0 Resumen	145
Anexo A: Contenedor para objetos punzocortantes	147
Anexo B: Instrucciones para preparar una solución de cloro al 0.5%	148
Evaluación clínica	149
1.0 Introducción	149
2.0 Antecedentes de la paciente	150
3.0 Examen físico	153
4.0 Análisis de laboratorio	156
5.0 Ultrasonido y embarazo ectópico	157
6.0 Infecciones del tracto reproductor	158
7.0 Consideraciones especiales durante la evaluación clínica	158
8.0 Consideraciones para la atención postaborto	159
9.0 Resumen	161
Anexo A: Administración de antibióticos	164
Anexo B: Ejemplo de formulario de datos de la paciente	165
Anexo C: Diagnóstico y tratamiento de los tipos de aborto	167
Instrumental de Ipas para la AMEU	169
1.0 Introducción	169
2.0 Características y uso del instrumental	169
3.0 Procesamiento y cuidado del instrumental de Ipas	174
4.0 Resumen	185
Anexo A: Comparación del instrumental de Ipas	187
Anexo B: Métodos para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus, los adaptadores y las cánulas Ipas EasyGrip	189

Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.....	193
1.0 Introducción.....	194
2.0 Preparación.....	194
3.0 Manejo del dolor.....	195
4.0 Procedimiento de evacuación endouterina.....	199
5.0 Cuidados post-procedimiento.....	206
6.0 Cuidados de seguimiento.....	210
7.0 Consideraciones especiales: las mujeres jóvenes.....	211
8.0 Consideraciones para la atención postaborto.....	212
9.0 Resumen.....	212
Anexo A: Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU.....	219
Anexo B: Equipo y suministros para efectuar el procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.....	225
Anexo C: Preparación del cuello uterino antes de la aspiración endouterina para un aborto del primer trimestre.....	226
Anexo D: Ejemplo de formulario para referencia clínica.....	227
Anexo E: Hoja de información para el alta.....	228
Anexo F: Ejemplo del formulario para el seguimiento médico.....	229
Anexo G: Consejos para el uso del aspirador Ipas AMEU Plus.....	231
Evacuación endouterina con medicamentos.....	235
1.0 Introducción.....	236
2.0 Preparación.....	237
3.0 Regímenes recomendados de mifepristona combinada con misoprostol.....	241
4.0 Regímenes recomendados de misoprostol solo.....	246
5.0 Efectos esperados.....	248
6.0 Posibles efectos secundarios.....	250
7.0 Complicaciones.....	251
8.0 Instrucciones antes de egresar de la unidad de salud.....	252
9.0 Cuidados de seguimiento.....	253
10.0 Consideraciones especiales: las mujeres jóvenes.....	255
11.0 Consideraciones para la atención postaborto.....	256
12.0 Resumen.....	257
Anexo A: Ilustración de un embrión de 8 a 9 semanas.....	265
Complicaciones.....	267
1.0 Introducción.....	267
2.0 Presentación de complicaciones.....	268
3.0 Complicaciones relacionadas con el procedimiento.....	268
4.0 Complicaciones relacionadas con el embarazo.....	269
5.0 Complicaciones de la aspiración por vacío o del aborto con medicamentos.....	269
6.0 Complicaciones de la aspiración por vacío.....	273

7.0 Complicaciones del aborto con medicamentos	276
8.0 Complicaciones que presentan las mujeres que acuden a los servicios de atención postaborto	277
9.0 Respuesta a urgencias	278
10.0 Cuidados post-procedimiento	280
11.0 Monitoreo de eventos adversos serios	281
12.0 Consideraciones para la atención postaborto	285
13.0 Resumen	285
Recursos adicionales	291
Glosario	300

CD-Rom de currículos de Ipas y otros recursos de capacitación y prestación de servicios relacionados con el aborto: material pertinente a este currículo

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

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

Actividades adicionales del módulo

La atención integral del aborto centrada en la mujer, presentación en PowerPoint (archivo ppt)

La atención postaborto centrada en la mujer, presentación en PowerPoint (archivo ppt)

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

Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®, cartel

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

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 sobre el aborto con medicamentos (ppt file)

PowerPoint sobre el programa concurso y flash plug-in (archivos ppt y swf)

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)

Otros currículos y recursos de capacitación

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 integral del aborto centrada en la mujer (AIA) es un modelo que toma en cuenta las necesidades y circunstancias individuales de la salud física y emocional de la mujer y su capacidad para acceder a los servicios de aborto. Incluye aborto inducido, tratamiento del aborto incompleto, diferido o realizado en condiciones de riesgo, consejería, servicios de anticoncepción y otros servicios de salud sexual y reproductiva prestados en el mismo establecimiento o por referencia a otras unidades de salud accesibles o por medio de alianzas con prestadores de servicios comunitarios.

Partiendo de un marco de derechos humanos, la mujer tiene derecho al aborto y al tratamiento de las complicaciones del aborto para salvar su vida. Cuando nos referimos al derecho de la mujer al aborto, Ipas incluye a mujeres de todas las edades, incluidas las jóvenes y las solteras. Las condiciones que permiten

o impiden su acceso al aborto seguro determinan su capacidad para ejercer ese derecho. Entre dichas condiciones se encuentran:

- El apoyo del sistema jurídico
- El compromiso del gobierno y la sociedad a la salud de las mujeres
- La libertad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos
- Una infraestructura y recursos económicos adecuados para que el sistema de salud pueda atender a todas las mujeres que necesitan atención
- El apoyo social y cultural de los derechos de las mujeres

El derecho de la mujer a servicios de alta calidad relacionados con el aborto se cumple solamente cuando:

- Se le ofrece la mayor cantidad de opciones posible
- Puede obtener los servicios
- Se le ofrece una atención respetuosa, sin estigma y confidencial

En entornos con restricciones jurídicas, el aborto inducido debería ofrecerse para todas las indicaciones legales en cumplimiento absoluto de la ley.

“La cantidad de declaraciones y resoluciones firmadas por los países en las últimas dos décadas (...) indica un consenso cada vez mayor 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)

“Cuando el aborto inducido es realizado por profesionales capacitados que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados y en condiciones higiénicas, este es un procedimiento médico muy seguro”.

“En los países donde el aborto legal está sumamente 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 proporciona la base para el currículo. Se recomienda como un prerrequisito para profesionales de la salud que proporcionan servicios relacionados con el aborto en el primer trimestre y ofrece una introducción a los siguientes conceptos:

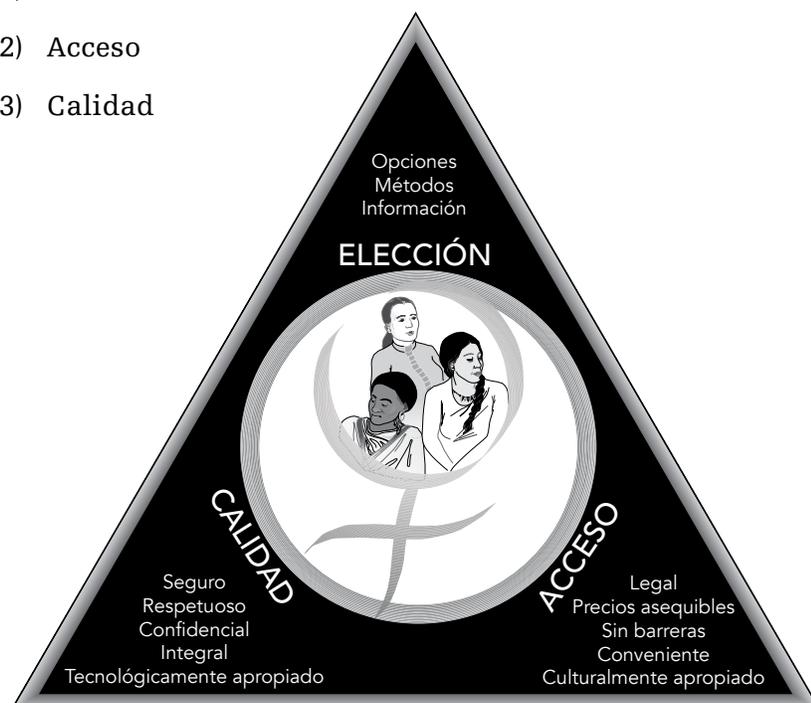
- atención integral del aborto
- derechos de las usuarias
- principios éticos de las y los profesionales de la salud

En los módulos subsiguientes se proporciona más información sobre la prestación de servicios en base a estos conceptos. En contextos donde el aborto es prohibido o muy restringido, cada profesional de la salud debe remitirse al currículo complementario de Ipas titulado *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición, el cual proporciona información sobre los cuidados de las mujeres que presentan complicaciones relacionadas con el aborto inseguro.

2.0 Elementos clave de la atención integral del aborto centrada en la mujer

La atención integral del aborto centrada en la mujer abarca una variedad de servicios médicos y servicios de salud relacionados y comprende tres elementos:

- 1) Elección
- 2) Acceso
- 3) Calidad



2.1 Elección

En el contexto de los derechos sexuales y reproductivos, la elección significa que otros no deben interferir con las decisiones de una mujer en lo que respecta a su cuerpo y su salud.

Elección significa que la mujer tiene el derecho a determinar:

- Si desea quedar embarazada y cuándo hacerlo
- Si desea continuar el embarazo o interrumpirlo
- Qué procedimientos de aborto, anticonceptivos, prestadores de servicios y unidades de salud disponibles utilizará

La elección de la mujer debe basarse en una información exacta y objetiva. También debe tener la oportunidad de hacer preguntas y expresar sus inquietudes a su prestador/a de servicios. Para ofrecer una atención centrada en la mujer, cada profesional de la salud debe reconocer y responder al derecho de la mujer a elegir, sin importar su edad o estado civil.

Muchas mujeres que necesitan servicios de aborto se hallan en situaciones vulnerables. Es posible que se encuentren a merced de sus familiares que las fuerzan a tener un aborto o a continuar el embarazo. En algunos entornos, los prestadores de servicios posiblemente accedan a brindar atención de aborto o postaborto solamente a cambio de altas tarifas e insistan que las mujeres usen un método anticonceptivo específico. Dichos límites y restricciones de sus opciones comprometen el concepto de elección y violan los derechos humanos de la mujer poniendo en riesgo su salud y bienestar.

2.2 Acceso

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

- Usan tecnologías clínicas apropiadas
- Son fáciles de acceder en comunidades locales
- Atienden en muchos lugares de prestación de servicios

Si la distancia y el tiempo que lleva llegar a una unidad de salud son excesivos, se complica el acceso para las mujeres. Los sistemas de salud pueden concentrar sus recursos en capacitar a profesionales de la salud del sector público y privado a nivel local. Los grupos comunitarios pueden exigir que el sistema de salud ofrezca el tipo de atención que las y los integrantes de la comunidad desean y necesitan. Los vínculos entre los sectores público y privado también pueden ofrecer una red de referencia en zonas donde las leyes de aborto son restrictivas.

La mujer tiene mejor acceso a servicios de atención integral del aborto cuando:

- Los servicios son ofrecidos a precios razonables y proporcionados de manera oportuna sin obstáculos logísticos y administrativos innecesarios.
- Los servicios de urgencia están disponibles independientemente de las posibilidades económicas de la mujer.
- No se niegan los servicios en base a su estado económico o civil, edad, educación o clase social, creencias religiosas o políticas, raza, etnia o preferencia sexual.
- Las y los profesionales de la salud demuestran una actitud de respeto, interés y empatía.

El acceso también es determinado por factores culturales. En muchas sociedades, las mujeres tienen menos acceso que los hombres a la educación, a servicios de salud y a servicios sociales. A menudo las mujeres dependen de la ayuda financiera que otras personas puedan proporcionarles. Por ejemplo, una mujer que no tiene mucho control sobre los recursos económicos de su familia posiblemente tenga dificultad para encontrar transporte que la lleve a una unidad de salud y dinero para pagar por los servicios que necesita.

Entre otros factores que pueden limitar el acceso a los servicios figuran:

- Dar mayor importancia a las necesidades de salud de los niños varones
- Excesiva influencia de familiares políticos
- Las expectativas de procreación que la sociedad impone a las mujeres, a veces desde una edad temprana
- El estigma sobre la sexualidad de la mujer, el aborto y los comportamientos en torno a la búsqueda de servicios de salud reproductiva
- Las normas culturales que hacen que las mujeres, especialmente las jóvenes, se sientan avergonzadas de acudir a los servicios de salud reproductiva, en particular si el profesional de la salud es del sexo masculino.
- Los formularios o procesos que sin querer excluyen a algunas mujeres, tales como las jóvenes o mujeres que se emparejan con otras mujeres.

La sostenibilidad de los servicios a largo plazo es crucial para una atención de alta calidad. Para que los servicios de aborto sean sostenibles, los sistemas de salud deben contar con:

- Programas de capacitación para profesionales de la salud donde se les dé información acerca de servicios locales para referir a las pacientes.
- Equipo y medicamentos accesibles, seguros y adecuados
- Servicios administrados, monitoreados y evaluados eficazmente
- Vínculos entre la comunidad y las y los profesionales de la salud

2.3 Calidad

Algunos de los aspectos fundamentales de la atención de alta calidad son:

- Una atención que se adapte a las circunstancias sociales y las necesidades de cada mujer
- Información y consejería que apoye la elección informada, incluyendo a las mujeres jóvenes quienes quizás necesiten mayor información o tiempo para tomar una decisión bien informada
- Tecnologías médicas recomendadas a nivel internacional, en particular la aspiración manual endouterina (AMEU) y los métodos con medicamentos
- Normas y protocolos clínicos adecuados para la prevención de infecciones, el manejo del dolor y el manejo de las complicaciones
- Servicios de anticoncepción y una gama de métodos anticonceptivos para elegir cuando se proporcionen los servicios de aborto, a fin de ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados y garantizar de manera sana el espaciamiento de los hijos
- Servicios de salud reproductiva y otros servicios afines, tales como la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH y las pruebas de detección y consejería sobre la violencia sexual.
- Que el personal de salud se asegure de atender las necesidades únicas de las mujeres jóvenes
- Confidencialidad, privacidad, respeto e interacciones positivas entre las usuarias y el personal de salud, independientemente de su edad o estado civil
- Implementación de sistemas para el monitoreo de efectos adversos

- Implementación de sistemas para mejorar la calidad, incluida la participación de la comunidad

3.0 Protegiendo los derechos de las mujeres en los servicios de aborto

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 componentes esenciales de los derechos humanos. A continuación se exponen los 12 principios:

1. *El derecho a la vida.* No se debe poner en riesgo la vida de ninguna mujer por causa de un embarazo.
2. *El derecho a la libertad y la seguridad de la persona.* Ninguna mujer debe ser forzada a quedar embarazada, ser esterilizada o tener un aborto.
3. *El derecho a la igualdad y a vivir libres de toda forma de discriminación.* Esto abarca la vida sexual y reproductiva de las mujeres.
4. *El derecho a la privacidad.* Todos los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser confidenciales. Toda mujer tiene el derecho a tomar sus propias decisiones de salud reproductiva.
5. *El derecho a la libertad de pensamiento.* Esto abarca la libertad de no tener que someterse a la interpretación restrictiva de creencias y costumbres religiosas que se usan como herramientas para limitar la libertad de pensamiento en cuanto a los servicios de salud sexual y reproductiva.
6. *El derecho a la educación e información.* Esto abarca información y educación sobre la salud sexual y reproductiva, acceso a información cabal y consentimiento libre e informado.
7. *El derecho a elegir si casarse o no y a formar y planificar una familia.*
8. *El derecho a decidir si tener hijos y cuándo tenerlos.*
9. *El derecho a la atención médica y a la protección de la salud.* Esto incluye el derecho a la atención de salud de la más alta calidad posible y el derecho a no tener que someterse a prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud.
10. *El derecho a la salud y a los beneficios del avance científico.* Esto incluye el derecho a nuevas tecnologías de salud reproductiva que sean seguras, eficaces y aceptables.

11. *El derecho a la libertad de reunión y participación política.*
Esto incluye el derecho de todas las personas de intentar influir en las comunidades y los gobiernos para fijar prioridades a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
12. *El derecho a una vida libre de tortura y trato inhumano.*
Esto incluye el derecho a la protección contra la violencia, la explotación sexual y el maltrato.

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

3.1 Valores, actitudes, empatía y respeto

Las y los profesionales de la salud deben separar sus creencias personales de sus prácticas profesionales y tratar a todas las mujeres por igual, independientemente de su edad o estado civil. Deben tratar a todas sus pacientes con empatía, la cual se entiende como la capacidad para comprender los sentimientos y punto de vista de otra persona y comunicarle este entendimiento.

Las actitudes de cada profesional en su trato con las mujeres tienen gran influencia en ellas. Los encuentros positivos de las usuarias con profesionales de la salud que muestran empatía y respeto aumentan la satisfacción de la mujer con la atención recibida, las motivan a seguir las indicaciones de los cuidados médicos y aumentan la probabilidad de que confíen en las y los profesionales de salud y acudan en el futuro en busca de la atención médica que necesitan. Los encuentros positivos también sirven de base para entablar buenas relaciones entre las y los profesionales de la salud y la comunidad que atienden, lo cual puede crear un ambiente propicio para su trabajo.

Cada profesional de la salud que ofrece servicios de atención integral del aborto debe esforzarse por:

- Determinar cuáles son sus propios valores y actitudes respecto a la sexualidad y la salud reproductiva, y ser consciente de que posiblemente necesite darle atención especial a sus valores en lo que respecta a la sexualidad de las mujeres jóvenes
- Separar sus valores de los de sus pacientes
- Reconocer cómo sus actitudes podrían tener un efecto negativo o positivo en las interacciones con las pacientes y en la calidad de la atención
- Garantizar que pueda atender a las pacientes con amabilidad y empatía

Los administradores de las clínicas pueden ayudar a establecer y mantener un ambiente de sensibilidad y respeto por las necesidades de las mujeres mediante capacitación, supervisión

capacitante, retroalimentación de sus colegas y evaluaciones anónimas.

3.2 Interacción y comunicación

La interacción y la comunicación positivas entre las y los profesionales de la salud y las pacientes son la base de una atención de alta calidad. Es importante no hacer suposiciones sobre el motivo que lleva a las mujeres a estos servicios. Cada profesional de la salud debe pensar, hablar y actuar de la manera más neutral posible, ajustando su comportamiento y lenguaje a las señales manifestadas por cada mujer. Esto es particularmente cierto en el caso de las mujeres jóvenes. Debido a que el aborto es un área muy estigmatizada de la atención médica, cada profesional de la salud debe tomar medidas adicionales para asegurarse de no contribuir a este estigma por medio de sus actos y palabras.

Para iniciar interacciones positivas, cada prestador/a de servicios puede:

- Hablar respetuosamente
- Escuchar atentamente
- Hacer preguntas para reflexionar
- Proporcionar información exacta y respuestas en términos sencillos que la mujer pueda entender
- Demostrar empatía y amabilidad en el trato con cada mujer que tiene a su cuidado

Otras consideraciones —por ejemplo; disculparse por una larga espera o permitir que la mujer permanezca vestida hasta el momento de efectuar la exploración física— pueden mejorar la calidad de la consulta.

3.3 Privacidad y confidencialidad

Es esencial que la consejería y los cuidados relacionados con el aborto se realicen en privado y de manera confidencial.

- Los administradores deben colocar las normas de confidencialidad en las áreas de cuidado de las pacientes.
- El personal debe explicar las normas de privacidad a cada mujer.
- Los administradores deben establecer estrictas normas y procedimientos de confidencialidad que se aplican a todos los trabajadores de la salud, y velar por su cumplimiento.

- El acceso a la información de las pacientes debe estar protegido.
- Antes de examinar a la mujer debe existir privacidad visual y auditiva.

3.4 Consentimiento voluntario e informado

Cada profesional de la salud debe explicar a la mujer su cuadro clínico y opciones en términos no técnicos y obtener su consentimiento voluntario e informado antes de iniciar el tratamiento. No debe proseguir con los servicios médicos hasta que la mujer haya dado su consentimiento informado y haya firmado el formulario de consentimiento. Las mujeres jóvenes son mentalmente capaces de tomar la decisión de interrumpir un embarazo. En algunos lugares, es apropiado y común otorgar consentimiento verbal en la presencia de un testigo en vez de un consentimiento por escrito. La obtención del consentimiento informado no debe retrasar ningún procedimiento de urgencia necesario para salvar la vida de la mujer.

4.0 Resumen

- Este módulo sirve de prerrequisito recomendado para este currículo.
- Todas las mujeres, incluidas las jóvenes, tienen derecho a recibir atención integral del aborto de alta calidad.
- La atención integral del aborto centrada en la mujer abarca: servicios de aborto inducido al mayor grado permitido por la ley, tratamiento del aborto incompleto, aborto diferido o aborto en condiciones de riesgo, consejería, servicios de anticoncepción, servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva proporcionados en el mismo establecimiento de salud o por referencia a otra unidad de salud accesible o por medio de alianzas con prestadores de servicios comunitarios.
- La elección, el acceso y la calidad son tres elementos fundamentales de la atención integral del aborto centrada en la mujer.
- Las decisiones informadas de la mujer deben basarse en información completa y exacta.
- Los trabajadores de la salud deben entender el concepto de los derechos de las mujeres a fin de tener interacciones profesionales y prestar una atención amable y de alta calidad.
- Cada profesional de la salud debe mostrar empatía y respeto por las mujeres y garantizar privacidad y confidencialidad.

- Cada profesional de la salud debe explicar a la mujer su cuadro clínico y opciones en términos no técnicos y obtener su consentimiento voluntario e informado antes de iniciar el tratamiento.
- Cada profesional de la salud debe estar capacitado, tener competencia técnica y usar tecnologías clínicas apropiadas para prestar servicios de atención de alta calidad.

Referencias bibliográficas

Burns, A. A., Ronnie Lovich, Jane Maxwell y Katharine Shapiro. (2012). *Where Women Have No Doctor*. Berkeley, CA: The Hesperian Foundation.

Cook, R. J. y Dickens, B. M. (2000). *Considerations for Formulating Reproductive Health Laws, segunda edición*. Ginebra, OMS.

Creinin, M. D., Schwartz, J. L., Guido, R. S. y Pymar, H. C. (2001). Early pregnancy failure--current management concepts. *Obstetrical 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 Internacioal de Planificación de la Familia. (1996). *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights Vision 2000*. Londres: IPPF.

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. (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.

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. (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Consultado el 1 de abril de 2013, en <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>

Naciones Unidas. (1995). *Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Consultado el 1 de abril de 2013, en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>

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*. Nueva York, NY: Naciones Unidas.

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

Winkler, J. y Gringle, R. E. (1999). *Postabortion family planning: A two-day training curriculum for improving counseling and services*.

Yellen, E. y Davis, G. C. (2001). Patient satisfaction in ambulatory surgery. *Association of Operating Room Nurses*, 74(4), 483-486, 489-494, 496-488.

Derechos reproductivos

Temas clave en este módulo:

- Marco internacional de derechos humanos para los servicios de aborto y atención postaborto
- Barreras en torno a los servicios de aborto seguro y legal

1.0 Introducción

Varios documentos internacionales de derechos humanos han abordado la salud sexual y reproductiva. En la primera sección de este módulo se expone información sobre estos documentos; en la segunda, se abordan los obstáculos que impiden el acceso de la mujer a servicios de aborto seguro y legal, y se ofrecen medidas que las y los profesionales de la salud pueden adoptar para superarlos. (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, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos (...) (L)os derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.

Esta definición integral de la salud y los derechos reproductivos fue acordada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de la ONU en 1994. Esto establece un marco para legitimar y proteger los derechos reproductivos de las mujeres.

Entre los derechos específicos que apoyan los servicios de aborto se encuentran:

- El derecho a decidir si tener hijos y cuándo tenerlos. Las mujeres deben tener acceso a los métodos anticonceptivos que desean y decidir cuándo interrumpir un embarazo.
- El derecho a la vida. Las mujeres no deberían morir a causa del aborto inseguro.
- El derecho a la salud. 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. 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 aborto o 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, este derecho se respeta cuando quienes

prestan servicios pueden usar los métodos de evacuación endouterina recomendados por la OMS.

- El derecho a la libertad de opinión y expresión. Por ejemplo, este derecho se respeta cuando las personas pueden expresar su apoyo para servicios de aborto seguro.

2.1 Tratados y acuerdos

Los principios universales de los derechos humanos se establecen en las convenciones internacionales, conocidas también como tratados, convenios y pactos. Los gobiernos, referidos como Estados en los sistemas de derechos humanos, firman y ratifican las convenciones internacionales, las cuales los obligan jurídicamente a cumplir los fines y objetivos de las mismas. 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 Crueles, 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 servicios de salud que protejan la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Los Comités de Monitoreo de Tratados vigilan 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.

(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 la ONU 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 e hicieron un llamado a ofrecer servicios de aborto seguro en ámbitos donde el aborto es permitido por la ley, además de trazar los pasos a seguir para mejorar la seguridad y accesibilidad de los servicios de aborto.
- *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995*: Los formuladores de políticas hicieron un llamado a los gobiernos para “considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales”.
- *Revisión quinquenal de la CIPD (CIPD+5), 1999*: Los gobiernos 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 aprueban resoluciones en el Consejo de Derechos Humanos, el cual se responsabiliza 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 en la elección reproductiva.

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 del Grupo de Examen de Expertos independientes en información y rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y el niño*, septiembre de 2012. Este informe señala que los servicios de aborto seguro es una de varias áreas descuidadas que tiene una importancia crucial para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en cuanto a la supervivencia infantil y la salud materna y reproductiva. Establece que existe “evidencia abrumadora” que indica que los objetivos no se alcanzarán “a menos que afrontemos la enorme carga que representa el aborto inseguro mediante estrategias de salud pública de reducción de daños – concretamente, la prestación de servicios de planificación familiar y aborto seguro.”
- *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 seguro y accesible, 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): Proclama que casi todas las muertes y discapacidades a causa del aborto inseguro podrían evitarse por medio de la educación sexual, servicios de anticoncepción y consejería, inducción legal del aborto y atención de las complicaciones del aborto. Esta guía proporciona una visión general de los métodos preferidos para el aborto, trata asuntos relacionados con los sistemas de salud y examina las consideraciones políticas, jurídicas y de derechos humanos relacionadas con el aborto seguro.
- *En busca de la justicia*, ONU Mujeres, 2012: Trata del aborto por selección del sexo, declarando que: “Las mujeres con frecuencia optan por el aborto en función del sexo del feto debido a la enorme presión familiar y social para tener un hijo varón. Otras normas sociales discriminatorias, la herencia por el linaje paterno y la dependencia económica en los hijos varones durante la tercera edad son factores que conducen a muchas familias a valorar más tener niños

que niñas. Los gobiernos tienen la obligación de frenar esta discriminación sistemática, sin exponer a las mujeres al riesgo de sufrir graves lesiones o de morir por negarles el acceso a un aborto seguro". Examina también las leyes de varios países donde se ha incrementado el acceso de las mujeres a los servicios de aborto legal.

- *El relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud, ONU, 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: Identifica la disponibilidad y la prestación de servicios de aborto seguro, cuando están indicados, y la prestación de servicios de atención postaborto como intervenciones basadas en la evidencia para disminuir la mortalidad materna.
- *Innovación comunitaria, ONUSIDA, 2011*: Informa sobre el aporte de la innovación comunitaria para lograr la salud y los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres y niñas por medio de la respuesta al VIH, resalta el trabajo realizado en Malaui, Namibia y Sudáfrica para tratar el tema del aborto con integrantes de la comunidad.
- *Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño, ONU, 2010*: Proclama que los beneficios garantizados deben incluir "servicios de aborto seguro (en ámbitos donde no es contrario a la ley) así como otros servicios de salud reproductiva.
- *El consenso para la salud de la madre, del recién nacido y del niño, 2009*: 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.

- *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*: Reconoce 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, ONU, 2003*: “[I]nsta a los Estados Partes a: a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen [a niñas y mujeres jóvenes] 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”.
- *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

- Asociación de profesionales de salud reproductiva (ARHP, por sus siglas en inglés), 2012: La atención del aborto es un elemento de los servicios integrales de salud reproductiva de importancia crucial, y ARHP apoya el derecho de la mujer a optar por el aborto. La ARHP también se opone a cualquier intento judicial, legislativo o administrativo, a nivel local, estatal o federal, de prohibir cualquier procedimiento de aborto o procedimiento médico para la interrupción del embarazo.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), *Declaración de consenso sobre evacuación uterina*, 2011: “Debe introducirse la aspiración al vacío y los medicamentos apropiados para la evacuación uterina en lugar del curetaje (o raspado), para mejorar la seguridad y calidad de los servicios de aborto”, 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: 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, incluido el 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.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), *Directrices éticas relativas al aborto provocado por razones no médicas, 1999*: “...[T]ras la debida consejería, las mujeres deben tener derecho de acceso al aborto inducido por medios médicos o quirúrgicos, [...] los servicios sanitarios tienen la obligación de suministrar tales servicios con las máximas condiciones posibles de seguridad”.

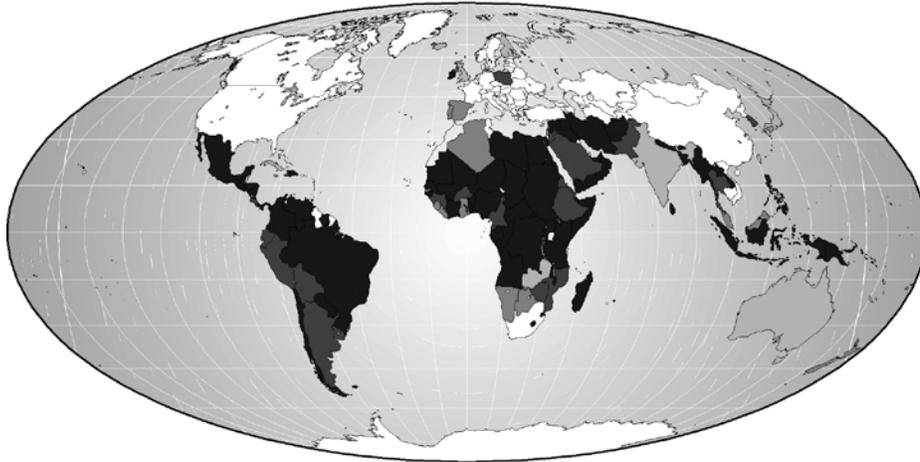
(Por favor remítase a Recursos adicionales, Derechos reproductivos.)

3.0 Barreras en la prestación de servicios y acceso al aborto legal

Casi en todos los países se permite el aborto en algunas circunstancias y en la mayoría se permite el aborto para salvar la vida de la mujer y conservar su salud.

Incluso en los ámbitos donde es legal, el aborto a menudo está sujeto a restricciones jurídicas o reguladoras que podrían impedir el acceso a los servicios. A continuación se exponen algunas de las barreras que enfrentan las mujeres y posibles medidas que podrían tomar las y los profesionales de la salud para reducir las barreras a los servicios de aborto.

Leyes sobre aborto en el mundo



- Sin restricción: 54 naciones, el 40.5% de la población mundial
- Motivos socioeconómicos: 14 naciones, el 20.7% de la población mundial
- Salud mental: 20 naciones, el 2.7% de la población mundial
- Salud física: 35 naciones, el 10.1% de la población mundial
- Salvar la vida o prohibido: 72 naciones, el 26% de la población mundial

Fuente: Póster titulado *World's Abortion Laws 2005*, CRLP 2005
Centro de Derechos Reproductivos, 2011.

La Ley de Vietnam sobre la protección de la salud de las personas, aprobada en 1989, establece:

"Todas las personas tienen la libertad de seleccionar y usar sus medidas anticonceptivas, todos los actos de obstrucción o compulsión en la implementación de planificación familiar serán prohibidos; la mujer tiene el derecho, por su propia voluntad, de tener aborto(s), de recibir un diagnóstico y tratamiento ginecológico, y de solicitar que le efectúen exámenes físicos durante el embarazo y le presten atención médica en un establecimiento de salud".

- Ministerio de Salud de Vietnam, 2002

Para ver la versión más actual de este mapa, visite http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/newsletter/crr_spanish_AbortionMap_2012.pdf

3.1 Restringidas interpretaciones de la ley

El acceso al aborto legal depende en gran medida de las formas en que se interpretan las leyes. Los sistemas de salud a menudo interpretan las leyes estrictamente. Asimismo, las y los profesionales o los sistemas de salud a veces imponen mayores restricciones al aborto de lo que se exige jurídicamente o es médicamente necesario. Por ejemplo, aunque es posible que el consentimiento del esposo no sea una exigencia de la ley, podría agregarse como parte de la norma oficial. También existen ejemplos de leyes que establecen concretamente los derechos de las mujeres, tal como es el caso de Vietnam (ver recuadro).

Sin una orientación clara por parte de las instituciones normativas y reguladoras, tal como un Ministerio de Salud, las partes interesadas, incluidos los prestadores de servicios podrían encontrar dificultad interpretando las leyes. Por ejemplo, las leyes que permiten el aborto para conservar la salud de la mujer podrían ser interpretadas estrictamente por profesionales de la salud como que se permite el aborto solo cuando el embarazo podría ocasionar daño a la salud física de la mujer. Sin embargo, casi todos los países del mundo aceptan la definición de salud de la OMS: "un estado de bienestar físico, mental y social completo..."; por tanto, al evaluar los riesgos de salud también

deberían tener en consideración el bienestar social y mental de la mujer.

Los ministerios de salud deben colaborar con las y los profesionales médicos en la elaboración y difusión de normas y directrices clínicas nacionales que ayuden a garantizar la prestación de servicios al máximo grado permitido por la ley. A falta de directrices nacionales, las unidades de salud deben asegurarse de tener normas y protocolos propios concretos.

3.2 Restricciones que afectan el acceso

Además de la interpretación estricta de las leyes, existen varias restricciones que podrían afectar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto. Estas restricciones pueden encontrarse en las leyes, en los reglamentos, en las políticas y en la práctica. Algunas de estas son:

- Falta de acceso a información sobre el aborto seguro
- Requisitos de consentimiento de terceras partes (por ejemplo: consentimiento de los padres, tutor/a, esposo o consentimiento jurídico)
- Período obligatorio de espera
- Barreras reguladoras para el acceso a los medicamentos
- Requisitos de que una mujer denuncie la violación a la policía y obtenga una orden de procesamiento para poder tener acceso al aborto legal
- Negación de los servicios de aborto por parte del prestador en base a la objeción de conciencia
- Que se permita practicar el aborto solo a médicos y no a profesionales de la salud de nivel intermedio
- Exigir que dos o más médicos certifiquen la indicación para el aborto

Incluso cuando las leyes o reglamentos no conllevan restricciones, algunos profesionales de la salud, ejerciendo demasiada precaución, las imponen para protegerse a sí mismos.

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 el entendimiento necesarios para tomar sus propias decisiones. Mediante este enfoque, aprobado en

la Convención sobre los Derechos del Niño, cada profesional de la salud puede usar su propio criterio para extender los servicios de aborto seguro a las jóvenes que de lo contrario podrían recurrir a un aborto en condiciones de riesgo. (Para obtener más información sobre la atención del aborto para las jóvenes y el principio relacionado con el desarrollo de las facultades, por favor remítase a Recursos adicionales, Derechos reproductivos.)

3.3 Escasez de profesionales de la salud

En muchos países, la prestación de servicios de aborto por personal médico, en particular gineco-obstetras, está restringida ya sea por las leyes o en la práctica, lo cual puede limitar el acceso de la mujer a los servicios. Las y los profesionales de salud de nivel intermedio pueden efectuar los procedimientos de aborto de manera competente. Los esfuerzos de compartir y delegar funciones podrían abarcar la autorización y capacitación de las parteras, enfermeras, asistentes médicos y otros trabajadores de salud de nivel intermedio para que ofrezcan todos los elementos de la atención integral del aborto, aumentando así el acceso a los servicios. Esto podría también reducir los costos y hacer que estos servicios sean más accesibles a las mujeres. Los métodos de evacuación endouterina con medicamentos tienen el potencial de poder usarse fuera de las unidades de salud, por lo aumentan más el acceso a los servicios de aborto.

3.4 Limitaciones tecnológicas

Otra barrera común en los servicios de aborto seguro y 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 a los métodos con medicamentos para la prestación de servicios de atención postaborto y aborto inducido. En 2005, la OMS agregó la mifepristona combinada con misoprostol y el misoprostol solo a su Lista modelo de medicamentos esenciales. En 2011, la mifepristona y el misoprostol se incluyeron como insumos esenciales en el documento *Intervenciones, productos, y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño*. La mifepristona combinada con el misoprostol también fue incluida en la Lista interagencial de medicamentos esenciales para la salud reproductiva recopilada por varios organismos de la ONU y otras ONG internacionales, específicamente para el aborto con medicamentos hasta una

El caso de Sudáfrica

La ley del aborto de Sudáfrica post-apartheid autoriza que las parteras y las enfermeras efectúen procedimientos de aborto. La ley de 1997 de libre elección en cuanto a la interrupción del embarazo y sus posteriores enmiendas, autoriza a las parteras profesionales y enfermeras que han sido capacitadas para efectuar el procedimiento del aborto hasta concluido el primer trimestre. Las y los profesionales de la salud de nivel intermedio pueden prestar servicios de aborto de alta calidad sin la presencia de un profesional médico. Esto ha ayudado a ampliar la prestación de servicios de aborto en unidades de salud rurales y hospitales de distrito.

edad gestacional de 9 semanas. (Por favor remítase a Recursos adicionales, Derechos reproductivos.)

Para garantizar la disponibilidad y uso de las tecnologías recomendadas, cada profesional de la salud puede:

- Solicitar que el equipo y medicamentos para la evacuación endouterina 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 otros en el uso de tecnologías nuevas.

3.5 Negación de prestación de servicios por objeción de conciencia

Las y los profesionales de la salud están obligados a prestar servicios de atención postaborto para salvar la vida; por lo tanto, no pueden negarse a prestar los mismos. La mayoría de los países permiten el aborto para salvar la vida de la mujer y, por ley, las mujeres tienen derecho a recibir atención médica en dichas circunstancias. Algunos profesionales de la salud se niegan a prestar servicios de aborto inducido en base a objeciones personales. Esto representa una barrera al acceso. Solo profesionales de la salud autorizados para practicar abortos tienen derecho a negarse a efectuar el procedimiento por razones religiosas o morales (siempre y cuando la vida de la mujer no corra peligro); sin embargo, tienen el deber ético y, por ley, deberían tener la obligación de garantizar que la mujer sea referida a servicios seguros en una unidad de salud cercana, en un plazo razonable. Las y los profesionales de la salud con participación indirecta en la prestación de servicios no pueden rehusar llevar a cabo sus responsabilidades invocando su derecho a la objeción de conciencia. Es más, los administradores de unidades de salud públicas no pueden invocar la objeción de conciencia.

Para asegurar que la negación de los servicios en base a objeciones religiosas o morales no afecte el acceso de la mujer a la atención que necesita, la administración y profesionales de la salud pueden:

- Asegurarse de que en su unidad de salud se ofrezcan servicios de aborto de conformidad con las normas y directrices;
- Afirmar que la prestación de servicios de aborto seguro en su unidad de salud es cuestión de conciencia;
- Exigir que las y los profesionales de la salud que

rehúsan prestar dichos servicios refieran a la paciente a otro profesional dispuesto a prestarlos conforme a los protocolos de su unidad de salud referentes al aborto;

- Hacer una lista de profesionales de la salud que efectúan procedimientos de aborto y los que no los efectúan;
- Proporcionar a quienes se niegan a ofrecer servicios de aborto una lista de profesionales y unidades de salud adonde pueden referir a las pacientes;
- Crear un protocolo que estipule las sanciones a imponerse a profesionales de la salud que rehúsen referir o brindar tratamiento a las mujeres cuya vida corre peligro.

“La objeción de conciencia en el campo de la atención sanitaria generalmente se considera sinónimo de negarse a participar en servicios médicos polémicos, especialmente el aborto. Esta descripción hace caso omiso al hecho de que la prestación de servicios de aborto también se basa en la conciencia. Debido al constante fallo de reconocer que la prestación de servicios de aborto es un “acto de conciencia”, existen leyes que no protegen a las y los profesionales de la salud cuya conciencia les obliga a prestar servicios de aborto, lo cual contribuye al estigma en torno a quienes ofrecen servicios de aborto y deja un vacío, que puede dar lugar a la objeción de conciencia positiva para dar atención médica en vez de negarse a prestarla”.

- Lisa Harris, 2012

3.6 Actitudes de las y los profesionales de la salud

Las actitudes y convicciones de cada profesional de la salud afectan sus interacciones con las mujeres y la consejería que les ofrece, ejerciendo gran influencia en ellas. Quizás tenga sus propias ideas sobre quién debería controlar el procedimiento del aborto o acerca de la capacidad de la mujer para determinar lo que le está sucediendo a su cuerpo. La aclaración de valores puede ayudar a cada profesional de la salud a reconocer sus propias convicciones y valores, 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. (Por favor ver Recursos adicionales, Derechos reproductivos).

4.0 Profesionales de la salud como defensores

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 defensores, 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 a los servicios de aborto seguro y legal, y animar a organizaciones colegas a hacer lo mismo.

- Colaborar 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 aborto seguro, 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 profesionales de la salud como defensores y sobre las medidas necesarias para garantizar el acceso de la mujer a los servicios de aborto seguro y legal, por favor remítase a Recursos adicionales, Derechos reproductivos.)

5.0 Consideraciones para la atención postaborto

- Los asuntos de derechos reproductivos y de políticas son en su mayoría los mismos que los de los servicios de aborto inducido. En los lugares con leyes restrictivas que continúan poniendo la vida y la salud de las mujeres en riesgo, existe la necesidad de tratar este problema de salud pública mediante reformas jurídicas y políticas más amplias.

6.0 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 la ONU 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.
- Solo profesionales de la salud autorizados para practicar abortos tienen derecho a negarse a efectuar el procedimiento en base a sus convicciones religiosas o

morales (siempre y cuando la vida de la mujer no corra peligro); sin embargo, tienen el deber ético y, por ley, deberían tener la obligación de asegurar que la mujer pueda obtener servicios seguros en una unidad de salud cercana, en un plazo razonable.

- Las y los profesionales de la salud que desean emprender esfuerzos como defensores para ampliar los derechos reproductivos de las mujeres deben tener conocimiento de lo que permiten las leyes actuales, cómo se ponen en práctica y si existen obstáculos que a menudo impiden que las mujeres ejerzan sus derechos jurídicos.

Referencias bibliográficas

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

Alan Guttmacher Institute. (2009). *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. Nueva York, NY: The Alan Guttmacher Institute.

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

Centro de Derechos Reproductivos. (2006). Bringing Rights to Bear. Fuente: http://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/pub_bp_BRB.pdf

Cook, R. J. y Dickens, B. M. (2000). *Considerations for Formulating Reproductive Health Laws*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Dickson-Tetteh, Kim y Deborah L. Billings. (2002). Abortion care services provided by registered midwives in South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 28(3), 144-150.

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (2003). *Código de ética basado en derechos: las responsabilidades profesionales y éticas de la FIGO con respecto a los derechos sexuales y reproductivos*. Consultado el 11 de abril de 2013, fuente: http://figo-toolkit.org/wp-content/uploads/2012/08/2.2_FIGOcodeEthics_Sp.pdf

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (2011). *Declaración de consenso sobre evacuación uterina*. Fuente <http://www.figo.org/news/new-download-uterine-evacuation-figo-consensusstatement-003824>

Gomperts, R. J., Jelinska, K., Davies, S., Gemzell-Danielsson, K. y Kleiverda, G. (2008). Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where

there is no access to safe services. *BJOG*, 115(9), 1171-1175; discussion 1175-1178. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01787.x

Grupo de Examen de Expertos independientes (iERG) en información y rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y el niño. (2012). *Todas las mujeres, todos los niños: del compromiso a la acción (primer informe)* Fuente: http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2012/IERG_ExecSum_SP2_lowres.pdf

Harris, L. H. (2012). Recognizing conscience in abortion provision. *New England Journal of Medicine*, 367(11), 981-983. doi: 10.1056/NEJMp1206253

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

Ipas. (2003). *Los derechos humanos, el embarazo no deseado y la atención relacionada con el aborto: información de referencia y casos ilustrativos.* Fuente: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Los-derechos-humanos--el-embarazo-no-deseado-y-la-atencion-relacionada-con-el-aborto--Info.aspx>

Ipas e IHCAR. (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. *Temas en el tratamiento del aborto*, 7. Fuente: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Salvar-la-vida-de-las-mujeres--ampliando-las-funciones-de-los-profesionales-de-la-salud-de.aspx>

Klugman, Barbara y Debbie Budlender, eds. 2001. *Advocating for abortion access: Eleven country studies.* Johannesburgo, Sudáfrica, Women's Health Project.

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (2002). *Recomendaciones de la Asamblea General*, 17o Congreso.

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, Comisión de Población y Desarrollo. (2012). *Report on the forty-fifth session, resolution 27.* Nueva York: ONU. Fuente: <http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/cpd45.htm>.

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.* Fuente: <http://www1.umn.edu/humanrts/crc/spanish/Sgeneralcomment4.html>.

Naciones Unidas, Asamblea General (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Nueva York y Ginebra: UNGASS.

Naciones Unidas, Asamblea General (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York y Ginebra: UNGASS.

Naciones Unidas, Asamblea General. (2000). *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*. Nueva York: ONU. Fuente: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.

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: ONU.

Naciones Unidas, Secretario General. (2010). *Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños*. Ginebra: ONU. Fuente: <http://www.un.org/spanish/sg/pdf/Global%20StrategySP.pdf>.

Naciones Unidas. (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Fuente: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>.

Naciones Unidas. (1995). *Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Fuente: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>.

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*. Nueva York: ONU.

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. 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. (1998). *El VIH/SIDA y los derechos humanos: Directrices internacionales. Segunda consulta internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*. Nueva York y Ginebra: ONU.

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: ONUSIDA. Fuente: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf.

ONUSIDA. (2011). *Community innovation: Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. Ginebra: ONUSIDA. Fuente: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/07/20110719_Community%20innovation.pdf.

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. (2000a). *Making pregnancy safer. Report by the Secretariat*. Executive Board 107th session, EB107/26.: Fuente: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/ee26.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2000b). *Pregnancy and HIV/AIDS. Fact Sheet No. 250*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Fuente: <https://apps.who.int/inf-fs/en/fact250.html>.

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

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Fuente: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/a95076_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud, Federación Internacional de Planificación de la Familia, John Snow, Inc., Partners for Appropriate Technologies in Health, Population Services International, Fondo de Población de las Naciones Unidas, El Banco Mundial. (2006). *Directrices interagenciales: Lista interagencial de medicamentos esenciales para la salud reproductiva*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Fuente: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69255>.

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.

Schenker, J. G. y Cain, J. M. (1999). FIGO Committee Report. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. *International Journal Gynaecology Obstetrics*, 64(3), 317-322.

The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. 2009. *Consensus for maternal, newborn and child health*. G. Fuente: http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/2009_mnchconsensus/en/

The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. (2011). *A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health* (RMNCH). Ginebra: PMNCH.

Turner, K. L. y Chapman Page, K. (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.

Vietnam: Ministerio de Salud. (2002). *National strategy on reproductive health for the 2001–2010 period*. Hanoi, Vietnam: Ministerio de Salud.

Warriner, I. K., Wang, D., Huong, N. T., Thapa, K., Tamang, A., Shah, I., Meirik, O. (2011). Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 377(9772), 1155-1161.

Anexo A: Comités de monitoreo de tratados

Los Comités de Monitoreo de Tratados 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 para 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 [a niñas y mujeres jóvenes] 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 tomar.
- 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 le 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 unos pasajes de estas 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/IHRCMPAE12.ashx
- Segunda parte: www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/IHRCMPBE12.ashx
- Tercera parte: www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/IHRCMPCE12.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 los servicios de atención integral del aborto en las comunidades donde viven y trabajan las mujeres. Las comunidades pueden desempeñar un papel clave 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 tener un mejor entendimiento de 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* puede usarse 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 a los trabajadores de salud que prestan servicios relacionados con el aborto por parte de integrantes de la comunidad 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 la necesidad de los servicios de aborto seguro y promover el acceso de las mujeres a servicios de alta calidad relacionados con el aborto.

Los prestadores de servicios de aborto 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 profesional de la salud puede:

- Proporcionar atención respetuosa y de alta calidad a todas las mujeres que buscan servicios y proteger la confidencialidad de la mujer;
- Consultar y mantener informados 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 las y los profesionales de la 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 a quienes prestan 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 las soluciones correspondientes. 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.

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 profesional de la 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 de la comunidad 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 prestación de servicios de aborto y el acceso a los mismos.

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

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 una evaluación comunitaria 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 definen las y los integrantes de la comunidad los 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;
- El grado de preocupación sobre la morbilidad materna y si consideran que el aborto en condiciones de riesgo es un factor contribuyente;
- Las experiencias de las mujeres con unidades de salud locales;
- Qué servicios de salud y mecanismos de apoyo comunitario existen para atender específicamente las necesidades de la mujer;
- 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 diagnósticos situacionales sobre la prestación de servicios de aborto para las mujeres jóvenes, ver 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. Las y los profesionales de la salud 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
- Las indicaciones legales para el aborto inducido
- Dónde se pueden obtener servicios de aborto seguro o tratamiento para las complicaciones del aborto
- Los riesgos del aborto realizado en condiciones inseguras
- La importancia de buscar servicios relacionados con el aborto proporcionados por personas capacitadas y autorizadas

Las mujeres deben poder ejercer su derecho al aborto al máximo grado permitido por la ley, y cada prestador/a de servicios debe hacer todo lo posible para garantizar estos servicios. 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 para que lo hagan.

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.

Las jóvenes pueden ayudar a definir y diseñar servicios de aborto más accesibles y apropiados para sus pares, y pueden ayudar a evaluar la calidad de los servicios e influir en los esfuerzos por mejorar la calidad.

Equipar y capacitar a los trabajadores en salud comunitaria en consejería anticonceptiva y la entrega de métodos 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.

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 se encuentran teniendo relaciones sexuales con hombres mucho mayores o las parejas de hombres casados están contrayendo infecciones de transmisión sexual (ITS), el personal de salud debe notificar a la comunidad y líderes de la juventud.

Incrementar la conciencia y el apoyo al aborto y quienes prestan servicios de aborto.

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 en torno a las mujeres que tienen abortos y las y los profesionales que prestan servicios de aborto. La administración de cada unidad de salud puede poner anuncios, colocar volantes y difundir mensajes en los medios masivos 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 sus normas de confidencialidad. Las campañas públicas pueden animar a las mujeres que desean interrumpir su embarazo a buscar servicios seguros.

Informar a farmaceutas y otros vendedores de medicamentos sobre aborto con medicamentos inducido con el régimen combinado de mifepristona y misoprostol o con misoprostol solo.

Las y los profesionales de la salud pueden ofrecer información acerca de las dosis seguras de mifepristona y misoprostol, y establecer una red de referencia para farmaceutas que despechan los medicamentos.

Identificar recursos comunitarios, regionales o nacionales.

Encontrar recursos disponibles que puedan satisfacer las necesidades específicas de las pacientes y elaborar 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 el aborto.)

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 a servicios de aborto seguro o de 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 las complicaciones del aborto que necesitan recibir atención médica con prontitud, y pueden 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 tratamiento inmediato en caso de urgencias obstétricas. El personal de las unidades de salud puede capacitar a las trabajadoras y los trabajadores en salud comunitaria o a personas voluntarias 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 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. La administración de la unidad de salud y profesionales de la salud también pueden capacitar a integrantes 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 de la colaboración con las comunidades es ayudar a la población a entender y usar la información recopilada.

Maneras de crear mayor conciencia pública de los servicios relacionados con el aborto:

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

Mensajes clave para compartir:

- *La prevención del embarazo no deseado es fundamental para reducir el índice de abortos.*
- *Es importante conocer las indicaciones legales del aborto en el país o la región.*
- *Las mujeres deben evitar ser atendidas por prestadores de servicios de salud no capacitados y en condiciones de riesgo.*
- *La interrupción temprana del embarazo es más segura que la interrupción tardía.*
- *Si después de un aborto, la mujer presenta complicaciones, debe regresar a la unidad de salud lo antes posible.*

(Para mayor información, ver Módulo 5: Monitoreo para mejorar los servicios.) Las y los profesionales de la salud también deben pensar en 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. La administración de la unidad de salud debe 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 evitar contraer infecciones.

El procesamiento y desecho inadecuados del instrumental médico utilizado para la interrupción del embarazo constituyen un riesgo de salud pública, sobre todo en lugares con prestadores de servicios de salud no capacitados que trabajan en condiciones antihigiénicas. El riesgo de infección puede disminuir cuando:

- El instrumental médico usado y otros desechos se eliminan debidamente en vez de descartarse en vertederos abiertos 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 comunitarios pueden organizar campañas de las bases 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 aborto al máximo grado permitido por la ley y por que se amplíen las indicaciones legales del aborto.

Si las y los profesionales de la salud atienden a un gran número de mujeres que necesitan servicios especializados —tales como detección (tamizaje), consejería o tratamiento del 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 la difusión de información a pares.

Para obtener mayor información sobre las y los profesionales de la salud como promotores y defensores de la prestación de servicios de aborto y acceso a los mismos, véase Recursos adicionales, Vínculos con la comunidad.

4.0 Consideraciones para la atención postaborto

Las alianzas entre el personal de salud y las comunidades podrían centrarse en:

- Evitar el embarazo no deseado mediante la difusión de información a la comunidad sobre salud y servicios de anticoncepción accesibles en la localidad;
- Asegurar que las y los integrantes de la comunidad tengan conocimiento de las consecuencias del aborto inseguro y sus efectos en la salud y dónde conseguir tratamiento para las complicaciones del aborto inseguro y servicios de aborto seguro en los casos en que éste es permitido por la ley;
- Evaluar la situación del aborto inseguro en su comunidad y elaborar recomendaciones para las intervenciones;
- Establecer sistemas para reconocer las complicaciones del aborto inseguro y para el traslado de urgencia a una unidad de salud para recibir atención inmediata, y otras maneras de movilizar los recursos para garantizar la atención de las complicaciones del aborto con prontitud;
- Garantizar que los servicios de atención postaborto cumplan con las expectativas y necesidades de la comunidad.

Para mayor información sobre los vínculos con la comunidad para la atención postaborto, véase *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.

5.0 Resumen

- La alianza entre personal de salud y la comunidad desempeña un papel clave en la disminución de la morbilidad materna.
- Las y los profesionales de la salud deberían ser conscientes de su función como líderes y ejemplo de conducta en la comunidad al trabajar en colaboración con las y los integrantes comunitarios 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 su éxito.
- Es importante incluir a las jóvenes en las alianzas comunitarias.
- Los diagnósticos comunitarios pueden informar a los prestadores de servicios de salud y otras partes interesadas acerca de las condiciones generales de salud y sobre asuntos relacionados con el aborto.
- Las y los profesionales de la salud y otros integrantes del personal en las unidades de salud, en coordinación con las y los líderes comunitarios o mediante ellos, pueden crear mayor conciencia en la población en cuanto a los derechos reproductivos y proporcionar información sobre la sexualidad, la salud reproductiva y los servicios de 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 urgencias obstétricas a los servicios de salud necesarios para salvar su vida.
- Las unidades de salud donde la comunidad participa en el monitoreo de la prestación de servicios pueden garantizar una mejor cobertura de las necesidades de la comunidad, así como la accesibilidad de los servicios de atención integral del aborto.
- Es posible que las comunidades en los alrededores de las unidades de salud corran riesgo de entrar en contacto con desechos infecciosos, y la 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 aprueben políticas que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres.

Referencias bibliográficas

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.

Johnston, H. B., Rajani Ved, 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*, (Vol. 23).

McInerney, T., Baird, T. L., Hyman, A. G. y Huber, A. B. (2001). *A 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.

PRIME. (2002). Expanding opportunities for post-abortion care for communities through private nurses/midwives in Kenya. *PAC Clinical Skills Training Curriculum*, Module 11.

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.

Anexo A: Posibles audiencias y temas de información, educación y comunicación sobre el aborto

Audiencia	Contenido	Lugares y medios de comunicación
	Embarazo no deseado: Aborto: Anticoncepción:	Lugares: Medios de comunicación:
		Lugares: Medios de comunicación:
		Lugares: Medios:

Anexo A: Posibles audiencias y temas de información, educación y comunicación sobre el aborto

Audiencia	Contenido	Lugares y medios de comunicación
		Lugares:Medios:

Adaptado de McInerney et al, 2001

Métodos de evacuación endouterina

Temas clave en este módulo:

- Los métodos recomendados para inducir el aborto en el primer trimestre son la aspiración por vacío y el aborto con medicamentos
- Posibles riesgos, efectos secundarios, costo y ventajas de estos métodos
- Métodos recomendados para la atención postaborto

1.0 Introducción

La evacuación endouterina es la extracción del contenido del útero.

Hay dos métodos recomendados para el aborto inducido en el primer trimestre:

- La aspiración endouterina (eléctrica o manual)

- Medicamentos (mifepristona en combinación con misoprostol o misoprostol solo)

La aspiración por vacío evacúa el contenido del útero por medio de la 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 aborto con medicamentos (AM) emplea medicamentos para vaciar el útero. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “se ha comprobado que los métodos de aborto con medicamentos son seguros y eficaces”. Cuando se emplea el misoprostol solo para inducir el aborto, su eficacia es menor que la del régimen combinado. Los medicamentos mifepristona y misoprostol se usan cada vez más en todo el mundo para el aborto con medicamentos. Algunas veces se usan otros medicamentos, como el metotrexate y otras prostaglandinas, tal como el gemeprost. Este manual se centra en regímenes que emplean la mifepristona combinada con el misoprostol o el misoprostol solo para el aborto inducido.

Los métodos recomendados para el aborto incompleto del primer trimestre son:

- Aspiración por vacío (eléctrica o manual)
- Misoprostol
- Manejo expectante

En el caso del aborto incompleto, la aspiración por vacío se utiliza para aspirar los restos ovulares del útero. El misoprostol ocasiona contracciones uterinas que expulsan los restos ovulares de la cavidad uterina. El manejo expectante para el tratamiento del aborto incompleto permite que las contracciones uterinas expulsen los restos ovulares de manera natural; durante el proceso, la paciente se encuentra bajo monitoreo para asegurar que los restos hayan sido expulsados completamente. Para mayor información, véase el manual de Ipas *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.

A menudo, la evacuación endouterina, ya sea por aspiración o con misoprostol, para evacuar los restos ovulares retenidos, es un elemento de la atención postaborto que ayuda a salvar la vida de las mujeres. Las y los profesionales de la salud a cargo de tratar a mujeres que presentan complicaciones del aborto, así como los que proporcionan servicios de aborto seguro, deben tener la competencia clínica necesaria para efectuar o facilitar la evacuación endouterina.

Los métodos de preferencia para la evacuación endouterina en el segundo trimestre son:

- La aspiración por vacío hasta 15 semanas desde la FUM con el equipo adecuado y por un profesional de la salud debidamente capacitado.
- La dilatación y evacuación (D&E), la cual utiliza una combinación de aspiración y fórceps.
- La mifepristona, seguida de dosis repetidas de misoprostol para inducir el aborto.
- El misoprostol solo, el cual puede usarse con seguridad para el aborto inducido y la atención postaborto.

Los posibles efectos secundarios de todos los procedimientos de evacuación endouterina son:

- cólicos abdominales
- náuseas
- vómito
- dolor
- sangrado

(Para mayor información sobre el aborto en el segundo trimestre, por favor ver Recursos adicionales, Métodos de evacuación endouterina.)

Las mujeres jóvenes pueden usar los mismos métodos de evacuación endouterina que las adultas. Las adolescentes que buscan servicios de aborto con medicamentos tienen tasas similares o más bajas de resultados adversos que las mujeres adultas.

Diversos 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 proporciona la oportunidad para que los profesionales de salud adquieran la competencia clínica para realizar los procedimientos.

Este módulo se centra en la evacuación endouterina en el primer trimestre y proporciona:

- Un corto resumen de los métodos recomendados para la evacuación endouterina en el primer trimestre;
- 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 uno de los métodos.

(Por favor remítase al Anexo A: Aspiración por vacío y aborto con medicamentos para el aborto inducido en el primer trimestre y al Anexo B: 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 Organización Mundial de la Salud (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, introducir una cánula en la cavidad uterina a través del cuello, conectar la cánula a la fuente de vacío y aspirar los restos ovulares. El procedimiento dura de tres a diez minutos según el tamaño uterino y la cantidad de restos ovulares.

Seguridad y eficacia clínicas

La aspiración por vacío es sumamente eficaz y segura, con una tasa de eficacia entre el 98% y el 100%, tanto para el aborto inducido como para el tratamiento del aborto incompleto. El método tiene pocas complicaciones, especialmente cuando se realiza a no más de 13 semanas de gestación. Algunas ventajas técnicas y de seguridad de la aspiración por vacío en comparación con el legrado uterino instrumental, son:

- Menos pérdida de sangre
- Lleva menos tiempo realizar el procedimiento
- Disminuye el riesgo de complicaciones mayores y menores
- Menos dolor
- Más económica

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 resultar muy rentable 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 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 de lo que está sucediendo durante el procedimiento, pero todavía 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 aborto o 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 aspirar 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 gira 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 del aspirador.

La AMEU es segura y eficaz:

- puede ser efectuada por profesionales de la salud capacitados de nivel intermedio 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.

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.

- 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 véase el 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.

3.0 Aborto con medicamentos

En el aborto con medicamentos se utiliza la mifepristona en combinación con el misoprostol o el misoprostol solo para expulsar el contenido del útero.

- La mifepristona bloquea la acción de progesterona en el útero, lo cual propicia el desprendimiento del producto de la concepción. La mifepristona también causa la maduración del cuello uterino y la contracción del útero. Cuando la mifepristona se usa sola no causa un aborto pero funciona en combinación con otra prostaglandina como el misoprostol.
- El misoprostol fue creado para indicaciones gastrointestinales pero también tiene el efecto de madurar el cuello uterino y estimular las contracciones uterinas. Es un abortivo eficaz ya sea solo o en combinación con mifepristona. Se utiliza para muchas indicaciones

obstétricas y ginecológicas, incluidas la inducción del parto, aborto con medicamentos, tratamiento del aborto incompleto o aborto diferido, prevención y tratamiento de hemorragias posparto y preparación del cuello uterino.

Estos medicamentos estimulan las contracciones uterinas y causan la expulsión del contenido uterino. Se han usado otros medicamentos para inducir el aborto, pero la evidencia clínica apoya el uso combinado de mifepristona y misoprostol como el método más eficaz y seguro. El misoprostol solo para inducir el aborto es una opción en lugares donde no se dispone de mifepristona y también se usa para el tratamiento del aborto incompleto. (Por favor remítase al Anexo C: Aborto inducido con misoprostol en embarazos de hasta trece semanas desde la FUM, en el módulo Evacuación endouterina con medicamentos.)

La mifepristona y el misoprostol para la evacuación endouterina aparecen en la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, así como en la Lista interinstitucional de medicamentos esenciales para la salud reproductiva, recopilada por varios organismos de la ONU y otras ONG internacionales. (Por favor remítase a Recursos adicionales, Métodos de evacuación endouterina.)

Seguridad y eficacia clínica

- Los regímenes combinados de mifepristona y misoprostol hasta las 13 semanas desde la FUM han sido objeto de numerosos estudios y han sido utilizados de manera segura por millones de mujeres en muchos países. Los estudios indican que la combinación de mifepristona y misoprostol es más eficaz en estimular un aborto inducido completo que el uso aislado de cualquiera de estos dos medicamentos. Los protocolos de investigación para embarazos de hasta 13 semanas cumplidas desde la FUM generan tasas de aborto completo de más de un 95%.
- El misoprostol solo para el aborto inducido, cuando se usa el régimen recomendado, resulta exitoso en aproximadamente un 85% de los casos.
- El misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, conocido también como misoprostol para la atención postaborto (MAPA), tiene tasas de eficacia en promedio del 91 al 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 no se ha asociado con ningún efecto a largo plazo en la salud de las mujeres.

La mayoría de las mujeres que reciben tratamiento para la evacuación endouterina con medicamentos experimentan cierto grado de cólicos abdominales y sangrado. Otros efectos secundarios posibles, según la dosis y vía de administración, son:

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

vómito, náuseas, diarrea, escalofríos y fiebre.

Algunos estudios indican que el misoprostol puede ocasionar defectos congénitos en un pequeño número de casos; por tanto, la mujer debe tener conocimiento de esta información antes de decidir sobre este tratamiento o antes de continuar el embarazo después de haber tomado misoprostol. Si una mujer decide continuar el embarazo después de haber fallado el aborto con medicamentos, su prestador/a de servicios debe respetar su decisión.

Costo

El costo del aborto con medicamentos 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 medicamentos se considera un tratamiento de bajo costo.

Aceptación por las mujeres

El aborto con medicamentos es muy aceptado entre las mujeres de diversos ámbitos, incluso los de limitados recursos. Los estudios revelan de manera sistemática que entre el 85 y el 95 por ciento de las mujeres están satisfechas o muy satisfechas con el método, y estarían dispuestas a usarlo de nuevo o recomendarlo a una amiga si fuera necesario. Siempre que sea posible, se les debe ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir entre una variedad de métodos y la información suficiente para tomar una decisión bien informada.

Las jóvenes muestran tener preferencias similares en cuanto al aborto con medicamentos y su participación en la toma de decisiones. Estudios hechos en Cuba, Sudáfrica, Australia y Estados Unidos señalan que la mayoría de las jóvenes que optaron por el aborto con medicamentos indicaron tener un nivel de satisfacción alto o muy alto con el método, y el 92% de las jóvenes en los estudios cubanos recomendarían el método a una amiga.

- Las mujeres a menudo indican que el aspecto no invasivo del aborto con medicamentos, en comparación con el procedimiento de aspiración por vacío, es una gran ventaja.
- Algunas mujeres, incluidas las jóvenes, consideran el aborto con medicamentos como un método más privado y natural. Las mujeres pueden tomar los medicamentos en casa, lo cual les da mayor control sobre las condiciones en torno a su aborto.

(Para mayor información, véase el módulo Evacuación endouterina con medicamentos.)

En los estudios que examinaron la aceptación del misoprostol para la atención postaborto, más del 90% de las mujeres indicaron

estar satisfechas o muy satisfechas con el tratamiento de misoprostol. 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.

4.0 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 tanto, los funcionarios y administradores de los sistemas de salud deben hacer todo esfuerzo posible, y recibir apoyo, para reemplazar el legrado uterino instrumental con la aspiración por vacío o el aborto con medicamentos.

Eficacia y seguridad clínica

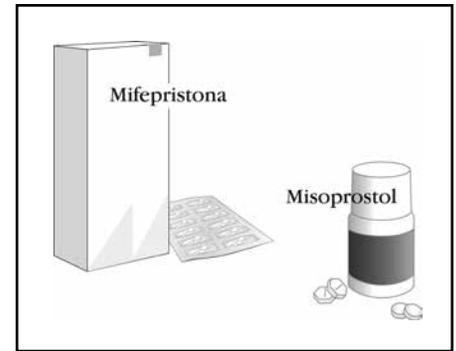
El legrado uterino instrumental está asociado con mayor pérdida de sangre, dolor y mayor duración del procedimiento en comparación con la aspiración por vacío para la evacuación endouterina.

Costo

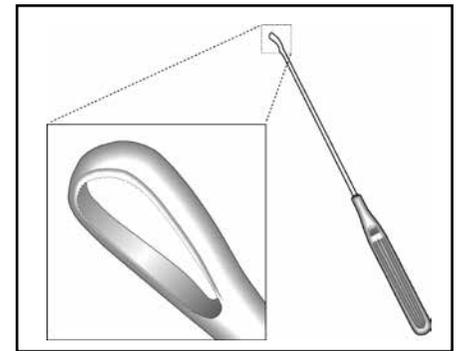
El procedimiento del legrado uterino instrumental normalmente se efectúa en un quirófano, bajo anestesia general, con estancia hospitalaria, todos ellos factores que aumentan el costo de la atención médica.

Aceptación por las mujeres

La técnica de legrado uterino instrumental necesita dosis medicamentosas más elevadas para el manejo del dolor, como la anestesia general. Estas dosis suelen implicar estancias hospitalarias o clínicas más largas y costosas, lo cual podría ser



Tabletas de mifepristona y misoprostol



Cureta de metal

una inconveniencia para las mujeres. Debido a mayores riesgos asociados con este método, solamente debería usarse cuando los métodos de aspiración por vacío o medicamentos no están disponibles.

5.0 Consideraciones para la atención postaborto

- Según las recomendaciones de la OMS, si el tamaño uterino a la hora del tratamiento equivale a una edad gestacional de 13 semanas o menos, se recomienda la aspiración por vacío o el tratamiento con misoprostol para mujeres que presentan un aborto incompleto.
- Asimismo, el manejo expectante es un método de evacuación endouterina para la atención postaborto.
- Es posible que el tamaño uterino sea menor que la fecha de la última menstruación indicada por la paciente debido a que parte del contenido uterino ya ha sido expulsado. La elegibilidad de una mujer para someterse al método de evacuación endouterina para la atención postaborto debe basarse en el tamaño uterino y no en la FUM.
- Siempre que sea posible, se debe ofrecer a la mujer una variedad de opciones donde elegir en base a los criterios médicos de elegibilidad que reúna.
- La aspiración por vacío y el misoprostol son métodos muy aceptados por las mujeres y profesionales de la salud, tanto clínicamente como por su eficacia en función de los costos.

Para mayor información acerca de los métodos de evacuación endouterina para la atención postaborto, véase *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.

6.0 Resumen

- Los dos métodos recomendados para la evacuación endouterina en el primer trimestre son la aspiración por vacío y los medicamentos.
- La mifepristona seguida del misoprostol es el método de aborto con medicamentos más eficaz.
- Los dos métodos principales de evacuación endouterina en el segundo trimestre son la dilatación y evacuación (D&E) y el aborto con medicamentos.
- La aspiración por vacío para servicios de aborto y atención postaborto en el primer trimestre es segura y aceptada, incluso por las jóvenes; además, es eficaz en un 98% al 100% de los casos.

- El aborto con medicamentos en el primer trimestre es seguro y aceptado, incluso por las jóvenes; además, es eficaz en por lo menos el 95% de los casos en que se emplea mifepristona seguida de misoprostol, y en el 85% de los casos que usan misoprostol solo.
- 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

Andolsek, L., Cheng, M., Hren, M., Ogrinc-Oven, M., Ng, A., Ratnam, S., Belsey, M., Edstrom, K., Heiner, P., Kinnear, K. y Tietze, C. (1977). The safety of local anesthesia and outpatient treatment: a controlled study of induced abortion by vacuum aspiration. *Study of Family Planning*, 8(5), 118-124.

Baird, T. L. y Flinn, S. K. (2001). *Manual vacuum aspiration: Expanding women's access to safe abortion services*. Chapel Hill. Carolina del Norte: Ipas.

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

Beric, B. M. y Kupresanin, M. (1971). Vacuum aspiration, using pericervical block, for legal abortion as an outpatient procedure up to the 12th week of pregnancy. *Lancet*, 2(7725), 619-621.

Bird, S. T., Harvey, S. M., Beckman, L. J., Nichols, M. D., Rogers, K. y Blumenthal, P. D. (2003). Similarities in women's perceptions and acceptability of manual vacuum aspiration and electric vacuum aspiration for first trimester abortion. *Contraception*, 67(3), 207-212.

Bird, S. T., Harvey, S. M., Nichols, M. D. y Edelman, A. (2001). Comparing the acceptability of manual vacuum aspiration and electric vacuum aspiration as methods of early abortion. *Journal of American Medicine Women's Association*, 56(3), 124-126.

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.

Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., Chami, S., Valero, F., Aragon, S. y Marí, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39-45.

Cates, W., Grimes, D. A. y Schulz, K. F. (2000). Abortion surveillance at CDC: creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(1 Suppl), 12-17.

Cemicamp., F. W. T. F. a. (1997). *Abortion: A professional responsibility for obstetricians and gynecologists*. Informe final no publicado del taller, Campinas, Brasil, Marzo de 1997.

Choobun, T., Khanuengkitkong, S. y Pinjaroen, S. (2012). A comparative study of cost of care and duration of management for first-trimester abortion with manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(5), 1161-1164.

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.

Creinin, M. D. (2000). Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 62(3), 117-124.

Creinin, M. D. y Burke, A. E. (1996). Methotrexate and misoprostol for early abortion: a multicenter trial. Acceptability. *Contraception*, 54(1), 19-22.

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

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. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 114(11), 1368-1375.

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.

Do, H., Ng Le Quan, Suong Bui, ThuyThanh Le y Tri Manh Nguyen. (1998). *Use of double-valve syringe for first-trimester induced abortions at the Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital*. No publicado.

Edelman, D. A., Brenner, W. E. y Berger, G. S. (1974). The effectiveness and complications of abortion by dilatation and vacuum aspiration versus dilatation and rigid metal curettage. *American Journal of Obstetricians and Gynecologists*, 119(4), 473-480.

Edwards, J. y Crenin, M. D. (1997). Surgical abortion for gestations of less than 6 weeks. *Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility* (January/February).

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 Internacional de Ginecología y Obstetricia. (2011). Consensus Statement on Uterine Evacuation. Consultada el 8 de abril de 2013, fuente: <http://www.figo.org/news/new-download-uterine-evacuation-figo-consensusstatement-003824>

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.

Freedman, M. A., Jillson, D. A., Coffin, R. R. y Novick, L. F. (1986). Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 76(5), 550-554.

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.

Goldberg, A. B., Dean, G., Kang, M. S., Youssof, S. y Darney, P. D. (2004). Manual versus electric vacuum aspiration for early first-trimester abortion: a controlled study of complication rates. *Obstetrics and Gynecology*, 103(1), 101-107.

Goldberg, A. B., Greenberg, M. B. y Darney, P. D. (2001). Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 38-47.

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.

Grimes, D. A. y Cates, W. (1979). Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 34(3), 177-191.

Grimes, D. A., Schulz, K. F., Cates, W. y Tyler, C. W. (1979). Local versus general anesthesia: which is safer for performing suction curettage abortions? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135(8).

Hakim-Elahi, E., Tovell, H. M. y Burnhill, M. S. (1990). Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 76(1), 129-135.

Hamoda, H., Flett, G. M., Ashok, P. W. y Templeton, A. (2005). Surgical abortion using manual vacuum aspiration under local anaesthesia: a pilot study of feasibility and women's acceptability. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 31(3), 185-188.

Hart, G. y Macharper, T. (1986). Clinical aspects of induced abortion in South Australia from 1970-1984. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(3), 219-224.

Heisterberg, L. y Kringelbach, M. (1987). Early complications after induced first-trimester abortion. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 66(3), 201-204.

Hemlin, J. y Möller, B. (2001). Manual vacuum aspiration, a safe and effective alternative in early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(6), 563-567.

Hodgson, J. E. y Portmann, K. C. (1974). Complications of 10,453 consecutive first-trimester abortions: a prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 120(6), 802-807.

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.

Induced abortion operations and their early sequelae. Joint study of the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (1985). *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(273), 175-180.

Ipas Nigeria y la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nigeria (SOGON). (2011B). 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.

Jacot, F. R., Poulin, C., Bilodeau, A. P., Morin, M., Moreau, S., Gendron, F. y Mercier, D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(2), 633-637.

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. doi: 10.1016/0277-9536(93)90386-i.

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

Kaali, S. G., Csákány, G. M., Szigetvári, I. y Barad, D. H. (1990). Updated screening protocol for abortion services. *Obstetrics and Gynecology*, 76(1), 136-138.

Kaali, S. G., Szigetvari, I. A. y Bartfai, G. S. (1989). The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 161(2), 406-408.

Karki, C., Pokharel, H., Kushwaha, A., Manandhar, D., Bracken, H. y Winikoff, B. (2009). Acceptability and feasibility of medical abortion in Nepal. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 106(1), 39-42. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.02.007

King, T. M., Atienza, M. F. y Burkman, R. T. (1980). The incidence of abdominal surgical procedures in a population undergoing abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 137(5), 530-533.

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. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01762.x

- 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.
- Kulier, R., Cheng, L., Fekih, A., Hofmeyr, G. J. y Campana, A. (2001). Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. y Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11), CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub4
- Laufe, L. E. (1977). The menstrual regulation procedure. *Studies in Family Planning*, 8(10), 253-256.
- Lindell, G. y Flam, F. (1995). Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 74(5), 373-375.
- Macisaac, L. y Darney, P. (2000). Early surgical abortion: an alternative to and backup for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(2 Suppl), S76-83.
- 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.
- Mamers, P. M., Lavelle, A. L., Evans, A. J., Bell, S. M., Rusden, J. R. y Healy, D. L. (1997). Women's satisfaction with medical abortion with RU486. *Medical Journal of Australia*, 167(6), 316-317.
- Marshall, B. R. (1971). Emergency room vacuum curettage for incomplete abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 6(4), 177-178.
- Nathanson, B. N. (1972). Ambulatory abortion: experience with 26,000 cases (July 1, 1970, to August 1, 1971). *New England Journal of Medicine*, 286(8), 403-407. doi: 10.1056/NEJM197202242860805
- 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. doi: 10.1002/14651858.CD007223.pub2
- Ngoc, N. T. N., Winikoff, B., Clark, S., Ellertson, C., Am, K. N., Hieu, D.T. y Elul, B. (1999). Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 25(1), 10-33.
- Ngoc, T. N., Blum, J., Durocher, J., Quan, T. T. y Winikoff, B. (2005). A randomized controlled study comparing 600 versus 1,200 microg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception*, 72(6), 438-442. doi: 10.1016/j.contraception.2005.05.010

Niinimäki, M., Suhonen, S., Mentula, M., Hemminki, E., Heikinheimo, O. y Gissler, M. (2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *BMJ*, 342, d2111.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Ginebra: 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: Organización Mundial de la Salud (OMS).

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

Paul, M. E., Mitchell, C. M., Rogers, A. J., Fox, M. C. y Lackie, E. G. (2002). Early surgical abortion: efficacy and safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 407-411.

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, & 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: 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

Westfall, J. M., O'Brien-Gonzales, A. y Barley, G. (1998). Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health*, 7(8), 991-995.

Westfall, J. M., Sophocles, A., Burggraf, H. y Ellis, S. (1998). Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Archives of family medicine*, 7, 559-562.

Winikoff, B., Ellertson, C., Elul, B. y Sivin, I. (1998). Acceptability and feasibility of early pregnancy termination by mifepristone-misoprostol. Results of a large multicenter trial in the United States. Mifepristone Clinical Trials Group. *Archives of Family Medicine*, 7(4), 360-366.

Winikoff, B., Sivin, I., Coyaji, K. J., Cabezas, E., Xiao, B., Gu, S., . . . Ellertson, C. (1997). Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176(2), 431-437.

Anexo A: Aspiración por vacío y aborto con medicamentos para el aborto inducido en el primer trimestre

	Aspiración por vacío	Mifepristona y Misoprostol AM	Misoprostol solo AM
¿Qué es?	Un procedimiento que utiliza instrumental de aspiración eléctrica o manual para la evacuación endouterina con el objeto de extraer los restos ovulares por medio de succión	Medicamentos que al tomarse juntos causan que se expulse el contenido uterino	Un medicamento que causa que el útero expulse los restos ovulares
¿Cómo funciona?	El contenido uterino se extrae mediante una cánula conectada a una bomba eléctrica o a un aspirador manual.	La mifepristona hace que el contenido uterino se desprenda del útero. El misoprostol causa contracciones que provocan la expulsión del contenido uterino.	El misoprostol causa contracciones que expulsan el contenido uterino.
¿Cuándo puede usarse?	Desde la detección del embarazo hasta las 13 semanas (durante el primer trimestre)	Desde la detección del embarazo hasta las 13 semanas (durante el primer trimestre).	Desde la detección del embarazo hasta las 13 semanas (durante el primer trimestre).
¿Dónde puede usarse?	En un establecimiento de salud	La mifepristona (primera tableta) generalmente se administra en la unidad de salud. El misoprostol (segunda parte de las tabletas), puede tomarse en la unidad de salud o en casa para mujeres con embarazos de menos de 10 semanas. Para embarazos de 10 a 13 semanas, las mujeres deben tomar el misoprostol en la unidad de salud.	Para mujeres con embarazos de menos de 9 semanas, el misoprostol puede tomarse en la unidad de salud o en casa. Para embarazos de 9 a 13 semanas, las mujeres deben tomar el misoprostol en la unidad de salud.
Eficacia	97% al 99.5%	95% al 98%	83% al 87%
¿Es seguro y eficaz?	Sí	Sí	Sí
¿Tanto para mujeres jóvenes como adultas?	Sí	Sí	Sí
¿Cuáles son los efectos secundarios?	Sangrado y cólicos abdominales.	Es de esperarse el sangrado y los cólicos. Posibles efectos secundarios son: náuseas, vómito, diarrea, fiebre / escalofríos o mareos.	Es de esperarse el sangrado y los cólicos. Posibles efectos secundarios son: náuseas, vómito, diarrea, fiebre / escalofríos o mareos.
¿Cuáles son las posibles complicaciones?	Entre las complicaciones poco comunes se encuentran la lesión cervical o uterina, sangrado excesivo, infección, acumulación de sangre en el útero, o aborto incompleto.	Entre las complicaciones poco comunes se encuentran el sangrado excesivo y la infección. Fallo del AM ocurre en el 5% de las mujeres y la continuación del embarazo ocurre en menos del 1% de las mujeres	Entre las complicaciones poco comunes se encuentran el sangrado excesivo y la infección. Fallo del AM ocurre en el 15% de las mujeres y la continuación del embarazo ocurre en el 4% al 6% de las mujeres.

Anexo A: Aspiración por vacío y aborto con medicamentos para el aborto inducido en el primer trimestre (continuación)

	Aspiración por vacío	Mifepristona y Misoprostol AM	Misoprostol solo AM
¿Cómo se usa típicamente?	<p>Los restos ovulares se extraen con succión mediante una cánula conectada a una bomba eléctrica o a un aspirador manual. El procedimiento lleva de 2 a 10 minutos.</p> <p>La conclusión del procedimiento se confirma de inmediato, necesitando una sola visita a la unidad de salud.</p>	<p>La mifepristona se administra por vía oral (se traga).</p> <p>Uno o dos días después, el misoprostol se coloca ya sea debajo de la lengua, dentro del cachete o en la vagina. El aborto generalmente ocurre 4 a 6 horas después, pero podría llevar varios días.</p>	<p>El misoprostol se coloca ya sea debajo de la lengua o en la vagina y luego el aborto generalmente ocurre dentro de 24 horas, pero podría llevar varios días.</p>
¿Qué sucede si falla el procedimiento?	<p>Se repite el procedimiento.</p>	<p>La interrupción del embarazo se realiza mediante aspiración endouterina. Si estos servicios no están disponibles, se puede ofrecer una segunda dosis de misoprostol con seguimiento de cerca</p>	<p>La interrupción del embarazo se realiza mediante aspiración endouterina.</p>

Anexo B: Opciones de tratamiento para la atención postaborto (APA)

Métodos	Manejo expectante	Aspiración eléctrica endouterina	Aspiración manual endouterina	Misoprostol
¿Cómo funciona?	Permite que el útero evacúe los restos ovulares mediante contracciones espontáneas del útero, dándole tiempo, sin la intervención del prestador de servicios. Un proceso natural Durante el primer trimestre	Un procedimiento que utiliza instrumental de succión eléctrica que se introduce en el útero para extraer los restos ovulares. Tamaños uterinos menores de 13 semanas o hasta concluidas las 13 semanas desde la FUM	Un procedimiento que utiliza instrumental de aspiración manual, que se introduce en el útero para extraer los restos ovulares. Tamaños uterinos menores de 13 semanas o hasta concluidas las 13 semanas desde la FUM	Causa contracciones que expulsan los restos ovulares Tamaños uterinos menores de 13 semanas o hasta concluidas las 13 semanas desde la FUM
Seguridad	Es importante tener acceso a la atención de urgencia en caso de que haya restos ovulares retenidos y causen complicaciones (por ej.: infección)	Bajo riesgo de infección o lesión Poca o ninguna dilatación del cuello uterino Baja pérdida de sangre Estancia ambulatoria corta	Bajo riesgo de infección o lesión Poca o ninguna dilatación del cuello uterino Baja pérdida de sangre Estancia ambulatoria corta	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
Eficacia	Su eficacia varía y es posible que todavía se necesite efectuar la aspiración endouterina Hasta un 84%	98 al 100%	98 al 100%	91 al 99% *el promedio es de 95%
Consideraciones de costo a tener en cuenta	Sin costo	Es eficaz en función de su costo si se efectúa de manera ambulatoria con anestesia local El equipo de AEEU es costoso; necesita un suministro constante de electricidad	Es eficaz en función de su costo si se efectúa de manera ambulatoria con anestesia local El instrumental de AMEU es económico	Económico
Acceso	Las mujeres pueden usar este método en casa Necesitan estar bajo la supervisión de un profesional de la salud capacitado (incluidos los de nivel intermedio)	Puede utilizarse en unidades de salud tanto de nivel intermedio como de alto nivel en condiciones higiénicas con profesionales de la salud debidamente capacitados	Puede utilizarse en unidades de salud de nivel primario en condiciones higiénicas con profesionales de la salud debidamente capacitados Fácilmente disponible en la mayoría de las unidades de salud	Puede despacharse en cualquier unidad de salud o clínica de planificación familiar Las mujeres pueden usar este método en casa
Aceptación por parte de las mujeres	Las mujeres pueden permanecer despiertas Privado Más natural/como un aborto espontáneo Hace falta tiempo y paciencia Efectos secundarios: sangrado y cólicos	Las mujeres pueden permanecer despiertas Efectos secundarios: sangrado y cólicos	Las mujeres pueden permanecer despiertas El procedimiento es silencioso (produce poco ruido) Efectos secundarios: sangrado y cólicos	Las mujeres pueden permanecer despiertas Privado Más natural/como un aborto espontáneo 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 del monitoreo

Una de las modalidades de monitoreo más formales es el sistema COPE® para la atención integral del aborto (AIA), el cual es un proceso continuo para el mejoramiento de la calidad que cuenta con un conjunto de herramientas utilizadas por el personal de salud para una activa y continua evaluación y mejoramiento de la calidad de la AIA brindada. 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. (Por favor véase Recursos adicionales, Monitoreo para mejorar los servicios.)

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

2.0 Definición e importancia del monitoreo

El monitoreo, o el seguimiento rutinario de los servicios, 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. El monitoreo da seguimiento a todos los elementos de la prestación de servicios, como la satisfacción de las usuarias, que tal vez no serían examinados por otros medios. Un seguimiento y ajustes rutinarios garantizan que las usuarias reciban servicios de alta calidad y que las y los profesionales de salud cuenten con los recursos y apoyo que necesitan para la prestación de los servicios. El monitoreo es un proceso continuo que debe seguir en marcha siempre y dondequiera que se proporcionen los servicios.

El monitoreo puede variar de económico y sencillo a realizarse de 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 rutinarios de recopilación de datos ya establecidos o con ligeras modificaciones, tales como los libros de registro de la 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. Estos datos de monitoreo les permiten tanto a las y los profesionales de la salud como a la administración reconocer las tendencias y determinar las áreas problemáticas, hacer los ajustes necesarios a los servicios, y verificar si dichos ajustes han tenido los efectos deseados.

El monitoreo debe efectuarse en unidades de salud tanto del sector público como del 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, la administración efectúa las actividades de monitoreo. En unidades de salud más pequeñas, es posible que el personal de salud tenga que encargarse de las actividades de monitoreo.

En el siguiente cuadro se muestran ejemplos concisos de monitoreo que pueden efectuarse sin la necesidad de una recopilación compleja de información o herramientas de análisis. Estos ejemplos ilustran como 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
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 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 soluciones químicas esenciales para una 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 hace seis meses, la disponibilidad de soluciones químicas para el procesamiento del instrumental aumentó en un 10%.	Aunque un aumento en la disponibilidad es positivo, la meta es una disponibilidad del 100%. 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 Principios de un sistema de monitoreo eficaz

Para lograr eficacia máxima, un sistema de monitoreo debe....

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

...utilizar indicadores sencillos

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

...hacer partícipe al personal

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

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; sino 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 aborto.

- Número y tipo de procedimientos efectuados por edad de la paciente
- Número y tipo de procedimientos que usaron métodos apropiados de evacuación endouterina
- Número y porcentaje de mujeres que reciben medicamentos para el dolor
- Número y tipo de complicaciones
- Número y porcentaje de mujeres que desean anticonceptivos y reciben un método anticonceptivo, por edad
- Número de referencias 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 sometidas a pruebas para la identificación de violencia
- Número y porcentaje de mujeres satisfechas con los servicios, por edad
- Número y porcentaje de mujeres que reciben servicios seguros de aborto inducido del total de mujeres que acuden a recibir servicios relacionados con el aborto (APA y aborto inducido)

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.

...respetar ciertas reglas de ética

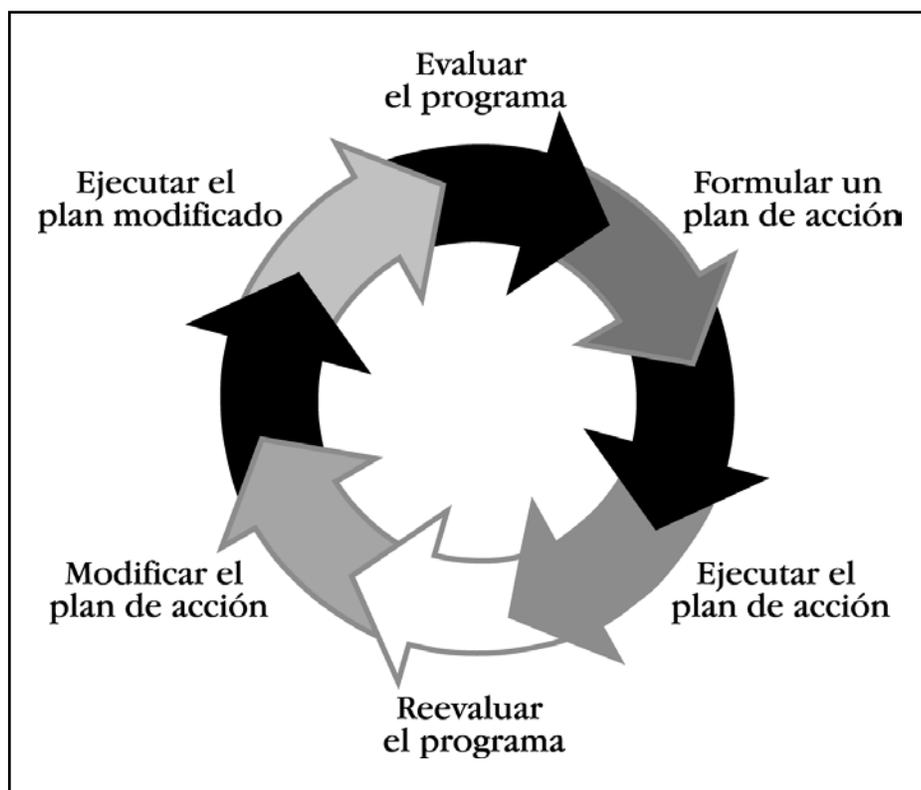
La privacidad y confidencialidad de las mujeres deben respetarse en todo momento. Se debe obtener el consentimiento informado de las usuarias antes de entrevistarlas o antes de observar cualquier interacción entre la usuaria y su prestador/a de servicios. (Véase Anexo A: Formulario de consentimiento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

...abstenerse de acciones punitivas

Para que el monitoreo sea lo más eficaz posible, el personal debe automonitorearse y la información reunida debe utilizarse como una base para recompensar y otorgar reconocimiento.

...incluir a las usuarias de los servicios, incluidas las mujeres jóvenes, en la creación y ejecución del proceso de monitoreo

Las entrevistas de salida, los grupos focales o las listas de verificación de satisfacción de las usuarias son buenas herramientas para obtener información directamente de las usuarias de los servicios y hacer mejoras a la calidad de la atención.



El monitoreo es un proceso continuo

4.0 Monitoreo de eventos adversos

Los eventos adversos son las complicaciones que sufre una mujer durante su atención, los cuales no suceden a consecuencia de una enfermedad. Aun cuando los eventos adversos son poco comunes en la atención rutinaria del aborto, es importante darles seguimiento porque cada suceso ofrece la oportunidad de aprender cómo prestar una mejor atención que sea más segura. (Por favor véase el 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 a un amplio grupo de partes interesadas en el proceso de planificación.

El plan debe incluir:

- a. 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.
- b. Qué aspectos de los servicios se monitorearán
- c. Normas de calidad e indicadores para evaluarlas
- d. Fuentes de Información, tales como los libros de registro con estadísticas de los servicios y expedientes clínicos de las pacientes
- e. Métodos de recopilación de datos, tales como entrevistas, grupos focales, observación y revisión de los registros
- f. 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 véase el Anexo C: Lista de verificación para revisar la historia clínica de la paciente para la atención integral de aborto.)
- g. Un plan para compartir los resultados con el personal y la comunidad, y según sea necesario, para mejorar los servicios.
- h. 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 del aborto que podrían ser incluidos en el plan de monitoreo y proporciona también algunos ejemplos de preguntas que pueden hacerse.

Cuadro 5-2 Ejemplos de monitoreo de los servicios de aborto			
Tipos de servicios	Indicadores	Fuentes de información	Listas de verificación, cuestionarios y entrevistas de egreso
¿Qué servicios deben ser monitoreados?	¿Qué parámetros utilizaremos para medir nuestras actividades?	¿Dónde podemos obtener esta información?	¿Qué tipo de preguntas deberíamos hacer?
Prevención de infecciones	Porcentaje de casos en que las prácticas de prevención de infecciones fueron cumplidas	Observación de los servicios utilizando listas de verificación del desempeño de tareas	¿Se efectuó la técnica de no tocar? ¿Se procesó debidamente el instrumental de AMEU?
Gestión y organización de los servicios	Promedio de tiempo que las pacientes pasan en la unidad de salud Tiempo promedio entre la llegada y el procedimiento Horas de disponibilidad de los servicios	Revisión de informes financieros, del personal y del inventario Observación y evaluación de la trayectoria de las usuarias Revisión de expedientes clínicos y entrevistas con el personal	¿Durante qué horas del día es más largo el tiempo de espera de las pacientes?
Consejería	Número y porcentaje de mujeres que reciben consejería de alta calidad	Observación de los servicios de consejería, usando una lista de verificación Revisión de casos recientes en los libros de registros clínicos	¿Son las mujeres con necesidades especiales referidas 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 utilizando las listas de verificación Entrevistas con las usuarias antes de su egreso de la unidad de salud Revisión de casos recientes 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? ¿Tuvo que ir a otra unidad de salud para recibir un método anticonceptivo?
Satisfacción de las usuarias	Porcentaje de mujeres que indican haber recibido una atención respetuosa Porcentaje de mujeres que creen que los costos de los servicios son razonables	Entrevistas con las usuarias antes de su egreso de la unidad de salud Revisión de informes financieros	¿Cree usted que la trataron con respeto? ¿Cree usted que el costo de los servicios fue razonable?

2. Recopilación de información

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

- a. 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 también la duplicación de esfuerzos de monitoreo y fomenta la colaboración entre la administración y el personal de salud.
- b. Para medir un cambio en un área específica de la prestación de servicios, use el mismo indicador cada vez.
- c. 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 equipo de monitoreo 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. La persona responsable del monitoreo debe asegurarse de que se respeten la privacidad y confidencialidad de la mujer. El nombre de la paciente o cualquier otra información 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.)

3. Análisis

Los datos reunidos durante el monitoreo 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 de la unidad de salud. El objeto de recopilar los hallazgos y analizar los datos es:

- identificar áreas problemáticas
- formular planes de mejoramiento
- 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.

El enfoque de Ipas en servicios de aborto seguro (SAC, por sus siglas en inglés) fue concebido para ayudar a administradores y profesionales de la salud a planificar y monitorear los servicios de importancia crucial para la disminución de muertes y lesiones a consecuencia del aborto realizado en condiciones de riesgo. Partiendo del modelo creado para monitorear la disponibilidad y el uso de los cuidados obstétricos de emergencia (COE), se utilizan siete indicadores de SAC para monitorear la disponibilidad, calidad y uso de los servicios de aborto seguro. Se puede suponer que, con el transcurso del tiempo, el mejoramiento de los servicios e indicadores contribuyen a la disminución de las muertes maternas relacionadas con el aborto. (Por favor véase Recursos adicionales, Monitoreo para mejorar los servicios.) El juego de herramientas SAC contiene materiales prácticos para implementar el enfoque de SAC, y está disponible en www.ipas.org

Evaluación de la satisfacción de las pacientes de bajo nivel de alfabetización

Una forma en que el personal puede evaluar la satisfacción de las usuarias de 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. En su desempeño del monitoreo de la calidad de los servicios, el personal usa esto como un ejemplo cualitativo de lo que las usuarias piensan acerca de los mismos.

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 han contribuido 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 el análisis del 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:

- a. Elabore un borrador de un plan que incluya un cronograma para su implementación y evaluación.
- b. Especifique quién estará a cargo de realizar cada paso de la solución propuesta.
- c. Converse sobre el plan con integrantes del personal que podrían ayudar a realizar los pasos.
- d. 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.

6.0 Consideraciones para la atención postaborto

- Podría ser útil reunir información sobre el método de aborto inseguro usado por las mujeres que acuden en busca de atención médica (por ejemplo, si parece que ya han tomado misoprostol en comparación a si han tenido un procedimiento quirúrgico en condiciones de riesgo), para usar esta información en actividades educativas dirigidas a la comunidad.
- En los libros de registros clínicos debe hacerse la distinción entre las complicaciones con que se presenta la mujer y aquellas que surgen durante la prestación de servicios de atención postaborto.
- El monitoreo de la proporción de servicios prestados a mujeres que presentan complicaciones obstétricas relacionadas con el aborto ayuda a evaluar las exigencias que las complicaciones del aborto imponen a los sistemas de salud.

Algunos ejemplos de soluciones a los problemas en los servicios de aborto son:

- *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*

7.0 Resumen

- El monitoreo, o el seguimiento rutinario de los servicios, es esencial para garantizar que las mujeres reciban servicios de aborto 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 a 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 integrantes de la comunidad o de las usuarias que han recibido servicios.
- El monitoreo no debe ser un proceso muy complejo o 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*. New 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.

Healy, J., Otsea, K. y Benson, J. (2006). Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 95(2), 209-220. doi: 10.1016/j.ijgo.2006.08.002

Huezo, C. y Diaz, S. (1993). Quality of care in family planning: clients' rights and providers' needs. *Advances in Contraception*, 9(2), 129-139.

Ipas. (2006). *Safe Abortion Care (SAC) Toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.

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*.

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), Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.

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*. Fuente: <https://venus.ipas.org/library/Fulltext/GuidetoProviding.pdf>

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.

Monitoreo, Anexo A: Formulario de consentimiento informado: entrevista

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

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 Ud. 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 recopilemos. Su participación es voluntaria y no está obligada a contestar preguntas que no desee contestar.

¿Tengo su permiso para continuar?

Usuaría:

Sí, tiene mi permiso.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

Nombre de la unidad de salud _____

Monitoreo, Anexo B: Formulario de consentimiento informado: observación

Solicitud de consentimiento para observar a la paciente durante su tratamiento:

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 recopilemos. 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 revisar la historia clínica de la paciente para la atención integral del aborto

Lista de verificación para revisar la historia clínica de la paciente para la atención integral del aborto												
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 uterino (en semanas) y posición												
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 revisar la historia clínica de la paciente para la atención integral del aborto (continuación)

Lista de verificación para revisar la historia clínica de la paciente para la atención integral del aborto												
Unidad de salud _____ Revisor/a _____ Fecha _____												
Para complicaciones solamente (por ej.: perforación, hemorragia, etc.)												
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. Planes 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												

Consentimiento informado, información y consejería

Temas clave en este módulo:

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

1.0 Introducción

La experiencia de una mujer durante el aborto 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. Las circunstancias en torno a un embarazo no deseado son únicas para cada mujer, quien podría experimentar una variedad de emociones. Asimismo, la

mujer y el consejero posiblemente tengan diferentes valores y orígenes culturales y sociales, e incluso podrían existir diferencias lingüísticas, las cuales podrían entorpecer el diálogo. 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, la consejería en el ámbito de los servicios de aborto, y cómo los prestadores de servicios de salud pueden interactuar y comunicarse con las usuarias de una manera respetuosa y eficaz. También ofrece indicaciones sobre cómo referir apropiadamente a las pacientes a otros servicios de salud y proporciona información sobre cómo brindar consejería a las mujeres cuando existen consideraciones especiales.

2.0 Opciones del embarazo

Una mujer que solicita un aborto por lo general ya ha considerado cuidadosamente sus opciones y decisión antes de acudir en busca de atención médica; por lo tanto, la consejería sobre las opciones del embarazo no debe exigirse o convertirse en una barrera en la atención del aborto. Si la mujer tiene preguntas sobre las opciones del embarazo, su prestador/a de servicios de salud puede hablar con ella sobre las opciones, que incluyen:

- llevar el embarazo a término y criar al hijo o darlo en adopción
- Interrumpir el embarazo

Al proporcionar la información necesaria y apoyar la decisión de la mujer, el/la profesional de la salud puede ayudar a la mujer a sentirse segura y tranquila de que la decisión que ha tomado es lo mejor para ella y otras personas importantes en su vida.

3.0 Consentimiento informado voluntario

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

- Los beneficios y riesgos del aborto, así como las alternativas
- Las consecuencias de no recibir servicios de aborto
- 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 medicamentos. También podría ser útil hablar con las mujeres sobre la información contenida en el Anexo A: Aspiración endouterina y aborto con medicamentos para el aborto inducido en el primer trimestre, del módulo Métodos de evacuación endouterina.

Los prestadores de servicios de salud deben explicar esta información en lenguaje sencillo y cerciorarse de que las mujeres la hayan entendido. La privacidad y confidencialidad son elementos de importancia crucial en el proceso de consentimiento informado. Asimismo, deben asegurarse de que cada mujer dé su consentimiento voluntariamente y que nadie la presione u obligue para que consienta en tener un aborto. 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:

- presión por parte de su pareja o de su familia para que tenga un aborto
- 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 mujeres jóvenes tienen la capacidad mental necesaria para tomar la decisión de interrumpir un embarazo. 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 a 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 mujeres jóvenes son capaces y tienen el derecho de tomar sus decisiones relacionadas con la salud y otorgar su propio consentimiento. (Por favor remítase a Recursos adicionales, Consentimiento informado, información y consejería.)

4.0 Opciones de procedimientos

Una vez que esté claro que la mujer ha tomado la decisión de interrumpir su embarazo, el/la prestador/a de servicios debe presentar las opciones del procedimiento de aborto disponibles en la unidad de salud y que son apropiadas para el cuadro clínico

de la mujer. Si tanto la aspiración por vacío como el aborto con medicamentos son opciones, el consejero debe explicar las diferencias entre ambas y debe ayudar a la mujer a examinar cuál es la mejor opción para ella. Deben hablar sobre los posibles beneficios, riesgos y expectativas de cada procedimiento. Siempre que los diferentes métodos sean médicamente apropiados, 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 método desea, 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 de interrumpir su embarazo, el/la prestador/a de servicios de salud debe determinar la edad gestacional y:

- Asegurarse de que disponen de 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.
- Afirmar 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 aborto y los medicamentos disponibles para el manejo del dolor.
- Evaluar la naturaleza y magnitud de cualquier anomalía fetal o cualquier otra indicación médica que supongan una causa para la interrupción del embarazo.
- Obtener el consentimiento de la mujer para brindarle tratamiento en el caso poco probable 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 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 aborto.

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, véase 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 obtener esta información de manera resumida, véase el Anexo A: Aspiración por vacío y aborto con medicamentos para el aborto inducido en el primer trimestre, del módulo Métodos de evacuación endouterina.)

5.0 Consejería en los servicios de aborto

La consejería es una interacción estructurada en la cual una persona recibe 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 aborde 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 de aborto como los resultados y hacer a las mujeres más propensas a confiar en los trabajadores de salud y buscar atención médica apropiada en el futuro. Aunque los elementos de una consejería eficaz deben integrarse a 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 la desean.

La consejería centrada en la mujer está completamente estructurada 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 apremiantes de la mujer por medio de preguntas abiertas acerca de sus necesidades y cómo puede ayudar, y usar sus respuestas como punto de partida para la consejería.

Ya que muchas unidades de salud no cuentan con servicios de consejería a tiempo completo, las y los integrantes del personal pueden ser capacitados en consejería básica para los servicios de aborto. En aquellos casos en que las y los profesionales de la salud desempeñan la función de consejeros, deben tener presente que es posible que la dinámica de las relaciones 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 afirmativa y libre de prejuicios y un comportamiento comprensivo y de apoyo.

Para ser eficaz, la consejera o el consejero para servicios de aborto 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 correspondientes 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

La consejera o el consejero para servicios de aborto no debe:

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

(Por favor remítase al módulo Evacuación endouterina con medicamentos. Para mayor información respecto a la consejería para usuarias jóvenes, remítase al Anexo A: Consideraciones especiales y véase Recursos adicionales, Consentimiento informado, información y consejería.

6.0 Privacidad y confidencialidad

Las mujeres tienen derecho a privacidad y confidencialidad en los servicios de aborto. Idealmente, toda consejería relacionada con el aborto debe ocurrir en un lugar donde nadie más pueda ver u oír la conversación. La comunicación entre la mujer y el consejero 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 consejero y la mujer se reúnan en privado primero, y en esa ocasión el consejero le pide 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 a 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.

7.0 Valores y empatía

Cada consejera o consejero 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 convicciones de quienes prestan servicios de salud afectan la consejería y sus interacciones con las mujeres y ejercen considerable influencia en ellas. Es posible que tengan sus propias creencias sobre quién debe tener control de la experiencia del aborto o acerca del derecho de la mujer de tener autonomía sobre su propio cuerpo; dichas creencias podrían estar vinculadas con factores relacionados con el género, la edad, la sexualidad etcétera. A diferencia de la aspiración por vacío y según el protocolo, los métodos con medicamentos pueden darle a la mujer mayor control sobre el aborto que al profesional de salud. En muchos de los protocolos aprobados, ella puede iniciar y manejar el proceso del aborto en su casa o en otro lugar fuera de la unidad de salud, donde le sea más conveniente y cómodo. La incomodidad que las y los profesionales de la salud encuentran con que las mujeres estén a cargo de su aborto, ya sea consciente o inconscientemente, podría afectar negativamente la prestación de servicios de aborto con medicamentos e incluso ocasionar que se resistan a ofrecer servicios de aborto con medicamentos.

Un enfoque de atención centrada en la mujer significa que cada profesional de la salud debe:

- Identificar sus creencias y valores personales acerca del aborto y otros factores afines tales como el género, la edad, la sexualidad y el control del procedimiento
- 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 convicciones y valores, examinar las consecuencias de sus acciones, aprender a separar sus valores de los de sus pacientes y ofrecer servicios de atención mostrando respeto por los derechos y decisiones de las mujeres. La administración de la unidad de salud y personas que brindan mentoría clínica 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 de sus colegas, evaluaciones anónimas y encuestas a las usuarias. (Por favor véase Recursos adicionales, Consentimiento informado, información y consejería.)

8.0 Comunicación eficaz

Cada consejera o consejero debe esforzarse por crear un entorno seguro donde las mujeres puedan examinar y validar sus sentimientos.

Los consejeros eficaces mantienen la mente abierta y no emiten juicios aun cuando sus convicciones personales no concuerdan con las de sus pacientes. Deben practicar la empatía, la habilidad para entender los sentimientos y puntos de vista de otras personas y saber comunicar este entendimiento. Nunca deben insistir en que una mujer hable o revele información cuando se le hace incómodo compartirla. La consejería implica siempre una comunicación recíproca entre el/la prestador/a de servicios de salud y la mujer, en el transcurso de la cual ambas personas pasan tiempo hablando, escuchando y haciendo y respondiendo preguntas.

Los consejeros 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 emplean 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 consejeros que no practican la comunicación eficaz:

- Emiten juicios acerca de las conductas 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

8.1 Escucha activa

La Escucha activa supone más que simplemente oír. La consejera, o el consejero, que practica la escucha activa utiliza todos los sentidos para reunir la información pertinente, expresar su comprensión y animar a la mujer a que hable acerca de sus sentimientos y circunstancias. Algunos de los elementos de la escucha activa son:

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

Los consejeros deben resistir la tentación de hacer declaraciones que parezcan tranquilizar a la mujer pero que en realidad la hagan sentir poco apoyada u ofrezcan 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.

8.2 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 recaban más información y necesitan que la mujer participe de lleno en la conversación.

- Evite hacer preguntas abiertas que comienzan con “por qué”, ya que esto puede percibirse como un juicio. En su lugar, los consejeros deben formular preguntas sin emitir juicios o hacer suposiciones. Por ejemplo, “¿Cómo se siente ahora que se ha concluido el aborto?”
- Dé seguimiento a la respuesta de la mujer agregando unas palabras que indiquen que entendió bien el sentimiento o la inquietud expresada.
- Si la consejera o el consejero no está seguro 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 consejera o el consejero.

8.3 Comunicación no verbal

Al prestar atención a las señales no verbales, el consejero puede comprender mejor los sentimientos de la mujer. Los consejeros deben observar 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, el consejero podría decir: “Ud. dice que se siente bien, pero se ve triste, ¿cómo se siente en realidad?”

El consejero 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 consejeros 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.

9.0 Sistema de referencia

Si una consejera o un consejero no es capaz de atender adecuadamente las necesidades de la mujer, es preferible referirla a otros consejeros o servicios correspondientes. Para simplificar este proceso:

- Determine las inquietudes típicas que tienen las pacientes y elabore y mantenga una lista actualizada de los recursos de servicios locales existentes adonde referirlas.
- 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, pero para otras podría ser útil tener datos por escrito sobre dónde y cuándo estos servicios están disponibles.
- 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 mujeres jóvenes y que éstas se sientan cómodas yendo allá.
- Documente las referencias en un libro de registros donde los consejeros puedan anotar el nombre de cada paciente, los servicios adonde fueron remitidas y los detalles de los cuidados de seguimiento.

Cada profesional de la salud debe conocer los recursos de alta calidad en su zona y saber referir a las mujeres a estos. En los casos de mujeres jóvenes, se debe proporcionar referencias a profesionales de la salud y servicios conocidos por brindar atención adecuada para las jóvenes. Los protocolos para referencia y las listas de recursos con información sencilla, exacta y actualizada son elementos esenciales de un sistema eficaz de referencia. (Por favor remítase al Anexo D: Ejemplo de formulario

para referencia clínica, del módulo Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.)

Las unidades de salud de destino deben contar con procesos para aceptar a las pacientes referidas y contra referirlas a unidades de salud en su comunidad a fin de que reciban cuidados de seguimiento. Además, deben proporcionar retroalimentación a la unidad de salud que refirió a la mujer. (Por favor remítase al módulo Vínculos con la comunidad.)

10.0 Cierre de la sesión de consejería

Al final de la sesión de consejería, la consejera, o el consejero, debe:

- Hacer un resumen conciso de los conceptos clave tratados.
- Preguntar a la mujer si tiene alguna otra pregunta.
- Cerciorarse 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.

11.0 Consideraciones especiales

Es posible que algunas usuarias tengan necesidades especiales que les resulte incómodo tener que mencionar al consejero. Por lo tanto, es importante que el consejero haga preguntas para obtener información sobre la situación y decisión de cada mujer. Los consejeros que se sienten incómodos atendiendo a determinados sectores especiales de la población podrían obtener capacitación adicional para adquirir mayor competencia. Otra opción es remitir a estas mujeres a otros consejeros 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

(Vea el Anexo A: Consideraciones especiales.)

12.0 Consideraciones para la atención postaborto

- En casos de shock u otras afecciones que ponen la vida en peligro, la evaluación clínica completa y el consentimiento informado voluntario podrán aplazarse hasta que la mujer se haya estabilizado.
- En el caso de una mujer con dolor extremo o angustia emocional, la consejería se ofrecería una vez que la mujer se haya estabilizado y sea capaz de comprender y comunicarse.
- Las mujeres tienen derecho a la privacidad y la confidencialidad. En entornos donde existen restricciones jurídicas, las mujeres que se han provocado un aborto o que se han sometido a un aborto clandestino, podrían sentir temor de que esta información se denuncie a las autoridades. Los prestadores de servicios de salud deben informar a las mujeres que la información médica y personal no se divulga a nadie a menos que tengan su expreso consentimiento, a excepción de los lugares donde lo exijan las leyes.
- Cada prestador/a de servicios de salud debe ser capaz de contestar preguntas acerca de los servicios de aborto seguro y legal, y dónde pueden obtener esos servicios.
- El/la prestador/a de servicios de salud debe considerar la posibilidad de que el embarazo haya sido deseado.

(Para obtener más información acerca de la consejería para la atención postaborto, ver el manual de Ipas *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.)

13.0 Resumen

- La consejería sobre las opciones del embarazo no debe exigirse ni ser una barrera en la prestación de servicios de aborto.
- 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 tienen la capacidad mental para tomar la decisión de interrumpir el embarazo, y podrían necesitar más información para ayudarlas en el proceso de toma de decisión y de consentimiento informado.
- Si tanto la aspiración por vacío como el aborto con medicamentos están disponibles, la consejera o el consejero debe explicar las diferencias entre ambas opciones y ayudar a la mujer a analizar la opción más conveniente 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 estructurada 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 paciente es confidencial y no debe divulgarse sin su expreso consentimiento.
- Las pacientes responden mejor a consejeros que brindan apoyo sin emitir juicios, demuestran empatía y 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 consejera, o consejero, debe examinar sus propias convicciones, 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 servicio eficaz de referencia.
- La consejería debe concluir con un resumen de los conceptos clave tratados y una explicación de qué se debe esperar; además, la consejera o el consejero debe asegurarse de que la mujer haya entendido todos los asuntos tratados y que se hayan atendido sus necesidades.

Referencias bibliográficas

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (1995). *Sexual violence against refugees*. Ginebra: 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.
- 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*. doi: 10.1016/j.contraception.2012.10.032
- 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.
- 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.
- Gallo, M. F. y Nghia, N. C. (2007). Real life is different: A qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1812-1822. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.005
- 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.
- Harries, J., Orner, P., Gabriel, M. y Mitchell, E. (2007). Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reproductive Health*, 4, 7.

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

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. y Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11), CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub4

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: ONUSIDA

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

Paul, M., Grimes, D. A., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L. y Stubblefield, P. G. (1999). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Nueva York: Churchill Livingstone.

Paul, M. E., Mitchell, C. M., Rogers, A. J., Fox, M. C. y Lackie, E. G. (2002). Early surgical abortion: efficacy and safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 407-411.

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.

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

Rowlands, S. (2008). The decision to opt for abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 34(3), 175-180. doi: 10.1783/147118908784734765

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

Stewart, F. H., Wells, E. S., Flin, S. K. y Weitz, T. A. (2001). *Early medical abortion: Issues for practice*. Fuente: <http://bixbycenter.ucsf.edu/publications/files/EMAR.pdf>

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, Consentimiento informado, información y consejería; 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 prácticamente las mismas que 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 un aborto, lo más probable es que haya examinado cuidadosamente sus opciones antes de tomar la decisión de recurrir al aborto. 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 consejeros revisen el estado médico de la mujer y las opciones básicas que tiene a su disposición: llevar el embarazo a término; criar a su hija o hijo, o darlo en adopción; o interrumpir el embarazo. 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.

La toma de decisiones acerca del aborto por lo general se lleva a cabo fuera del entorno clínico, y quizás las mujeres jóvenes sean más susceptibles a la influencia de adultos, especialmente cuando se trata de su pareja o alguien que ejerce poder sobre ella. Es posible que estos adultos hayan interiorizado estereotipos negativos sobre el embarazo en la adolescencia y la capacidad de responsabilidad de las jóvenes, lo cual pudiese ejercer gran influencia en la decisión de la joven de interrumpir el embarazo. El/la prestador/a de servicios de salud debe hacer preguntas para asegurarse de que no haya sido presionada u obligada a tomar su decisión por nadie, como su pareja, su familia, la comunidad o amistades.

El estigma en torno a la sexualidad de las mujeres jóvenes, las leyes y las políticas que gobiernan el consentimiento médico, y el condicionamiento cultural y social de los padres plantean unos retos especiales a la consejería. Las y los profesionales de la salud que desean ofrecer consejería de alta calidad deben tener presente estas necesidades especiales 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 no desea quedar embarazada y sin embargo ha tenido varios embarazos no deseados, la consejera o el consejero 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. 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 aborto posiblemente sea su único contacto con el sistema de salud. Los consejeros 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
- Una mujer podría exponerse a más violencia si otras personas se enteran de que tuvo un aborto o de que usa anticonceptivos
- Una mujer pudo haber sido forzada u obligada a tener un aborto

Mujeres que viven con VIH

Las mujeres que reciben servicios de aborto y son VIH-positivas necesitan información, apoyo, consejería y atención médica específicos. Si los consejeros no han recibido extensa capacitación sobre el VIH, deben remitir 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 propia salud y la de sus parejas sexuales y niños.

Mujeres que practican el sexo comercial

Las razones por las cuales algunas mujeres practican el sexo comercial varían ampliamente, así como sus sentimientos y percepciones acerca de estas actividades. 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 consejeros en cuanto a las actividades sexuales de las mujeres, las parejas que escogen, los tipos de

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 descender 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.

relaciones (íntima o comercial) que tienen o el poder de negociar dentro de las relaciones sexuales pueden afectar negativamente la sesión de consejería. Los consejeros pueden ser más eficaces 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 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 cuadro clínico, su consentimiento informado y sus opciones en cuanto a la atención médica y los anticonceptivos, es de suma importancia que el consejero se dirija directamente a la mujer.

Una idea 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, la consejera o el consejero debe hablar con la mujer en privado y referirla a los servicios comunitarios correspondientes.

Es posible que la comunicación con una mujer que tiene discapacidad cognitiva requiera mayor tiempo y esfuerzo por parte del consejero.

Quizás la mujer no pueda actuar por las limitaciones de su propia capacidad y puede que tenga un/a tutor/a, lo cual podría afectar la obtención del consentimiento informado. Si la mujer es capaz de tomar sus propias decisiones respecto a su atención médica, el consejero debe hacer un mayor esfuerzo por asegurarse de que la mujer entienda sin ninguna duda en qué está consintiendo y cuáles son sus opciones. Las mujeres con discapacidad cognitiva tienden a acceder a la ligera o a contestar sí antes de entender bien la situación.

Mujeres refugiadas o desplazadas

Las mujeres refugiadas o desplazadas por lo general se ven afectadas por los muchos agobios del estrés emocional en torno a su seguridad personal; violencia institucional, social y personal; desplazamiento del núcleo familiar, su cultura y su hogar; falta de alimento; falta de acceso a servicios de atención médica integral; e inseguridad acerca de su futuro. Muchas mujeres han sufrido violencia durante el período inicial de su desplazamiento, mientras que muchas otras continúan sometidas a la violencia en su ubicación actual. Durante la consejería de mujeres refugiadas y desplazadas es importante dejarlas que guíen el proceso de consejería. El/la prestador/a de servicios de salud 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 consejeros tengan que atender a mujeres que han sido sometidas a la mutilación genital femenina (MGF), comúnmente conocida como la “circuncisión femenina”, la cual se define como la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones a los órganos genitales femeninos por razones no médicas.

Es probable que las mujeres no deseen hablar sobre el tema de la MGF con su consejero o que no se den cuenta de que afectará sus servicios de aborto. Si una mujer ha sufrido mutilación genital,

es importante que la consejera o el consejero 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 presentarse con una edad gestacional más temprana, tales como no saber que estaban embarazadas, necesitar más tiempo para tomar una decisión o dificultad para obtener servicios de salud. Asimismo, una vez que acuden a los servicios es probable que se encuentren con actitudes negativas o de estigma que demoran aun más la atención que necesitan. Una parte esencial de la atención centrada en la mujer es comprender los problemas sociales y emocionales que a menudo forman parte del aborto en el segundo trimestre y proporcionar servicios con prontitud y de manera sensible, o referencias a otros servicios.

Mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres

Los consejeros no deben suponer que las mujeres que buscan servicios de aborto solo tienen relaciones sexuales con hombres. Existen varias razones por las que una mujer que tiene como pareja a otra mujer busca servicios de aborto. Es posible que haya tenido relaciones sexuales consensuadas con un hombre o que haya sido víctima de una violación. 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 embarazo. Los consejeros 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. Los consejeros pueden hacer esta situación más fácil al asegurarle a la mujer que la conversación es confidencial y al mostrar respeto por las decisiones de la mujer, su pareja y la estructura de su familia.

Servicios de anticoncepción

Temas clave en este módulo:

- La consejería anticonceptiva postaborto y el suministro de métodos anticonceptivos
- Modelos de prestación de servicios
- Consejería anticonceptiva eficaz
- Elegibilidad médica para el uso de métodos anticonceptivos después de un aborto
- Anticoncepción de emergencia (AE)
- Situaciones especiales para brindar consejería o referencias

1.0 Introducción

Las organizaciones internacionales reconocen que el acceso a los servicios de anticoncepción constituye un derecho humano

En este currículo se usa 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 pertinente especialmente para las mujeres jóvenes. Es importante que los prestadores de servicios no hagan suposiciones acerca de las intenciones reproductivas de las mujeres.

básico y es fundamental para la salud sexual y reproductiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todas las mujeres reciban información anticonceptiva y se les ofrezca 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 del 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.

A continuación se exponen algunos de los hechos clave de los servicios de anticoncepción:

- Toda mujer que recibe servicios de anticoncepción se encuentra en un momento crítico de su vida reproductiva y puede beneficiarse de recibir consejería amable sobre las opciones anticonceptivas a su alcance.
- Aproximadamente un 21% de todos los embarazos terminarán en abortos inducidos. Los métodos de anticoncepción eficaces, en lugares donde son completamente accesibles y se usan de manera sistemática, pueden ayudar a las mujeres a evitar embarazos y, por consiguiente, reducir considerablemente la tasa de aborto.
- A todas las mujeres que se someten a un aborto, incluidas las jóvenes, se les debe ofrecer consejería anticonceptiva y una variedad de métodos para elegir.
- En un estudio de Boyd et al en 1972 se estableció que la ovulación puede ocurrir dentro de los 10 días después de un aborto efectuado con aspiración por vacío, y en un estudio reciente realizado por Schreiber et al, las mujeres ovularon tan pronto como a los 8 días después de un aborto con medicamentos. Asimismo, Ratten encontró que una mujer puede ovular tan pronto como a los 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 no desean quedar embarazadas o que desean 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

de 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 aborto. Asimismo, se indica cómo brindar consejería a las mujeres que reciben atención del aborto, 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 suministro de métodos después del aborto

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 estado de salud.

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 se informa a la mujer 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 el suministro de los métodos pueden efectuarse en diferentes momentos y maneras durante los servicios de aborto. Entre los modelos de prestación de servicios figuran:

- Las y los profesionales de la salud que trabajan en el área donde se prestan servicios de aborto, 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 servicios de aborto, se debe hacer arreglos para ayudar a las mujeres en proceso de aborto a acceder fácilmente al área donde se prestan servicios de anticoncepción.
- Hacer arreglos para que el personal de otra área de la unidad de salud venga al área de los servicios de aborto para ofrecer consejería y proporcionar métodos.
- La consejería puede llevarse a cabo en las instalaciones de los servicios de aborto con referencia a otra unidad de salud donde la mujer pueda obtener métodos anticonceptivos.
- Las mujeres pueden ir a otra unidad de salud donde se ofrezcan servicios de anticoncepción.
- Consejería anticonceptiva y provisión de métodos realizados 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 aborto 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 para el método que ha escogido, ha sido informada y ha consentido en recibir el método, todos los métodos anticonceptivos, incluidos el dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización femenina, pueden iniciarse al mismo tiempo que la aspiración endouterina. Asimismo, la mayoría de los métodos anticonceptivos pueden administrarse al mismo tiempo que la primera tableta del aborto con medicamentos. El DIU puede insertarse después del aborto con medicamentos una vez que se tenga suficiente certeza de que la mujer ya no está embarazada. (Ver cuadro 7-1 de la sección 8.1 para mayor información.)

4.0 Necesidades anticonceptivas de las mujeres después de un aborto

Aunque algunas mujeres que buscan servicios de aborto desean volver a quedar embarazadas pronto, otras desean usar anticonceptivos para evitar o aplazar otro embarazo. Estas mujeres generalmente buscan métodos anticonceptivos a largo plazo y más eficaces, y tienen altas tasas de uso continuado del método escogido. 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 uso exitoso de la anticoncepción no está bajo el control de la mujer. El/la prestador/a de servicios de salud debe mostrar empatía al ayudar a cada mujer a evaluar su situación personal, considerar qué método podría ayudarla a evitar otro embarazo no deseado en el futuro, y hablar sobre las posibles soluciones a los problemas que quizás tenga con los anticonceptivos. En algunos casos, los métodos de acción prolongada que no necesitan seguir un régimen diario, tales como los DIU o los implantes, podrían ser más eficaces y de mayor éxito. 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, deben ser conscientes de las actitudes culturales y creencias que quizás influyan en las mujeres en cuanto al uso de anticonceptivos, especialmente en las jóvenes

4.1 Falla del método anticonceptivo

El personal de salud atenderá a mujeres que han interrumpido embarazos no deseados a consecuencia de 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 o su uso incorrecto y no sistemático por 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 a malentendidos en cuanto a sus 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
- Las relaciones sexuales no fueron consensuales
- Inquietudes de verse estigmatizada por las actitudes culturales que equiparan el uso de anticonceptivos con la promiscuidad

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 tanto, 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).*

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 mujeres jóvenes o solteras, a los anticonceptivos.
- Los métodos anticonceptivos son muy caros.
- Las clínicas de planificación familiar no mantienen en existencia los métodos predilectos de la mujer.
- La ubicación y el horario de los servicios de anticoncepción no son convenientes para la mujer.
- Los protocolos de los servicios de anticoncepción limitan las cantidades a entregar, como por ejemplo, solo despachan un mes de pastillas a la vez.

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

La privacidad y la confidencialidad son esenciales, especialmente en los lugares donde se prestan servicios de aborto.

- 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 asegurar a la mujer que la conversación es confidencial.
- Cada prestador/a de servicios debe seguir los protocolos profesionales que protegen la confidencialidad. Esto incluye no divulgar los datos de la mujer sin su consentimiento y no hablar sobre su situación en la presencia de otras personas, incluida su pareja o parientes.

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 usar un método específico no debe ser nunca un prerrequisito para obtener servicios de aborto. La elección libre e informada significa que la mujer escoge un método de manera voluntaria y 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

Se debe plantear a la mujer la opción de incluir o no incluir a su pareja en la consejería anticonceptiva. En algunos casos, la inclusión de la pareja en la consejería anticonceptiva puede aumentar la eficacia de la consejería. El apoyo de la anticoncepción por parte de la pareja de la mujer es un buen mecanismo de predicción en cuanto al uso de anticonceptivos. Asimismo, la consejería de la pareja de la mujer puede aumentar los conocimientos del hombre sobre los anticonceptivos y el uso de métodos masculinos, tales como los condones 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. También debe hablar sobre las posibles consecuencias, tal como la violencia, si la pareja de la mujer se entera de que usa anticonceptivos. Según corresponda, el/la prestador/a de servicios debe ayudar a la mujer a examinar cómo podría protegerse en dado caso y proporcionarle información de referencia a los servicios indicados. (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 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, hablen de los factores que la llevaron al aborto y determine si el embarazo no fue planificado.
- Si estaba usando anticoncepción, pregunte cómo ocurrió la falla. Explique el mecanismo de reproducción humana, según sea necesario. 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 es posible que haya tenido un aborto terapéutico, lo cual podría presentar riesgos a su salud si quedase embarazada en el futuro; o, quizás el embarazo fue interrumpido debido a anomalías fetales.
- Si desea aplazar o evitar el embarazo. 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 servirles de referencia para el futuro, o si existe una recomendación médica de aplazar el embarazo. Muchas mujeres desean los anticonceptivos para prevenir o aplazar otro embarazo.
- Tome en consideración el cuadro clínico de la mujer y su situación personal

(Por favor remítase al Anexo A: Factores individuales, recomendaciones y justificaciones 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, incluidos los lugares de su comunidad donde podría obtener anticonceptivos.

- Hable de las posibles barreras que podrían encontrarse en el uso exitoso de la anticoncepción y formas en que pueden superarse.

Explicar cómo funciona el método

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

Volver para seguimiento y referir a otros recursos

- 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 recursos de referencia a otros servicios disponibles.

8.0 Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos postaborto

Cuando 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 un aborto, siempre y cuando:

- No existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional.
- La mujer reciba la consejería adecuada y dé su consentimiento informado.
- El/la prestador/a de servicios de salud investigue y verifique todas las posibles contraindicaciones para el uso de cualquier método en particular.

Se deben señalar los siguientes puntos de precaución:

- 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.

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

Se ha encontrado que los anticonceptivos a 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. Asimismo, ya que las mujeres que usan el DIU y los implantes se encuentran satisfechas con los mismos, favorece su 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.

- 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.

Partiendo de los datos de la OMS, en la sección a continuación se presenta cuáles métodos son apropiados o inapropiados para diversos cuadros clínicos. Ver el Anexo B: Guía para la selección de un método anticonceptivo. Entre los métodos anticonceptivos a los que aquí nos referimos se encuentran:

- Métodos de barrera, como los condones masculinos y femeninos, los espermicidas, el diafragma y el capuchón cervical;
- Métodos hormonales tales como los anticonceptivos orales, los inyectables, los implantes, los parches transdérmicos y los 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 medicamentos

Los criterios médicos de elegibilidad después de un aborto con medicamentos no son diferentes de aquellos criterios para otros métodos de aborto en el primer trimestre.

Siempre que no existan contraindicaciones, la mayoría de los métodos anticonceptivos hormonales modernos pueden usarse inmediatamente con la administración del misoprostol. Esta información 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 predilecto sin demora.

Cuadro 7-1: Cuándo comenzar el uso de anticonceptivos después de un aborto con medicamentos

Método anticonceptivo	Cuándo comenzar
Píldoras anticonceptivas orales, parches y anillos anticonceptivos	Día 1 del régimen de aborto con medicamentos (AM)
Implantes	Día 1 del régimen de AM
Inyecciones	Día 1 del régimen del AM
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 de la primera menstruación postaborto en el caso de mujeres con menstruaciones regulares

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. Todos los métodos anticonceptivos pueden entregarse después de un aborto complicado por una infección, a excepción del 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 estos factores en consideración. Ejemplos de trauma genital son: perforaciones uterinas, desgarros del cuello uterino, trauma y laceraciones vaginales. Es posible que estas heridas 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.

Provisión de píldoras anticonceptivas de emergencia

Algunos lugares disponen de píldoras empacadas específicamente para la AE. En los lugares que no disponen 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.

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 servicios de aborto, 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 interfiere con el embarazo una vez que éste se haya establecido.

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 más pronto 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. Entre las consideraciones especiales se encuentran:

- 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

11.0 Consideraciones para la atención postaborto

- Los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos después de la atención postaborto son los mismos que se aplican después de un aborto inducido.
- Si la atención postaborto no tiene complicaciones, se puede ofrecer a la mujer todos los métodos anticonceptivos siempre y cuando reúna todos los criterios médicos necesarios, entienda los métodos y otorgue su consentimiento.
- Si una mujer presenta signos y síntomas de infección, debe aplazarse la inserción del DIU o el procedimiento de esterilización femenina hasta que la infección se haya curado.

12.0 Resumen

- A todas las mujeres que reciben servicios de aborto, 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, la confidencialidad y a decidir en base a una información completa y objetiva.
- 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 servicios de aborto 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*: 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. doi: 10.1056/NEJMoa1011600

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.

Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T. y Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*, 83(6), 517-521. doi: 10.1016/j.contraception.2010.10.006

Bongaarts, J. y Westoff, C. F. (2000). The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 31(3), 193-202.

Boyd, E. F. y Holmstrom, E. G. (1972). Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(4), 469-473.

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>

Cheng, L., Che, Y. y Gülmezoglu, A. M. (2012). Methods of emergency contraception. *Cochrane Summaries*.

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. doi: 10.1363/ipsrh.36.044.10

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. doi: 10.1016/j.contraception.2005.08.006

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. doi: 10.1111/aji.12028

Family Health International. (2000). Contraception after pregnancy. *Contraceptive Technology Update Series, October 2000*.

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). doi: 10.1186/1742-4755-7-5

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

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Confederación Internacional de Matronas, Consejo Internacional de Enfermeras y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (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

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. doi:10.1111/j.1728-4465.2002.00195.x

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

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

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

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 (OMS).

Organización Mundial de la Salud. (2012). Emergency contraception. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>

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. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821188ad

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. doi: 10.1016/j.contraception.2010.03.003

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. doi: <http://10.1097/AOG.0b013e31827499bd>

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. doi: 10.1001/archpedi.159.2.139

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. doi:10.1111/j.1728-4465.1999.00017.x

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. doi: 10.1016/j.contraception.2008.09.003

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.

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. doi: 10.1097/GCO.0b013e3282ef1cd2

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, Q., 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. doi: 10.1056/NEJMoal1110855

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, recomendaciones y justificaciones para la consejería

Si la mujer...	Recomendaciones	Justificación
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 información para la referencia a servicios de anticoncepción para recibir atención para el uso continuo de anticonceptivos.	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, descontinuar 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 haya 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	Hacer una valoración de los motivos por los que la mujer dejó de usar el anticonceptivo, incluidos 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, descontinuar su uso y cambiar de método.	Es posible que la falta de aceptación o la falta de acceso hayan llevado a un embarazo no deseado. 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 su uso y apoyo de la anticoncepción; 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, 1994.)

Anexo B: Guía para la selección de un método anticonceptivo

Método	Momento Oportuno después del Aborto*	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 del aborto</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 adaptados a la medida 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 del aborto</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 del aborto o el mismo día de la primera dosis del régimen de aborto con medicamentos</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"> • Requiere 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, griseofulvina)

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

Anexo B: Guía para la selección de un método anticonceptivo (continuación)

Método	Momento Oportuno después del Aborto*	Ventajas	Comentarios
Píldoras anticonceptivas de emergencia	Pueden iniciarse inmediatamente después del aborto	<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, menos eficaz que otros métodos anticonceptivos Puede que tengan efectos secundarios, tales como náuseas y vómito
Anillos vaginales	Puede iniciarse inmediatamente después del aborto o el mismo día que la primera dosis del medicamento para el aborto con medicamentos	<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 del aborto o el mismo día que la primera dosis del medicamento para el aborto con medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Muy eficaz 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 los métodos después de un aborto en el primer trimestre.

Anexo B: Guía para la selección de un método anticonceptivo (continuación)

Método	Momento Oportuno después del Aborto*	Ventajas	Comentarios
Inyecciones de progestágeno solo AMPD, NET-EN	Pueden administrarse inmediatamente después del aborto o el mismo día que la primera dosis de los medicamentos para el AM	<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 del aborto o el mismo día que la primera dosis de los medicamentos para el AM	<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 del aborto o el mismo día que la primera dosis de los medicamentos para el AM	<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 tanto para su inserción como para su extracción • Su costo-eficacia varía según la duración de su uso

(Adaptado de: Blumenthal y McIntosh, 1995; Benson et al., 1992; Paul et al., 1999; Stewart et al., 2001; OMS, 2010b)

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

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

‡ Para obtener mayor información sobre el DIU como anticonceptivo de emergencia, ver el módulo Servicios de anticoncepción.

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. Es posible que algunas jóvenes deseen quedar embarazadas inmediatamente y no necesiten 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, partiendo de la información obtenida 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 la fertilidad y su ciclo menstrual. Partiendo de dichos conocimientos se le da información acerca de las etapas fértiles y no fértiles de su ciclo menstrual. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad no son recomendables para mujeres jóvenes con ciclos menstruales irregulares o erráticos. Al igual que con el aborto, las jóvenes podían 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 errónea 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 incremento de peso o sensibilidad en los senos, la frecuencia con que ocurren y las implicaciones clínicas a largo plazo de cualquiera de los efectos secundarios. Para averiguar si una joven tiene información errónea, quizás el/la prestador/a de servicios pueda hacer preguntas indirectas tales como “¿Qué cosas dicen sus amistades acerca de cómo puede quedar embarazada y cómo se puede evitar el embarazo?” y “¿Qué cosas ha oído decir acerca de este método?”

La consejería anticonceptiva debe basarse en la realidad, es decir, se debe comenzar 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, los implantes o el 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 alta aceptación 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 llevarse 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 de las jóvenes para usar 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 en las 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 entendido que no hay mayor beneficio en hacer el procedimiento a la hora del aborto que en 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 afecten la capacidad de una joven menor de edad para dar consentimiento para que se le efectúe un procedimiento quirúrgico permanente y si esa opción existe para las jóvenes menores de edad. 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 evitar 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 el DIU o los 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 acción corta que las mujeres adultas, lo cual resulta en tasas de embarazo dos veces mayores que las de las mujeres adultas que usan métodos de acción corta. 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 el DIU y los 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 en base a la edad solamente. 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 salud 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 insertado tenían un 70% menos de probabilidad de regresar en busca de un aborto en los próximos tres años que 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 las usuarias sin presionarlas a que acepten el DIU.

Inyectables

Los inyectables incluyen el progestágeno solo y las fórmulas de estrógeno y progestágeno ("combinadas"), incluido el Depo-Provera (AMPD) y 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 haberlo descontinuado, y la duración del uso de AMPD no afectó la recuperación de la DMO. Sin embargo, las recomendaciones más recientes de la OMS en cuanto a los criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos indica 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.

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 del 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 reabasteciendo el 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:

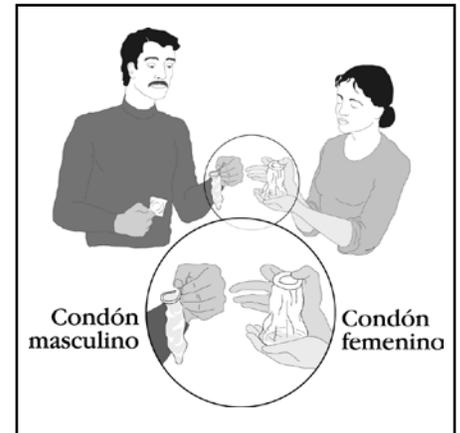
- Los condones masculinos y femeninos ayudan a proteger contra la transmisión del VIH y deben usarse correctamente con cada relación sexual.
- Si la mujer tiene relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada, podría contraer la infección con una cepa diferente de VIH o contraer otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

- Se recomienda usar doble protección. 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 para evitar el embarazo. Las mujeres que reciben tratamiento para el VIH necesitan información sobre opciones anticonceptivas en relación con los regímenes del tratamiento.

Mujeres que practican el sexo comercial

Durante la consejería anticonceptiva a mujeres que practican el sexo comercial, se debe ofrecer la siguiente información:

- El/la prestador/a de servicios de salud debe recomendar el uso de doble protección, 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 de salud 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.



Condomes para mujeres y hombres

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 quien 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.
- Quizás algunas mujeres con discapacidad de desarrollo presenten trastornos en su motricidad fina; en estos casos, ciertos métodos, tal como el diafragma no son recomendables.
- Las mujeres que pertenecen a este sector de la población deben recibir indicaciones sobre cómo usar los métodos de barrera, y los prestadores de servicios de salud deben hacer hincapié en que necesitan usarse con cada relación sexual si desea evitar el embarazo y las ITS.
- El/la prestador/a de servicios debe demostrar el método —usando condones, diafragmas y capuchones cervicales, y también con indicaciones ilustrativas.
- También se debe proporcionar a la mujer indicaciones escritas y/o ilustrativas para llevar a su hogar u otras herramientas útiles, tal como un calendario.

- Es posible que muchas de las mujeres que pertenecen a este sector de la población no sepan de antemano cuándo tendrán relaciones sexuales. Por esta razón, se recomienda entregarles píldoras anticonceptivas de emergencia con indicaciones específicas sobre cómo usarse.
- Nunca se debe imponer a una mujer ningún método anticonceptivo a menos que se tenga su consentimiento expreso. Las mujeres con discapacidad cognitiva y/o enfermedades mentales tienen el mismo derecho que otras mujeres de tomar decisiones respecto a los hijos que desean o no desean tener.
- Respecto al consentimiento informado, los prestadores de servicios deben tener en cuenta que: la mujer puede ser o no ser su propia tutora - Si la mujer tiene la capacidad mental para tomar sus propias decisiones en cuanto a su cuidado, el consejero debe esmerarse por asegurar que ella entienda claramente sus diferentes opciones y en lo que está consintiendo.

Mujeres refugiadas o desplazadas

Estos entornos tienen limitaciones y necesidades complejas, y se encuentran fuera del ámbito de aplicación de este currículo. Para obtener información sobre la prestación de servicios de anticoncepción y otros servicios de salud reproductiva a mujeres que se encuentran en estas situaciones, por favor ver Recursos adicionales, Servicios de anticoncepción.

Mujeres que han sufrido mutilación genital

Durante la consejería anticonceptiva de una mujer que ha sufrido mutilación genital femenina, se debe tener en cuenta el tipo de corte que ha sufrido y sus preferencias en torno a la desinfibulación y la reinfibulación con el objeto de elegir el método anticonceptivo de su preferencia. Un reciente análisis de la evidencia no muestra un aumento en la incidencia de infección de 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 indican tener 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 de quedar embarazadas sin desearlo, deseen quedar embarazadas en el futuro y/o necesiten información y métodos anticonceptivos. El/la prestador/a de servicios de salud 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 diario a organismos infecciosos y materiales contaminados como parte de su trabajo diario.

- Las pacientes se exponen al recibir atención médica en los 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 las técnicas y comportamientos de prevención de infecciones.

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

2.0 Transmisión de infecciones

Los microorganismos se encuentran sobre el cuerpo, dentro del mismo, en los instrumentos y equipo médico, y en todas las superficies. Cada microorganismo tiene una vía específica de transmisión de persona a persona. Un patógeno es un microorganismo que puede causar una infección y dar lugar a una enfermedad. Cada patógeno requiere medidas de prevención específicas, según la manera en que 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 ciertos otros líquidos corporales
- Pueden causar infección cuando un líquido infeccioso entra el 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.

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.

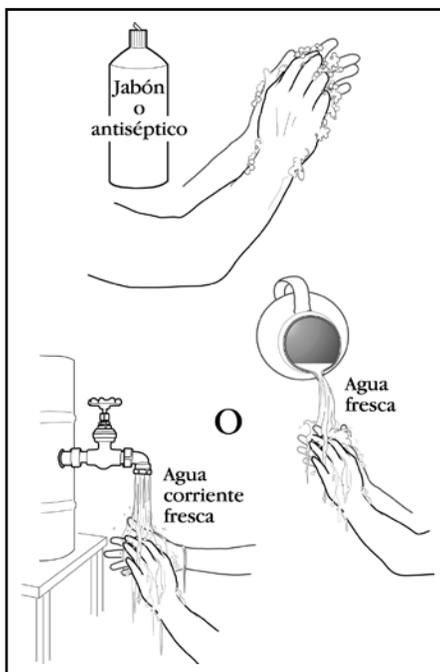
3.0 Elementos de la prevención de infecciones

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 de técnicas de prevención indicadas con todas las pacientes y el personal en todo momento, sin importar su estado de salud real o percibido.

El uso de las precauciones estándares 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 entran en el cuerpo a través de una cortadura o de la piel no intacta.

Elementos esenciales para la prevención de infecciones:

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



Lavado de manos

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; entre éstas figuran 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, 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, sin importar el 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 de infecciones de transmisión sanguínea.

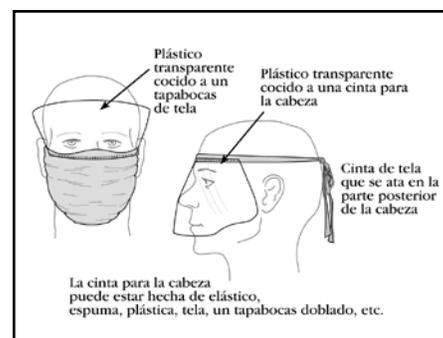
Cada trabajador/a de salud que corre riesgo de entrar en contacto con la sangre y otros líquidos corporales debe ser vacunado/a contra la hepatitis B a fin de reducir su riesgo de infección por ese virus.

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, de la prevención de infecciones en 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 el compartir toallas o reusarlas 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.



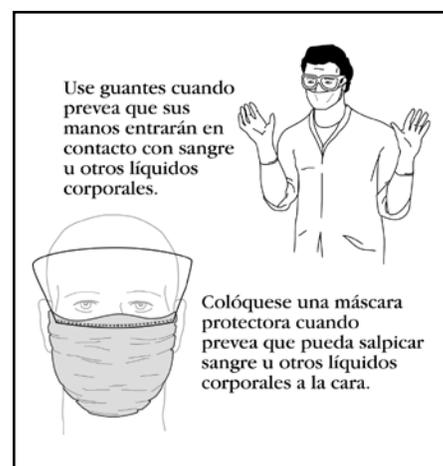
Protectores faciales

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.

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 instalar 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.



Barreras de protección personal

3.3 Manejo y eliminación de instrumentos y objetos punzocortantes

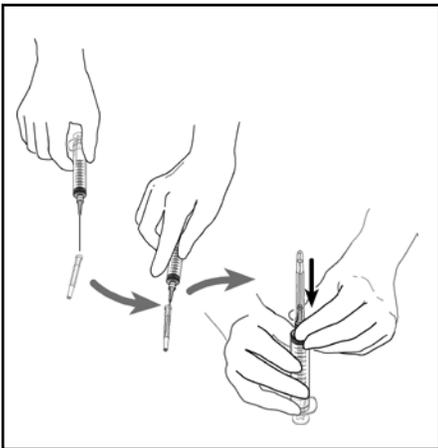
Entre los instrumentos u objetos punzocortantes figuran:

- agujas hipodérmicas o de sutura
- tijeras
- tenáculos
- vidrio
- cuchillas

Los objetos punzocortantes representan un riesgo especial de infección para personal de salud, usuarias e integrantes de la

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

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 los instrumentos y los materiales usados durante los procedimientos de aborto. El/la trabajador/a de salud debe eliminar los microorganismos de los instrumentos y materiales contaminados para evitar que infecten a otras mujeres durante los procedimientos subsiguientes. (Por favor remítase al 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 la introducción de la flora vaginal habitual de la mujer en el útero. Por tanto, antes de

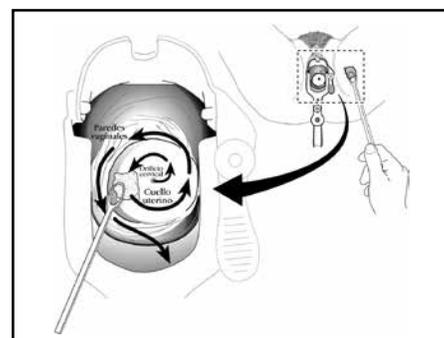
introducir un instrumento es sumamente importante eliminar los microorganismos que normalmente viven en la vagina y el cuello uterino.

- 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 externo del útero, y, si lo desea, las paredes vaginales. Con una esponja nueva, comience en el orificio externo del útero y limpie hacia afuera con movimientos en forma de espiral. Continúe hasta que el orificio externo del útero esté completamente cubierto en 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 un instrumento 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 de los instrumentos estériles, 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 instrumento 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 instrumento médico reusable debe ser procesado debidamente después de usarse en cada paciente. Las técnicas para el procesamiento adecuado del instrumental se tratan en el Módulo 10: 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. (Ver Anexo B: Instrucciones para preparar una solución de cloro al 0.5%.)

Al inicio de cualquier sesión clínica:

- Limpie todas las superficies horizontales con un paño limpio, incluidas las mesas de procedimientos, sillas, carritos, lámparas y encimeras.
- 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 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:

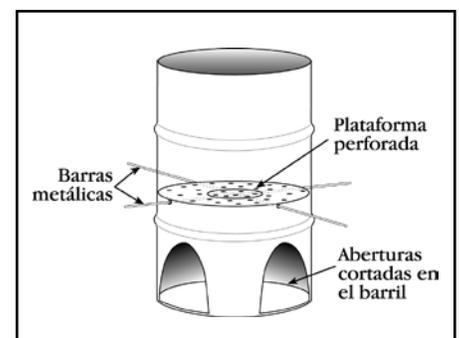
- Los tejidos humanos, como los restos ovulares
- Los líquidos corporales
- Los materiales que contienen sangre o líquidos corporales, tales como los vendajes, esponjas quirúrgicas, agujas hipodérmicas, agujas de sutura, cuchillas de bisturí, tubos para muestras de sangre y pipetas
- Instrumental médico 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. Los objetos punzocortantes contaminados deben colocarse en contenedores a prueba de perforaciones, tal como cartón grueso o plástico.

Eliminación de desechos contaminados, incluidos los RO:

- 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



Incinerador

encerrado 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. La segunda opción más recomendable a la incineración de los desechos contaminados es enterrarlos.

- Los desechos líquidos contaminados se pueden verter por un lavabo o un desagüe conectados a un sistema de alcantarillado o letrina de hoyo seco tratados adecuadamente. Otra alternativa aceptable es enterrarlos con los desechos sólidos contaminados.

Los restos ovulares producto de un aborto con medicamentos deben eliminarse de la misma manera que otros desechos contaminados. Si la mujer evacúa los restos RO 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 las exposiciones ocupacionales

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, permita que sangre durante 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 sistemática de VIH, VHB y VHC, si se dispone de estos servicios.
- Si es posible, consulte a un/a especialista de enfermedades infecciosas.
- Registre el suceso de contaminación y las medidas tomadas en conformidad con 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 la contaminación que acuda a una unidad de salud para hacerse una evaluación médica en caso de presentarse una enfermedad aguda.

5.0 Consideraciones para la atención postaborto

- Todas las consideraciones a tener en cuenta son las mismas que para los servicios de aborto inducido.

6.0 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 y diversos tipos de agentes contaminados.
- 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 de 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 su manejo.

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. doi: 10.1016/j.contraception.2010.11.006

Association of Operating Room Nurses (AORN). (2010). Aseptic technique [Video]. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses (AORN).

Association of Operating Room Nurses (AORN). (2012). *Perioperative standards and practices for inpatient and ambulatory settings*. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses (AORN).

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.

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*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company.

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 (OMS).

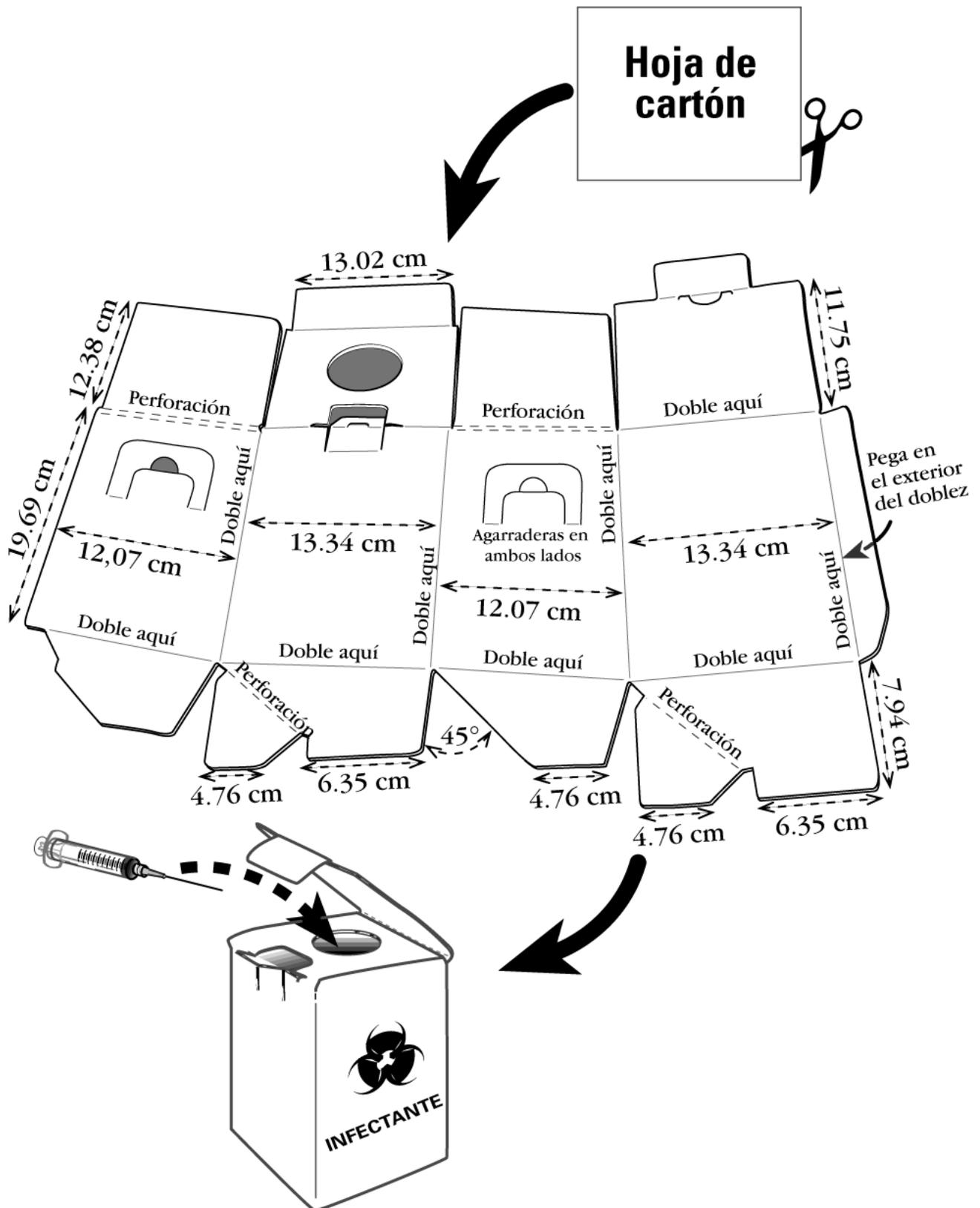
Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (segunda edición). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS).

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. Clorox, 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, Chloros; Perú, Liguria)	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, Chloros)	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

(Adaptado de Tietjen, 2003.)

†. 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 con ciertos sectores de la población femenina

1.0 Introducción

Antes de efectuar el procedimiento de evacuación endouterina, es esencial evaluar el estado clínico de la mujer y los criterios médicos de elegibilidad para los métodos con medicamentos y la aspiración por vacío. 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 determinado 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
- Toma de muestras y solicitud de análisis de laboratorio, sólo si hacen falta

Una parte importante de la evaluación clínica es la valoración del estado emocional de la mujer, qué relaciones importantes tiene y las circunstancias de su familia y con qué sistemas de apoyo 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 para poder 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 Antecedentes de la paciente

Es importante obtener los antecedentes de la paciente para determinar la edad gestacional y la elegibilidad médica para el aborto con medicamentos o la aspiración por vacío, y para obtener información que ayudará al prestador de servicios de salud a satisfacer las 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 sangrado o manchado durante el embarazo
- 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 recientes o nuevas

- Estado de VIH y presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Antecedentes quirúrgicos
- Discapacidades físicas o cognitivas, incluida la enfermedad mental
- Problemas médicos conocidos (Cuadro 9-1: Condiciones de la salud)

(Por favor remítase al formulario de admisión en el Anexo B.)

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. Asimismo, podría implicar una referencia a otra unidad de salud con más recursos.

Cuadro 9-1: Condiciones de la salud	
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. Es posible que se le administre un sedante a base de benzodiazepinas y se tomen otras medidas para el manejo del dolor antes de efectuar el 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, continúe con precaución. • Sería más indicado atender a la paciente en una instalación médica con más recursos.
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 la supervisión de un anestesiólogo.
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 el aborto con medicamentos. • Si la mujer presenta un ataque asmático agudo o no tiene el asma bien controlada se debe aplazar el procedimiento hasta que se establezca el asma. • El misoprostol es seguro en mujeres que sufren de asma.

Cuadro 9-1: Condiciones de la salud

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 ultrasonografía, 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

Fecha de la última menstruación

La FUM se refiere al primer día de la última menstruación 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 tienen sangrado al principio del embarazo, lo cual puede confundirse con la menstruación.
- Es posible que la mujer 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.

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 solo 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. También es posible que algunas mujeres presenten un sangrado significativo que necesite atención de urgencia. Las mujeres que aún siguen embarazadas a pesar de haberse automedicado con misoprostol deben ser asesoradas acerca de la rara posibilidad que éste ocasione defectos congénitos si decide continuar con el embarazo.

- Si el misoprostol se ha usado para interrumpir un embarazo mayor de 12 semanas, 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 madurar el cuello uterino.

(Por favor remítase al módulo Evacuación endouterina con medicamentos.)

Determinación de la edad gestacional

En muchos estudios, la determinación de la edad gestacional usando la fecha de la última menstruación, proporcionada por la mujer, junto con el examen bimanual, realizado por el profesional de la salud, da resultados con una exactitud de más del 90% con un margen de 1 o 2 semanas. La edad gestacional no tiene que ser exacta para efectuar el procedimiento de evacuación endouterina o el aborto con medicamentos. Normalmente, la ultrasonografía no es necesaria antes de realizar un aborto. Incluso cuando se usa ultrasonido, la determinación de la edad gestacional tiene una exactitud aproximada de una semana en el primer trimestre y de dos semanas en el segundo trimestre.

Aunque es poco común, una subestimación significativa en el cálculo de la edad gestacional de una mujer a quien se le efectúa el procedimiento de aspiración endouterina, podría aumentar los riesgos y las complicaciones, especialmente en mujeres con una edad gestacional más avanzada. Si la subestimación es de importancia clínica significativa, podría necesitarse una preparación del cuello uterino o dilatación y evacuación (D&E) para concluir el procedimiento de manera segura. Cuando se trata del aborto con medicamentos, es probable que la subestimación de la edad gestacional no tenga importancia clínica debido a que la eficacia y la seguridad del aborto con medicamentos solo disminuyen gradualmente a medida que aumenta la edad gestacional. Para cualquiera de los dos procedimientos, cuando la edad gestacional de la mujer no está clara podría ser confirmada por otro profesional de la salud o por ultrasonido en base a su historia y al examen físico. El ultrasonido es importante para confirmar un embarazo intrauterino cuando se sospecha un embarazo ectópico. En los casos de aborto incompleto, el/la prestador/a de servicios de salud debe estimar el tamaño uterino real en vez de la edad gestacional.

3.0 Examen físico

Las y los profesionales de la salud que proporcionan servicios de aborto o atención postaborto deben contar con la formación y capacitación necesarias para realizar un buen examen pélvico y ser competentes para diagnosticar los embarazos tempranos y calcular la edad gestacional. A continuación se indican tres modalidades comúnmente utilizadas para calcular la edad gestacional:

- Determinar la fecha de la última menstruación (FUM)
- Realizar un examen pélvico para determinar el tamaño uterino
- Usar ultrasonido

La edad gestacional puede calcularse con exactitud en base a la FUM y un examen pélvico.

3.1 Salud general

El examen físico debe comenzar con una evaluación general del estado de salud que incluya lo siguiente:

- Verificar 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

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. Es posible que, si éste es su primer examen pélvico, sienta ansiedad, por 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.)

- Palpar el abdomen de la mujer para detectar masas o dolor a la palpación

Es posible que las mujeres que han sufrido complicaciones a causa de un aborto inseguro necesiten atención de urgencia. (Por favor remítase a la sección 8.0 de este módulo, Consideraciones para la atención postaborto, y 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 clínico 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, artrosis o lesiones.
- Garantice el equipo para venoclisis y otros elementos de importancia crucial.
- Asegúrese de que está tan cómoda como sea posible.

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.



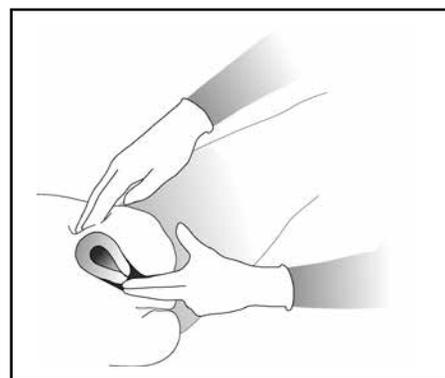
Posición de litotomía

- 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.
- Observe si el orificio cervical está abierto o si hay restos ovulares en este orificio o en la vagina

- 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 reproductivo 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. (Por favor remítase a Recursos adicionales, Evaluación clínica.)
- Verifique si ha habido autoadministración previa de misoprostol u otras señales de aborto inducido en condiciones inseguras. Para obtener más orientación sobre la evaluación clínica y el tratamiento en estos casos, remítase a la sección 8.0 de ese módulo, Consideraciones para la atención postaborto, y a *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.

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 la maduración del cuello uterino, la maduración y agrandamiento del útero, se pueden detectar durante el examen bimanual tan pronto como a las seis u ocho semanas desde la FUM.
- Las mujeres con signos de infección pélvica presentarán dolor del cuello uterino, del útero o de la parte inferior del abdomen al hacérseles el examen bimanual.
- 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 palpa el abdomen



Efectuar el examen bimanual

Posición dorsal

En los lugares donde no se dispone de estribos, 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.

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 de lo previsto, el/la prestador/a de servicios de salud debe tener en consideración una de las siguientes posibilidades:

- La mujer no está embarazada
- Cálculo inexacto de la FUM
- Embarazo ectópico
- Aborto espontáneo o incompleto, aborto diferido o embarazo intrauterino anormal, tal como embarazo molar.
- Variación normal entre las mujeres en determinada edad gestacional

Si el tamaño uterino es mayor de lo previsto, el/la prestador/a de servicios de salud debe tener en cuenta las siguientes posibilidades:

- Cálculo erróneo de la FUM
- Embarazo múltiple
- Anomalías uterinas como los 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, un útero en retroversión, la obesidad, la vejiga llena de orina, o cuando la mujer tiene los músculos abdominales contraídos (no relajados). Si no se puede determinar la edad gestacional con certeza, o si existe una discrepancia entre el tamaño uterino y la edad gestacional conforme a la FUM, podría ayudar pedir a otro profesional de la salud que verifique el tamaño uterino mediante un examen bimanual o por ultrasonido, si se dispone del equipo.

4.0 Análisis de laboratorio

En la mayoría de los casos, el/la prestador/a de servicios de salud sólo necesita la información obtenida de la historia clínica de la mujer y el examen físico para confirmar el embarazo y la edad gestacional. Los análisis de laboratorio son útiles cuando los signos típicos del embarazo no están claros y el/la prestador/a de servicios no sabe con certeza si la mujer está embarazada. Según

la OMS, “la obtención de dichas pruebas, no debería dificultar o demorar la evacuación endouterina”.

- En las áreas con alta incidencia de anemia, las pruebas de hemoglobina o hematocrito usadas para su detección podrían ser de utilidad a fin de ayudar al prestador de servicios de salud a manejar el sangrado durante el aborto.
- Los estudios clínicos todavía no han comprobado la necesidad de efectuar una inmunización RH de rutina en mujeres con el factor Rh negativo en proceso de aborto temprano, y 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 va a efectuar un aborto. Debe administrarse en el momento de efectuar el procedimiento de evacuación endouterina y, en el caso del aborto con medicamentos, cuando se toma la primera tableta del régimen de aborto.
- La consulta relacionada con la atención del aborto es una oportunidad de realizar pruebas para la detección de otros asuntos de salud reproductiva como la displasia y el cáncer cervical y otras infecciones del tracto reproductivo. Estos servicios pueden ofrecerse a las mujeres, si se dispone de ellos, pero no son requisito para proporcionar servicios de aborto. (Por favor remítase a Recursos adicionales, Evaluación clínica.)

5.0 Ultrasonido y embarazo ectópico

Ultrasonido

El ultrasonido no es necesario para un aborto temprano o la atención postaborto. La ultrasonografía es útil cuando es difícil determinar la edad gestacional en base a la historia clínica y el examen físico, para verificar que se ha completado un aborto y para diagnosticar otras condiciones que pudieran necesitar tratamiento, tal como el 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 cuidadosas pruebas de detección, solamente una 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 endouterina 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 evacuación endouterina 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 como medida profiláctica 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. (Por favor remítase al Anexo A: Administración de antibióticos.)

Para el aborto con medicamentos, 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 medicamentos.)

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, 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 que el/la profesional de la salud hable más al respecto con la mujer y realice pruebas para la detección de violencia, con el objeto de determinar si la mujer se encuentra en una situación peligrosa. Si éste resultara ser 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. 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 Consideraciones para la atención postaborto

- Las mujeres embarazadas que presentan sangrado vaginal y/o dolor abdominal o cólicos podrían indicar una amenaza de aborto, un aborto espontáneo, diferido o incompleto, complicaciones a raíz de un aborto seguro, un aborto autoinducido o un aborto inseguro, o complicaciones que surgieron de la atención postaborto anterior.

- La evaluación clínica debe centrarse en el estado de salud de la mujer y si ha sufrido cualquier complicación relacionada con el aborto.
- Las mujeres que acuden en busca de atención postaborto podrían manifestar una variedad de síntomas de leves a graves, entre estos:
 - Sangrado vaginal leve a moderado
 - Sangrado vaginal grave/hemorragia
 - Infección pélvica/septicemia
 - Lesión intraabdominal
- Las mujeres que acuden a los servicios de atención postaborto necesitan una evaluación inicial rápida para determinar si sufren de shock. Aquéllas que se encuentran inestables debido a la hemorragia o la septicemia necesitan estabilizarse y recibir tratamiento de inmediato. El tratamiento podría necesitar una evacuación endouterina inmediata.
- Una vez que la mujer ha sido estabilizada, la evaluación clínica debe centrarse en el tipo de aborto (incompleto o diferido), si existen complicaciones que necesitan atención y su elegibilidad para los métodos de evacuación endouterina.
- Para la atención postaborto, el útero debe ser de menor tamaño que el basado en la FUM proporcionada por la mujer
- El manejo del aborto se hará conforme al:
 - tipo de aborto (aborto diferido o aborto incompleto)
 - tamaño uterino
 - criterios médicos de elegibilidad
 - equipo y suministros disponibles
 - preferencia de la mujer

(Por favor remítase al Anexo C: Diagnóstico y tratamiento de los tipos de aborto.)

Para obtener más información acerca de la evaluación clínica para la atención postaborto, remítase al manual de Ipas *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.

9.0 Resumen

- 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 el aborto 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 el aborto con medicamentos o la aspiración por vacío, 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.
- Normalmente los análisis de laboratorio y el ultrasonido no son necesarios para los servicios rutinarios de aborto pero podrían ser útiles cuando el estado de embarazo de la mujer y su edad gestacional no son claros.
- Las mujeres que acuden a los servicios de atención postaborto deben ser estabilizadas y luego la evaluación clínica puede centrarse en determinar las complicaciones relacionadas con el aborto y la elegibilidad médica para el procedimiento de aspiración por vacío o el régimen con misoprostol.
- 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 los métodos de evacuación endouterina con medicamentos. La falta de acceso a los antibióticos no debería constituir una barrera para los servicios de aborto.

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 (ACOG) y Task Force on Female Genital Cutting. (2007). *Female genital cutting: Clinical management of circumcised women*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

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 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.

Bracken, H., Clark, W., Lichtenberg, E. S., Schweikert, S. M., Tanenhaus, J., Barajas, A., Alpert, L, Winikoff, B. (2011). Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. *BJOG*, 118(1), 17-23.

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.

Clark, W., Panton, T., Hann, L. y Gold, M. (2007). Medication abortion employing routine sequential measurements of serum hCG and sonography only when indicated. *Contraception*, 75(2), 131-135.

Clark, W. H., Gold, M., Grossman, D. y Winikoff, B. (2007). Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception*, 75(4), 245-250.

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.

Ipas. (2009). *Uterine evacuation with manual vacuum aspiration (MVA): A training manual for conducting short courses.* Chapel Hill, NC: Ipas.

Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K. y Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception*, 83(3), 194-201. doi: 10.1016/j.contraception.2010.07.023

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. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181da0c3e

Obed, S. (2006). Diagnosis of Unruptured Ectopic Pregnancy is Still Uncommon in Ghana. *Ghana medical journal*, 40(1), 3-7.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Ginebra: 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: Organización Mundial de la Salud (OMS).

Organización Mundial de la Salud. (2013). Female Genital Mutilation Information Fact Sheet.241. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Organización Mundial de la Salud (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).

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

Rubin, G. L., Cates, W., Gold, J., RoCHAT, R. W. y Tyler, C. W. (1980). Fatal ectopic pregnancy after attempted legally induced abortion. *JAMA*, 244(15), 1705-1708.

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. doi: 10.1016/s0196-0644(05)81511-2

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

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

El riesgo de infección después de la aspiración por vacío temprana y realizada en condiciones de seguridad es bajo: aproximadamente un 1%. Aunque el riesgo de una infección postoperatoria es bajo, se recomienda la administración de antibióticos profilácticos a todas las mujeres a quienes se efectúa el procedimiento de aspiración endouterina. Sin embargo, la falta de antibióticos no debe constituir una barrera para la prestación de servicios de aborto.

El medicamento ideal, dosis y tiempo de administración de los antibióticos profilácticos antes de la aspiración endouterina todavía no han sido establecidos, pero se ha comprobado que una sola dosis de nitroimidazoles, tetraciclinas o penicilinas es eficaz. Entre los regímenes más 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

Métodos con medicamentos

El riesgo de infección después del aborto con medicamentos es muy bajo, aproximadamente de un 0.3%. No se recomienda la administración de antibióticos profilácticos antes de los métodos de evacuación endouterina con medicamentos.

Antibióticos terapéuticos

Los antibióticos terapéuticos deben administrarse a todas las mujeres cuando se sospecha o se ha diagnosticado una infección. De ser posible, debe hacerse pruebas 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 recibir antibióticos profilácticos. Las mujeres a quienes se les hacen estas pruebas de detección de ITS no necesitan esperar por los resultados de las pruebas para continuar con el procedimiento de aborto. Si los resultados son positivos, se les puede brindar tratamiento después del aborto. Las mujeres que manifiestan signos y síntomas de infección activa cuando acuden a los servicios de aborto deben recibir tratamiento para la infección y servicios de aborto sin demora.

Anexo B: Ejemplo de 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

¿Antecedentes de complicaciones? _____

Historia médica:

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:	Otros:

Fechas:

Primer día de la última menstruación _____

Tamaño uterino en base al examen bimanual _____

*****Estimación de la edad gestacional a la fecha de hoy _____*****

Pruebas opcionales:

Estas pruebas no son necesarias para prestar servicios de aborto, pero puede que se efectúen según sea indicado:

Hb/Hct _____ Tipo sanguíneo _____

Continúa

Anexo B: Ejemplo de formulario de datos de la paciente (continuación)

Inmunoglobulina Rh administrada (si fue indicada) Sí No

Prueba de embarazo y fecha _____

Se ofreció prueba de VIH Sí No ¿Fue aceptada? Sí No

¿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 recetado: _____

¿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 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 pasan fuera 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 la FUM • Podría diagnosticarse con ultrasonido 	<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
<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 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® utilizadas 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

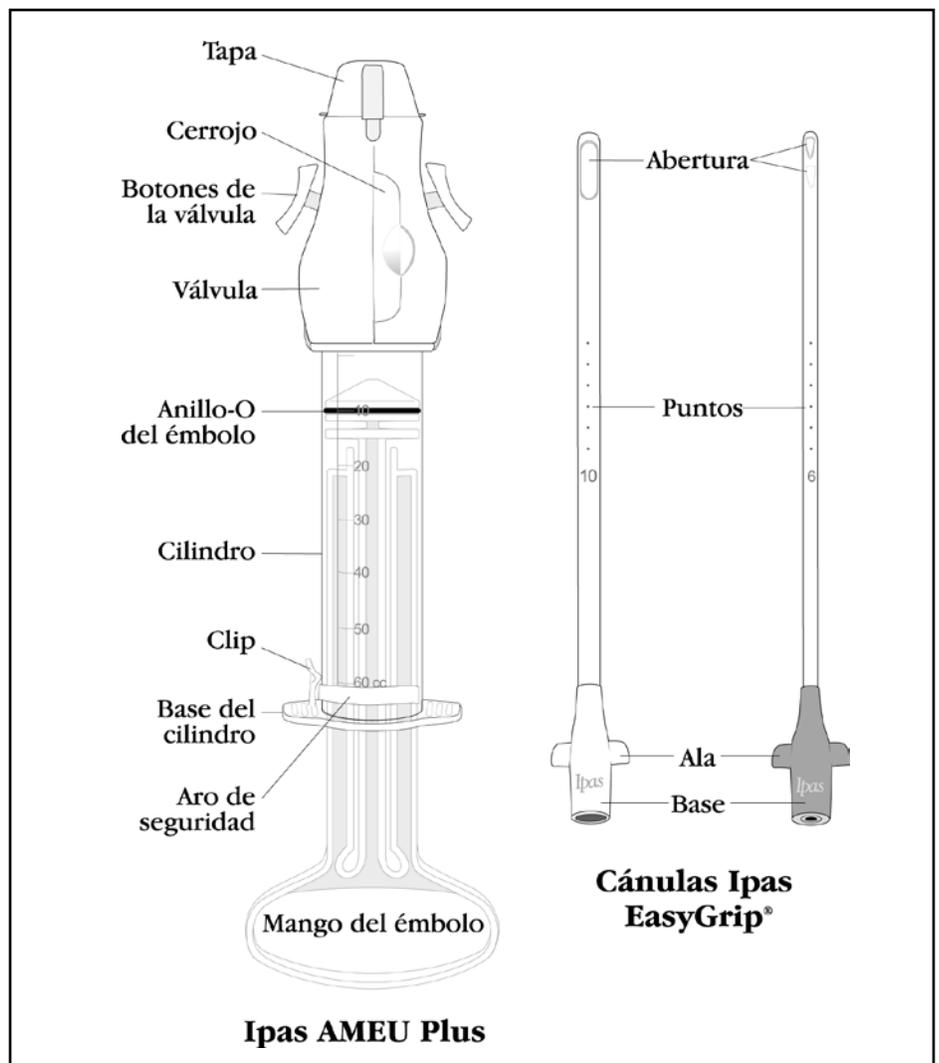
evacuación endouterina. Ipas tiene otros modelos similares a este instrumental. (Por favor remítase al Anexo A: Comparación del instrumental de Ipas.)

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 con el objeto de 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 una tapa, un revestimiento desmontable, 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



Piezas ensambladas

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. Los aspiradores se envían limpios y debe someterse a desinfección de alto nivel o esterilizarse antes del primer uso y después de cada procedimiento para eliminar los contaminantes. Los aspiradores no necesitan mantenerse en desinfección de alto nivel o estar recién esterilizados 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 sirven con el aspirador Ipas de válvula sencilla. Las cánulas Ipas EasyGrip, según el tamaño, tienen una abertura (las de 9, 10 y 12 mm) o dos aberturas (las de 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 las cánulas se conservan estériles 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 el procedimiento de AMEU o después de éste: 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, sepsis, perforación o lesión abdominal, tal como podría ocurrir en los casos de aborto incompleto o de aborto inseguro. La evacuación endouterina es un elemento importante del 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 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 del cuello uterino. 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 debidamente 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 un 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 del cilindro y el aro de seguridad en su lugar, con sus trabas introducidas dentro de las aberturas del cilindro.

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.

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 anchos lados 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 y que inyecten el contenido del aspirador de vuelta al útero.

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 inadvertidamente 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.

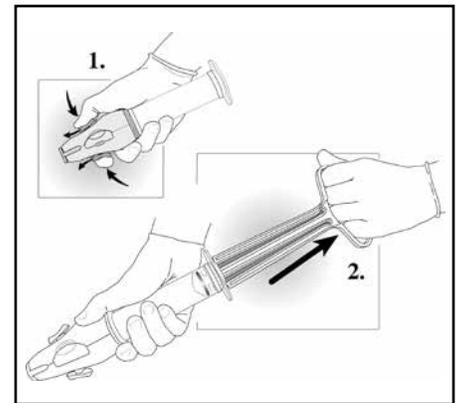
Activar y detener la succión

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, los trabajadores de salud deben tomar toda precaución para proteger a las pacientes, a sí mismos, a sus familias y a las y los integrantes de la 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. (Para mayor información, ver el módulo Prevención de infecciones.)

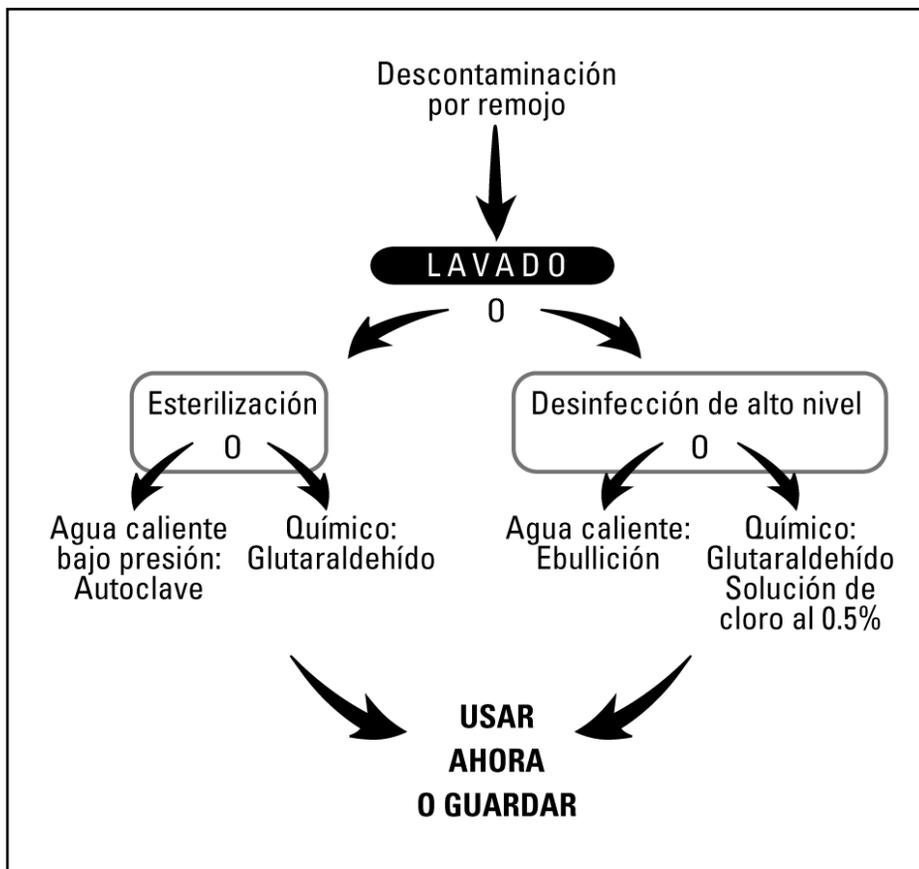


Crear el vacío

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



Opciones para el procesamiento

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 en 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. No es necesario que el aspirador permanezca en desinfección de alto nivel o estéril hasta el próximo procedimiento. 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						
Instrumento	Cómo lo suministra 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 los instrumentos se sequen, esto podría dificultar la eliminación completa de todos los contaminantes. Para limpiar los aspiradores, limpie 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	
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 la 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 sangre u otros líquidos corporales.
- Tratar la sangre y otros líquidos corporales de todas las personas como posibles fuentes de infección.
- Protegerse para evitar pinchar o herir la piel con instrumentos afilados.
- 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 o inmersión

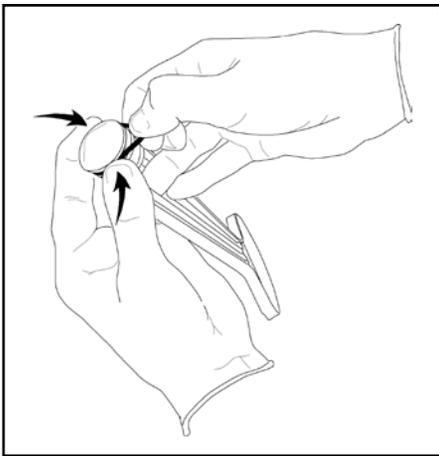
Después del procedimiento, todo instrumental que vaya a ser reutilizado debe dejarse en remojo hasta que pueda lavarse. Para esto, puede usarse una solución de cloro al 0.5%. Remojar el instrumental inmediatamente después de usarse elimina parte del material y facilita su lavado evitando que los residuos 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.

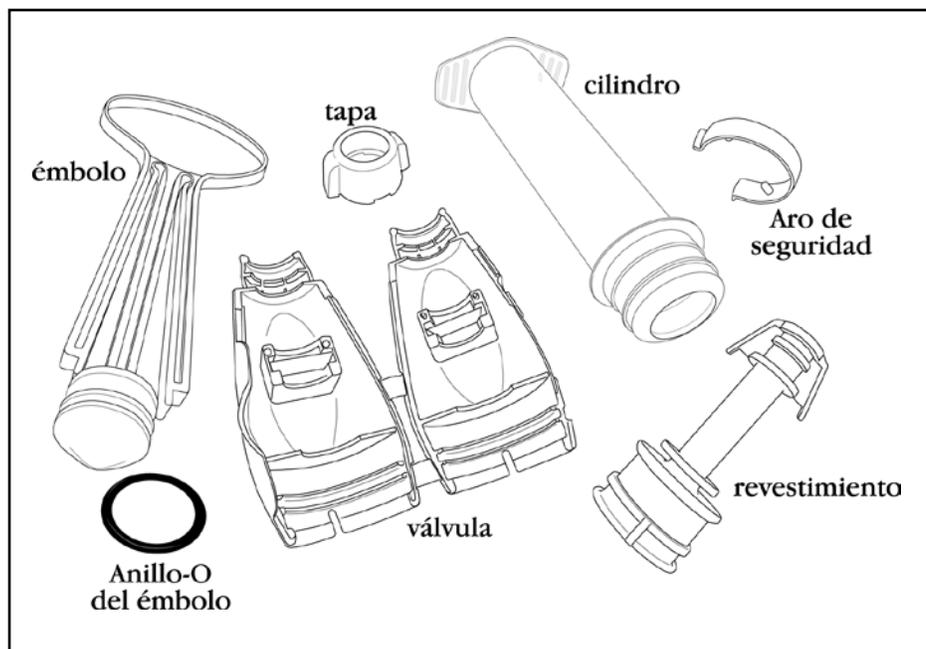
Para desarmar el aspirador Ipas AMEU Plus:

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.

Pasos para la limpieza

Desarme el instrumental antes de limpiarlo.

1. Extraiga los restos ovulares o la sangre residuales limpiando todas las superficies minuciosamente en agua



Piezas del instrumental de AMEU desarmado

tibia con 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.



Lave minuciosamente

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.

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.

Para eliminar los contaminantes, todos los aspiradores y las cánulas, después de limpiarse, deben someterse al proceso de esterilización o de desinfección de alto nivel después de su uso en cada paciente. 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, y 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 el autoclave a vapor los instrumentos limpios durante 30 minutos a 121°C (250 °F), a una presión de 106kPa (15 lbs/pulgada²).
- Esterilice con glutaraldehído. Remoje los instrumentos limpios 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 los instrumentos limpios en agua hirviendo durante 20 minutos. Efectúe una desinfección de alto nivel con glutaraldehído. Remoje los instrumentos limpios 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 los instrumentos limpios en una solución de cloro al 0.5% durante 20 minutos

Nota: Los aspiradores Ipas de doble válvula y de válvula sencilla se agrietarán o deformarán si se someten al autoclave.

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.

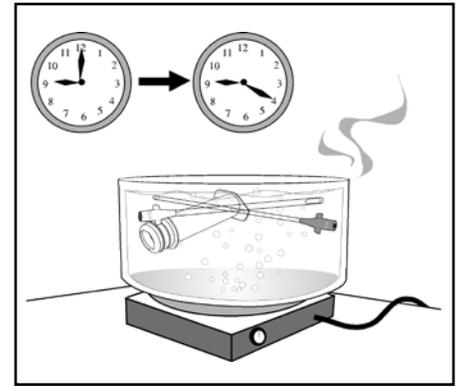
Pasos para la esterilización con autoclave a vapor

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 y el aro de seguridad debe retirarse completamente del cilindro. Coloque los instrumentos 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 curvarse 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 curvaran levemente.
3. Procese los instrumentos en autoclave durante 30 minutos a 121 °C (250 °F).
4. Deje enfriar todos los instrumentos antes de utilizarlos.

Pasos para la esterilización con glutaraldehído

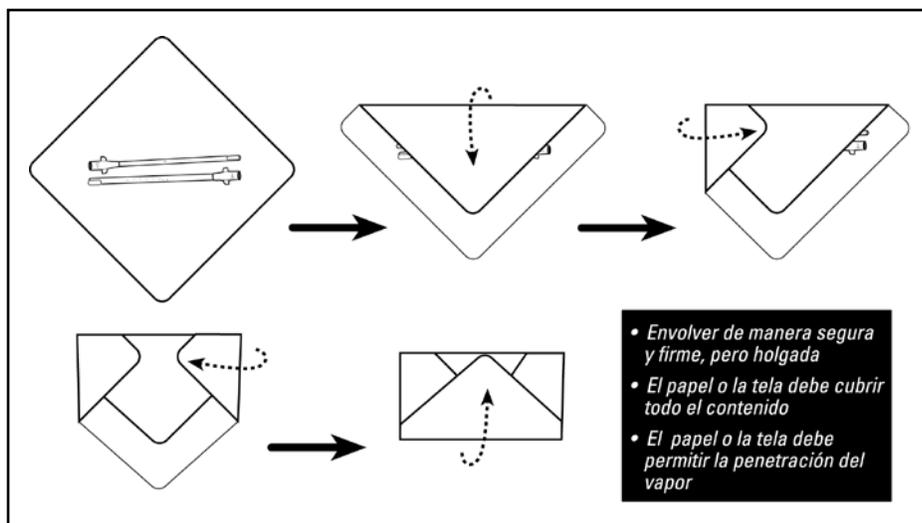
1. Sumerja los instrumentos completamente de manera que la solución los cubra por dentro y por fuera.
2. Remójelos en la solución de glutaraldehído durante el tiempo recomendado por el fabricante: por ejemplo, 10 horas para el Cidex.
3. Retírelos usando guantes o pinzas estériles.
4. Enjuague todas las piezas con agua estéril. No use agua de grifo para enjuagarlos.
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).

Una vez que los instrumentos hayan sido esterilizados, cualquier objeto que entre en contacto con ellos también debe estar estéril, por ejemplo, los guantes o el contenedor de almacenamiento.

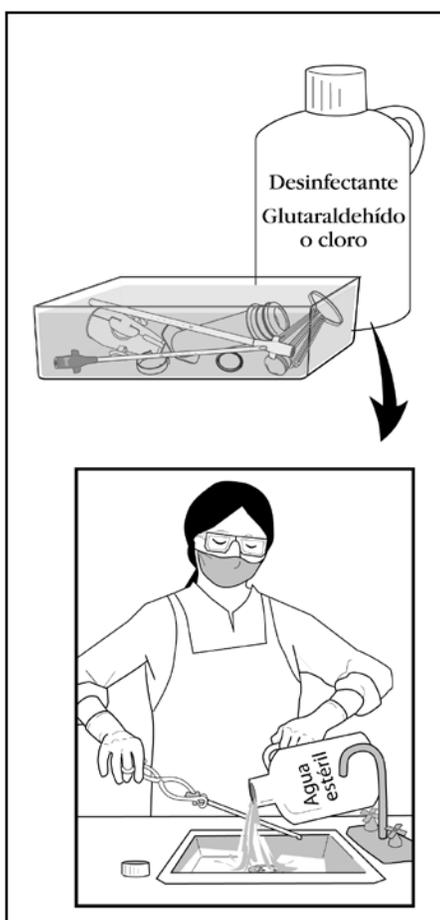


Ebullición del instrumental de AMEU

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.



Envoltura de papel



DAN por remojo y enjuague

Pasos para la desinfección de alto nivel por ebullición

1. Coloque los instrumentos 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. Los instrumentos podrían aplanarse si se manipulan mientras están calientes. 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 los instrumentos completamente de manera que la solución los 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

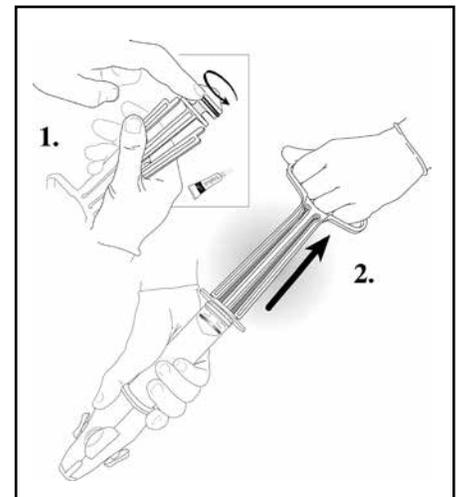
Pasos para la desinfección de alto nivel con remojo en una solución de cloro al 0.5%

1. Sumerja los instrumentos completamente de manera que la solución los 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:

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.



Pasos para la lubricación

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. (Por favor remítase a 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 un instrumento ha sido procesado, se conserva solo tan limpio como el último objeto con que entró en contacto.

Los instrumentos deben 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 los instrumentos que han sido procesados con métodos mojados, como en 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.

Los instrumentos deben 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 al 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 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 luego someterse a la esterilización o a desinfección de alto nivel para eliminar los contaminantes infecciosos.
- Una vez completamente procesados, 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.

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 los instrumentos 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.

(Para mayor información, 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.

- 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 y 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: Organización Mundial de la Salud (OMS).

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.

Característica	Aspirador Ipas AMEU Plus	Aspirador Ipas de válvula sencilla	Aspirador Ipas de doble válvula
Capacidad	60cc	60cc	60cc
Capacidad de succión	24-26 pulgadas (609.6 a 660.4 mm)	24-26 pulgadas (609.6 a 660.4 mm) de mercurio	24-26 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 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)

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 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®

Cómo procesar los aspiradores y adaptadores Ipas de AMEU			
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. Permita que se enfríen hasta que se encuentren a temperatura ambiente antes de usarlas.
	2% Glutaraldehído (Cidex®) ▲ Mezclar de acuerdo a las indicaciones del fabricante.	20 minutos o según 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).
	CidexOPA ▲	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 CidexOPA. 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.

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 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)

Cómo procesar los aspiradores y adaptadores Ipas de AMEU (continuación)			
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/in ²) 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). Permita que se enfríen hasta que estén a temperatura ambiente antes de usarlas.
	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. 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 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)	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.
	Sporoxil ▲	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 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.

Procesamiento de las cánulas Ipas EasyGrip			
Método	Agente	Tiempo	Precauciones
Desinfección de alto nivel (DAN)	Cloro ▲ Diluido al 0.5%.	20 minutos	Los objetos deben estar completamente sumergidos. 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	Los objetos deben estar completamente sumergidos. 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.	Los objetos deben estar completamente sumergidos. 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 SPROX® Usar a 68 °F (20 °C).
	CidexOPA ▲	12 minutos	Los objetos deben estar completamente sumergidos. 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 CidexOPA. 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 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.

Procesamiento de las cánulas Ipas EasyGrip (continuación)			
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) ▲	10 horas	Los objetos deben estar completamente sumergidos. 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.	Los objetos deben estar completamente sumergidos. 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.
	Sporoxll ▲	6 horas	Los objetos deben estar completamente sumergidos. 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 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 Ipas EasyGrip 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
- Consideraciones para la atención postaborto

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 insumos de calidad para la salud reproductiva a precios razonables. Para mayor información, visite www.womancareglobal.org.

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 Cómo explicar el proceso de AMEU a la mujer

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 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 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 a 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 tenía ciclos menstruales regulares antes del aborto. 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 se someten a la aspiración endouterina en el primer trimestre sentirán dolor durante el procedimiento. Muchos profesionales de la salud subestiman la cantidad de dolor que sienten las mujeres durante la aspiración por vacío; por lo tanto, se debe ofrecer a las mujeres que acuden a los servicios de evacuación endouterina 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 servicios de aborto

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 mismo 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.

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.*

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 proveedor 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 aminorar 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 y garantizar un suministro adecuado de los medicamentos necesarios.

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 aminorar 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 le dan compañía 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 algunas mujeres a relajarse.

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 suplemento útil de éstos. 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 éste casi ha concluido. 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 agradable. Al introducir y desplazar el instrumental, el profesional de la salud debe hacerlo con movimientos no bruscos y una



Apoyo verbal y físico

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 para Ud. la parte más difícil de esta situación?”

“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)

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 adecuada. La música es un método eficaz para el manejo del dolor durante la aspiración por vacío y también podría ser útil para la evacuación endouterina con medicamentos.

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 podrían ser beneficiosos 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 amortiguada al 1%, administrado tres minutos antes de la dilatación del cuello uterino, 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, el cual aumenta el nivel de satisfacción con el procedimiento de aborto. Sin embargo, la administración de sedación consciente aumenta el costo, la complejidad y la posibilidad de riesgos durante el procedimiento de aborto. Mayor monitoreo implica mayor inversión por parte de la unidad de salud en la capacitación del personal y la procuración de equipo 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 monitorizar y manejar

los efectos secundarios y las complicaciones inducidas por el medicamento.

3.5 Manejo del dolor post-procedimiento

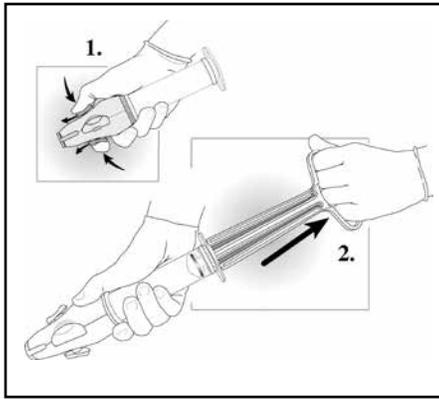
Debido a las contracciones del útero, cierto grado de dolor es normal, incluso después de un procedimiento de evacuación endouterina sin complicaciones. Si el dolor aumenta con el paso del tiempo, se debe realizar una evaluación clínica. Los analgésicos como el ibuprofeno pueden ayudar a aliviar los cólicos. Por lo general, no es necesario administrar narcóticos. Si se administraron 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 todas las opciones disponibles para el manejo del dolor en el período post-procedimiento y proporcionarle indicaciones sobre cómo tomar los medicamentos que reciba para manejar el dolor. (Por favor remítase a la sección 5.0 de este módulo y al Anexo A: Medicamentos para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU.)

Para obtener mayor información acerca de las opciones de medicamentos para el manejo del dolor, véase el Anexo A: Plan para el manejo del dolor con medicamentos durante el procedimiento de AMEU.

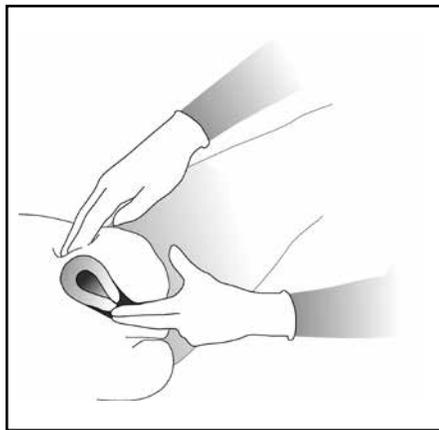
4.0 Procedimiento de evacuación endouterina

Pasos para efectuar el procedimiento de AMEU

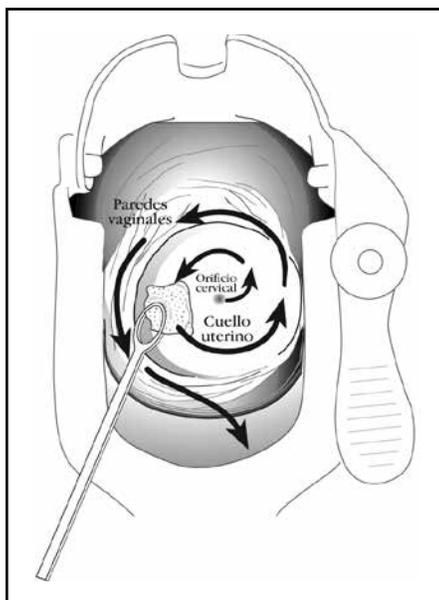
1. Preparar el instrumental.
2. Preparar a la mujer.
3. Efectuar la preparación antiséptica del cuello uterino.
4. Colocar el bloqueo cervical.
5. Dilatar el cuello uterino.
6. Introducir la cánula.
7. Aspirar el contenido del útero.
8. Inspeccionar los restos ovulares.
9. Practicar cualquier procedimiento relacionado.
10. Tomar medidas inmediatas post-procedimiento, incluido el procesamiento del instrumental.



Crear el vacío



Realizar el examen bimanual



Efectuar la preparación antiséptica del cuello uterino

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 conserve 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 éste se encuentre en pleno 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. Cerciérese 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 los orificios cervicales y, si desea, las paredes vaginales con una esponja empapada en antiséptico. Con cada esponja nueva, comience en los orificios con un movimiento en espiral hacia fuera. Continúe hasta que haya cubierto los orificios 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 de menos de 200 mg por persona, ya que a ese nivel se presenta toxicidad.

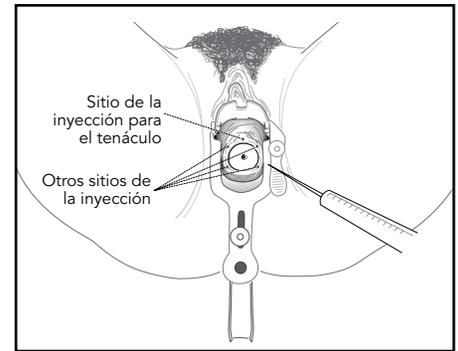
La solución de lidocaína debe introducirse en la unión cervicovaginal, la cual marca la transición entre el epitelio liso del cuello uterino y el tejido vaginal. Al compararse con el tejido cervical, la mucosa vaginal es más elástica y tiene una apariencia plegada. Después de introducir la aguja pero antes de inyectar el anestésico local, aspire siempre retirando suavemente el émbolo hacia fuera para asegurarse de que la aguja no esté penetrando un vaso sanguíneo. Si hay algún rastro de sangre en la jeringa, no inyecte. En vez, busque otro sitio para inyectar y aspire de nuevo antes de inyectar.

Paso 5: Dilatar el cuello uterino

La dilatación cervical es necesaria en la mayoría de los casos, pero no en todos. 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. (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 crear una perforación. El tenáculo se puede utilizar para enderezar el orificio cervical a fin de facilitar el paso de los dilatadores. Se pueden causar perforaciones uterinas,



Colocar el bloqueo paracervical

Técnica para el bloqueo paracervical

Se recomienda la siguiente técnica para el bloqueo cervical, 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 (a las 12, tomando como referencia la circunferencia de un 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).

especialmente si el/la prestador/a de servicios de salud no calcula 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 en mujeres nulíparas con edades gestacionales más bajas y podría usarse a criterio de cada prestador/a de servicios de salud. (Por favor remítase al Anexo C: Preparación del cuello uterino antes de la aspiración endouterina para un aborto del primer trimestre.)

Paso 6: Insertar la cánula

A medida que ejerce una tracción suave en el cuello uterino, 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 inserción 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. Los movimientos forzados podrían dañar el cuello uterino o causar una perforación uterina o lesiones a los órganos pélvicos o 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 éstos se presentan.

Paso 7: Aspirar el contenido uterino

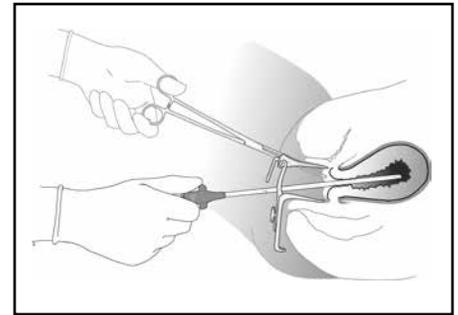
Conecte el aspirador de AMEU ya cargado a la cánula, sujetando el tenáculo y el extremo de la cánula en una mano y el aspirador en la otra. Libere el vacío oprimiendo los botones hacia dentro; la aspiración se iniciará de inmediato.

Evacúe el contenido del útero desplazando la cánula suave y lentamente con movimientos de rotación de 180 grados en cada dirección y simultáneamente ejerciendo 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.

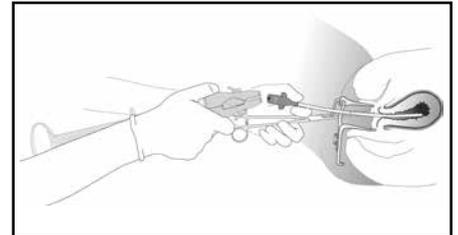
Los siguientes signos indican que el útero se encuentra vacío:

- 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 desliza 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



Introducir la cánula

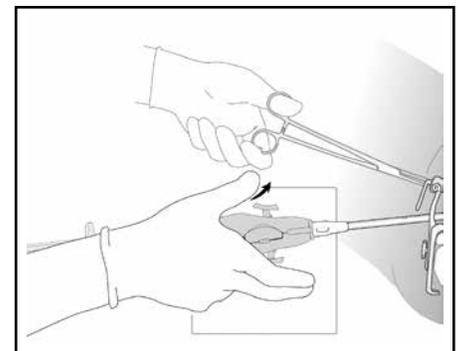
Una vez concluido el procedimiento, oprima los botones y desconecte la cánula del aspirador. Esto puede hacerse con la ayuda de las alas. O bien, retire cuidadosamente la cánula y el aspirador al mismo tiempo sin soltar los botones. Mantenga el instrumental al alcance en caso de que necesite repetir la aspiración.



Conectar el aspirador

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 listo en caso de que necesite repetir la aspiración.

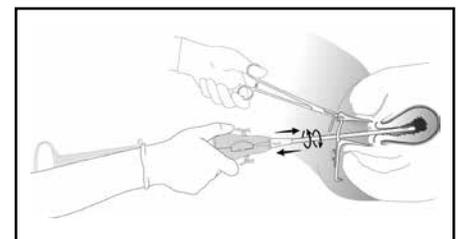


Soltar los botones

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, el material debe colarse, 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.

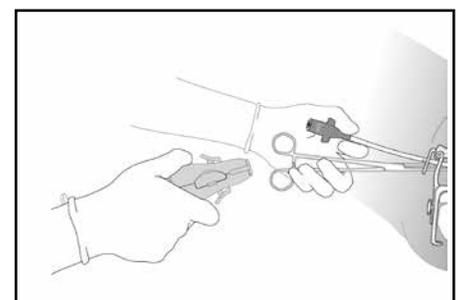


Evacuar el contenido del útero

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.

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:

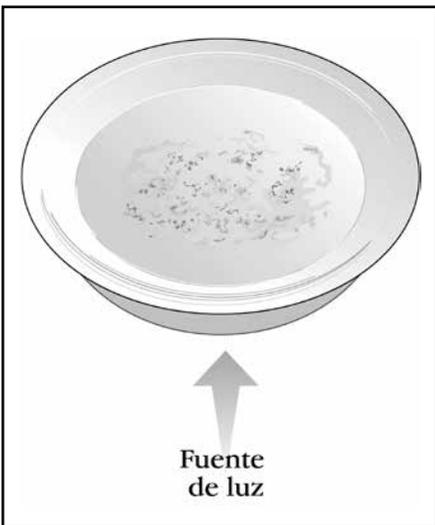
- Aborto incompleto: la cavidad uterina todavía contiene restos ovulares, aunque parecía estar vacía al final del procedimiento. Esto puede deberse a que se usó una cánula muy pequeña o a que se finalizó el procedimiento prematuramente.



Desconectar la cánula del aspirador



Inspeccionar los restos ovulares



Inspección detallada del tejido

- Aborto espontáneo que ya se completó.
- Aborto fallido.
- 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 presentes 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 concurrente.

Una vez concluido el procedimiento de AMEU, continúe con cualquier método anticonceptivo u otros procedimientos planificados a realizarse concurrentemente, tales como la inserción de un DIU o un implante, la ligadura de las trompas o reparar un desgarro del cuello uterino.

Paso 10: Tomar medidas inmediatas post-procedimiento, como el procesamiento del instrumental.

Cuando se haya finalizado la evacuación endouterina y cualquier otro procedimiento adicional, 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.
- Informar a la mujer, de manera reconfortante, 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 se obstruyó
- 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.

Se obstruye 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 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.

El aspirador se armó incorrectamente

Si el aspirador no conserva el vacío, vuelva a armarlo, y pruebe de nuevo el vacío en el instrumento. 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.

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 le da seguimiento 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, incluidos los servicios de anticoncepción y la consejería.
- Proporcionar información a la paciente sobre qué esperar y qué hacer después de su egreso de la unidad de salud.



Tomar los signos vitales

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.



Explorar los sentimientos

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.)

5.3 Monitoreo y apoyo psicológico

El personal de salud que atiende a las pacientes durante el período post-procedimiento debe ser 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 cuadro clínico, 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 referirla 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, el/la prestador/a de servicios de salud debe asegurarse de que la mujer sabe cómo usar el método anticonceptivo que escogió y contestar 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 dar de alta a la paciente. (Por favor remítase al módulo Servicios de anticoncepción.)



Proporcionar indicaciones de cómo tomar los medicamentos

5.5 Recuperación y alta

Para la mayoría de las mujeres, el período de recuperación en la unidad de salud durará de 30 minutos a 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
- Signos de una recuperación normal
- Signos y síntomas que requieren atención de urgencia (véase el cuadro)
- Indicaciones por escrito o en forma gráfica para obtener atención médica de urgencia, con información de contacto y números telefónicos a los que se pueda llamar las 24 horas en casos de urgencia, si existe este servicio.

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)

- Una lista de servicios de consejería y otros servicios prestados en el establecimiento de salud o en la comunidad
- La fecha, hora y lugar de la cita de control, si desea una cita.

La referencia a otros servicios para atender otras necesidades psicosociales y de salud reproductiva es una parte esencial de los servicios de aborto. 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 que presentaron complicaciones

Las mujeres que presentaron complicaciones durante la atención del aborto o después de ésta, podrían necesitar indicaciones especiales antes de su egreso. El/la prestador/a de servicios de salud 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 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 aborto. 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 del aborto. Si la mujer regresa para una cita de control, el/la prestador/a de servicios debe:

1. Confirmar la eficacia del aborto realizado:
 - 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.
 - Hacer un examen físico.
 - 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 referirla 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 completar el proceso en caso de que todavía presente embarazo.
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 o si 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 el módulo Evaluación clínica, el módulo Complicaciones, el módulo Servicios de anticoncepción y el módulo 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 aborto 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 ésta sea la primera vez que la mujer 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 hace 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 mujer 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 Consideraciones para la atención postaborto

- El tratamiento de la atención postaborto (APA) podría ser una urgencia, en la cual el cuadro clínico de la mujer puede cambiar rápidamente en cualquier momento durante su cuidado. El/la prestador/a de servicios debe estar pendiente de cualquier cambio en las emociones o fisiología 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 su tratamiento debe comenzarse de inmediato. El tratamiento podría requerir una evacuación endouterina inmediata.
- En algunos casos es necesario dilatar el cuello uterino.
- La administración de medicamentos para el manejo del dolor, incluido el bloqueo paracervical, debido al dolor causado por la manipulación cervical.

9.0 Resumen

- Antes de practicar el procedimiento de AMEU, el/la prestador/a de servicios de salud debe proporcionar consejería a la mujer y obtener su consentimiento informado, realizar una evaluación clínica que incluya un examen físico, y hablar con ella acerca de sus necesidades anticonceptivas.
- 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 se 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.
- Se recomienda que el/la prestador/a de servicios de salud administre el bloqueo paracervical a todas las mujeres que se someten al procedimiento de evacuación endouterina con AMEU.
- La dilatación cervical puede realizarse utilizando dilatadores mecánicos, cánulas de AMEU de tamaño progresivamente mayor, o misoprostol. La dilatación cervical es necesaria en la mayoría de los casos, pero no en todos. Cuando el cuello uterino permite que 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.
- Entre los signos que indican que el útero se ha evacuado figuran: 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 desliza 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 incompleto, un aborto espontáneo que ya se completó, un aborto fallido, sospecha de embarazo ectópico, o anomalía anatómica.
- Entre los problemas técnicos que se pueden encontrar con el instrumental durante el procedimiento figuran: 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 a la mujer indicaciones e información al alta.
- Después de un procedimiento rutinario de aspiración endouterina, no es necesario fijar una cita de control siempre y cuando la mujer tenga la información indicada para saber cuándo buscar atención médica para una emergencia y cuando se le ha suministrado el método anticonceptivo de su elección. El/la prestador/a de servicios de salud puede programar una visita 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 referencias 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* (Second Edition ed.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

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., et al. (2012). *Early Abortion Training Workbook* (Fourth Edition ed.). San Francisco, CA: UCSF Bixby Center for Global Reproductive Health.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (Segunda edición). Ginebra: 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. *ObstetGynecol*, 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 & Gynecology*, 133(5), 489-498.

Stewart, F., Weitz, T., Wilcox, N. y Tracey, J. (2002). *Abortion provider training manual*. San Francisco, CA: UCSF Center for Reproductive Health Research and Policy.

Suprpto, K. y Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 150(8), 1000-1001.

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morrioni, 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. *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 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

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 (Second Edition ed.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

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., et al. (2012). Early Abortion Training Workbook (Fourth Edition ed.). San Francisco, CA: UCSF Bixby Center for Global Reproductive Health.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (Segunda edición). Ginebra: 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. *Obstet Gynecol*, 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 & Gynecology*, 133(5), 489-498.

Stewart, F., Weitz, T., Wilcox, N. y Tracey, J. (2002). Abortion provider training manual. San Francisco, CA: UCSF Center for Reproductive Health Research and Policy.

Suprpto, K. y Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & 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. *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 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.

Cuidados post-procedimiento

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).

Cuidados de seguimiento

American Medical Women's Association. (1997). *Module 7: Abortion Fourth-year elective curriculum in reproductive health*. Alexandria, Virginia: American Medical Women's Association.

Hern, W. M. (1984). *Abortion Practice*. Philadelphia, Pa: Lippincott Company.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).

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

Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A. y Stubblefield, P. G. (Eds.). (1999). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Nueva York: Churchill Livingstone.

Planned Parenthood Federation of America. (2000). *Manual of medical standards and guidelines, Section VII- A-1, Abortion*. Nueva York: PPFA.

Rademakers, J. (1995). *Abortus in Nederland 1991–1992*. Utrecht: Stimezo Nederland.

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% en el 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.

continúa en la próxima página

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 gastrointestinales	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 gastrointestinales	No administrar a mujeres con enfermedad ácido péptica activa o insuficiencia renal
	Ketorolaco	oral: 20 mg una hora antes del procedimiento	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	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 el aborto con medicamentos. Podría usarse de antipirético. Hepatotóxico cuando se sobredosifica. (dosis máxima = 4000 mg/ día)

continúa en la próxima página

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	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

continúa en la próxima página

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 cuando se administra por IV.

continúa en la próxima página

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.

continúa en la próxima página

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 benzodiacepina	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 benzodiacepina. Por tanto, las pacientes tratadas con flumazenil deben vigilarse muy de cerca durante varias horas. En el caso de una sobredosis con narcótico y benzodiacepina, 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 flumazenil.</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*.

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 protectores faciales
- 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 esponja 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 del cuello uterino antes de la aspiración endouterina para un aborto del primer trimestre

Se recomienda la preparación del cuello uterino 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 del cuello uterino y del útero

Las mujeres experimentan efectos secundarios de 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 adonde 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 (sueros, 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)

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
- Mareos, desvanecimiento o desmayos
- Dolor abdominal
- Dolor abdominal intenso
- Náuseas, vómito
- Sangrado más abundante que el de una menstruación normal
- Secreción vaginal fétida

(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?
brillante _____ Sí __ No __ Tamaño _____ Sangre de un color

¿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 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?

continúa en la próxima página

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 reevaluación (si corresponde)

Notas sobre el procedimiento de reevaluación: _____

Seguimiento

Medicamentos recetados: _____

Referencias (si corresponde) : _____

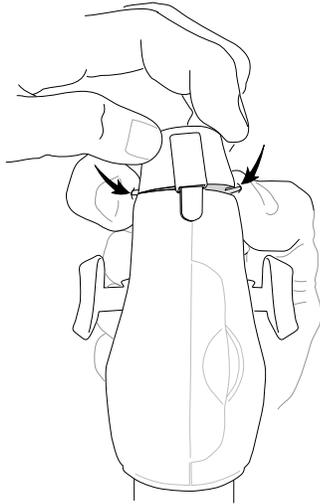
Motivo y nombre de la unidad de salud que efectuó la referencia: _____

(Adaptado de Hern, 1984 y Paul, 1999)

Anexo G: Consejos para el uso del aspirador Ipas AMEU Plus

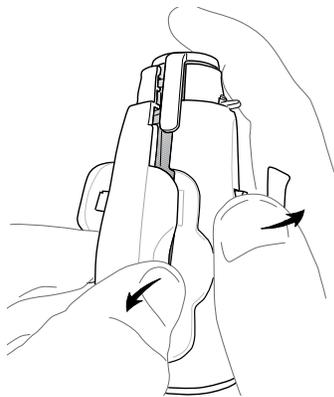
Cómo quitar la tapa

Con una mano, oprima las trabas para quitar la tapa; con la otra mano, hale la tapa.



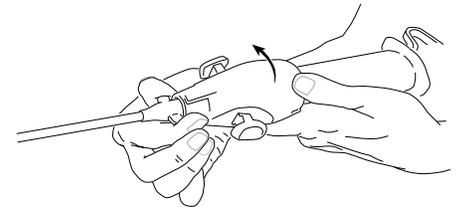
Cómo abrir el cuerpo de la válvula

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).



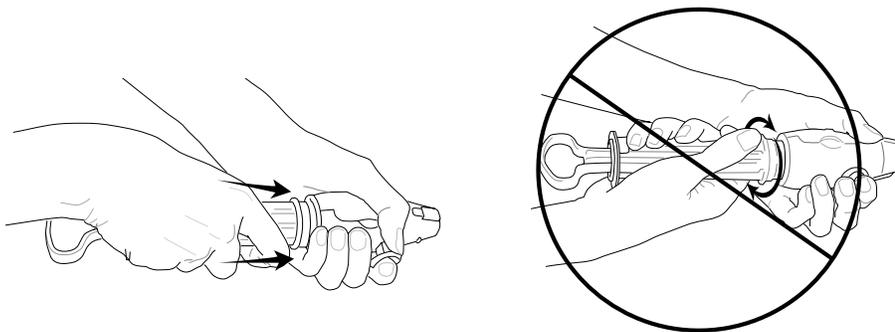
Cómo desconectar y conectar la cánula Ipas EasyGrip

Si es necesario desconectar la cánula durante el procedimiento: estabilice 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.



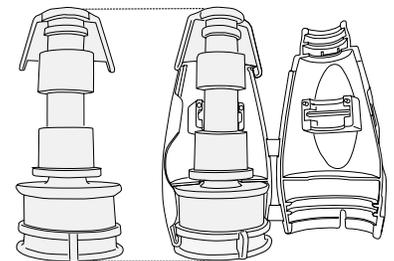
Cómo armar el aspirador

Al armar el aspirador, empuje el cilindro hacia adentro de la válvula. No gire el cilindro o la válvula durante el 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.

Anexo G: Consejos para el uso del aspirador Ipas AMEU Plus (continuación)

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.
- 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 medicamentos

Temas clave en este módulo:

- Criterios médicos de elegibilidad y contraindicaciones
- Información esencial para las usuarias
- Régimen combinado de mifepristona y misoprostol y régimen de misoprostol solo
- 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

La mifepristona y el misoprostol pueden ser utilizados para la evacuación endouterina. Para un análisis más completo de la prestación de servicios de aborto con medicamentos (AM), remítase a la publicación de Ipas *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos*, segunda edición; para obtener información sobre el uso del misoprostol en la atención postaborto, remítase a la Sección 11.0: Consideraciones para la atención postaborto.

Existen dos regímenes principales para el aborto con medicamentos:

1. *Uso combinado de la mifepristona y el misoprostol.* Puede usarse hasta las trece semanas de embarazo desde la fecha de la última menstruación (FUM). Este régimen ha sido ampliamente estudiado y utilizado de manera segura por mujeres en muchos países. Los estudios señalan tasas de eficacia de más del 95%.
2. *Uso del misoprostol solo.* Puede usarse hasta las trece semanas de embarazo desde la fecha de la última menstruación (FUM). Este régimen es menos eficaz que la mifepristona combinada con el misoprostol, pero puede ser útil cuando no se dispone de mifepristona. Cuando se usa el régimen recomendado, el misoprostol solo resulta eficaz en aproximadamente el 85% de los casos.

El misoprostol también puede ser utilizado para la prestación de servicios de atención postaborto de hasta las 13 semanas de gestación por tamaño uterino. La tasa de eficacia del misoprostol para la atención postaborto (APA) es de más del 90%.

Creada en Francia y conocida originalmente por el nombre de RU-486, la mifepristona bloquea la acción de la progesterona en el útero, ocasionando el desprendimiento del contenido uterino; y causa la maduración del cuello uterino y contracciones del útero.

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 la prevención y el tratamiento de úlceras gástricas. Se absorbe rápidamente cuando se administra por vía vaginal, sublingual o bucal.

A veces también se usan otros medicamentos para inducir el aborto. El metotrexate, un fármaco citotóxico que se utiliza para el tratamiento del cáncer, la artritis reumatoide y otras afecciones, se ha usado combinado con el misoprostol para el aborto con medicamentos en las etapas tempranas del embarazo, pero en 1997 un Panel de Toxicología recomendó que no se usara para inducir el aborto debido a su alto riesgo de teratogenicidad para los embarazos que continúan tras el uso del AM con metotrexate. Este módulo se centrará en el régimen combinado de mifepristona

y misoprostol y en el régimen de misoprostol solo para inducir el aborto, así como en el régimen de misoprostol solo para el tratamiento del aborto incompleto.

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 a la mujer el proceso del aborto con medicamentos

Antes de tomar cualquier medicamento, la mujer debe recibir indicaciones sobre lo que podría experimentar, qué píldoras tomar, cuándo y cómo tomarlas, 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 o bucal), el/la prestador/a de servicios de salud debería usar palabras sencillas (tal como “debajo de la lengua” y “dentro del cachete”) 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.

La entrega de información exacta sobre lo que la mujer puede esperar le ayuda a estar preparada. También puede ser útil ofrecerle apoyo y unas palabras reconfortantes durante el proceso de aborto, ya sea por el personal de la unidad de salud o alguna persona en el hogar. (Por favor remítase al módulo Consentimiento informado, información y consejería.)

La mayoría de las mujeres no experimentan ningún cambio tras tomar la mifepristona como parte del régimen combinado de mifepristona y misoprostol. Aproximadamente del 8% al 25% de las mujeres tendrán manchado o sangrado después de tomar la mifepristona y antes de tomar el misoprostol.

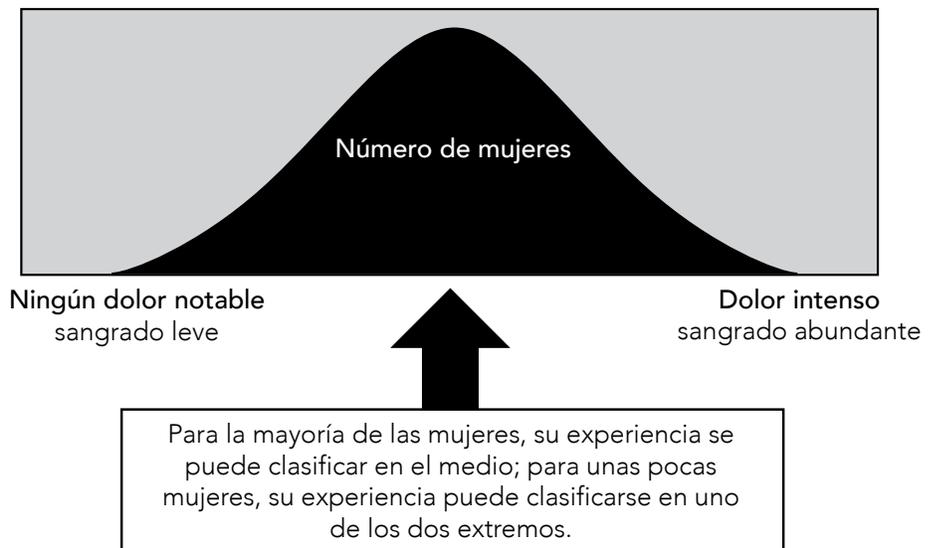
Sangrado y cólicos

Tanto las y los profesionales de la salud no experimentados con el método de aborto con medicamentos como las mujeres tendrán preguntas acerca de cómo distinguir entre lo que se considera sangrado y dolor normales y anormales. Todas las mujeres deben recibir información sobre el sangrado y el dolor que pueden

experimentar, teniendo en cuenta aquellos factores que podrían ponerlas en mayor o menor riesgo al presentar dichos síntomas.

Una descripción exacta de las sensaciones que la mujer podría sentir puede aliviar el temor y la ansiedad que agravan el dolor. La Figura 1: La curva de campana podría ser de utilidad tanto para las y los profesionales de la salud como para las pacientes para comprender la variedad de síntomas que pueden experimentar las mujeres. El/la prestador/a de servicios de salud puede utilizar la curva de campana para explicar que la mayoría de las mujeres se encuentran en la parte media debajo de la curva, y experimentan dolor de una intensidad y duración promedio. No obstante, algunas mujeres se encontrarán en un extremo de la curva u otro y experimentarán más o menos síntomas que la mayoría de las mujeres. No todas las mujeres comprenderán la representación de la curva de campana, pero todas deben recibir información sobre la variedad de síntomas que pueden experimentar, explicada de una manera que tenga mayor sentido.

Figura 1: La curva de campana



Aunque algunas mujeres no sienten ningún dolor y otras sienten un dolor intenso, la mayoría de las mujeres se encuentran aproximadamente en el medio. La mayoría de las mujeres que tienen un aborto con medicamentos sangran durante aproximadamente dos semanas, pero algunas sangran más y otras menos. Para mayor información sobre el sangrado y los cólicos, vea la Sección 5.0 de este módulo: Efectos esperados.

Es posible que la mujer tenga inquietudes sobre cuándo empezará a sangrar y cómo resguardar su privacidad y obtener apoyo durante el proceso. Su prestador/a de servicios de salud debería estar preparado para ayudarla a pensar y decidir cuál sería el lugar más privado y cómodo para someterse a este proceso y quién en su familia o red social podría ser la persona de confianza más indicada y comprensiva para brindarle apoyo durante el mismo.

Momento de expulsión en el AM

Con el régimen combinado de mifepristona y misoprostol antes de las 9 semanas de gestación, el tiempo promedio desde haber tomado el misoprostol hasta la expulsión generalmente ocurre en tres horas para las mujeres que usaron el misoprostol por vía sublingual y cuatro horas para las mujeres que lo usaron por vía vaginal. Por vía bucal, lleva un tiempo similar al de la vía vaginal.

El tiempo promedio de expulsión para el aborto con misoprostol solo es de siete a ocho horas después de haber tomado la primera dosis de misoprostol. De todas las expulsiones que ocurren, el 80% sucede en un plazo de 24 horas y el 95% ocurre en un plazo de 48 horas. La expulsión ocurre con mayor rapidez si el intervalo entre las dosis es más corto (cada 3 horas).

Normalmente, las mujeres empiezan a sentirse mejor el día siguiente de haber usado el misoprostol. La mujer puede reanudar su rutina habitual unos pocos días después de haber tomado el misoprostol. Las náuseas y el vómito, los cuales están asociados con el uso del misoprostol y los síntomas del embarazo, usualmente desaparecen uno o dos días después de haber usado misoprostol, así como los cólicos, los cuales son parte del proceso del AM y no un síntoma del embarazo.

Qué podría observar la mujer

La mayoría de las mujeres observan solo sangre y coágulos, algunos de los cuales pudieran ser bastante grandes. Es posible que con el AM las mujeres con embarazos entre 8 y 9 semanas observen un embrión reconocible aunque por lo general no es visible.

Si a una mujer le preocupa pensar en lo que va a observar, en particular después de las 8 semanas de embarazo, el/la prestador/a de servicios podría mostrarle un dibujo de un embrión de 8 o 9 semanas, lo cual podría ayudar a prepararla. Un embrión de 9 semanas mide aproximadamente 2.3 cm de largo, es decir, menos de una pulgada. Las mujeres con edades gestacionales de 10 a 13 semanas tienen mayor probabilidad de reconocer el feto, aunque es posible que se encuentre envuelto en un coágulo de sangre o tejido y que no se vea a menos que se fije bien. Un feto de 12 semanas mide aproximadamente 7.5 cm de largo, o casi tres pulgadas.

Para ver una ilustración de un embrión de 8 o 9 semanas, remítase al Anexo A.

Desecho de los restos embrionarios

La mujer simplemente puede verter los productos expulsados en el inodoro (excusado) o desechar las toallas sanitarias como lo haría después de la menstruación.

2.2 Evaluación clínica: examen físico

La evaluación clínica antes de la evacuación endouterina con medicamentos 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. Para mayor información, remítase al módulo Evaluación clínica.

Diagnóstico y determinación exacta de la edad gestacional

Para el aborto con medicamentos, el/la prestador/a de servicios de salud debe confirmar que la edad gestacional es de trece semanas o menos desde la fecha de la última menstruación. Los regímenes de aborto con medicamentos aquí descritos deben utilizarse solo hasta las trece semanas desde la FUM.

Contraindicaciones y precauciones del aborto con medicamentos

Las contraindicaciones del aborto con medicamentos son:

- Antecedentes de reacción adversa a cualquiera de los medicamentos usados en estos regímenes
- Sospecha o confirmación de embarazo ectópico
- Porfiria hereditaria (corresponde solo al régimen combinado de mifepristona y misoprostol)
- Insuficiencia suprarrenal crónica (corresponde solo al régimen combinado de mifepristona y misoprostol)

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.* No existe evidencia sobre el uso de los métodos de evacuación endouterina con medicamentos en mujeres con trastornos hemorrágicos, cardiopatía, anemia grave o problemas graves o inestables de salud. La decisión de proporcionar servicios de evacuación endouterina con medicamentos a mujeres con estas afecciones dependerá de la disponibilidad de opciones para servicios de aborto seguro, referencias a otros servicios y el criterio médico. Si se administra mifepristona o misoprostol debe hacerse bajo observación de cerca.
- *Asma grave no controlada o terapia corticoesteroides a largo plazo* (corresponde solo al régimen combinado de mifepristona y misoprostol). No existe evidencia del uso

de mifepristona en mujeres con dependencia de esteroides. Si no existen otras alternativas de aborto seguro, el/la prestador/a de servicios de salud debe usar su criterio clínico. Aumente la dosis de esteroides durante 3 o 4 días y vigile a la mujer muy de cerca. Las afecciones tales como el asma mal controlada podrían empeorar.

2.3 Necesidades anticonceptivas

Después de un aborto con medicamentos, 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 el embarazo. 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 referencias a los servicios correspondientes. Por lo general, todos los métodos anticonceptivos modernos pueden usarse inmediatamente después del AM en el primer trimestre, siempre y cuando no existan contraindicaciones.

Los anticonceptivos pueden empezarse con la primera tableta del aborto con medicamentos. Esta recomendación está basada en la opinión de expertos. La necesidad inmediata de la mujer de disponer de anticonceptivos confiables después del AM, 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 puede colocarse tan pronto como se tenga certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada. 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 del aborto eran regulares. (Por favor remítase al módulo Servicios de anticoncepción.)

3.0 Regímenes recomendados de mifepristona combinada con misoprostol

Mundialmente se utiliza una variedad de regímenes combinados de mifepristona y misoprostol para inducir el aborto con medicamentos. Las siguientes instrucciones se basan en los regímenes usados en ensayos clínicos y en la práctica basada en la evidencia.

El/la prestador/a de servicios de salud debe administrar la mifepristona solo después que la mujer haya recibido la siguiente información.

- Cuándo y cómo tomar los medicamentos
- Qué debería sentir y observar durante el proceso de aborto
- Signos de alarma y lo que debe vigilar como posibles complicaciones
- A quién contactar en caso de dudas o urgencia
- Qué medicamentos tomar para el manejo del dolor

Cuadro 12-1: Regímenes combinados de mifepristona y misoprostol para el aborto con medicamentos hasta las 13 semanas de gestación

Edad gestacional	Dosis de mifepristona	Dosis, vía y tiempo de administración del misoprostol
Hasta 9 semanas (Kulier 2011)	200 mg por vía oral	Después de 24 a 48 horas, una dosis de 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal
9 o 10 semanas (Winikoff, 2012)	200 mg por vía oral	Después de 24 a 48 horas, una dosis de 800 mcg por vía bucal
10 a 13 semanas (Hamoda 2005a, Hamoda 2005b)	200 mg por vía oral	Después de 36 a 48 horas, 800 mcg por vía vaginal seguido de 400 mcg por vía vaginal o sublingual cada 3 horas, con un máximo de 5 dosis de misoprostol

Se ha demostrado que el aborto con medicamentos es seguro y eficaz entre las 9 y 13 semanas de gestación, aunque esta información se basa en menos estudios, comparado con el embarazo en etapas más tempranas. Las recomendaciones para una edad gestacional de 11 a 13 semanas se basan en un número aun menor de mujeres.

3.1 Administración de la mifepristona

Para mujeres con una edad gestacional de hasta 13 semanas o menos desde la FUM, el/la prestador/a de servicios de salud debe administrar 200 mg de mifepristona por vía oral. Por lo general, la mifepristona se administra en la unidad de salud. Un estudio reciente señala que las mujeres pueden tomar la mifepristona de manera segura en su casa, si así lo desean, sin afectar su seguridad o eficacia. Ya sea que las mujeres tomen la mifepristona en la unidad de salud o en su casa, deben recibir indicaciones de tomar el misoprostol de 24 a 48 horas después de la administración de la mifepristona.

3.2 Administración del misoprostol

Existe una variedad de opciones en cuanto a la vía, dosis y tiempo de administración del misoprostol. Las vías de administración

recomendadas durante el primer trimestre son: bucal, sublingual o vaginal. Para obtener información sobre el número de dosis y tiempo de administración, según la FUM, remítase al Cuadro 12-1.

En los casos de mujeres con menos de 10 semanas de gestación, el misoprostol puede tomarse en su casa o en la unidad de salud, según la preferencia de la mujer. Para un AM entre las 10 y 13 semanas, la mujer debe regresar a la unidad de salud para tomar el misoprostol y debe permanecer ahí hasta que se haya concluido el aborto.

3.2.1 Vías de administración

Uso de misoprostol por vía bucal

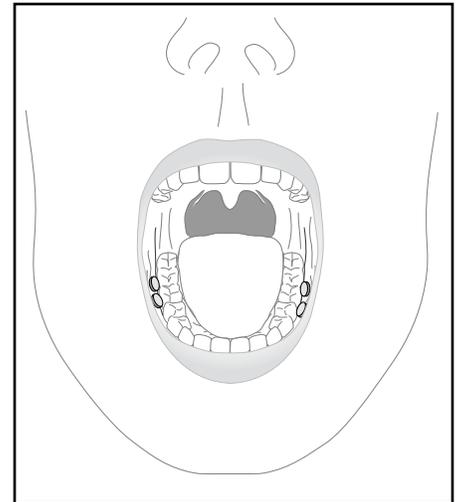
- Coloque dos tabletas entre cada cachete y las encías (cuatro en total)
- Después de 30 minutos, tráguese toda porción restante de las tabletas

Uso de misoprostol por vía sublingual

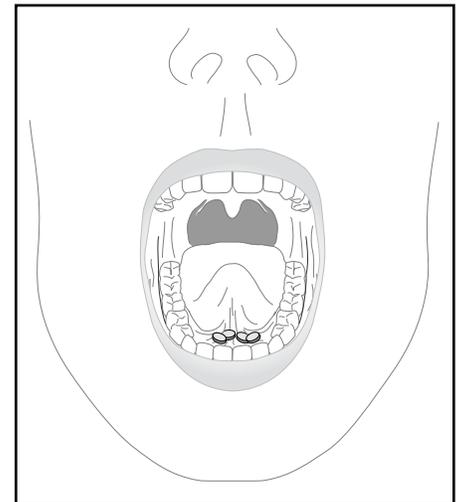
- Coloque cuatro tabletas debajo de la lengua.
- Después de 30 minutos, tráguese toda porción restante de las tabletas.

Uso de misoprostol por vía vaginal

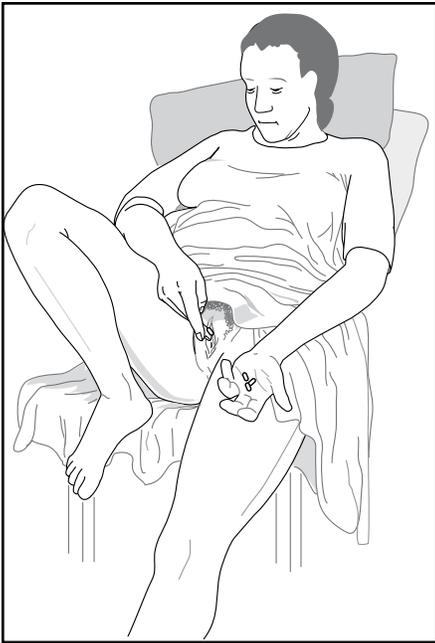
- La mujer vacía la vejiga y se acuesta.
- Si el/la prestador/a de servicios de salud introduce las tabletas, debe lavarse las manos y ponerse guantes de examen limpios.
- Se introducen todas las tabletas de misoprostol.
- Las tabletas deben empujarse lo más profundo posible dentro de la vagina; no necesitan estar en un sitio específico en la vagina.
- A menudo las tabletas no se disuelven, pero aun así el medicamento es absorbido.
- Posiblemente haya fragmentos de las tabletas visibles durante muchas horas.
- Después que la mujer permanezca acostada durante 30 minutos, si las tabletas se caen cuando la mujer se levante o vaya al baño, no es necesario reintroducirlas, pues el medicamento activo ya ha sido absorbido.



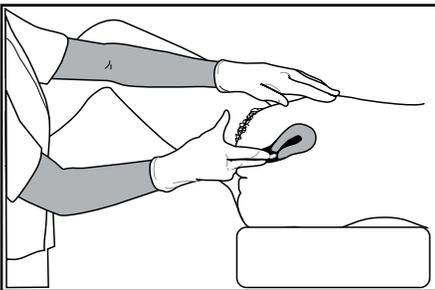
Uso bucal del misoprostol



Uso sublingual del misoprostol



Uso de misoprostol por vía vaginal



Uso de misoprostol por vía vaginal

3.2.2 Administración domiciliaria del misoprostol

Múltiples estudios realizados en diferentes países han señalado que tomar misoprostol en casa, como parte del régimen combinado de mifepristona y misoprostol, es seguro, eficaz y sumamente aceptable para las mujeres que tienen un aborto con medicamentos, con edades gestacionales de hasta 10 semanas desde la FUM. Aunque los estudios no han evaluado específicamente la seguridad, eficacia y aceptabilidad del uso domiciliario del misoprostol con los regímenes de misoprostol solo, la opción del uso domiciliario del misoprostol ha sido incluida en los estudios de este régimen.

Muchas mujeres prefieren tomar misoprostol en su casa en un entorno familiar, con gente conocida, rodeadas de efectos personales. De esta manera, también pueden ahorrar dinero en costo de transporte así como tiempo. A su vez, esto también le ahorra a la unidad de salud recursos humanos.

El personal de salud debe entregar a todas las mujeres que van a tener un AM en el hogar, 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 AM, los efectos secundarios y los signos de alarma, qué signos indican que tuvo un aborto completo, 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 un aborto fallido, y adónde acudir en caso de urgencia;
- 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 pueda acompañarla cuando tome el misoprostol y después, cuando es probable que empiece a sangrar? ¿Tiene hijos, ha hecho arreglos para su cuidado en caso 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 para el aborto con medicamentos en el hogar.

3.2.3 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. Si la mujer elige tomar el misoprostol por vía vaginal en la unidad de salud, debe tener la opción de introducir las tabletas de misoprostol por sí misma o de que un/a prestador/a de servicios de salud las introduzca. También puede tomar el misoprostol por vía bucal o sublingual.

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 expulsarlo, 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 inodoros para atender el mayor número de mujeres que estén recibiendo misoprostol en cualquier 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 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.

Un profesional de la salud debe examinar el tejido expulsado para confirmar un aborto completo.

Si la mujer se va del centro de salud antes de abortar, el/la prestador/a de servicios de salud debe:

- Darle instrucciones y suministros para realizar 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 un aborto completo, así como los signos de alarma de complicaciones o de un aborto incompleto. Proporcionar datos de contacto de la unidad de salud para casos de urgencia.
- 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 un aborto completo, debe regresar en dos semanas.

4.0 Regímenes recomendados de misoprostol solo

El régimen de misoprostol solo para inducir el aborto con medicamentos es una opción importante en los lugares donde no se dispone de mifepristona. La tasa de eficacia del misoprostol solo para inducir el aborto en el primer trimestre sin necesidad de ninguna otra intervención es de aproximadamente un 85%. La tasa de continuación del embarazo después de un aborto con misoprostol solo es de aproximadamente un 5%. Los abortos realizados con misoprostol solo generalmente llevan más tiempo y tienen menor tasa de eficacia que aquellos realizados con el régimen combinado de mifepristona y misoprostol. Si se dispone de mifepristona, se recomienda el régimen combinado.

Cuadro 12-2: Regímenes de misoprostol solo hasta las 13 semanas de gestación (Carbonell 1998, 1999 y 2001)		
800 mcg de misoprostol (cuatro tabletas de 200 mcg)	Vaginal	Cada 3 a 12 horas, con un máximo de 3 dosis
800 mcg de misoprostol (cuatro tabletas de 200 mcg)	Sublingual	Cada 3 horas, con un máximo de 3 dosis

Las tasas de aborto completo en gestaciones menores de 9 semanas son equivalentes cuando el misoprostol se administra por vía vaginal cada tres a doce horas o por vía sublingual cada tres horas, para un total de tres dosis. La vía sublingual tuvo mayor incidencia de efectos secundarios que la vaginal.

Ha habido relativamente pocos estudios que hayan examinado el uso de misoprostol solo para inducir el aborto entre las 9 y 13 semanas de gestación. Hasta la fecha, no hay datos que apoyen el uso domiciliario del misoprostol solo en gestaciones de 9 a 13 semanas. El misoprostol para el AM entre las 9 y 13 semanas debe administrarse en la unidad de salud y las mujeres deben

permanecer en la unidad hasta que el aborto se haya finalizado. El/la prestador/a de servicios de salud debe inspeccionar los restos ovulares para confirmar que la mujer tuvo un aborto completo.

Los regímenes de misoprostol solo también pueden usarse para el tratamiento del aborto incompleto. Para obtener más información, por favor remítase a la sección 11.0 Consideraciones para la atención postaborto y al manual de Ipas *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.

4.1 Administración de misoprostol solo

Para las mujeres con una edad gestacional de 13 semanas o menos desde la FUM, el/la prestador/a de servicios de salud o la mujer deben administrar 800 microgramos de misoprostol por vía sublingual o vaginal. (Para obtener información sobre el tiempo de administración y las dosis, por favor remítase al Cuadro 12-2.)

4.1.1 Protocolo para la administración del misoprostol solo

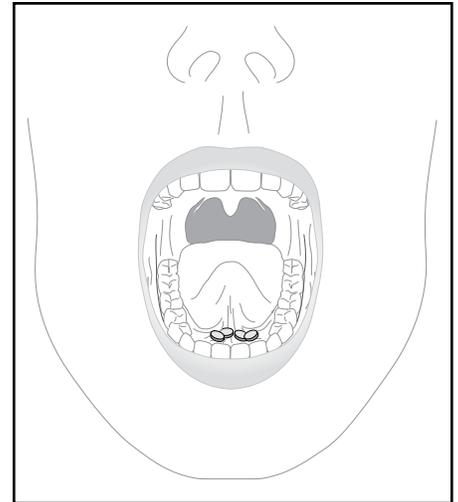
Ipas recomienda las vías sublingual o vaginal para la administración del misoprostol en el primer trimestre.

Uso sublingual del misoprostol

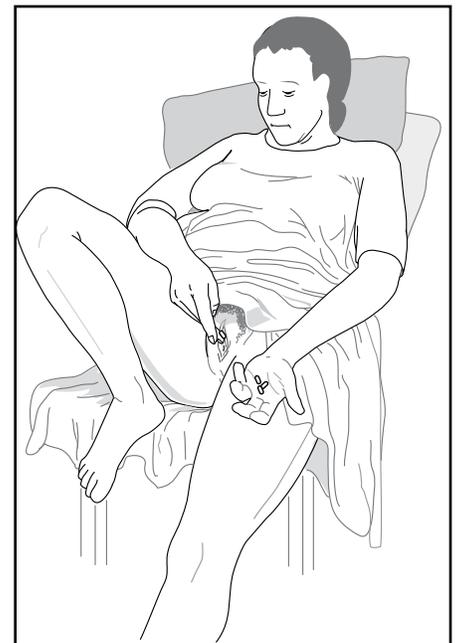
- Coloque cuatro tabletas debajo de la lengua.
- Después de 30 minutos, tráguese toda porción restante de las tabletas.

Uso vaginal del misoprostol

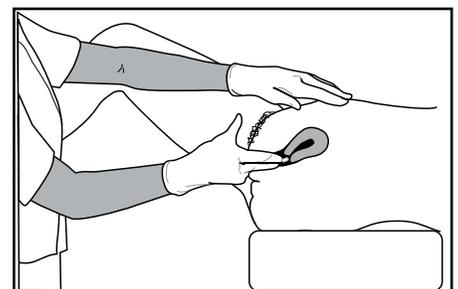
- La mujer vacía la vejiga y se acuesta.
- Si un/a prestador/a de servicios introduce las tabletas, debe lavarse las manos y ponerse guantes de examen limpios.
- Se introducen todas las tabletas de misoprostol.
- Las tabletas deben empujarse lo más profundo posible dentro de la vagina; no necesitan estar en un sitio específico en la vagina.
- A menudo las tabletas no se disuelven, pero aun así el medicamento es absorbido.
- Posiblemente haya fragmentos de las tabletas visibles durante muchas horas.
- Después que la mujer permanezca acostada durante 30 minutos, si las tabletas se caen cuando la mujer se levante



Uso sublingual del misoprostol



Uso de misoprostol por vía vaginal



Uso de misoprostol por vía vaginal

para ir al baño, no es necesario reintroducirlas, pues el medicamento activo ya ha sido absorbido.

5.0 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 de los medicamentos o de los signos de alarma de verdaderas complicaciones.

5.1 Dolor y cólicos

Durante la evacuación endouterina con medicamentos, la mayoría de las mujeres experimentarán 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 disminuirán pronto. El dolor que experimentan las mujeres es algo muy individual, por lo cual es imposible prever cuánto dolor experimentará cada mujer.

Sin embargo, existen algunos indicadores que ayudan a prever el dolor asociado con los métodos de medicamentos. Entre los indicadores asociados con menos dolor durante el aborto con medicamentos figuran: mayor edad, haber dado a luz antes y un mayor número de partos. Las jóvenes y las mujeres que nunca han estado embarazadas tienden a experimentar mayor dolor con el aborto con medicamentos, independientemente de otros factores como la edad o los antecedentes reproductivos.

5.2 Manejo del dolor

La mayoría de las mujeres encuentran que el dolor relacionado con el aborto con medicamentos 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 el aborto con medicamentos. Los medicamentos AINE, tal como el ibuprofeno, son más eficaces que el acetaminofén. No obstante, el acetaminofén podría reducir la dosis de narcóticos que la mujer usa durante el AM. 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. El ibuprofeno no disminuye la eficacia de los medicamentos para inducir el aborto. 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 los 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 médico, 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 endouterina y también podría ser útil con los métodos de medicamentos. Estos son métodos complementarios y no sustitutos del manejo del dolor con medicamentos.

Las investigaciones señalan que las experiencias de las mujeres jóvenes con el aborto con medicamentos son similares a las de las mujeres de edad más avanzada. Sin embargo, la percepción del dolor parece estar relacionada con la edad. Se ha encontrado que la percepción del dolor y el uso de analgesia son mayores entre las mujeres jóvenes que entre las de mayor edad. La paridad baja también se ha asociado con mayor percepción del dolor y/o mayor necesidad del uso de analgésicos. 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.)

5.3 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. Con el régimen combinado de AM, el sangrado generalmente comienza en las tres primeras horas después de haber tomado el misoprostol y tiende a disminuir una vez que se ha expulsado el contenido uterino.

En uno de los pocos estudios amplios realizados para analizar los patrones de sangrado de las mujeres que eligen el AM o la aspiración, la duración del sangrado abundante, el sangrado semejante a una menstruación y el manchado fue

considerablemente mayor en las mujeres en proceso de AM. No obstante, a pesar de mayor duración del sangrado, las mujeres que tuvieron un AM no mostraron una bajada de hemoglobina (>2g/dl) de importancia clínica significativa en comparación con las mujeres a quienes se les efectuó el procedimiento de aspiración endouterina. Sobre todo, en este estudio, las mujeres que tenían expectativas realistas sobre la duración y el grado de sangrado, quedaron satisfechas con su experiencia de AM.

Después del régimen combinado de mifepristona y misoprostol para el AM, la duración promedio del sangrado es de aproximadamente 14 días. Un 20% de las mujeres que tuvieron un AM continuaron sangrando o manchando durante 35 a 42 días, lo cual podría incluir el comienzo de la primera menstruación postaborto.

Aunque existen menos datos acerca de la duración del sangrado después del AM con misoprostol solo, parecen ser similares a los del régimen combinado de mifepristona y misoprostol. En el estudio más importante sobre el aborto inducido con misoprostol solo, la duración media del sangrado fue de 11.5 días, la cual es similar a la de los regímenes combinados.

6.0 Posibles efectos secundarios

Los efectos secundarios a continuación están asociados con el uso de misoprostol y corresponden a mujeres en proceso de evacuación endouterina, ya sea con el régimen combinado de mifepristona y misoprostol o con misoprostol solo:

- 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. Más de la mitad de las mujeres en los ensayos clínicos sobre el régimen combinado de mifepristona y misoprostol o de misoprostol solo experimentan efectos secundarios gastrointestinales, tales como náuseas, vómito y diarrea. La fiebre y los escalofríos son comunes con el misoprostol pero son de corta duración y pueden aliviarse con antipiréticos. Los dolores de cabeza, la debilidad y los mareos

también son comunes. 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.)

7.0 Complicaciones

Los efectos secundarios y las complicaciones a menudo ocurren en continuidad. 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 muy poco frecuentes; entre las relacionadas con el aborto con medicamentos figuran: la continuación del embarazo, hemorragia e infección; y las derivadas del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto son: tratamiento ineficaz, 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. Las mujeres deben ponerse en contacto con el/la prestador/a de servicios de salud inmediatamente si experimentan:

- *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 inusual o fétida*, 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

Las mujeres deben regresar a la clínica antes de su cita de control (si tienen una programada) si no tienen sangrado o solo un poco uno o dos días después de haber tomado el misoprostol. Esto no representa una urgencia, sino una razón para acudir a la cita de seguimiento un poco antes. Un sangrado ligero con el aborto con medicamentos es indicio de que es posible que el embarazo continúe, o que el tratamiento está funcionando pero el embarazo tenía una edad gestacional muy temprana.



Proporcionar indicaciones sobre cómo tomar los medicamentos

A las mujeres que presentan complicaciones del AM 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. Los temores de 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 poder 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 ofrecen servicios de aborto con medicamentos, 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 aborto con medicamentos fallido.

(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.)

8.0 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 una experiencia normal del aborto con medicamentos, qué tabletas tomar, cuándo y cómo tomarlas, cuándo acudir para una cita de control, 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 o bucal), las y los profesionales de la salud deben usar palabras sencillas (como “debajo de la lengua” y “dentro del cachete”) 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 que 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 AM, los efectos secundarios y posibles complicaciones. Para ver imágenes relacionadas con el AM, por favor remítase al material de información, educación y

comunicación (IEC) y el material auxiliar en Recursos adicionales, Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.

La información que se les proporcione a las mujeres sobre el AM debe incluir:

- Régimen y eficacia
- Lo que va a experimentar
- Cuánto tiempo lleva el proceso generalmente
- Los signos de un aborto completo
- 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 servicios de aborto con medicamentos.

(Por favor remítase al módulo Complicaciones y al módulo Vínculos con la comunidad. En el módulo Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus se presenta el Anexo E: Hoja de información para el alta.)

9.0 Cuidados de seguimiento

Aunque no es necesario acudir a una consulta de control rutinaria después de un aborto con medicamentos inducido con el régimen combinado de mifepristona y misoprostol, sí se recomienda una cita de control de rutina después del régimen de misoprostol solo, debido a su menor eficacia. Las mujeres que toman los medicamentos en casa deben recibir una explicación sobre cómo reconocer los signos de expulsión (sangrado y cólicos) que ocurren con un aborto con medicamentos completo. Por lo general, las

mujeres que creen que han tenido un aborto con medicamentos completo, no necesitan más atención médica. No obstante, si una mujer toma los medicamentos y presenta sangrado mínimo o ningún sangrado o todavía siente que está embarazada, debe regresar a su prestador/a de servicios para determinar si tuvo un aborto completo o si necesita que se le efectúe otro procedimiento para finalizar el aborto. 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 aborto, puede regresar aproximadamente en dos semanas para confirmar que ha tenido un aborto completo o para recibir los servicios adicionales que desee.

Lista de verificación de aborto completo (basada en Perriera 2010)

Pregunte a la mujer cada una de las preguntas a continuación y marque la casilla correspondiente.

	Sí	No
1 ¿A Ud. le dieron cólicos después de tomar todas las tabletas para el aborto con medicamentos?		
2 ¿Tuvo Ud. un sangrado al menos tan abundante como con su menstruación habitual después de haber tomado todas las tabletas para el aborto con medicamentos?		
3 ¿Expulsó Ud. coágulos de sangre o tejido después de haber tomado todas las tabletas para el aborto con medicamentos?		
4 ¿Desaparecieron sus síntomas de embarazo?		
5 ¿Cree que todavía está embarazada?		
6 ¿Tiene sangrado abundante hoy?		
7 ¿Tiene fiebre hoy?		
8 ¿Tiene cólicos o dolor muy intenso?		

Si hay por lo menos una marca en el área sombreada, la paciente debe acudir a un/a prestador/a de servicios de salud. Es posible que todavía esté embarazada o que necesite atención médica adicional.

Si no hay marcas en el área sombreada, es muy probable que haya tenido un aborto con medicamentos completo. La paciente debe usar anticonceptivos para evitar un embarazo no deseado.

Si la mujer regresa para una consulta de control, el/la prestador/a de servicios debe:

1. Preguntar acerca de la experiencia de la mujer con el proceso de aborto con medicamentos.
2. Confirmar si tuvo un aborto completo:

- a. Hacer el historial del proceso de aborto, 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 una ultrasonografía o referirla a otros servicios con este recurso a fin de verificar o descartar la presencia del saco gestacional o continuación del embarazo.
3. Realizar la aspiración por vacío para finalizar el proceso en caso de que el embarazo continúe.
 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.
 7. Según sea necesario, referirla a otros servicios médicos, ginecológicos o de consejería.

(Por favor remítase al módulo Evaluación clínica, al módulo Complicaciones, al módulo Servicios de anticoncepción, y al módulo Consentimiento informado, información y consejería. Para obtener ejemplos de documentos, vea el Anexo F: Ejemplo del formulario para el seguimiento médico, del módulo Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.)

10.0 Consideraciones especiales: las mujeres jóvenes

La mayoría de los aspectos de la prestación de servicios de aborto para las mujeres jóvenes son los mismos que para las mujeres adultas, pero existen algunas consideraciones especiales que se deben tener en cuenta.

Es probable que éste sea el primer examen pélvico de la mujer y podría estar nerviosa o temerosa. Por lo tanto, el/la prestador/a de servicios de salud debe prestar atención especial para:

- Asegurarse de que por lo menos haya privacidad visual y, de preferencia, privacidad auditiva.
- Explicar qué hace en cada paso.
- Realizar el examen físico de la manera más suave posible. Si dispone de espéculos de varios tamaños, utilizar el tamaño más indicado para la mujer y el más propicio para el examen o el procedimiento.

Aunque mujeres de todas las edades necesitan manejo del dolor, se ha comprobado que la percepción del dolor y el uso de analgesia son, en promedio, más altos en mujeres jóvenes que en las de mayor edad.

11.0 Consideraciones para la atención postaborto

- Los criterios médicos de elegibilidad son: orificio cervical abierto, sangrado vaginal o antecedentes de sangrado vaginal durante el embarazo y el tamaño uterino es menor de 13 semanas.
- Las contraindicaciones del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto son:
 - Reacciones adversas previas 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 para el tratamiento del aborto incompleto, la fertilidad se reanuda rápidamente. Por lo tanto, si una mujer desea evitar el embarazo, se le debe entregar un anticonceptivo cuando acuda a la consulta inicial de atención postaborto.
- Es probable que las mujeres que reciben misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto experimenten dolor, cólicos y sangrado. También podrían experimentar efectos secundarios del misoprostol, 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 para la APA.
- 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.
- 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.

Para obtener más información y materiales sobre el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto o el aborto diferido,

véase *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.

12.0 Resumen

- Los estudios indican que el régimen combinado de mifepristona y misoprostol tiene una tasa de eficacia un poco más alta que el régimen de misoprostol solo.
- Aunque el régimen de misoprostol solo para inducir el aborto con medicamentos no es tan eficaz como el régimen combinado de mifepristona y misoprostol, éste podría ser una opción útil donde no se dispone de mifepristona.
- Se recomienda la administración vaginal, bucal o sublingual del misoprostol para embarazos después de las siete semanas de gestación en vez de la administración oral debido a que estas vías de administración son más eficaces.
- Si el embarazo continúa, se recomienda finalizar el aborto, preferiblemente con el procedimiento de aspiración por vacío.
- La consejería incluye proporcionar información básica sobre el aborto con medicamentos, sus riesgos y beneficios, y los posibles efectos secundarios y complicaciones.
- Antes de tomar los medicamentos, la mujer debe recibir instrucciones sobre lo que va a experimentar, qué píldoras tomar, cuándo y cómo tomarlas, cuándo acudir para una consulta de control, y cuándo y dónde buscar atención médica si surge alguna complicación.
- Entre los preparativos necesarios antes de la administración de la mifepristona figuran: brindar consejería y obtener un 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 urgencia; y hablar sobre sus necesidades anticonceptivas.
- El misoprostol puede administrarse en casa para gestaciones de hasta 10 semanas desde la FUM. Las mujeres que eligen permanecer en la unidad de salud durante el proceso de aborto con medicamentos deben tener a su disposición instalaciones adecuadas y el apoyo del personal de salud.
- El sangrado vaginal y los cólicos son efectos normales del proceso de aborto con medicamentos y deben esperarse. Otros efectos secundarios son: náuseas, diarrea, vómito, fiebre, calor, escalofríos, dolores de cabeza y mareos.

- Se debe ofrecer medicamentos para el dolor a todas las mujeres. Tanto los analgésicos no narcóticos como los analgésicos narcóticos pueden usarse para el tratamiento del dolor asociado con el aborto con medicamentos. Se ha demostrado que los AINE son significativamente más eficaces que el acetaminofén.
- Aunque rara vez ocurren complicaciones graves a causa del aborto con medicamentos, entre las complicaciones que pueden ocurrir figuran la continuación del embarazo, hemorragia e infección.
- Antes de egresar de la unidad de salud, la mujer debe tener conocimiento de lo que debe esperar en cuanto a los efectos secundarios de los medicamentos tomados o que tomará en casa; los signos de alarma de posibles complicaciones; y cuándo y dónde buscar atención médica.
- Aunque no es necesario acudir a una consulta de control rutinaria después del régimen combinado de mifepristona y misoprostol para el aborto con medicamentos, sí se recomienda una cita de control de rutina después de un aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo, debido a su menor eficacia.

Referencias bibliográficas

Ashok, P. W., Penney, G. C., Flett, G. M. y Templeton, A. (1998). An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 13(10), 2962-2965.

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 Sterility*, 97(3), 612-615.

Bartley, J., Tong, S., Everington, D. y Baird, D. T. (2000). Parity is a major determinant of success rate in medical abortion: a retrospective analysis of 3161 consecutive cases of early medical abortion treated with reduced doses of mifepristone and vaginal gemeprost. *Contraception*, 62(6), 297-303.

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.

Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T. y Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*, 83(6), 517-521.

Billings, D. L. (2004). Misoprostol alone for early medical abortion in a Latin American clinic setting. *Reproductive Health Matters*, 12 (24 Supplement), 57-64.

Blanchard, K., Winikoff, B. y Ellertson, C. (1999). Misoprostol used alone for the termination of early pregnancy. A review of the evidence. *Contraception*, 59(4), 209-217.

Borgatta, L., Mullally, B., Vragovic, O., Gittinger, E. y Chen, A. (2004). Misoprostol as the primary agent for medical abortion in a low-income urban setting. *Contraception*, 70(2), 121-126.

Bracken, H., Gliozheni, O., Kati, K., Manoku, N., Moisiu, R., Shannon, C., et al. (2006). Mifepristone medical abortion in Albania: results from a pilot clinical research study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 11(1), 38-46.

Bugalho, A., Mocumbi, S., Faúndes, A. y David, E. (2000). Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 microg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 61(1), 47-50.

Callen, P. W. (2011). *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*: Saunders.

Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R. y Sánchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*, 57(5), 329-333.

Carbonell, J. L., Rodríguez, J., Velazco, A., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., et al. (2003). Oral and vaginal misoprostol 800 microg every 8 h for early abortion. *Contraception*, 67(6), 457-462.

Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Tanda, R. y Sánchez, C. (1999). Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 4(1), 35-40.

Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., et al. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39-45.

Creinin, M. D. (2003). Current medical abortion care. *Current Womens Health Report*, 3(6), 461-469.

Creinin, M. D. y Aubény, E. (1999). Medical abortion in early pregnancy. En M. E. Paul, 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.

Creinin, M. D. y Danielsson, K. G. (2009). Medical abortion in early pregnancy *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*.

- Creinin, M. D., Fox, M. C., Teal, S., Chen, A., Schaff, E. A. y Meyn, L. A. (2004). A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 103(5 Pt 1), 851-859.
- Creinin, M. D. y Shulman, T. (1997). Effect of nonsteroidal antiinflammatory drugs on the action of misoprostol in a regimen for early abortion. *Contraception*, 56(3), 165-168.
- Davis, A., Westhoff, C. y De Nonno, L. (2000). Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *Journal of American Medical Women's Association*, 55(3 Suppl), 141-144.
- Elul, B., Hajri, S., Ngoc, N. N., Ellertson, C., Slama, C. B., Pearlman, E., et al. (2001). Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet*, 357(9266), 1402-1405.
- 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.
- Fiala, C., Winikoff, B., Helström, L., Hellborg, M. y Gemzell-Danielsson, K. (2004). Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*, 70(5), 387-392.
- 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.
- Goldberg, A. B., Greenberg, M. B. y Darney, P. D. (2001). Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 38-47.
- Guengant, J.-P., Bangou, J., Elul, B. y Ellertson, C. (1999). Mifepristone-misoprostol medical abortion: home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception*, 60(3), 167-172.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. y Templeton, A. (2004). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG*, 111(9), 996-1000.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. y Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: a review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, 71(5), 327-332.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. y Templeton, A. (2005). A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG*, 112(8), 1102-1108.
- Harper, C., Winikoff, B., Ellertson, C. y Coyaji, K. (1998). Blood loss with mifepristone-misoprostol abortion: measures from a trial in China, Cuba and India. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 63(1), 39-49.

- Hausknecht, R. (2003). Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception*, 67(6), 463-465.
- 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.
- Ingham, R. y Lee, E. (2008). *Evaluation of Early Medical Abortion (EMA) pilot sites*. Reino Unido: Departamento de Salud.
- Jackson, E. y Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 83(2), 116-126.
- Jain, J. K., Dutton, C., Harwood, B., Meckstroth, K. R. y Mishell, D. R. (2002). A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Human Reproduction*, 17(6), 1477-1482.
- Jain, J. K., Meckstroth, K. R. y Mishell, D. R. (1999). Early pregnancy termination with intravaginally administered sodium chloride solution moistened misoprostol tablets: historical comparison with mifepristone and oral misoprostol. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(6), 1386-1391.
- Kruse, B., Poppema, S., Creinin, M. D. y Paul, M. (2000). Management of side effects and complications in medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(2 Suppl), S65-75.
- Kulier, R., Kapp, N., Gülmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. y Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*(11), CD002855.
- 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.
- Mayo Clinic (2012, 4 December 2012). Fetal development: The first trimester. Fuente: <http://www.mayoclinic.com/health/prenatal-care/PR00112>, consultada 14 de marzo de 2013.
- Meckstroth, K. R., Whitaker, A. K., Bertisch, S., Goldberg, A. B. y Darney, P. D. (2006). Misoprostol administered by epithelial routes: Drug absorption and uterine response. *Obstetrics and Gynecology*, 108(3 Pt 1), 582-590.

National Abortion Federation (2001). *Early options. A provider's guide to medical abortion*. Washington DC: National Abortion Federation.

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 Syst Rev*(1), CD007223.

Ngoc, N., Winikoff, B., Clark, S., Ellertson, C., Am, K. N., Hieu, D. T., et al. (1999). Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 25(1), 10-14.

Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., et al. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception*, 83(5), 410-417.

Organización Mundial de la Salud (1997). *Métodos médicos de interrupción del embarazo: Informe de un grupo científico de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (cuarta edición). Ginebra: 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: Organización Mundial de la Salud.

Paul, M. (2007). Abortion. En R. A. Hatcher, J. Trussell, A. L. Nelson, J. W. Cates, F. H. Stewart y D. Kowall (Eds.), *Contraceptive Technology* (19 ed.). Nueva York, NY: Ardent Media, Inc.

Perriera, L. K., Reeves, M. F., Chen, B. A., Hohmann, H. L., Hayes, J. y Creinin, M. D. (2010). Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*, 81(2), 143-149.

Planned Parenthood Federation of America (2002). *Medical abortion: Questions and answers*. Nueva York, NY: Planned Parenthood Federation of America.

Renner, R. M., Jensen, J. T., Nichols, M. D. y Edelman, A. (2009). Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD006712.

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

Rossi, B., Creinin, M. D. y Meyn, L. A. (2004). Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. *Contraception*, 70(4), 313-317.

Salakos, N., Kountouris, A., Botsis, D., Rizos, D., Gregoriou, O., Detsis, G., et al. (2005). First-trimester pregnancy termination with 800 microg of vaginal misoprostol every 12 h. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10(4), 249-254.

Schaff, E. A., DiCenzo, R. y Fielding, S. L. (2005). Comparison of misoprostol plasma concentrations following buccal and sublingual administration. *Contraception*, 71(1), 22-25.

Schaff, E. A., Eisinger, S. H., Stadalius, L. S., Franks, P., Gore, B. Z. y Poppema, S. (1999). Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception*, 59(1), 1-6.

Schaff, E. A., Fielding, S. L., Eisinger, S. H., Stadalius, L. S. y Fuller, L. (2000). Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. *Contraception*, 61(1), 41-46.

Schaff, E. A., Fielding, S. L. y Westhoff, C. (2001). Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion. *Contraception*, 64(2), 81-85.

Schaff, E. A., Fielding, S. L. y Westhoff, C. (2002). Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception*, 66(4), 247-250.

Schaff, E. A., Fielding, S. L. y Westhoff, C., Ellertson, C., Eisinger, S. H., Stadalius, L. S., et al. (2000). Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 284(15), 1948-1953.

Schaff, E. A., Stadalius, L. S., Eisinger, S. H. y Franks, P. (1997). Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice*, 44(4), 353-360.

Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S. y Creinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. (3), 230-233.

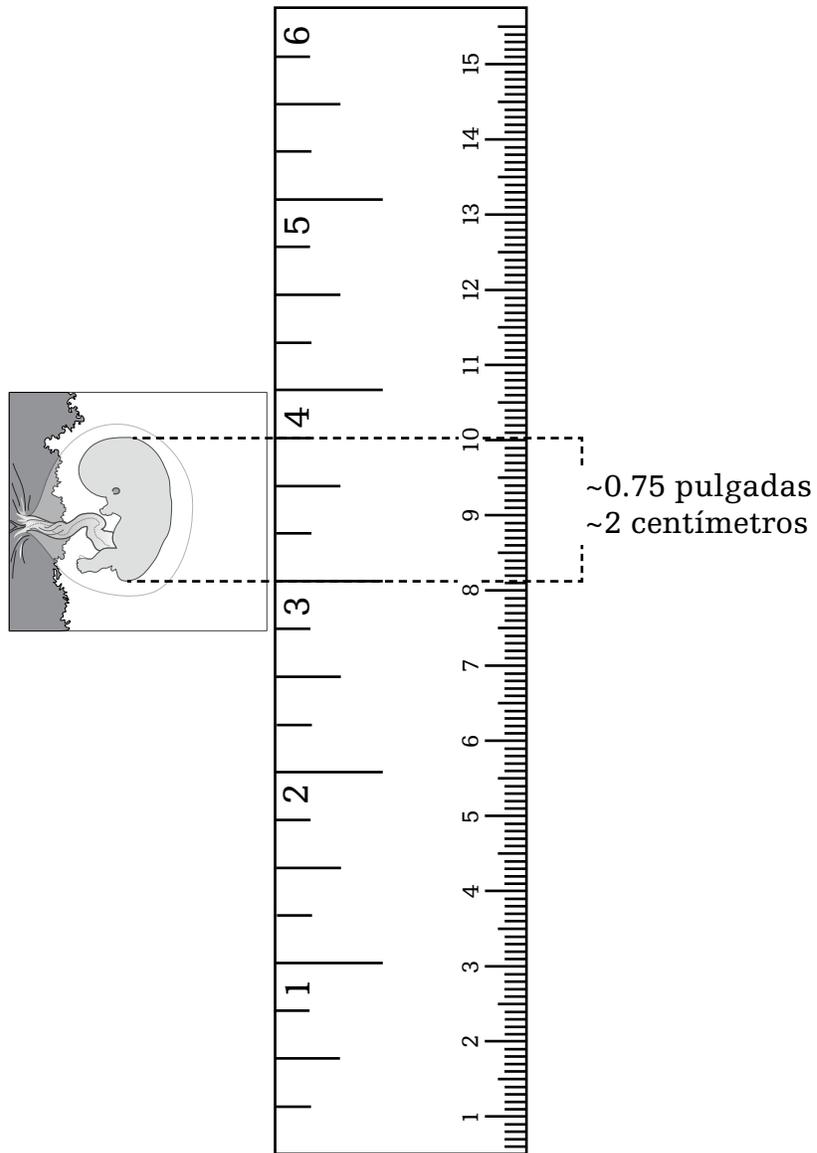
Shulman, L. P., Lipscomb, G. H. y Ling, F. W. (1999). Management of abnormal pregnancies. En M. E. Paul, S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes y P. G. Stubblefield (Eds.). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Nueva York: Churchill Livingstone.

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.

Stewart, F. H., Wells, E. S., Flinn, S. K. y Weitz, T. A. (2001). *Early Medical Abortion: Issues for Practice*. San Francisco, California: UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy.

- Suhonen, S., Heikinheimo, O., Tikka, M. y Haukkamaa, M. (2003). The learning curve is rapid in medical termination of pregnancy—first-year results from the Helsinki area. *Contraception*, 67(3), 223-227.
- Suhonen, S., Tikka, M., Kivinen, S. y Kauppila, T. (2011). Pain during medical abortion: predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception*, 83(4), 357-361.
- Swica, Y., Chong, E., Middleton, T., Prine, L., Gold, M., Schreiber, C. A., et al. (2012). Acceptability of home use of mifepristone for medical abortion. *Contraception*.
- Teal, S. B., Dempsey-Fanning, A. y Westhoff, C. (2007). Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*, 75(3), 224-229.
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., Chami, S., et al. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5(4), 227-233.
- Von Hertzen, H., Honkanen, H., Piaggio, G., Bartfai, G., Erdenetungalag, R., Gemzell-Danielsson, K., et al. (2003). WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG*, 110(9), 808-818.
- Von Hertzen, H., Huong, N. T., Piaggio, G., Bayalag, M., Cabezas, E., Fang, A. H., et al. (2010). Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial. *BJOG*, 117(10), 1186-1196.
- Von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., et al. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 369(9577), 1938-1946.
- Westhoff, C., Dasmahapatra, R., Winikoff, B. y Clarke, S. (2000). Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception*, 61(3), 225-229.
- Westhoff, C., Dasmahapatra, R. y Schaff, E. (2000). Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception*, 62(6), 311-314.
- Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C., et al. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics and Gynecology*, 120(5), 1070-1076.

Anexo A: ilustración de un embrión de 8 o 9 semanas, a escala



Complicaciones

Temas clave en este módulo:

- Signos y síntomas de las complicaciones relacionadas con el procedimiento y el embarazo
- Pasos para diagnosticar, tratar o referir casos complicados
- Cómo aprender de los eventos adversos

1.0 Introducción

Muy rara vez se presentan complicaciones durante o después del procedimiento de evacuación endouterina, aunque éstas ocurren. Las mujeres que acuden a los servicios postaborto podrían presentar complicaciones que necesitan tratamiento. El aborto seguro no causa infertilidad posterior, ni partos prematuros, ni cáncer de mama, ni reacciones psicológicas graves.

En este módulo se expone información sobre las complicaciones más comunes que pueden presentarse en las mujeres durante los servicios de aborto o de atención postaborto, sus signos, sus síntomas y los procedimientos fundamentales a seguir.

2.0 Presentación de complicaciones

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. En este módulo se tratarán los casos de complicaciones más graves de manera concisa. Para mayor información al respecto, vea el manual de Ipas *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.

Es posible que las mujeres presenten complicaciones relacionadas con el embarazo. Para obtener mayor información al respecto, remítase a la Sección 4.0.

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 las complicaciones y brindar un tratamiento rápido y seguro. Éstas pueden presentarse durante el procedimiento de evacuación endouterina, durante el período de 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 prestar atención médica y quirúrgica general de urgencias. Si no se dispone de instalaciones para la atención de urgencias en la unidad de salud, el manejo de las complicaciones debe efectuarse mediante el traslado oportuno de la mujer a unidades de salud dotadas 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 medicamentos.)

5.0 Complicaciones de la aspiración por vacío o del aborto con medicamentos

Aunque es poco frecuente, varios tipos de complicaciones podrían surgir tanto con la aspiración endouterina como con el aborto con medicamentos. Entre éstas figuran: aborto incompleto, infección, continuación del embarazo, hemorragia y embarazo ectópico.

5.1 Aborto incompleto

Es posible que después de la evacuación endouterina, algunos restos ovulares (RO) queden retenidos en el útero. Si los RO son retenidos en grandes cantidades y no reciben tratamiento, esto podría causar sangrado abundante e infección. Cuando una mujer presenta sangrado abundante o signos y síntomas de infección, el tratamiento recomendado es la repetición inmediata de la aspiración endouterina.

Es posible que cuando las cantidades de restos ovulares son pequeñas, éstas pasen espontáneamente sin necesidad de mayor intervención. Posiblemente sea suficiente monitorear de cerca a la paciente hasta que los restos ovulares retenidos se hayan expulsado o se podría ofrecer misoprostol a la paciente para la atención postaborto. De lo contrario, el tratamiento implica la evacuación del útero, preferentemente con la aspiración por vacío. (Para mayor información por favor remítase a la publicación de Ipas *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.)

5.2 Infección

Las tasas de infección después de un aborto seguro en el primer trimestre son bajas, con una incidencia de menos de 1 caso por cada 100 mujeres. El uso rutinario de profilaxis antibiótica en el procedimiento de aspiración endouterina puede disminuir

Signos y síntomas de infección uterina después de la aspiración por vacío o de un aborto con medicamentos

- *Dolor pélvico o en la parte inferior del abdomen*
- *Sangrado*
- *Fiebre y escalofríos*
- *Dolor a la palpación del útero o en la parte inferior del abdomen durante un examen*
- *Sensibilidad del cuello uterino al moverse*

aun más esa tasa. Las infecciones tienen mayor probabilidad de ocurrir si la mujer ha tenido un aborto incompleto. Si la mujer ha retenido restos ovulares en el útero, se deben evacuar inmediatamente. El tratamiento con antibióticos de amplio espectro debe realizarse en todas las mujeres que presentan infección. La vía de administración se determinará según la gravedad de la infección.

5.3 Continuación del embarazo

La continuación del embarazo después del procedimiento de aspiración endouterina es muy poco común, con una incidencia de aproximadamente 2 casos por cada mil procedimientos. Entre los factores de riesgo figuran:

- Edad gestacional en sus etapas iniciales (<6 semanas)
- Falta de experiencia del profesional de la salud
- Anomalías uterinas, tales como un útero bicornes o septado
- Embarazo extrauterino

Asimismo, si se examina el material inmediatamente después del aborto, se puede disminuir el riesgo de una aspiración endouterina fallida. Si la mujer acude a los servicios después de una semana o más de haberse practicado el aborto y todavía presenta síntomas de embarazo, debe ser evaluada para establecer si continúa embarazada y ofrecerle repetir la evacuación endouterina.

Después del aborto con medicamentos (AM), la continuación del embarazo sucede en menos del 1% de las mujeres que toman mifepristona y misoprostol, y aproximadamente en el 4% al 6% de las mujeres que usan misoprostol solo en embarazos de hasta nueve semanas de gestación. La ausencia de sangrado vaginal, síntomas persistentes de embarazo o aumento del tamaño uterino indican continuación del embarazo.

Tratamiento del embarazo continuado después de un aborto con medicamentos:

AM hasta las 9 semanas desde la fecha de la última menstruación (FUM)

- Mifepristona y misoprostol

Si la interrupción del embarazo falló, el tratamiento estándar es la aspiración por vacío. Repetir la dosis de misoprostol en caso de falla del aborto es una opción que ha sido menos estudiada. En un ensayo clínico, solo una tercera parte de las mujeres con edad gestacional menor de nueve semanas, que continuaban embarazadas después de la administración de mifepristona y misoprostol, tuvo un aborto completo al tomar una segunda dosis de misoprostol. Aunque no es una recomendación muy común, una

segunda dosis de misoprostol con seguimiento de cerca podría ser una opción en lugares con acceso limitado a servicios seguros de evacuación endouterina.

- Misoprostol solo

La aspiración por vacío es recomendada cuando el embarazo continúa tras haber tomado misoprostol solo para inducir el aborto.

AM de 9 a 13 semanas de gestación

La aspiración por vacío es recomendada para embarazos que continúan después del AM en edades gestacionales de 9 a 13 semanas.

5.4 Hemorragia

Después de un aborto seguro, es poco común que la mujer presente una hemorragia que requiera una transfusión sanguínea, con una incidencia de menos de 1 caso por cada 1000 mujeres después de un aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol, o después de la aspiración por vacío. La mujer puede presentar hemorragia debido a un aborto incompleto, una infección o atonía uterina.

Los indicios de que el sangrado requiere atención inmediata son:

- Sangrado abundante efusivo
- Sangrado similar a una menstruación abundante que persiste durante varias semanas y ocasiona anemia aguda e hipovolemia.
- Semblante pálido acompañado de debilidad, agitación y desorientación
- Hipotensión o sensación de desmayo al levantarse
- Pulso rápido especialmente cuando está relacionado con hipotensión

Otros signos y síntomas preocupantes son: palidez alrededor del interior de los párpados, boca, palmas de las manos o puntas de los dedos de las manos; mareos y desmayos; y disminución de la producción urinaria.

La hemorragia grave y el sangrado abundante de manera prolongada requieren atención inmediata. Debe iniciarse terapia de apoyo, que incluya sueros intravenosos, transfusión sanguínea y administración de oxígeno. La primera opción de tratamiento para la hemorragia es la aspiración por vacío, que causa que el útero se contraiga y disminuya el sangrado. También podrían usarse los uterotónicos (ver el recuadro).

Uterotónicos

Entre las opciones terapéuticas para el tratamiento del sangrado o para estabilizar a la paciente para trasladarla, las cuales se han utilizado después de la aspiración endouterina o la hemorragia posparto figuran:

- *Metilergonovina, 0.2 mg por vía intramuscular o intracervical, repetir a los 15 minutos con un máximo de 5 dosis*
- *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.

Atonía uterina

La atonía uterina es una afección en la cual el útero pierde su tono muscular y no para de sangrar. Es una complicación potencialmente grave debido al riesgo de hemorragia. Esta complicación es más común en multíparas y embarazos tardíos. La atonía uterina por lo general puede tratarse con masajes uterinos y con uterotónicos. Entre los signos y síntomas de la atonía uterina figuran:

- Sangrado vaginal abundante
- Útero grande, blando y esponjoso

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 examen pélvico bimanual
- Administrar terapia con uterotónicos (ver el recuadro sobre uterotónicos)
- Efectuar el procedimiento de aspiración endouterina
- Realizar el taponamiento intrauterino
- Efectuar una histerectomía si no se puede detener el sangrado con otras medidas

5.5 Embarazo ectópico

Antes de efectuar la aspiración endouterina o el aborto con medicamentos, se debe evaluar a cada mujer por la posibilidad de embarazo ectópico. (Por favor remítase al módulo Evaluación clínica.) El embarazo ectópico no puede ser tratado ni con el aborto con medicamentos ni con la aspiración endouterina.

Si después del procedimiento de aspiración endouterina no se observan vellosidades o decidua al examinar los restos ovulares, debe sospecharse la posibilidad de un embarazo ectópico y la mujer debe recibir tratamiento inmediato.

Si la mujer ha usado medicamentos para inducir el aborto y presenta los síntomas que se indican a continuación, debe evaluarse la posibilidad de embarazo ectópico y la mujer debe recibir tratamiento de inmediato:

- Sangrado vaginal mínimo después de tomar los medicamentos para inducir el aborto
- Tamaño uterino menor que lo previsto
- Dolor en la parte inferior del abdomen o cólicos repentinos, intensos y persistentes, que afectan un lado solo al

principio y luego se vuelven generalizados, los cuales pueden ir acompañados de sangrado vaginal irregular o manchado, o puede palparse una masa anexa.

- Desmayos, dolor de hombro, taquicardia, o mareos (debido al sangrado interno). El sangrado interno no va necesariamente acompañado de sangrado vaginal.

La ruptura de un embarazo ectópico es una emergencia ginecológica que puede poner en peligro la vida de la mujer y 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 que pueda confirmar el diagnóstico y comenzar el tratamiento. El diagnóstico y tratamiento temprano del embarazo ectópico salvan la vida de las mujeres y ayudan a conservar su fertilidad.

6.0 Complicaciones de la aspiración por vacío

La aspiración por vacío es un procedimiento muy seguro, rara vez acompañado de complicaciones. Las complicaciones que ocurren y están específicamente relacionadas con la aspiración por vacío son: lesiones cervicales, uterinas y abdominales; complicaciones relacionadas con los medicamentos; hematómetra; reacción vasovagal; y síndrome de Asherman.

6.1 Lesiones cervicales, uterinas y abdominales

Las laceraciones cervicales menores pueden ser causadas por el movimiento del tenáculo o el dilatador. Por lo general, aplicar presión colocando una pinza de anillos sobre el desgarro detiene el sangrado; o también puede repararse con suturas o aplicando nitrato de plata. Por lo general, las perforaciones uterinas que ocurren durante la aspiración endouterina son muy pequeñas e indetectables, y posiblemente se resuelvan sin necesidad de una intervención quirúrgica. No obstante, algunas perforaciones podrían ocasionar lesiones a otros órganos o sangrado intraabdominal. Según la experiencia, disponibilidad y magnitud de las lesiones, puede realizarse una laparoscopia o laparotomía para investigar la perforación, diagnosticar cualquier lesión abdominal y reparar las mismas.

Signos y síntomas

Durante el procedimiento

- Sangrado vaginal excesivo
- Dolor repentino e intenso
- El instrumental penetra más allá de lo esperado
- Disminuye el vacío del aspirador

- Se observan fragmentos de grasa o tejido intestinal en el material aspirado

Post-procedimiento

- Dolor abdominal persistente
- Taquicardia
- Hipotensión
- Dolor a la palpación de la pelvis
- Fiebre y/o recuento elevado de glóbulos blancos

6.2 Complicaciones relacionadas con la administración de un medicamento

Si bien los medicamentos para la atención del aborto se usan ampliamente de manera segura y eficaz, existe la posibilidad de que se presenten complicaciones asociadas con su uso. Las complicaciones pueden ser causadas por:

- Sobredosis
- Inyección intravascular de anestesia local
- Reacción de hipersensibilidad

La anestesia general aumenta la tasa de complicaciones de aborto y no se recomienda para la aspiración endouterina. Entre los tratamientos de las complicaciones relacionadas con la anestesia y otros medicamentos figuran: agentes de reversión, tratar la depresión respiratoria y la depresión cardíaca y estabilizar las convulsiones.

Signos y síntomas

- Mareos
- Espasmos musculares o convulsiones
- Pérdida del conocimiento
- Hipotensión y/o pulso lento
- Depresión respiratoria

6.3 Hematómetra

Un hematómetra es la acumulación de coágulos de sangre en la cavidad uterina. En tales casos, el útero no puede contraerse debidamente. Por lo general, realizar la aspiración endouterina resolverá esta afección.

Signos y síntomas

- Agrandamiento del útero, firme y doloroso a la palpación
- Tensión pélvica
- Dolor y cólicos intensos
- Debilidad
- Fiebre leve
- Sangrado vaginal escaso

6.4 Reacción vasovagal

La reacción vasovagal es un desmayo a consecuencia de la estimulación del nervio vago durante el procedimiento de aspiración endouterina. En la mayoría de los casos, las mujeres se recuperan en menos de un minuto sin necesitar más tratamiento, pero de vez en cuando es necesario usar sales aromáticas para reanimar a la mujer. Muy rara vez es necesario administrar una inyección de atropina si se prolonga la reacción.

Signos y síntomas

- Desmayo/pérdida del conocimiento
- Piel fría o húmeda
- Mareos
- Náuseas
- Bajada moderada de la tensión arterial
- Pulso lento

6.5 Síndrome de Asherman

El síndrome de Asherman es una complicación poco frecuente, que puede presentarse después de la aspiración endouterina, en la cual las paredes del útero se cicatrizan. El síndrome de Asherman rara vez ocurre después de la aspiración endouterina sin complicaciones y está más comúnmente asociado con el curetaje posparto. Algunos signos y síntomas son: amenorrea, cólicos periódicos e infertilidad.

Las y los profesionales de la salud observarán que el síndrome de Asherman a veces se presenta como una afección ya existente causada por un procedimiento previo. Sin embargo, el síndrome de Asherman está vinculado con la disminución de la fertilidad, lo cual reduce la posibilidad de que una mujer con esta afección tenga un embarazo no deseado y busque servicios de aborto.

7.0 Complicaciones del aborto con medicamentos

La mayoría de las mujeres en proceso de AM no presentan ningún problema o complicación. Si llegara a presentarse algún problema con el AM, éste podría variar de ser una molestia menor a una urgencia grave. Las complicaciones mayores son poco frecuentes, pero a veces pueden evitarse mediante una intervención en el momento más indicado con el tratamiento correspondiente. Los problemas pueden reducirse si las mujeres saben qué esperar y cuándo buscar tratamiento, y si se les brinda tratamiento con prontitud.

Los problemas relacionados específicamente con medicamentos que surgen ocasionalmente son: falla del aborto con medicamentos, dolor persistente y reacciones alérgicas.

7.1 Falla del aborto con medicamentos

La falla del aborto con medicamentos se define como aquella situación que requiere una intervención para evacuar el útero a consecuencia de la continuación del embarazo o efectos no deseados, tales como una hemorragia. La falla del aborto con medicamentos puede presentarse como una urgencia médica con una hemorragia significativa. Otra posibilidad podría ser que la mujer deseara tratamiento para detener el sangrado persistente. Ambas situaciones deben evaluarse y tratarse rápidamente. La solicitud de la mujer es suficiente para ofrecerle la repetición de la evacuación endouterina.

La continuación del embarazo se presenta en menos del 1% de las mujeres que toman mifepristona y misoprostol y aproximadamente en un 4% al 6% de las mujeres que usan misoprostol solo para una edad gestacional de hasta nueve semanas. Los signos de continuación del embarazo son: ausencia de sangrado vaginal, síntomas de embarazo que persisten y/o aumento del tamaño uterino.

7.2 Dolor persistente

Si la mujer tiene dolor intenso, que persiste durante más de 4 a 6 horas tras haber tomado misoprostol, o si indica tener dolor intenso que no se alivia con ibuprofeno y narcóticos leves, deben considerarse las siguientes posibilidades:

- Restos ovulares atrapados en el orificio cervical: Si éste fuera el caso, podrían extraerse los restos ovulares suavemente con un instrumento tal como las pinzas de anillos.
- Embarazo ectópico

- Infección del tracto reproductor superior
- Poca tolerancia al dolor

Una mujer que presenta dolor intenso o continuo debe recibir mayor atención para garantizar que no presenta ninguna de estas afecciones. Se debe tomar nota cuidadosa de sus antecedentes además de realizar un examen físico y un examen pélvico bimanual completos, y manejar el caso o referirla a otros servicios según sea necesario.

7.3 Reacciones alérgicas

Muy rara vez se observan reacciones alérgicas a la mifepristona y el misoprostol, pero sí se han dado en ocasiones. Estas reacciones se han visto acompañadas de hinchazón en las manos y los pies, erupciones en la piel o sibilancia. Las reacciones alérgicas pueden manejarse de forma convencional como, por ejemplo con antihistamínicos.

Una reacción alérgica grave es muy poco frecuente pero puede suceder con cualquier medicamento, alimento o sustancia. Las mujeres que presentan falta de respiración o hinchazón de las vías respiratorias o cualquier otra reacción grave o inusual deben recibir tratamiento de urgencia.

8.0 Complicaciones que presentan las mujeres que acuden a los servicios de atención postaborto

Es posible que las mujeres acudan a los servicios de atención postaborto después de un aborto espontáneo, un aborto seguro, un aborto realizado en condiciones de riesgo o un aborto autoinducido. Cuando una mujer acude con sangrado ligero o moderado y sin complicaciones, el tratamiento podría limitarse a la evacuación endouterina. No obstante, las complicaciones son más frecuentes y graves cuando las mujeres tienen un aborto en condiciones de riesgo que cuando tienen un aborto seguro. Las complicaciones pueden surgir a consecuencia de lesiones ocasionadas por el procedimiento de aborto, una evacuación endouterina incompleta o infección. A menudo, y debido a las barreras que se encuentran en los servicios de salud o a la estigmatización, es posible que las mujeres aplacen la búsqueda de atención médica después de un aborto inseguro, lo cual empeora su afección.

Cuando una mujer acude a los servicios con una urgencia 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 salvar la vida de la mujer. 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.

- Si es posible, antes de tratar las complicaciones, realice una evaluación inicial rápida y obtenga el consentimiento informado. Realice la evaluación clínica mientras empieza a tratar las complicaciones. En los casos de shock u otras afecciones de urgencia potencialmente mortales, la evaluación clínica completa y la obtención del consentimiento informado pueden postergarse hasta que la mujer se haya estabilizado.
- Entre las complicaciones graves figuran: shock, hemorragia, septicemia y lesiones intraabdominales.
- El shock puede presentarse en cualquier paciente y en cualquier momento durante el tratamiento de la APA, especialmente si existen lesiones significativas que inicialmente no fueron detectadas. El shock es una complicación potencialmente mortal, por lo cual hay que actuar con rapidez.
- El personal de la unidad de salud debe estar bien capacitado para tratar las complicaciones, incluido el shock, y se debe disponer de todos los insumos y medicamentos necesarios, así como de un sistema de referencia y traslado en caso de que sea necesario referir a la mujer a una unidad de salud de más alto nivel.
- La pronta evacuación endouterina es una parte del tratamiento de urgencia y estabilización de las mujeres que presentan signos y síntomas de infección pélvica, septicemia o hemorragia a consecuencia del aborto incompleto.

Para obtener información más detallada acerca del tratamiento de las complicaciones, remítase al manual de Ipas *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.

9.0 Respuesta a urgencias

En raras ocasiones, es posible que sea necesario usar los sistemas ya establecidos de respuesta a urgencias. A veces, durante una emergencia, es necesario trasladar a la mujer a otro centro con mayores recursos. Si se cuenta con planes preparados de antemano para este tipo de situaciones, se ahorra tiempo, se evita confusión y se facilita la prestación de los servicios correspondientes en situaciones de extrema urgencia.

Algunos ejemplos de planes de respuesta a urgencias son:

Profesionales de la salud de guardia

Asegúrese de que una persona con formación clínica esté disponible para contestar las preguntas de las mujeres y referirlas a otros servicios 24 horas al día. 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 AM, la mayoría de las mujeres toman misoprostol en casa y luego puede que necesiten que alguien les asegure que el proceso es normal y que habrá terminado en unas 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 adonde 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 del aborto con medicamentos y la aspiración endouterina, el continuum de efectos esperados y efectos secundarios, los posibles tipos de complicaciones que pueden observar en las pacientes y cómo determinar cuándo una mujer presenta una urgencia postaborto. Invite al personal del hospital a la unidad de salud donde se ofrecen servicios de aborto. (Por favor remítase al Anexo D: Ejemplo de formulario para referencia clínica, del módulo Procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus.)

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 urgencias

A modo de rutina, el personal de la unidad de salud debe repasar y practicar cómo manejar las urgencias de manera que todas las personas conozcan sus funciones y los protocolos. Asimismo,

el personal debe practicar cómo tratar las hemorragias y el shock, cómo y cuándo administrar los sueros intravenosos, cómo administrar oxígeno (si está disponible) y la reanimación cardiopulmonar.

Suministros

Podría ser útil tener un carrito de urgencias o un contenedor con todos los medicamentos y suministros para las urgencias, 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 juveniles 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.

10.0 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.
- 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, como por ejemplo, poshisterectomía o reparación de una perforación intestinal.
- Informarle sobre lo que puede esperar y qué hacer en situaciones de urgencia.
- Proporcionarle materiales escritos o ilustrados sobre su estado clínico.

(Por favor remítase al módulo Consentimiento informado, información y consejería y al módulo Servicios de anticoncepción.)

11.0 Monitoreo de eventos adversos serios

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 de abortos y anticoncepción rutinarios, 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 que ocasiona la muerte.

11.1 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.

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 por la vía normal 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

11.2 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 el aborto es muy seguro, los eventos adversos pueden ocurrir en los entornos más seguros. El riesgo de muerte a causa del aborto seguro es sumamente raro.

11.3 Qué causa los eventos adversos

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 debidos medicamentos 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.

11.4 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, las pacientes y sus familias (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.

11.5 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 registros de aborto de la unidad de salud.

Informe a las autoridades locales acerca del EA conforme a las normas establecidas.



11.6 Cómo aprender de los eventos adversos

La mejor manera de aprender de los eventos adversos es mediante conversaciones en equipo con las y los integrantes del personal correspondientes. 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.

12.0 Consideraciones para la atención postaborto

Las mujeres acuden a los servicios de atención postaborto debido a complicaciones causadas por un aborto espontáneo, un aborto seguro, un aborto realizado en condiciones inseguras o un aborto autoinducido. Para mayor información, vea la sección 8.0 de este módulo y el manual de Ipas *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*, segunda edición.

13.0 Resumen

- Cuando los procedimientos de evacuación endouterina son efectuados por un/a prestador/a de servicios de salud debidamente capacitado, rara vez se causan complicaciones inmediatas o a largo plazo.
- Las mujeres que acuden a los servicios de atención postaborto podrían presentar complicaciones ya existentes que necesitan tratamiento.
- El personal de salud debe reconocer y estar capacitado para tratar—o hacer referir a la mujer a los servicios correspondientes— en la eventualidad de que se presenten complicaciones durante la atención postaborto, durante un aborto, en el período de recuperación o más tarde. La mujer podría presentar estas complicaciones cuando llega a la unidad de salud, o podrían estar relacionadas con el procedimiento o el embarazo.
- Entre las posibles complicaciones relacionadas con la aspiración por vacío y el aborto con medicamentos figuran: aborto incompleto, infección, continuación del embarazo y hemorragia. La posibilidad de un embarazo ectópico debe evaluarse antes de efectuar la aspiración endouterina o el aborto con medicamentos, y también debe sospecharse después del aborto si no se observan RO (después de la aspiración endouterina) o si se observa un determinado conjunto de síntomas (después del AM).
- Entre las posibles complicaciones relacionadas con la aspiración por vacío figuran: lesiones cervicales, uterinas y abdominales, complicaciones relacionadas con los medicamentos, hematómetra, reacción vasovagal y el síndrome de Asherman.

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 dónde ya se puedan tomar las medidas necesarias. (Por favor remítase a Recursos adicionales, Complicaciones.)

- Entre las posibles complicaciones relacionadas con los métodos de aborto con medicamentos figuran: falla del aborto con medicamentos, dolor persistente y reacciones alérgicas a los medicamentos.
- Las mujeres que acuden a los servicios en busca de atención postaborto necesitan una evaluación inicial rápida y tratamiento inmediato de las afecciones que ponen su vida en peligro.
- Si la mujer se presenta con complicaciones que ponen su vida en peligro o con afecciones preexistentes que requieren recursos adicionales, posiblemente sea necesario referirla a otra unidad de salud.
- Los sistemas de salud deben trabajar en estrecha colaboración con las comunidades para ayudar a garantizar que las mujeres, incluidas las jóvenes, con urgencias relacionadas con el aborto puedan reconocer los signos y síntomas y puedan obtener los servicios de manera oportuna.
- A las mujeres con complicaciones de aborto se les debe monitorear de cerca, informar acerca de los cuidados de seguimiento necesarios y brindarles consejería sobre cualquier consecuencia médica o psicológica que las afecte.
- Aunque el aborto es muy seguro, 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., Reeves, M. F. y Planning, S. o. 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, Task Force on Mental Health and Abortion.(2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Author. Fuente: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

Atrash, H. K., Cheek, T. G. y Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 158(2), 420-424.

Chen, B. A. y Creinin, M. D. (2007). Contemporary management of early pregnancy failure. *ClinObstetGynecol*, 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.

Committee on Gynecologic Practice. (2009). ACOG Committee Opinion No. 434: induced abortion and breast cancer risk. *ObstetGynecol*, 113(6), 1417-1418.

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.

Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception*, 74(1), 16-20.

Goldstone, P., Michelson, J. y Williamson, E. (2012). Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: a large Australian observational study. *Medical Journal Australia*, 197(5), 282-286.

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 postaborto 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*. Oxford: 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*.

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

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

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

Organización Mundial de la Salud. (2012). *World Health Organization's recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Policar, M. S., Pollack, A. E., Nicholas, C. y Dudley, S. (1999). *Principles of abortion care: A curriculum for physician assistants and advanced practice nurses*. Washington, DC: National Abortion Federation.

Royal College of Obstetrics and Gynecology. (2011). *The care of women requesting induced abortion: Evidence-based guideline no. 7*. Londres: RCOG Press.

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.

Stewart, F. H., Wells, E. S., Flinn, S. K. y Weitz, T. A. (2001). *Early Medical Abortion: Issues for Practice*. San Francisco, California: UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy.

Thonneau, P., Fougereyrollas, B., Ducot, B., Boubilley, D., Dif, J., Lalande, M., et al. (1998). Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*, 81(1), 59-63.

Recursos adicionales

Visión general y principios rectores

de Bruyn, M. (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.

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.

McInerney, T., Baird, T. L., Hyman, A. G. y Huber, A. B. (2001). *Guide to Providing Abortion Care*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (segunda edición). Ginebra: 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*, segunda edición. Nueva York: CRR. <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, Reino Unido: 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. (2003). 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. (2001). *Advancing commitments: Sexual and reproductive health presentation Tools*. Nueva York, NY: Family Care International.

Federación Internacional de Planificación de la Familia. (1996). *Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos de IPPF*, Reino Unido: Federación Internacional de Planificación de la Familia.

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.

Harvard University School of Public Health. (2008). Annual Review of Population Law. Fuente: http://www.hsph.harvard.edu/population/annual_review.htm

Hord, C. E. (2002). *Construir acceso al aborto seguro: Una guía práctica para el advocacy*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

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., UNICEF y 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/>

Skuster, P. (2008). *Access to abortion for reasons of mental health*. 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.

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.

United Nations Population Fund. (2013). United Nations Population Fund (UNFPA). Fuente: <http://www.unfpa.org/public/>

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

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 con la prestación de servicios de aborto, por favor diríjase a la Unidad de Acceso Comunitario de Ipas: cx@ipas.org.

Borjesson, 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. Fuente: <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Las-mujeres-jovenes-y-el-aborto--Guia-para-el-diagnostico-situacional.aspx>

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.

Gajayanake, J. S. (1993). *Community empowerment: A participatory training manual on community project development*. New York, NY: PACT Publications.

Hord, C. E. (2002). *Construir acceso al aborto seguro: Una guía práctica para el advocacy*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

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.

Orza, L. (2011). *Community innovation: Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. K. Shubber (Eds.). Nueva York: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ATHENA Network.

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

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., 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.

Varkey, S. J., Ketlhapile, M. y Fonn, S. (2001). *Communities for choice: Abortion services workshop manual*. Johannesburgo, Sudáfrica: Women's Health Project.

Métodos de evacuación endouterina

Baird, T. L., Castleman, L. D., Hyman, A. G., Gringle, R. E. y Blumenthal, P. D. (2007). *Guía clínica para la atención integral del aborto en el segundo trimestre* (segunda edición). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Baird, T. L. y Flinn, S. K. (2001). *Manual vacuum aspiration: Expanding women's access to safe abortion services*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. (2013). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. A. Mark (Ed.). 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.

Weitz, T. A., Foster, A., Ellertson, C., Grossman, D. y Stewart, F. H. (2004). "Medical" and "surgical" abortion: rethinking the modifiers. *Contraception*, 69(1), 77-78.

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. (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/>

Consentimiento informado, información y consejería

Baker, A. (1995). *Abortion and options counseling: A comprehensive reference, revised and expanded edition*. Granite City, IL: The Hope Clinic for Women.

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, second edition*. 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, John Snow Inc. y John Hopkins University. (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. *Int J Gynaecol Obstet*, 115(1), 77-79.

Inter-agency Working Group 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.

Ipas. (2013). *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos*, segunda edición. K. Turner (Ed.), 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 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., 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.

Women's Refugee Commission. (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. (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. (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. (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, 20th edition*. Nueva York, NY: Ardent Media.

Inter-agency Working Group 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. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. 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). *Mutilación genital femenina*. Fuente: http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/es/

Organización Mundial de la Salud, 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. (2013). *Female genital mutilation clinical resources*. Fuente: <http://www.thewomens.org.au/FemaleGenitalMutilationCutting>

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.

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 (AORN).

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. (2007). *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. (2007). *Standard precautions in health care*. Fuente: http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf

Organización Mundial de la Salud. (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. (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. (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*. Fuente: http://eresources.lib.unc.edu/external_db/external_database_auth.html?A=P%7CF=N%7CID=221823%7CREL=HSL%7CSO=HSL%7CURL=http://libproxy.lib.unc.edu/login?url=http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444313031

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

Royal Women's Hospital. (2013). *Female genital mutilation clinical resources*. Fuente: <http://www.thewomens.org.au/FemaleGenitalMutilationCutting>

Instrumental de Ipas para la AMEU

Ipas. (2011). *Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®*. Cartel. 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. (2012). *Perioperative standards and practices for inpatient and ambulatory settings*. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses.

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*. Fuente: http://eresources.lib.unc.edu/external_db/external_database_auth.html?A=P%7CF=N%7CID=221823%7CREL=HSL%7CSO=HSL%7CURL=http://libproxy.lib.unc.edu/login?url=http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444313031

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

Evacuación endouterina con medicamentos

- 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>.
- Ibis Reproductive Health. (2009). *Medication abortion: Facts and information for healthcare professionals*. Fuente: <http://www.medicationabortion.org/index.html>
- International Consortium on Medical Abortion. (2013). International Consortium on Medical Abortion. Fuente: <http://www.medicalabortionconsortium.org/>
- Ipas. (2010). *Aborto con medicamentos en las etapas iniciales del embarazo: Materiales de información, educación y comunicación (IEC) y material auxiliar*. Fuente: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Aborto-con-medicamentos-en-las-etapas-iniciales-del-embarazo--Materiales-de-informacion--e-2.aspx>
- Ipas. (2013). *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos* (segunda edición) K. Turner (Ed.), Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- 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.
- National Abortion Federation. (2010). Professional Education. Fuente: <http://www.prochoice.org/education/resources/>
- Paul, M. y Creinin, M. D. (Eds.). (2000). *Early Medical Abortion* (Vol. 183).
- 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*. Fuente: http://eresources.lib.unc.edu/external_db/external_database_auth.html?A=P%7CF=N%7CID=221823%7CEL=HSL%7CSO=HSL%7CURL=http://libproxy.lib.unc.edu/login?url=http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444313031
- Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Fuente: <http://www.pac-consortium.org/>
- Stewart, F. H., Wells, E. S., Flin, S. K. y Weitz, T. A. (2001). *Early medical abortion: Issues for practice*. Fuente: <http://bixbycenter.ucsf.edu/publications/files/EMAR.pdf>

Complicaciones

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). *Patient Safety Network: Patient Safety Primers: Root Cause Analysis*. Fuente: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=10>
- 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.
- 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*. Fuente: http://eresources.lib.unc.edu/external_db/external_database_auth.html?A=P%7CF=N%7CID=221823%7CEL=HSL%7CSO=HSL%7CURL=http://libproxy.lib.unc.edu/login?url=http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444313031

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

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 integral del aborto 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 morbilidad relacionada con el aborto. Los cinco elementos esenciales de la APA incluyen: vínculos con la comunidad y los prestadores de servicios de salud, consejería, tratamiento de evacuación endouterina, servicios de anticoncepción, planificación familiar, 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 y 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 ha sido comprobada.

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 el condón masculino y femenino, 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.

Procesamiento del instrumental: Eliminación de los microorganismos presentes en el instrumental a fin de garantizar la seguridad al usarlo en las pacientes.

Precaución: Si una mujer presenta estas condiciones específicas, el riesgo del método es mayor que lo normal. 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.

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 habilidad de 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 de asepsia: La combinación de esfuerzos realizados para evitar la entrada de microorganismos en cualquier parte del cuerpo donde podrían causar infección. Ejemplos de la técnica de asepsia 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 de asepsia 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, 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.

