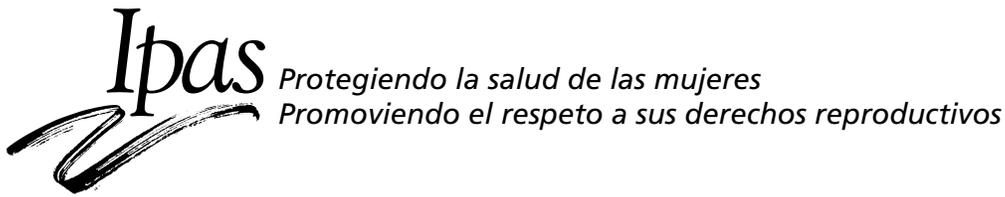


USO DE MISOPROSTOL EN LA ATENCIÓN POSTABORTO

Un juego de herramientas para
la prestación de servicios

USO DE MISOPROSTOL EN LA ATENCIÓN POSTABORTO

Un juego de herramientas para
la prestación de servicios



ISBN: 1-933095-67-9

Núm. de catálogo: MPACTK-S11

© 2011 Ipas.

Producido en los Estados Unidos de América.

Cita sugerida: 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.

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.

Para obtener más información o para donar a Ipas:

Ipas

P.O. Box 5027

Chapel Hill, NC 27514 EE. UU.

1-919-967-7052

ipas@ipas.org

www.ipas.org

Impreso en papel reciclado

Agradecimientos

Agere Tadele	Etiopía
Alyson Hyman.....	EE. UU.
Amina Dorayi.....	Nigeria
Ammanuel Gessesew	Etiopía
Ann Leonard.....	EE. UU.
Asheber Getachew.....	Etiopía
Aster Tsegaye	Etiopía
Ayele Debebe	Etiopía
Ayisha Diop	EE. UU.
Azza Karam	EE. UU.
Beverly Winikoff	EE. UU.
Bill Powell.....	EE. UU.
Binta Bello Danbata	Nigeria
Bridget Okeke.....	Nigeria
Cansas Mulligan	EE. UU.
Carol Odula-Obonyo.....	Kenia
Carol Tatua	Kenia
Claire Viadro	EE. UU.
Dagnachew Alemayoh	Etiopía
Deborah Nucatola.....	EE. UU.
Dee Redwine.....	EE. UU.
Dereje Alemayoh.....	Etiopía
Diana Greene Foster	EE. UU.
Dollina Odera.....	Etiopía
Douglas Huber	EE. UU.
Ejike Oji	Nigeria
Ellen Israel	EE. UU.
Emmanuel Rwamushaija.....	Tanzania
Evelina Börjesson	EE. UU.
Felicia Ojemen.....	Nigeria
Florence Okoronkwo	Nigeria
Gezach Abraha	Etiopía
Godwin O. Akaba.....	Nigeria
Graciela Salvador-Davila	EE. UU.
Hafsa Altaf	Pakistán
Hamleseb Merid.....	Etiopía
Holly Blanchard	EE. UU.

Insha Hamdani.....	Pakistán
Jaldesa Guyo	Kenia
Jeanne Ewy.....	EE. UU.
Jennie Orcutt.....	EE. UU.
Jennifer Soliman.....	EE. UU.
Joachim Osur	Kenia
Joan Healy	EE. UU.
JohnNyamu	Kenia
Joseph Karanja	Kenia
Joseph Ruminjo.....	EE. UU.
Juan José Vallejo	EE. UU.
Kabir U. Ahmed	EE. UU.
Karen Meckstroth.....	EE. UU.
Katherine Turner.....	EE. UU.
Kelly Culwell.....	Reino Unido
Kristin Swanson	EE. UU.
Laila Shah	Pakistán
Lare Dawha.....	Nigeria
Lisa Memmel.....	EE. UU.
Malcolm Potts	EE. UU.
Manuel Oyinbo	Nigeria
Martine Holston.....	EE. UU.
Mary Fjerstad	EE. UU.
Mathew Okoh.....	Nigeria
Mekdes Admasu	Etiopía
Melanie Peña	EE. UU.
Mélodie Hunter.....	EE. UU.
Molly Moran	EE. UU.
Mulat Fenta	Etiopía
Nancy Nyaga.....	Kenia
Ndola Prata.....	EE. UU.
Niki Msipa-Ndebele.....	EE. UU.
Nuriye Nalan Sahin Hodoglugil.....	EE. UU.
Nuriye Ortayli	EE. UU.
Nyanda Labor.....	EE. UU.
Onwe-Onuaguluchi Charity Uzoamaka	Nigeria
Phil Darney.....	EE. UU.
Pritha Biswas	India
Ramatu Daroda.....	Nigeria
Rehana Ahmed	Kenia

Ricky Lu.....EE. UU.
Robyn Sneeringer.....EE. UU.
Rodolfo Gómez Ponce de León.....Argentina
Sadiah Ahsan Pal.....Pakistán
Safia AhsanEE. UU.
Sarah PackerEE. UU.
Saumya Rama RaoEE. UU.
Sharif Mohammed Ismail HossainBangladesh
Sharon Arcscott-Mills.....EE. UU.
Shashu Araya.....Etiopía
Sikiratu Kailani.....Nigeria
Solomon Kumbu.....Etiopía
Sule Sa'adatu.....Nigeria
Susan OukoKenia
Susheela EngelbrechtEE. UU.
Talemoh Dah.....Nigeria
Tarra K. McNally.....EE. UU.
Tasneem FatimaPakistán
Tesfanesh Belay.....Etiopía
Tesfaye EndriasEtiopía
Tesfgaye HaileselesseEtiopía
Thank-God Okosun.....Nigeria
Traci BairdEE. UU.
Upeka de SilvaReino Unido
Yolande Hyjazi.....Guinea Ecuatorial
Yonas Getachew.....Etiopía

Este juego de herramientas es promovido por las siguientes organizaciones:



THE ASSOCIATION OF GYNAECOLOGISTS AND OBSTETRICIANS OF TANZANIA
(Affiliate of International Federation of Gynaecologists and Obstetricians FIGO)



IntraHealth INTERNATIONAL
Because Health Workers Save Lives.



EngenderHealth
for a better life



WomanCare Global
Quality • Innovation • Choice



Pathfinder INTERNATIONAL
a global leader in reproductive health



REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES
IMPROVING WOMEN'S HEALTH IN KENYA



QUALICARE
Health Services

innovating to save lives



an affiliate of Johns Hopkins University



POSTABORTION CARE
PAC
CONSORTIUM



IDEAS
Innovative
Development Expertise
& Advisory Services, Inc.



FIGO
INTERNATIONAL FEDERATION
OF
GYNECOLOGY & OBSTETRICS



NATIONAL COMMITTEE FOR
MATERNAL & NEONATAL HEALTH

Si a su organización le interesa ser agregada como institución promotora a futuras versiones impresas y en línea de este juego de herramientas, por favor diríjase a misoforpac@ipas.org.

Visión general

¿En qué consiste el juego de herramientas para la prestación de servicios?

La publicación titulada *Uso de misoprostol en la atención postaborto: un juego de herramientas para la prestación de servicios* contiene información y herramientas para ayudar a profesionales de la salud, gerentes de unidades de salud o gerentes de programas, tanto a nivel distrital como nacional, a (1) **iniciar** el uso de misoprostol como tratamiento médico del aborto incompleto o (2) **integrar** al misoprostol en los servicios de atención postaborto (APA) que ya utilizan la aspiración manual endouterina (AMEU). El juego de herramientas tiene como objetivo facilitar la capacidad de todo tipo de establecimiento de salud (como hospitales, centros de salud, clínicas y maternidades) para incluir misoprostol en el tratamiento del aborto incompleto, con el fin de ampliar el acceso de las mujeres a los servicios de APA. El juego de herramientas puede ser adaptado en cada país. Las y los responsables de los programas y políticas de salud deben determinar el nivel de personal de salud que puede administrar el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto a nivel local, basándose en la capacidad del personal de salud involucrado para desempeñar las acciones fundamentales.¹

¿Quién debe utilizar este juego de herramientas?

Este juego de herramientas está dirigido a tres audiencias: gerentes de programas a nivel nacional/distrital, gerentes de unidades de salud y personal de salud. **Nota: El suministro de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es un procedimiento sencillo. No es la intención de este juego de herramientas hacer ver que los servicios son complicados sino apoyar a una variedad de profesionales, tanto en la implementación programática como clínica.** Para ver los requisitos mínimos para la prestación de servicios, por favor remítase a la  **Herramienta 3A: Requisitos mínimos para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol.**

No todos los módulos o herramientas serán útiles para todos los posibles usuarios. La **Figura 1** sugiere los módulos que podrían ser más pertinentes para cada audiencia objetivo. No obstante, según su función, la información y herramientas en otros módulos posiblemente le sean útiles también.

1. Para mayor información, favor de consultar el manual de capacitación sobre el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, el cual fue elaborado por Ipas y Gynuity Health Projects, en www.ipas.org o www.gynuity.org.

Figura 1:

Gerentes de programas a nivel nacional/distrital ↓	Gerentes de unidades de salud ↓	Personal de salud ↓
<ul style="list-style-type: none">▪ Módulo 1: Introducción▪ Módulo 2: Planificación para la prestación de servicios▪ Módulo 6: Cómo garantizar servicios de alta calidad	<ul style="list-style-type: none">▪ Módulo 1: Introducción▪ Módulo 2: Planificación para la prestación de servicios▪ Módulo 3: Diagnóstico de su unidad▪ Módulo 4: Vínculos con la comunidad▪ Módulo 6: Cómo garantizar servicios de alta calidad	<ul style="list-style-type: none">▪ Módulo 1: Introducción▪ Módulo 4: Vínculos con la comunidad▪ Módulo 5: Prestación de servicios clínicos▪ Módulo 6: Cómo garantizar servicios de alta calidad

¿Cómo se puede utilizar el juego de herramientas?

Los módulos del juego de herramientas se pueden emplear de dos maneras: ya sea siguiendo los módulos en orden secuencial o identificando los módulos y las herramientas más pertinentes y sacando estas secciones de la carpeta. Las herramientas se deben considerar como plantillas que se pueden adaptar según las necesidades y condiciones locales.

Cada herramienta está enumerada (por ejemplo, 2G) e incluye el icono de la herramienta . Al inicio de cada herramienta se proporcionan instrucciones sobre su uso en *cursiva*. En el CD acompañante se encuentran todas las herramientas disponibles para su adaptación y uso. Además, cada módulo tiene una sección que contiene recursos adicionales con información relacionada. A lo largo del juego de herramientas se destacan factores especiales que se deben tomar en consideración con sectores de la población que tienen necesidades de salud específicas, tales como mujeres en situaciones críticas o de emergencia, personas jóvenes, mujeres que viven con VIH/SIDA y trabajadoras sexuales.

El juego de herramientas se basa en las guías clínicas más recientes basadas en evidencia. Específicamente, tres recursos clave influyeron en la elaboración del contenido, los materiales y la información del juego de herramientas respecto al uso de misoprostol en la atención postaborto. Estos recursos son:

- *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria.* (Gynuity Health Projects 2009).

- *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia.* (Herrick et al. 2004).
- *Postabortion care training materials and clinical guidelines.* (Venture Strategies Innovations 2009).

Para obtener información clínica actualizada y orientación sobre el uso del misoprostol para la atención postaborto, remítase a www.gynuity.org, www.ipas.org y www.misoprostol.org. Remítase a www.vsinnovations.org para obtener información adicional sobre programas internacionales de misoprostol. Si tiene preguntas respecto al contenido de este juego de herramientas o si necesita asistencia técnica, por favor dirijase a misoforpac@ipas.org o info@vsinnovations.org.

El texto completo del juego de herramientas está disponible en <http://www.ipas.org/ma/mpac-toolkit>.

ÍNDICE

MÓDULO 1. Introducción	1
<i>Audiencias objetivo: Personal de salud, gerentes de unidades de salud y gerentes de programas a nivel nacional/distrital</i>	
1.1 ¿Qué es el aborto incompleto?.....	1
1.2 ¿Cómo se puede tratar el aborto incompleto?	2
1.3 ¿En qué consisten los servicios de atención postaborto (APA)?	3
1.4 ¿Por qué utilizar el misoprostol en la prestación de servicios de atención postaborto?	4
MÓDULO 2. Planificación para la prestación de servicios	7
<i>Audiencias objetivo: Gerentes de unidades de salud y gerentes de programas a nivel nacional/distrital</i>	
2.1 Introducción.....	7
Herramienta 2A. Guía para el diagnóstico ambiental.....	9
2.2 Normas, guías y protocolos.....	11
2.3 Planificación paso a paso	12
Herramienta 2B. Lista de verificación para planificar cambios en la prestación de servicios.....	15
2.4 Cómo garantizar un abastecimiento continuo de misoprostol	17
Herramienta 2C. Cómo calcular las necesidades de abastecimiento de misoprostol	19
2.5 Recursos adicionales.....	21
MÓDULO 3. Evaluación de la unidad de salud	23
<i>Audiencias objetivo: Gerentes de unidades de salud</i>	
3.1 Introducción	23
3.2 Modelos para integrar al misoprostol en los servicios de atención postaborto	25
Herramienta 3A. Requisitos mínimos para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol	27
Herramienta 3B. Evaluación de la unidad de salud.....	29
3.3 Cómo utilizar los resultados de la herramienta para la evaluación de la unidad de salud.....	39
3.4 Recursos adicionales.....	40

MÓDULO 4. Creación de vínculos con la comunidad41

Audiencias objetivo: Personal de salud y gerentes de unidades de salud

4.1	Introducción.....	41
4.2	Alianzas para alcanzar a las comunidades.....	43
	Herramienta 4A. Guía para un diagnóstico comunitario rápido.....	45
4.3	Estrategias para trabajar con las comunidades.....	47
	Herramienta 4B. Posibles audiencias y temas para materiales de información, educación y comunicación sobre el uso de misoprostol en la atención postaborto.....	49
4.4	Recursos adicionales.....	51

MÓDULO 5. Prestación de servicios clínicos.....53

Audiencias objetivo: Personal de salud

5.1	Introducción.....	53
5.2	Misoprostol: qué es y cómo funciona.....	53
5.3	Regímenes y eficacia del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto.....	54
5.4	Misoprostol para el tratamiento del aborto diferido y del huevo anembrionado.....	55
	Herramienta 5A. Misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: protocolo clínico básico.....	57
	Herramienta 5B. Flujograma clínico.....	63
	Herramienta 5C. Diagrama de prestación de servicios.....	65
	Herramienta 5D. Historia clínica de la paciente.....	67
	Herramienta 5E. Indicaciones y regímenes para el uso de misoprostol.....	73
5.5	Cómo preparar a las mujeres para lo que pueden esperar.....	75
	Herramienta 5F. Folletos para las mujeres.....	77
	Herramienta 5G. Manejo de efectos esperados, efectos secundarios y complicaciones.....	81
5.6	Servicios de anticoncepción.....	83
	Herramienta 5H. Guía de bolsillo sobre los métodos anticonceptivos.....	85
5.7	Seguimiento.....	87
5.8	Referencias.....	87
	Herramienta 5I. Formulario de referencia.....	89
5.9	Lecciones aprendidas de eventos adversos.....	91
	Herramienta 5J. Formulario de eventos adversos graves.....	93
5.10	Recursos adicionales.....	97

Módulo 6. Cómo garantizar servicios de alta calidad 99

Audiencias objetivo: Personal de salud, gerentes de unidades de salud y gerentes de programas a nivel nacional/distrital

6.1	Introducción	99
6.2	Monitoreo para evaluar y mejorar la calidad de los servicios.....	99
6.3	Seis áreas de monitoreo del uso de misoprostol en los servicios de APA.....	99
6.4	Formulación de un plan de monitoreo para garantizar servicios de alta calidad	100
	Herramienta 6A. Indicadores por nivel de la unidad de salud	103
6.5	Recopilación de información para el monitoreo	105
	Herramienta 6B. Libro de registros de la prestación de servicios.....	107
	Herramienta 6C. Informe mensual de los servicios	109
	Herramienta 6D. Lista de verificación para la supervisión y el mejoramiento de la calidad del desempeño en el trabajo	111
	Herramienta 6E. Evaluación rápida de la satisfacción de las pacientes.....	115
6.6	Recopilación y síntesis de los datos del monitoreo	117
6.7	Formulación de un plan de trabajo para el continuo mejoramiento de la calidad.....	117
6.8	Recursos adicionales.....	119

Referencias bibliográficas por módulo 121

Anexo 1: Guía de consulta para la evaluación clínica: visión general del misoprostol para el manejo del aborto incompleto..... 127

Anexo 2. Resúmenes seleccionados de publicaciones sobre el uso de misoprostol en la atención postaborto

(Disponible solo en el CD del juego de herramientas o en línea en <http://www.ipas.org/ma/mpactoolkit>)

Anexo 3. Herramienta 2D: Hoja de cálculo de las necesidades de abastecimiento de misoprostol

(Disponible solo en el CD del juego de herramientas o en línea en <http://www.ipas.org/ma/mpactoolkit>)

Lista de siglas

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos)
AMEU	Aspiración manual endouterina
APA	Atención postaborto
AV	Aspiración por vacío
AVTA	Aclaración de valores y transformación de actitudes
COE	Cuidados obstétricos de emergencia
DIU	Dispositivo intrauterino
EA	Evento adverso
EAG	Evento adverso grave
FEFO	Primero en caducar, primero en salir (por las siglas en inglés de First-to-expire, first out)
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FUM	Fecha de la última menstruación
HPP	Hemorragia posparto
HTSP	Momento oportuno y espaciamiento saludables del embarazo (por las siglas en inglés de healthy timing and spacing of pregnancy)
ITS	Infección de transmisión sexual
M&E	Monitoreo y evaluación
MFI	Muerte fetal intrauterina
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
RO	Restos ovulares
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIG	Sistema de información gerencial
SR	Salud reproductiva
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

MÓDULO 1. Introducción

1.1 ¿Qué es el aborto incompleto?

El aborto incompleto ocurre cuando se retienen restos ovulares después de un aborto inducido (ya sea por métodos inseguros o seguros) o después de un aborto espontáneo, también conocido como pérdida del embarazo.

Los síntomas de aborto incompleto que se presentan típicamente son:

- sangrado vaginal
- cuello uterino dilatado
- útero más pequeño que lo indicado por la fecha de la última menstruación

Los síntomas a veces presentes son:

- cólicos o dolor abdominal inferior
- expulsión parcial de los restos ovulares

El aborto incompleto a menudo está relacionado estrechamente con el aborto inseguro (Gynuity Health Projects 2009). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al aborto inseguro como “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado, que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (OMS 1993). La OMS calcula que cada año ocurren 21.6 millones de abortos inseguros, casi todos en países en desarrollo (OMS 2011a). El aborto inseguro causa la muerte de aproximadamente 47,000 mujeres al año, casi todas evitables (OMS 2011a) y muchas más mujeres sufren lesiones y problemas de salud a largo plazo. El aborto inseguro afecta de manera desproporcionada a las mujeres adolescentes y jóvenes menores de 24 años de edad, quienes constituyen el 46% de las muertes atribuibles al aborto inseguro en los países en desarrollo (OMS 2007). La magnitud del aborto inseguro varía por región geográfica y, en cada región, por país.

Es importante conocer las leyes de aborto de su país y ser consciente de la prevalencia de aborto inseguro en su país. Sin embargo, dado que la atención postaborto (APA) no es restringida por la ley de la misma manera que el aborto, ésta se debe ofrecer incluso en ámbitos donde el aborto es ilegal.



AUDIENCIAS

OBJETIVO: Personal de salud, gerentes de unidades de salud y gerentes de programas a nivel nacional/distrital

1.2 ¿Cómo se puede tratar el aborto incompleto?

La OMS ha establecido que el tratamiento del aborto incompleto sin demora es un elemento esencial de los cuidados obstétricos (OMS 1991). El tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones se puede ofrecer en el primer nivel de atención (Gynuity Health Projects 2009).

El manejo activo del aborto incompleto, ya sea con la aspiración por vacío o con medicamentos, es sumamente eficaz para el tratamiento del aborto incompleto. Misoprostol, el medicamento más común y más estudiado para el tratamiento del aborto incompleto, es una opción más reciente para ampliar los servicios de APA en lugares donde posiblemente no se disponga de AMEU. Misoprostol constituye un tratamiento muy eficaz y no invasivo para el aborto incompleto y permite que las mujeres reciban atención postaborto adecuada y eficaz de profesionales de la salud de nivel intermedio sin capacitación quirúrgica (Blum et al. 2007). Independientemente de que se disponga o no de AMEU, el misoprostol es una opción muy viable, que se puede utilizar por sí solo como tratamiento de primera línea para el aborto incompleto. Dado que tanto el misoprostol como la AMEU son métodos adecuados para la atención postaborto, lo ideal sería que las mujeres puedan escoger uno de estos dos métodos.²

En el año 2009, dada su comprobada eficacia y seguridad, el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto y el aborto diferido fue incluido en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. Esta lista guía la creación de listas de medicamentos nacionales e institucionales, con el objetivo de concentrar los recursos en medicamentos que ayuden a evitar y resolver los problemas de salud más críticos. Además, la lista perfila el nivel de preparación para urgencias médicas y la respuesta humanitaria, guiando a las organizaciones que suministran medicamentos a los países en desarrollo y aquellos en crisis.

APROBACIÓN DEL MISOPROSTOL

El misoprostol está incluido en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS para el aborto incompleto, así como en la Lista de la OMS de medicamentos prioritarios para la salud de la madre y el niño (OMS 2011b, OMS 2011c). Además, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y otras organizaciones y asociaciones internacionales recomiendan su uso para la atención postaborto.

ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

La aspiración por vacío (AV) es un método por el cual se aspira el contenido del útero con una cánula de plástico o metal, que está conectada a una fuente de vacío. En la aspiración manual endouterina (AMEU) se utiliza un aspirador manual portátil. La AMEU a menudo se efectúa en el tratamiento de APA para la evacuación endouterina (Herrick et al. 2004).

2. La AMEU continúa siendo una opción importante, segura y eficaz para el tratamiento del aborto incompleto. Para obtener más información sobre la AMEU en la atención postaborto, ver: Herrick, Jeannine, Katherine L. Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman. 2004. La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/La_atencion_postaborto_centrada_en_la_mujer_Manual_de_referencia.aspx

Otra opción para el tratamiento del aborto incompleto es el manejo expectante (permitiendo la evacuación endouterina espontánea). Aunque en algunos casos el personal de salud prefiere no utilizar el manejo expectante debido a su tasa inferior de eficacia y al intervalo de tiempo impredecible para la expulsión (Clark et al. 2007), se le debe ofrecer esta opción a la mujer solo si presenta un cuadro clínico estable. No obstante, el manejo expectante requiere seguimiento cuidadoso para determinar si ocurrió la expulsión o si la mujer necesita tratamiento adicional.

1.3 ¿En qué consisten los servicios de atención postaborto (APA)?

La atención postaborto (APA) consiste en una serie de intervenciones diseñadas para manejar a una mujer que busca atención médica después de un aborto espontáneo o inducido (con o sin complicaciones). La APA es un elemento importante de los servicios de atención integral a la salud reproductiva, ya que salva la vida de las mujeres y disminuye las tasas de morbilidad.

En 1993, organizaciones líderes en salud reproductiva y agencias donantes formaron el Consorcio de APA (www.pac-consortium.org), en parte para promover la APA como una estrategia eficaz para tratar el problema mundial de aborto incompleto. El modelo de atención postaborto apoyado por el Consorcio de APA consiste en cinco elementos (Winkler et al. 2000):

- **Tratamiento** del aborto incompleto y del aborto inseguro, así como de las complicaciones relacionadas con éste que presentan un posible riesgo a la vida de la mujer;
- **Consejería** para identificar y responder a las necesidades psicológicas y físicas, así como a otras inquietudes, de las mujeres;
- **Servicios de anticoncepción e información** para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados o practicar el espaciamiento de los nacimientos;
- **Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud** que sean prestados preferiblemente en la propia unidad o por medio de referencias a otras unidades accesibles en las redes de prestación de servicios;
- **Alianzas entre la comunidad y profesionales de la salud** para prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros, movilizar recursos para ayudar a las mujeres a recibir tratamiento adecuado y oportuno de las complicaciones del aborto inseguro y garantizar que los servicios de salud reflejen y atiendan las expectativas y necesidades de la comunidad.

1.4 ¿Por qué utilizar el misoprostol en la prestación de servicios de atención postaborto?

En muchos países, el misoprostol ha sido utilizado de manera segura para el tratamiento del aborto incompleto, sin asociarse con efectos de largo plazo en la salud de las mujeres (Gynuity Health Projects 2009). Más aún, **el tratamiento con misoprostol tiene requisitos mínimos de prestación de servicios y se puede ofrecer casi en cualquier lugar** (ver la  Herramienta 3A: Requisitos mínimos para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol). Cada vez aumenta más el volumen de evidencia científica sobre el uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto.³

- Las tasas de eficacia promedio del misoprostol para la atención postaborto reportadas en las publicaciones varían entre el 91% y el 99%, según el régimen utilizado y el estudio.
- Cada vez más el misoprostol es reconocido como un método de bajo costo y fácil de utilizar para realizar la evacuación endouterina (Blum et al. 2007).
- El misoprostol es una tecnología sencilla, que es fácil de almacenar (no requiere refrigeración y se conserva por mucho tiempo sin deteriorarse) y se puede utilizar en una variedad de ámbitos, por una variedad de profesionales de la salud. El misoprostol para la atención postaborto se puede emplear por sí solo en lugares donde no es factible realizar la AMEU, o puede complementar la AMEU en lugares donde se ofrecen servicios de APA.
- El misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto ha sido objeto de estudios clínicos en lugares tan diversos como los Estados Unidos, el Reino Unido y en países de bajos recursos como Burkina Faso, Egipto, Ghana, Mozambique y Tanzania (Bique et al. 2007, Dabash et al. 2010, Dao et al. 2007, Shwekerela et al. 2007, Taylor et al. 2011).

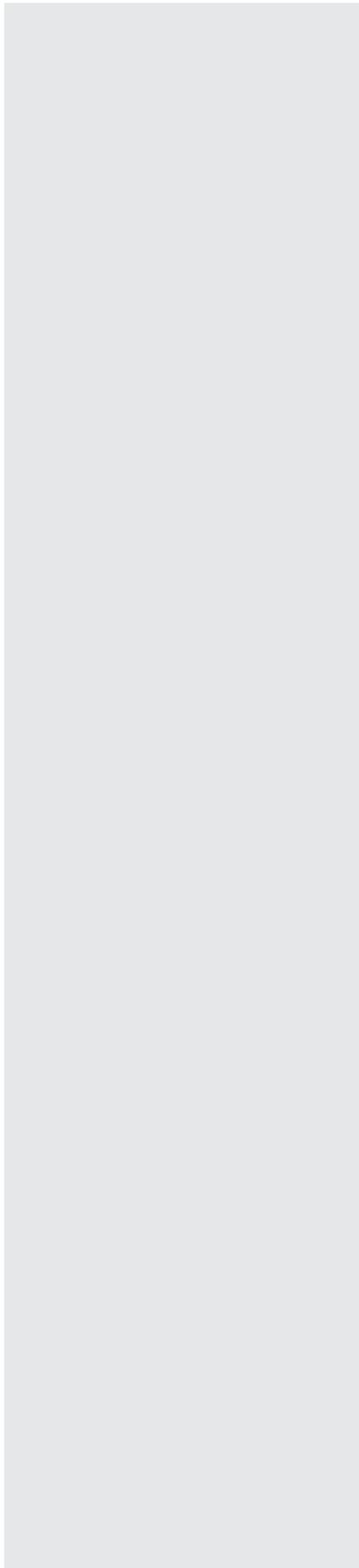
En estudios que examinaron la aceptabilidad del misoprostol, más del 90 por ciento de las mujeres relataron estar satisfechas o muy satisfechas con el misoprostol para su tratamiento postaborto (Dao et al. 2007, Gynuity Health Projects 2009, Ngoc et al. 2005, Shwekerela et al. 2007, Weeks et al. 2005). En un estudio de viabilidad realizado en Nigeria, se mostró que el misoprostol es muy aceptado por las mujeres en una población principalmente musulmana en el norte. El mismo estudio mostró que el personal de salud participante (profesionales de medicina, partería y enfermería) también relataron un alto grado de satisfacción (Ipas Nigeria y SOGON 2011a, Ipas Nigeria y SOGON 2011b).

3. Para ver resúmenes de estudios publicados seleccionados, remítase a <http://www.ipas.org/ma/mpac-toolkit/>

Los datos de numerosos estudios muestran que, en muchos lugares, la reorganización de los servicios al reclasificar el tratamiento de APA como un procedimiento ambulatorio disminuye considerablemente los recursos utilizados para la APA, así como el costo y la duración promedio de la estancia de las mujeres en las unidades de salud⁴ (Billings y Benson 2005).

El misoprostol puede reducir considerablemente los costos, ya que les permite a las mujeres buscar tratamiento para el aborto incompleto en el primer nivel de atención y, por ende, disminuye la casuística en las unidades del tercer nivel de atención (FLASOG 2007).

4. Por favor remítase al Anexo 2: Resúmenes de publicaciones seleccionadas sobre el uso del misoprostol en la atención postaborto, el cual está disponible en el CD del juego de herramientas o en <http://www.ipas.org/ma/mpac-toolkit/> o en el sitio web de Venture Strategies Innovations, www.vsinnovations.org.



MÓDULO 2.

Planificación para la prestación de servicios

2.1 Introducción

Cuando se planifica la introducción del misoprostol en los servicios de atención postaborto (APA) en determinada unidad de salud, generalmente es útil, aunque no requerido, pensar en términos más amplios respecto a las necesidades de prestación de servicios, la atención postaborto actualmente disponible (si hubiera alguna) y las políticas que guiarán la implementación de los servicios. (Para obtener una lista de los requisitos esenciales para la prestación de servicios, ver la  **Herramienta 3A: Requisitos mínimos para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol.**) Además de realizar el trabajo preliminar para ofrecer nuevos servicios de APA o ampliar los servicios actuales, este proceso deliberativo también debe establecer o aumentar el apoyo para el uso del misoprostol para la atención postaborto. Sin mayor apoyo institucional, sería difícil crear y sustentar un programa.

El Módulo 2 le proporciona orientación y herramientas para realizar un diagnóstico ambiental, revisar las políticas y los servicios actuales y calcular las necesidades de abastecimiento de misoprostol. El lugar donde usted trabaja y la planificación del alcance del programa de misoprostol para la atención postaborto, determinarán el alcance del diagnóstico y la revisión de las políticas y los servicios. El cálculo de las necesidades de abastecimiento de misoprostol se basará en su casuística y en los diversos usos previstos para el misoprostol.



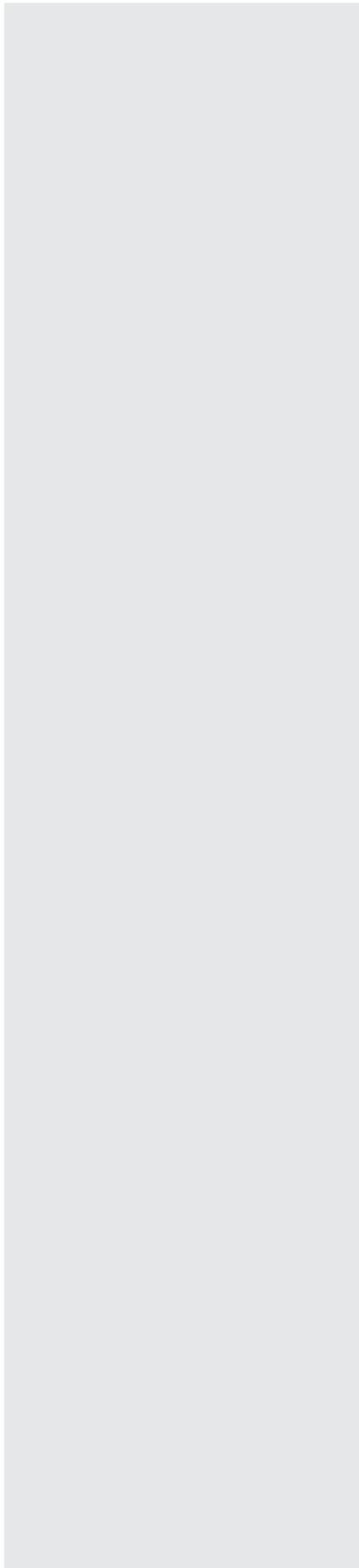
AUDIENCIAS

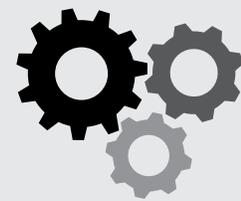
OBJETIVO: Gerentes de unidades de salud y gerentes de programas a nivel nacional/distrital



HERRAMIENTAS EN ESTE MÓDULO:

- 2A Guía para el diagnóstico ambiental
- 2B Lista de verificación para planificar cambios en la prestación de servicios
- 2C Cómo calcular las necesidades de abastecimiento de misoprostol





Utilice esta guía para profundizar su entendimiento del contexto en el cual trabaja, para facilitar la creación e implementación de servicios de misoprostol para la atención postaborto. El diagnóstico ambiental puede ser tan sencillo como convocar una reunión de personas bien informadas para discutir la situación actual y las necesidades percibidas, o analizar los datos para entender la demanda de servicios de atención postaborto en su entorno. Según vaya realizando el diagnóstico, asegúrese de tomar en cuenta las necesidades de los sectores especiales de la población, tales como mujeres en situaciones críticas o de emergencia, jóvenes, refugiadas, mujeres que viven con VIH/SIDA, trabajadoras sexuales, mujeres víctimas de violencia sexual y personas con otros problemas de salud como enfermedades infecciosas.

Contexto de salud pública

- Entender el tamaño y la distribución geográfica de la población.
- Tomar nota de la tasa de mortalidad materna (a nivel nacional, regional o local).
- Tomar nota de la proporción de mortalidad materna atribuible al aborto inseguro.
- Tomar nota del porcentaje de morbilidad materna atribuible a las complicaciones del aborto inseguro.
- Contar el número de mujeres tratadas por complicaciones de aborto mensual y/o anualmente en la zona de captación del hospital, distrito u otro lugar.
- Estudiar los tipos de complicaciones maternas atendidas con mayor frecuencia en las unidades de salud en la zona de captación.
- Tomar nota de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.

Contexto jurídico y regulador

- Estudiar las leyes y políticas vigentes y sus efectos en la prestación de servicios de aborto (tanto el tratamiento de las complicaciones del aborto como la interrupción legal del embarazo). Las leyes consideradas “restrictivas” a veces permiten abortos seguros y legales en casos de violación y por otras razones de relevancia. Prestar atención a todo reglamento vigente que regule la atención médica brindada a las adolescentes, menores o mujeres solteras.
- Determinar los tipos de profesionales de la salud que actualmente pueden ofrecer tratamiento del aborto incompleto.
- Colaborar con una organización no gubernamental u otra institución para revisar el estatus de misoprostol, su registro e indicaciones aprobadas, su inclusión en la lista nacional de medicamentos esenciales, las decisiones del ministerio de salud con respecto a su uso y su uso actual basado en evidencia (de conformidad con la etiqueta o uso fuera de lo indicado en la etiqueta).

5. Esta herramienta fue adaptada de: Baird, Traci L., M Virginia Chambers y Charlotte E. Hord. 1998. *Implementación de la atención postaborto. Recursos técnicos para la atención postaborto*, volumen 1, Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.

Contexto de prestación de servicios

- Tomar nota de la disponibilidad de los servicios de APA, incluso en las unidades de salud que ofrecen servicios de evacuación endouterina con AMEU y/o misoprostol. Tomar nota de los lugares donde se encuentran las unidades de salud, su distribución relativa al número de mujeres en edad reproductiva, el número de empleados y los horarios de las unidades.
- Familiarizarse con los medios por los cuales las mujeres típicamente llegan a las unidades de salud.
- Evaluar la suficiencia de los sistemas de referencia y transporte entre unidades para el tratamiento de las complicaciones del aborto. Considerar la evaluación, estabilización o referencia de la paciente para tratamiento más intensivo cuando sea necesario.
- Evaluar la capacitación, si la hay, actualmente ofrecida al personal de salud para el tratamiento del aborto incompleto y las complicaciones del aborto.
- Evaluar el acceso de las mujeres a servicios anticonceptivos después de un aborto incompleto, incluso si los servicios se ofrecen en el mismo espacio y en la misma unidad que los servicios de APA, o si se pueden obtener por medio de una referencia.
- Evaluar las prácticas actuales de suministro de anticonceptivos como parte de la atención postaborto y las tasas preponderantes de aceptación de anticonceptivos por las mujeres atendidas en las unidades de APA.

2.2 Normas, guías y protocolos

Es importante estudiar las normas, guías y protocolos vigentes para asegurar que faciliten el acceso a los servicios de salud y que incluyan el uso de misoprostol. Si el alcance de su proyecto no abarca la elaboración o actualización de normas y guías nacionales, piense en documentar los resultados del uso de misoprostol para la atención postaborto en una sola unidad de salud o zona geográfica. Luego puede utilizar los resultados para fomentar una revisión y actualización más extensas de los documentos nacionales y políticas respecto al uso de medicamentos.

Las normas nacionales son muy diferentes a los protocolos locales o institucionales. En general, las normas nacionales no son revisadas con regularidad una vez que son aprobadas; por lo tanto, deben ser lo más generales y poco específicas posible, de manera que las instituciones locales puedan aplicar con libertad los protocolos clínicos actualizados según vaya evolucionando la ciencia. Por ejemplo, si una norma nacional aprueba el uso del misoprostol para la atención postaborto, sería la responsabilidad del protocolo local o institucional establecer los regímenes, las contraindicaciones y los criterios de elegibilidad específicos, entre otros aspectos.

Factores que se deben tomar en consideración al elaborar o revisar las normas, guías y protocolos: ⁶

- **No medicalizar en exceso.** Existe una fuerte tendencia a requerir más de lo necesario, como equipo especializado, pruebas de laboratorio o evidencia de la edad de la mujer, o intentar tratar complicaciones sumamente raras del procedimiento. El misoprostol para la **atención postaborto puede ser suministrado por profesionales de la salud en el primer nivel de atención en zonas remotas; no se necesitan equipos, pruebas o procedimientos complejos para ofrecer servicios de alta calidad.**
- **Incluir solo prácticas basadas en evidencia.** No describir prácticas que “parezcan ser una buena idea” o que “siempre se hayan llevado a cabo así” si éstas no están respaldadas por evidencia científica.
- **Proporcionar suficientes detalles** sobre la prestación de servicios, pero permitir modificaciones. Asegurarse de que los protocolos clínicos específicos, como el momento en que se administran dosis repetidas de misoprostol, no estén codificados en documentos que sean difíciles de actualizar si la base de evidencia cambia. Asegurarse de que los documentos reflejen las inquietudes del primer nivel de atención y del nivel comunitario del sistema de salud, así como toda la gama de ámbitos de prestación de servicios, como unidades móviles y consultorios particulares.

6. De: Ipas. 2005. *Standards and guidelines toolkit*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Inédito. Para solicitar un ejemplar de este juego de herramientas, por favor diríjase a misoforpac@ipas.org.

- **No agregar restricciones que no sean exigidas por la ley.** Esto incluye barreras como certificaciones especiales del personal o la unidad de salud, o permitir que solo el personal médico proporcione los servicios.
- **Incluir los sectores público y privado y el sector de organizaciones no gubernamentales (ONG).** La experiencia inédita ha demostrado que la prestación de servicios mediante la integración de los sectores público y privado y el sector de ONGs a la larga facilita mejor acceso, costos más bajos y servicios de mejor calidad. Asegurarse de que las normas sean las mismas para los tres sectores.
- **Incorporar los elementos de la atención centrada en la mujer.** La atención centrada en la mujer es un enfoque integral para atender las necesidades médicas y psicológicas de cada mujer, independientemente de su edad o estado civil, en el momento que se le proporciona el servicio. Sus elementos fundamentales consisten en proporcionar servicios respetuosos y confidenciales, hacer a la mujer partícipe en su tratamiento, ofrecerle la mayor cantidad de opciones como sea posible y asegurar que se respeten los derechos de las mujeres a recibir atención de alta calidad.

2.3 Planificación paso a paso ⁷

La planificación debe ser un proceso serio y cuidadoso, tanto durante la introducción de nuevos servicios con misoprostol como en la integración del misoprostol a los servicios actuales de atención postaborto. El proceso de planificación esbozado en la lista de verificación a continuación puede servir de guía para entender las necesidades de su comunidad y sus pacientes y ayudarlo a crear servicios adecuados y viables para atender esas necesidades.

Las personas tienen diferentes ideas sobre cómo mejorar los servicios o cómo crear un programa nuevo. Por lo tanto, durante la fase de planificación es imperativo obtener todas las perspectivas e ideas pertinentes, especialmente de líderes clave cuyo apoyo es importante para el éxito del programa y de las personas que serán atendidas por su programa, incluidas las adolescentes y otros grupos especiales.

La planificación de cambios en la prestación de servicios implica seis pasos clave: identificar las prioridades, establecer los objetivos, formular un plan de trabajo, capacitar al personal en todos los niveles, realizar los preparativos necesarios para garantizar atención de alta calidad y planificar para garantizar sostenibilidad (🔧 **Herramienta 2B: Lista de verificación para planificar cambios en la prestación de servicios**). La lista de verificación le ayudará a asegurarse de tomar en cuenta todos los diversos elementos que son esenciales para la prestación de servicios con misoprostol. Según vaya utilizando la lista

7. Esta sección y la Herramienta 2B fueron adaptadas de: McInerney, Teresa, Traci L. Baird, Alyson G. Hyman y Amanda B. Huber. 2001. *A guide to providing abortion care. Technical resources for abortion care.* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

de verificación, cada planificador/a debe tomar en consideración los siguientes factores:

1. Identificar las prioridades

Identificar las prioridades de su comunidad o pacientes. Una vez que tenga una lista de prioridades, clasifíquelas según su urgencia, impacto y viabilidad. En una zona rural, por ejemplo, la necesidad identificada podría ser mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de atención postaborto, porque el personal de salud más cercano posiblemente se encuentre a dos horas de distancia por vehículo.

2. Establecer objetivos específicos

Los objetivos deben reflejar las necesidades de las mujeres y la comunidad. Además, es importante que los objetivos se puedan lograr en el plazo indicado y con los recursos disponibles. Estos objetivos deben ayudarle a definir sus próximos pasos para introducir o integrar al misoprostol en los servicios de atención postaborto.

3. Formular un plan de trabajo

Piense en los pasos que se deben realizar para lograr cada objetivo. Asigne responsabilidad para cada actividad y elabore un cronograma para concluirlos. Piense en “quién, qué, cuándo, cómo y dónde” de cada paso. Tendrá que crear un presupuesto para su plan de trabajo y planificar el financiamiento de sus actividades y servicios.

4. Capacitar al personal en todos los niveles

Todos los eventos de capacitación en la unidad de salud se deben llevar a cabo con el personal de salud, incluso los ejercicios de aclaración de valores que ayudarán a disminuir el estigma y la discriminación en la unidad. Asimismo, todo el personal debe tener un entendimiento general de cómo proporcionar servicios de atención postaborto a las mujeres. Por último, cada profesional de la salud debe recibir capacitación específica en la prestación de servicios de APA y en el uso de misoprostol en la APA.

5. Realizar los preparativos necesarios para garantizar atención de alta calidad

Usted debe identificar maneras de monitorear el programa y garantizar atención de alta calidad (ver Módulo 6: Cómo garantizar servicios de alta calidad). En un programa basado en la unidad de salud, incluya al personal y a las pacientes en el proceso de definir los indicadores de un servicio de alta calidad.

6. Planificar para garantizar sostenibilidad

Para garantizar la eficacia de los servicios, es imperativo planificar los cambios de tal manera que estos perduren. Diferentes programas

requieren diferentes acciones para lograr sostenibilidad, pero ciertos elementos son de importancia universal:

- › Obtener el apoyo de las autoridades decisorias clave
- › Actualizar las normas de los servicios
- › Brindar atención confidencial y respetuosa a todas las mujeres
- › Integrar los servicios de atención postaborto con otros servicios de salud reproductiva
- › Asegurarse de establecer mecanismos de financiamiento
- › Asegurarse de que los sistemas de suministro, administración y capacitación funcionen bien
- › Mantener el equipo necesario y el espacio físico en los lugares donde se proporcionan los servicios
- › Mantener los insumos
- › Monitorear los servicios



Herramienta 2B.

Lista de verificación para planificar cambios en la prestación de servicios

Ya sea que esté preparándose para iniciar o mejorar un servicio clínico, o para lanzar una campaña informativa o realizar alguna otra actividad para implementar los servicios, a continuación se exponen los pasos que debe seguir y los aspectos que debe tomar en cuenta.

Identificar las prioridades

- Considerar cómo ampliar el acceso a los servicios.
- Determinar si debe aumentar el número y los tipos de profesionales de la salud que brindan atención postaborto.
- Evaluar la calidad de los servicios.
- Pensar en ampliar la gama de servicios de salud reproductiva disponibles.
- Reflexionar sobre la ampliación de los servicios de APA para abarcar la gama más amplia de procedimientos que sea posible.
- Explorar las actitudes y los valores del personal respecto a la prestación de servicios de aborto y atención postaborto e identificar las necesidades de capacitación relacionadas.

Establecer los objetivos

- Asegurarse de que los objetivos sean específicos, medibles, alcanzables, realistas y delimitados por el tiempo.
- Pensar en quién, qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto de cada objetivo.
- Establecer un cronograma claro para lograr los objetivos y planificar una evaluación sistemática de los avances en momentos especificados.

Formular un plan de trabajo

- Identificar y definir cada actividad principal y enumerar las sub-tareas para cada una.
- Asignar responsabilidad para cada sub-tarea y un cronograma razonable para concluirla.
- Comunicarse con otras organizaciones aliadas y partes interesadas en la comunidad o en el gobierno, que puedan ayudar a lograr los objetivos.
- Obtener los recursos financieros y materiales necesarios y determinar las formas de obtener recursos sostenibles.

Capacitar al personal en todos los niveles

- Realizar ejercicios de aclaración de valores con todo el personal.
- Proporcionar a todo el personal una visión general de los servicios de atención postaborto.
- Ofrecer capacitación específica para todo el personal médico en la prestación de servicios de APA y misoprostol para la atención postaborto.

Realizar los preparativos necesarios para garantizar atención de alta calidad

- Decidir un sistema para monitorear la calidad de los programas y los servicios.
- Formular una estrategia en equipo para mejorar la calidad, con funciones y responsabilidades claras para cada participante.

Planificar para garantizar sostenibilidad

- Obtener el apoyo de las autoridades decisorias clave.
- Incluir los costos de los programas o los servicios en el presupuesto de la unidad de salud para asegurarse de cubrir los costos necesarios para garantizar sostenibilidad.
- Crear mecanismos de financiamiento, tales como sistemas de recuperación de costos que reflejen la capacidad de las mujeres para pagar por los servicios recibidos.
- Integrar o vincular la atención postaborto con los servicios de salud reproductiva ya establecidos.
- Crear un programa de capacitación continua para el personal clínico, administrativo y gerencial, que introduzca nuevas habilidades y actualice las habilidades actuales.
- Reunirse con regularidad con el personal para discutir los avances y revisar sugerencias para mejorar el programa.

2.4 Cómo garantizar un abastecimiento continuo de misoprostol⁸

En una discusión sobre cómo manejar el abastecimiento de anticonceptivos en *The Family Planning Manager* (Management Sciences for Health 1992) se destacan cuatro datos clave como base para las decisiones relacionadas con el abastecimiento:

1. Consumo mensual promedio: la cantidad de insumos en existencias utilizados cada mes
2. Pérdidas: la cantidad de insumos en existencias que se pierden o de otro modo no son utilizables debido a daños, caducidad u otras razones
3. Inventario: la cantidad de insumos en existencias
4. Lapso de reabastecimiento: el tiempo que transcurre entre el momento en que se hace un pedido y el momento en que se reciben los insumos en la unidad donde se ofrecen los servicios

Es importante seguir las buenas prácticas para el manejo del abastecimiento. El **sistema FEFO**, por las siglas en inglés de primero en caducar, primero en salir (*first-to-expire, first-out*), aconseja explícitamente a cada gerente consumir productos según sus fechas de caducidad, para asegurar que se utilicen primero los productos más viejos que aún no han caducado. Otro sistema eficiente utilizado con frecuencia para manejar el abastecimiento de insumos anticonceptivos es el **sistema máximo/mínimo**. En este sistema, el nivel mínimo de existencias es el nivel por debajo del cual nunca deben estar las existencias sin antes haber realizado un pedido de reabastecimiento. El nivel máximo de existencias se establece para proteger contra el abastecimiento en exceso y la pérdida de existencias por caducidad.

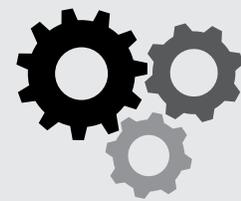
Los costos de almacenamiento del misoprostol son mínimos, ya que éste es el más estable de los medicamentos uterotónicos (POPPHI 2008). El misoprostol debe almacenarse en un lugar limpio, seco y libre de insectos y roedores. No necesita refrigeración. El misoprostol debe protegerse del calor y la humedad (POPPHI 2008) y guardarse a temperatura ambiente (15 a 30 grados Celsius) en un recipiente cerrado (POPPHI 2007). Tanto en la farmacia como en la unidad de salud, la eficacia del misoprostol disminuye si éste se expone a calor y humedad en exceso (POPPHI 2007).

Debido a la posibilidad de fármacos falsos, es mejor emplear distribuidores confiables para tener seguridad de que los fabricantes cumplen con los altos estándares en la producción del misoprostol para su mercado.

Si en su unidad de salud se utiliza el misoprostol para otras indicaciones (tales como el manejo de la hemorragia posparto, el tra-

8. La información expuesta en esta sección y en la Herramienta 2C fue adaptada de: Ipas. 2009. *Guía de trabajo: Plan para un abastecimiento continuo del instrumental de AMEU*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Estas herramientas no han sido probadas en el campo para calcular las necesidades de abastecimiento de misoprostol para la atención postaborto.

tamiento del aborto diferido, o la inducción del parto), calcule la cantidad necesaria para cada uso. El útero se vuelve más sensible al misoprostol según avanza el embarazo, por ende se necesitan diferentes regímenes para diferentes indicaciones. En un embarazo avanzado se administran dosis mucho más bajas de misoprostol (para inducir el parto).



Herramienta 2C.

Cómo calcular las necesidades de abastecimiento de misoprostol

*La cantidad total de misoprostol que necesita un programa o una unidad se calcula según las indicaciones de uso del misoprostol, el plazo típico de caducidad del producto, el desperdicio del producto por diversas razones (por ejemplo caducidad), las condiciones de almacenamiento (las cuales deben ser seco y a temperatura ambiente) y el plazo para recibir los insumos encargados. Usted puede utilizar la fórmula en esta herramienta para obtener un cálculo aproximado de sus necesidades de abastecimiento. Por favor tenga en cuenta el régimen de misoprostol que utilice para cada indicación en sus cálculos del número final de tabletas necesitadas. En el CD que acompaña este documento (**Anexo 3,  Herramienta 2D: Hoja de cálculo de las necesidades de abastecimiento de misoprostol**) se incluye una hoja de trabajo en Excel para ayudarle a finalizar sus cálculos; esta hoja también se puede pedir por correo electrónico dirigido a misoforpac@ipas.org.*

Continúa en la próxima página...

Favor de ingresar los datos a continuación						Calculado para usted *					
Número de días de servicio al mes	Casística diaria promedio	Porcentaje de casos en los que se utiliza misoprostol	Tabletas de misoprostol necesarias por dosis	¿Cuánto tiempo se toma recibir el misoprostol después que lo encarga?	Casística diaria promedio de misoprostol	Cantidad a pedir para evitar desabastecimiento	Número de tabletas que se prevé utilizar al día	Número de tabletas que se prevé utilizar al mes	Nivel mínimo de inventario de misoprostol que se debe mantener	Nivel máximo de inventario de misoprostol que se debe alcanzar	
Anote el número de días en el mes en que se proporcionan los servicios.	Determine la casística basándose en los últimos seis meses (si acaba de iniciar el servicio, base sus cálculos en datos de dos meses para capturar los cambios en la aceptación y una vez que los servicios estén más establecidos, base la casística promedio en seis meses de datos).	Determine el porcentaje previsto de los casos manejados con misoprostol (puede ser el 100% si solo se utiliza misoprostol para la APA; podría ser menos si también se ofrecen otros métodos, como la AMEU).	Según la indicación y el régimen utilizado. El número de tabletas por dosis equivale al número de tabletas de 200 mcg de misoprostol necesarias por indicación.	Anote el número de semanas que generalmente transcurren entre el momento en que hace el pedido y el momento de entrega a su unidad de salud.	Equivale al (% de casos diarios en promedio) x (% de casos en que se utiliza misoprostol).	Equivale al (% de casos diarios de misoprostol) x (tabletas de misoprostol necesarias por dosis) x (7 días) x (el tiempo que se toma recibir el misoprostol después que lo encarga).	Equivale a los (casos diarios promedio de misoprostol) x (tabletas de misoprostol necesarias por dosis).	Equivale al (número de tabletas que se prevé utilizar al día) x (número de días de servicio al mes).	Equivale al (número de tabletas que se prevé utilizar al mes) + (cantidad a pedir para evitar desabastecimiento).	Si se toma menos de 4 semanas recibir el misoprostol después que lo encarga, su nivel máximo de inventario será 2 x (número de tabletas que se prevé utilizar al mes). Si se toma 4 semanas o más, su nivel máximo de inventario será 3 x (número de tabletas que se prevé utilizar al mes).	
Ejemplo de datos y cálculos	4	65	3	2	3	126	9	270	396	540	
Ingrese los datos de su unidad de salud en esta hilera											

*Remitirse al Anexo 3 en el CD acompañante para ver la hoja de cálculo en Excel, que le ayudará a realizar los cálculos.

2.5 Recursos adicionales

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). 2010. *Guía de Bolsillo para la Administración de Insumos Anticonceptivos*. Atlanta, GA: CDC: <http://www.cdc.gov/Reproductivehealth/ProductsPubs/PDFs/PocketGuide/SpanishPocketGuide.pdf>

Consortio de Atención Postaborto. 2002. *Essential elements of postabortion care: An expanded and updated model*. http://www.pac-consortium.org/site/PageServer?pagename=Themes_PAC_Model_Resources

EngenderHealth. 2009. *COPE® for comprehensive abortion care service: A toolbook to accompany the COPE® handbook*. Nueva York: EngenderHealth. <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/cope-for-abortion-care.pdf>

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). 2009. *Misoprostol Safe Dosage Guidelines*. <http://www.figo.org/news/misoprostol-safe-dosage-guidelines>

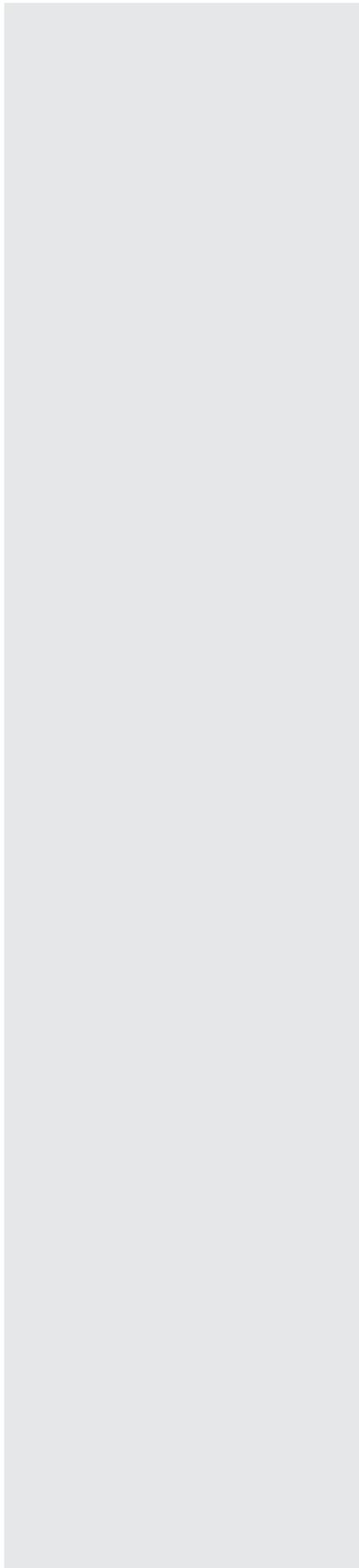
Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. 2010. *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*. http://www.iawg.net/resources/IAFM%202010/Spanish_FINAL_IAFM%202010_05-12_ES_low-res.pdf

Herrick, Jeannine, Katherine L. Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/La_atencion_postaborto_centrada_en_la_mujer_Manual_de_referencia.aspx

Management Sciences for Health. *The family planning manager*. <http://erc.msh.org/TheManager/>

USAID Postabortion Care Resources. http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/pac/index.html

Wood, Damian, Gill Turner y Fiona Straw. 2010. *Not just a phase: A guide to the participation of children and young people in health services*. Londres: Royal College of Pediatrics and Child Health. http://www.crin.org/docs/RCPCH_Not_Just_a_Phase.pdf



MÓDULO 3.

Evaluación de la unidad de salud

3.1 Introducción⁹

Para implementar un programa exitoso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, la evaluación de la unidad de salud debe asegurar que se cumplan los requisitos mínimos para la prestación de servicios, sin importar el tipo de unidad. Además, la evaluación puede ayudar a determinar la calidad actual de la atención y los sistemas ya establecidos para que después se pueda comparar con los estándares mínimos y ver qué, en el caso que hubiera algo, mejorar antes de iniciar el programa de misoprostol.

En el Módulo 3 se proporciona orientación y herramientas para realizar la evaluación de la unidad de salud, que incluyen examinar el manejo y la prestación de servicios, dotación de personal, sistemas de registros, equipos, suministros e infraestructura de la unidad. Si ya se ofrecen servicios de APA en la unidad con otras tecnologías como la aspiración manual endouterina (AMEU), es posible que ya se cumplan muchos de los requisitos fundamentales. Si aún no se ofrecen servicios de APA en su unidad de salud, revise la  **Herramienta 3A: Requisitos mínimos para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol** y determine qué necesita para cumplir estos requisitos. Recuerde que el **tratamiento con misoprostol tiene requisitos muy mínimos para la prestación de servicios y se puede brindar en casi cualquier tipo de unidad de salud.**

Si los recursos lo permiten, una evaluación completa de su unidad de salud también le puede ayudar a identificar maneras de mejorar la calidad de la atención. Esto implica estudiar las políticas, guías clínicas de procedimientos y estándares escritos de la unidad de salud para todos los aspectos de la prestación de servicios. Además, debe examinar el sistema financiero y presupuestal para determinar cómo adquirir los insumos y medicamentos relacionados con el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol (tales como misoprostol, instrumental de AMEU, insumos anticonceptivos e insumos para la prevención de infecciones). Por último, determine la disponibilidad y el horario del personal que está capacitado para brindar atención postaborto.



AUDIENCIAS

OBJETIVO: Gerentes de unidades de salud



HERRAMIENTAS EN ESTE MÓDULO:

- 3A Requisitos mínimos para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol
- 3B Evaluación de la unidad de salud

9. Esta sección fue adaptada de: Baird, Traci L., M. Virginia Chambers y Charlotte E. Hord. 1998. *Implementación de la atención postaborto. Recursos técnicos para la atención postaborto, volumen 1.* Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.

OBSTÁCULOS ACTITUDINALES

El estigma relacionado con el aborto es un fenómeno social basado en valores, creencias y prejuicios que pueden influir en la manera en que el personal de salud trata a las mujeres que presentan aborto incompleto. Las demoras en el tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro pueden causar la muerte (Mayi-Tsonga et al. 2009). Es necesario abordar las causas fundamentales del estigma relacionado con el aborto para tener un impacto positivo en los obstáculos actitudinales a la atención postaborto. Las intervenciones de aclaración de valores y transformación de actitudes (AVTA) motivan a las partes interesadas a identificar y eliminar las barreras a la prestación de servicios producidas por el estigma, así como las barreras al acceso y la calidad de la atención que surgen de información errónea, conflictos de valores, actitudes negativas y falta de respeto para los derechos de las mujeres. El diagnóstico de la unidad de salud ofrece la oportunidad de determinar las necesidades de AVTA del personal en determinada unidad. Para obtener más información, ver Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales (Turner y Page 2009) en la sección de Recursos adicionales, que se encuentra al final de este módulo.

Las y los gerentes de programas, profesionales de la salud y otras partes interesadas pertinentes pueden participar en el uso de la herramienta para la evaluación de la unidad. Por lo general, lo más productivo es establecer un pequeño equipo de personas con diferentes habilidades y perspectivas para realizar la evaluación; así se puede maximizar la riqueza de la información recopilada. Por ejemplo, una organización de ayuda humanitaria podría introducir el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto en los servicios de salud ofrecidos en un campo de refugiados. En este caso, el equipo encargado de realizar el diagnóstico podría estar integrado por la jefa de enfermería del campamento, el gerente de logística e insumos, un representante del grupo de mujeres refugiadas y un miembro del personal de la organización de ayuda humanitaria.

3.2 Modelos para integrar al misoprostol en los servicios de atención postaborto

Introducción del misoprostol

Los **servicios del primer nivel de atención**, tales como las clínicas de planificación familiar, pueden ofrecer misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, sin la necesidad de que se disponga de instrumental de AMEU. Sin embargo, debe haber un sistema de referencia para la AMEU como método de respaldo cuando ésta sea necesaria. La opción de misoprostol en el nivel más bajo del sistema de salud le permite al personal de salud alcanzar a nuevos grupos de mujeres y, por ende, ampliar el acceso a los servicios.

Integración del misoprostol

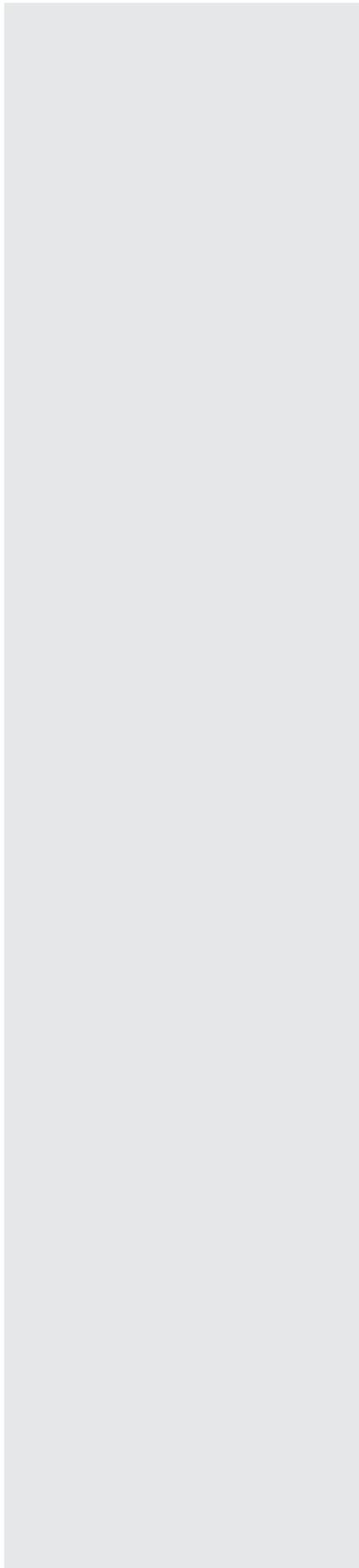
La integración del tratamiento con misoprostol en los **servicios de APA** les ofrece a las mujeres la opción de elegir de entre las diferentes tecnologías y posiblemente aumenta el número de profesionales de la salud que pueden ofrecer APA.

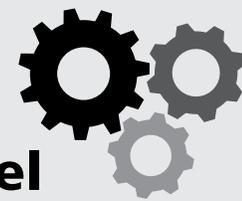
Asimismo, la integración del tratamiento con misoprostol en los **servicios de urgencia** como los departamentos de emergencia, puede aumentar el número de profesionales que pueden ofrecer APA. Más aún, podría disminuir las necesidades de la unidad en cuanto a las salas de procedimientos y el equipo necesario para brindar atención médica.

La integración del tratamiento con misoprostol en los **servicios básicos y de urgencia, tanto obstétricos como de atención al recién nacido**, tiene la ventaja de ampliar aún más la gama de profesionales de la salud que pueden ofrecer APA. Además, vincula los servicios de APA con los servicios de salud materna, por lo cual se puede aprovechar al máximo las diferentes habilidades del personal de salud y atender de manera más integral las necesidades de salud reproductiva de las mujeres.

LA ANTICONCEPCIÓN: UN ELEMENTO ESENCIAL

Independientemente de cuál sea el modelo, la consejería y los servicios de anticoncepción son elementos esenciales de los servicios de APA para las mujeres que desean aplazar o evitar un embarazo. Mediante el diagnóstico de la unidad de salud, usted puede determinar cómo mejorar los servicios anticonceptivos para atender las necesidades de las mujeres y ofrecer más opciones anticonceptivas. Si la institución no puede ofrecer determinado método anticonceptivo, identifique otras fuentes de suministro de anticonceptivos en la comunidad adonde pueda remitir a las mujeres.





Herramienta 3A.

Requisitos mínimos para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol

Para implementar el tratamiento con misoprostol en los servicios de atención postaborto, es importante entender los requisitos mínimos para la prestación de servicios. Los requisitos mínimos expuestos a continuación son aplicables tanto cuando se inician nuevos servicios como cuando se integra el uso del misoprostol para la atención postaborto en los servicios ya establecidos, y son aplicables independientemente del nivel de la prestación de servicios. Por favor observe que existen diferentes requisitos si usted ofrece servicios de AMEU. Toda mujer que presente complicaciones de urgencia debe ser remitida y atendida conforme a las guías generales de su país respecto a los cuidados obstétricos de emergencia (COE).

Requisitos mínimos para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol	
Infraestructura y muebles	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sala(s) de consejería y examen<input type="checkbox"/> Luz (no se requiere electricidad, puede utilizarse una linterna)<input type="checkbox"/> Baños/inodoros<input type="checkbox"/> Abastecimiento de agua limpia
Equipo e insumos	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Insumos para los exámenes pélvico y bimanual, como los guantes y el espéculo<input type="checkbox"/> Insumos para la desinfección del instrumental y los guantes
Medicamentos e insumos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Misoprostol<input type="checkbox"/> Analgésicos y antipiréticos (antiinflamatorios no esteroideos como ibuprofeno y paracetamol)<input type="checkbox"/> Insumos anticonceptivos
Requisito adicional para unidades de referencia: Insumos para tratamiento de urgencia	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Materiales y medicamentos para la reanimación de urgencia (vías endovenosas y líquidos IV, antibióticos IV, transfusión de sangre y otros insumos quirúrgicos)<input type="checkbox"/> Equipo de aspiración manual endouterina (AMEU)<input type="checkbox"/> Otro equipo de evacuación endouterina si no se dispone de AMEU

Para más detalles, ver las guías de la OMS en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf



Herramienta 3B.

Evaluación de la unidad de salud¹⁰

La herramienta para la evaluación de la unidad de salud facilita la evaluación completa de la unidad, la cual le ayudará a recopilar información valiosa necesaria para introducir el misoprostol para los servicios de atención postaborto. Además, al identificar y tratar las brechas, resulta más fácil mejorar la calidad de la atención. En la herramienta no se establecen objetivos específicos pero se destacan las áreas clave que son importantes para la prestación de servicios de alta calidad. Sin embargo, estos elementos **no son esenciales** para ofrecer tratamiento con misoprostol. Por ejemplo, aunque desde el punto de vista de brindar atención de alta calidad es preferible tener una sala de espera para las pacientes (especialmente en una unidad concurrida), no es un requisito para la prestación de servicios.

Según su función, usted puede utilizar esta herramienta total o parcialmente. O bien puede dividir las secciones de la herramienta entre los diferentes integrantes del equipo encargado de realizar el diagnóstico y pedirles que utilicen secciones específicas según sus conocimientos y experiencia. Este enfoque puede resultar útil para gerentes de salud a nivel distrital que deben evaluar los centros del primer nivel de atención en su distrito. El personal de salud que desea ofrecer el tratamiento con misoprostol en un puesto de salud rural, puede utilizar algunas secciones de la herramienta para evaluar la capacidad del puesto para iniciar los servicios.

I. DATOS DE LA UNIDAD DE SALUD	
Nombre: _____	
Tipo (Pública/Privada): _____	
Evaluadores: _____	
Fecha: _____	
¿En esta unidad de salud se ofrecen los siguientes servicios?	
Aspiración manual endouterina (AMEU)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Legrado uterino instrumental (LUI)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Interrupción legal del embarazo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tratamiento del aborto en el segundo trimestre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Servicios de anticoncepción	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

10. Esta herramienta fue adaptada de materiales programáticos elaborados por la Alianza Ipas-África y por Ipas Nigeria.

II. LIDERAZGO Y ADMINISTRACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD

El apoyo y entendimiento de líderes y gerentes de la unidad de salud referente a los aspectos y las ventajas del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es crítico para el éxito de los servicios.

Pregunta	Respuesta
¿Apoyan los gerentes clave de la unidad la introducción de servicios de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> En caso negativo, agregue sus comentarios:
¿Cuáles son las actitudes y creencias del personal y la administración de la unidad de salud en cuanto a quién –como profesionales médicos, parteras o personal de enfermería– debería recibir capacitación en los servicios de atención postaborto?	Comentario:
¿Cuáles son las percepciones del personal en cuanto a las mujeres que buscan atención postaborto, incluidas las subpoblaciones como adolescentes y mujeres jóvenes?	Comentario:
¿Es necesario llevar a cabo sesiones de sensibilización de género y/o aclaración de valores; en caso afirmativo, con quién?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Comentario:

III. ESTADÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN POSTABORTO (APA)

La unidad de salud debe tener un registro para documentar los servicios. El registro se debe mejorar para capturar los datos de APA en los lugares donde esto no existe.

Pregunta	Respuesta
Revise los libros de registro, archivos y/o expedientes de las pacientes. ¿Cuántas mujeres con complicaciones postaborto fueron atendidas en esta unidad en los últimos tres meses?	Muertes: _____ Complicaciones graves: _____ Complicaciones menores/moderadas: _____
¿Se ven completos los registros (p. ej., los libros de registros son llenados y están actualizados)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Existe un sistema de vigilancia para monitorear las muertes maternas y otros eventos adversos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Qué otra información se recopila rutinariamente en los libros de registros?	Indicar: _____ _____ _____
¿Existe un archivo o libro de registros para servicios y citas de seguimiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Existe un archivo con los datos de contacto de las pacientes para el seguimiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

IV. EQUIPO Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES

La presencia de un laboratorio, ecografía o capacidad para realizar la AMEU no es obligatoria para que se puedan ofrecer servicios de misoprostol para la atención postaborto en una unidad de salud. Sin embargo, si la unidad no dispone de un laboratorio, sonografía o servicios de AMEU, se debe asegurar de tener establecida una red de referencia para cuando se necesiten estos servicios.

Pregunta	Respuesta
En la unidad de salud ¿se dispone de equipo de aspiración manual endouterina (AMEU) en buen estado de funcionamiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuántos? En caso negativo, favor de explicar los límites de la disponibilidad a continuación:
En los últimos seis meses, ¿se le agotaron a la unidad los insumos para la prevención de infecciones?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, favor de explicar las medidas que se tomaron al respecto.
¿Se están siguiendo debidamente los protocolos para procesar y almacenar los instrumentos médicos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo, agregue más detalles:
¿Existe un sistema adecuado para eliminar desechos médicos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Favor de describir:
Si ésta es una unidad de referencia , ¿se dispone de lo siguiente?	Pruebas de ITS Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Análisis de orina Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cultivos bacteriológicos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hemoglobina y hematocrito Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipificación de grupo y factor sanguíneos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ecografía Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Instalaciones para la transfusión sanguínea Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Líquidos intravenosos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

V. FARMACIA Y ANTICONCEPCIÓN

La presencia de una farmacia no es obligatoria para la prestación de servicios de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Sin embargo, si no se dispone de una farmacia, la unidad de salud debe tener gabinetes seguros para almacenar el misoprostol, así como analgésicos y, preferentemente, anticonceptivos.

Pregunta	Respuesta
¿Se dispone de misoprostol en la unidad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Se suministran anticonceptivos con los servicios de atención postaborto (es decir, puede la mujer obtener servicios anticonceptivos sin tener que esperar)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique todos los métodos disponibles: <hr/> <hr/> <hr/>
¿Qué instrucciones reciben las mujeres para el reabastecimiento de un método anticonceptivo?	Descríbalas:
¿Existe en esta unidad de salud un área de almacenamiento de medicamentos donde se puedan despachar o almacenar los medicamentos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none">› ¿Se mantiene cerrada con llave el área de almacenamiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>› ¿Quién tiene acceso al gabinete o quién es responsable del despacho de medicamentos? <hr/> En caso negativo: <ul style="list-style-type: none">› ¿Remiten a las pacientes a otra parte de esta unidad de salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>› ¿Remiten a las pacientes a otra unidad de salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Pagan las pacientes por los medicamentos o anticonceptivos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

VI. ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD

Se deben acatar los estándares básicos para la prestación de servicios de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, según lo estipulado por las autoridades locales del país. A continuación se exponen ejemplos de lo que se debe verificar.

Pregunta	Respuesta
¿Se les cobra a las mujeres por el tratamiento de APA?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuánto cuesta el tratamiento de APA? _____ Costo del tratamiento con misoprostol: ____ Costo del tratamiento con AMEU: _____ Costo de otro procedimiento (indicar): _____
¿Hay una sala de espera?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuál es el tiempo de espera habitual o probable para los servicios?	Tratamiento con misoprostol: _____ AMEU: _____ Servicios anticonceptivos: _____ Otro: _____
¿Son privadas, cómodas y adecuadas las salas de espera, tratamiento y recuperación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo, favor de comentar al respecto:
¿Existe un espacio donde las mujeres puedan esperar después de tomarse las tabletas de misoprostol, si deciden permanecer en la unidad de salud? <i>Nota: Las mujeres pueden optar por quedarse (pero no tienen la obligación de quedarse) en la unidad durante una o dos horas después de tomarse el misoprostol.</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, describir el espacio disponible:

¿Qué renovaciones o cambios son necesarios para facilitar el flujo de las pacientes ¹¹ sin contratiempos?	Describirlos:
¿Existe un baño/inodoro para las pacientes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿existe un letrero que indique dónde se encuentra el inodoro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Hay agua limpia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Hay toallas higiénicas u otros artículos para el sangrado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si las mujeres son enviadas a su casa para tomarse los medicamentos, ¿se les proporcionan instrucciones claras por escrito sobre cómo administrarse el misoprostol, qué esperar, los signos de alarma y adónde ir en caso de complicaciones?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿están disponibles en el idioma local? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿son adecuadas para el nivel de alfabetización y escolaridad de las pacientes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Hay personal capacitado de guardia durante cada turno?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene el personal de salud acceso a un teléfono las 24 horas al día?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo, favor de explicar las horas u otras limitaciones:
¿Se proporcionan servicios las 24 horas al día en la unidad de salud?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Se ha establecido un sistema de referencia con otra unidad de salud en caso de que surjan complicaciones que no pueda manejar la unidad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, favor de indicar: Nombre de la unidad de referencia: _____ Lugar: _____ Datos de contacto: _____ _____

11. Para mayor información sobre cómo realizar un análisis del flujo de pacientes, consultar: EngenderHealth. 2009. *COPE® for comprehensive abortion care service: A toolbook to accompany the COPE® handbook*. Nueva York: EngenderHealth. <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/cope-for-aobrtion-care.pdf>

VII. CAPACIDAD Y NECESIDADES DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Para que se pueda ofrecer misoprostol en la unidad de salud, ésta debe contar con personal bien capacitado. Aunque no es necesario que el personal tenga experiencia con otros métodos de evacuación endouterina, sí debe recibir una orientación a la aspiración manual endouterina si se ofrecen servicios de AMEU en esta unidad.

Pregunte al personal de salud si percibe que la unidad está bien preparada en las siguientes áreas:	Presente y adecuada	Presente pero necesita mejoras	Ausente, necesita capacitación
Experiencia general y capacitación en salud reproductiva (que incluye ITS, VIH, pruebas para la detección sistemática de violencia y otras áreas)			
Experiencia evaluando a las pacientes en las etapas iniciales del embarazo y aborto incompleto			
Experiencia en consejería postaborto, que incluye consejería anti-conceptiva y suministro de métodos anticonceptivos después de la atención postaborto			
Conocimiento de los procedimientos para obtener el consentimiento informado de las pacientes y remitirlas a otros servicios, respetando sus derechos y su confidencialidad			
Entendimiento de las regulaciones y del mandato ético y jurídico para la prestación de servicios de aborto y atención postaborto			
Conocimiento y práctica de las precauciones para la prevención de infecciones			
Conocimiento de los protocolos institucionales para asistencia de mujeres con aborto incompleto			
Conocimiento de la anticoncepción después del tratamiento con misoprostol			
Experiencia con la aspiración manual endouterina (AMEU)			

<p>Por favor indique el número de cada tipo de personal capacitado para utilizar el instrumental de AMEU:</p>	<p>_____ (núm.) personal médico</p> <p>_____ (núm.) personal de partería/enfermería</p> <p>_____ (núm.) funcionarios de salud</p> <p>_____ (núm.) otros tipos de personal de salud</p>
<p>Por favor indique el número de cada tipo de personal capacitado para administrar el misoprostol:</p>	<p>_____ (núm.) personal médico</p> <p>_____ (núm.) personal de partería/enfermería</p> <p>_____ (núm.) funcionarios de salud</p> <p>_____ (núm.) otros tipos de personal de salud</p>
<p>Por favor indique el número de personal capacitado para estabilizar a las pacientes y referirlas a otros servicios en casos complicados:</p>	
<p>Evalúe la capacidad de la unidad para capacitar al personal, incluidas las actividades actuales de capacitación en servicio:</p>	

Comentarios y recomendaciones adicionales para la introducción del misoprostol:

3.3 Cómo utilizar los resultados de la herramienta para la evaluación de la unidad de salud

Una vez que su equipo haya empleado la herramienta para la evaluación de la unidad de salud para recopilar información, usted debe analizar los resultados con el fin de determinar la capacidad de la unidad para ofrecer servicios de APA con misoprostol. Podría ser útil presentar los resultados de la evaluación al personal de la unidad, destacando tanto los resultados positivos como las áreas que se deben mejorar o cambiar. Quizás sea necesario que su equipo continúe hablando con el personal para explorar más a fondo las razones por las que existen brechas. Este proceso ayudará a superar barreras e identificar soluciones.

Las y los líderes y personal clave de salud deben priorizar los cambios necesarios y formular un plan de acción para fortalecer la capacidad de la unidad para ofrecer misoprostol para la atención postaborto. Se sugiere que los equipos establezcan parámetros específicos con cronogramas y objetivos. Por ejemplo, si se ha identificado la necesidad de aumentar las opciones de métodos anticonceptivos, un equipo podría indicar que debería haber más opciones de métodos para el segundo trimestre y un aumento del 25% en la aceptación de anticonceptivos para el cuarto trimestre. Asignar un miembro específico del personal para manejar determinados objetivos ayudará a garantizar su cumplimiento.

Existen muchas otras estrategias, desde sencillas hasta muy complejas, para utilizar los datos de la evaluación para planificar los cambios. Aplique la estrategia más adecuada para su unidad, acorde con los recursos, el nivel de compromiso y la capacidad de todas las personas implicadas. Para ver herramientas, estrategias y recursos adicionales, remítase al juego de herramientas del proyecto PRIME II sobre cómo mejorar el desempeño en el trabajo: <http://www.intrahealth.org/sst/intro.html>.

3.4 Recursos adicionales

Alemayehu, Tibebe, Karen Otsea, Aregawi GebreMikael, Selamawit Dagne, Joan Healy y Janie Benson. 2009. *Abortion care improvements in Tigray, Ethiopia: Using the Safe Abortion Care (SAC) approach to monitor the availability, utilization, and quality of services*. Chapel Hill, NC: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/Abortion_care_improvements_in_Tigray_Ethiopia_Using_the_Safe_Abortion_Care_SAC_approach_to_monitor_the_availability_utilizat.aspx?ht

Consortio de Atención Postaborto. <http://www.pac-consortium.org>

EngenderHealth. 2009. *COPE® for comprehensive abortion care service: A toolbook to accompany the COPE® handbook*. Nueva York: EngenderHealth. <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/cope-for-abortion-care.pdf>

Hyman, Alyson G. y Laura Castleman. 2006. *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/La_atencion_del_aborto_centrada_en_la_mujer_Manual_de_referencia.aspx

McInerney, Teresa, Traci L. Baird, Alyson G. Hyman y Amanda B. Huber. 2001. *A guide to providing abortion care. Technical resources for abortion care*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/A_guide_to_providing_abortion_care.aspx

Organización Mundial de la Salud. 2003. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS. Se prevé tener una versión actualizada en el año 2011. La versión actual se encuentra en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf

Turner, Katherine L. y Kimberly Chapman Page. 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/Publications/Transformacion_de_actitudes_respecto_al_aborto_Un_juego_de_herramientas_para_la_aclaracion_de_valores_para_audiencias_mundiales.aspx?ht=

MÓDULO 4. Creación de vínculos con la comunidad¹²

4.1 Introducción

La participación comunitaria es un elemento clave de la atención primaria a la salud. Una participación significativa implica la capacidad para influir en los procesos de toma de decisiones respecto a los servicios de salud. Las comunidades pueden desempeñar un papel clave en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad maternas cuando establecen vínculos con unidades que ofrecen servicios de salud reproductiva y con personal de salud responsable de la salud de las mujeres. Por lo general, los miembros de la comunidad –mujeres, profesionales de la salud, líderes comunitarios, familiares y otras personas– ya se han comprometido a velar por la salud, la seguridad y el bienestar de las mujeres y las familias en la localidad.

Las alianzas entre unidades de salud, personal de salud capacitado y líderes y grupos comunitarios pueden fortalecer en gran medida la prestación de servicios postaborto de alta calidad centrados en la mujer, en las comunidades donde viven estas mujeres (por ende, hacer valer los derechos de las mujeres y salvar vidas). Estas alianzas, aunque no son estrictamente esenciales para la prestación de servicios, pueden contribuir a la implementación de servicios de alta calidad que atiendan las necesidades de las mujeres. El Módulo 4 fue elaborado para ayudarle a usted, como personal de salud o gerente de una unidad de salud, a fortalecer las relaciones entre la comunidad y la unidad de salud con el fin de mejorar la prestación de servicios. Le será útil para identificar posibles entidades aliadas y explorar oportunidades para colaborar y trabajar con las comunidades a fin de lograr la disponibilidad, accesibilidad y alta calidad de los servicios.

Al fomentar la participación de la comunidad una vez que se han iniciado los servicios en la unidad de salud, se puede aumentar su aceptación, uso y participación de los servicios. La participación de la comunidad en las etapas iniciales, junto con un diálogo continuo con la comunidad, puede ayudar a promover los servicios más adecuados para satisfacer las necesidades y los deseos de la comunidad. Este tipo de participación ayudará en gran medida para identificar y abordar las causas fundamentales del aborto inseguro en determinada comunidad.



AUDIENCIAS

OBJETIVO: Personal de salud y gerentes de unidades de salud



HERRAMIENTAS EN ESTE MÓDULO:

- 4A Guía para un diagnóstico comunitario rápido
- 4B Posibles audiencias y temas para materiales de información, educación y comunicación sobre el uso de misoprostol en la atención postaborto

12. Diversas herramientas y secciones de este módulo fueron adaptadas de: Hyman, Alyson G. y Laura Castleman. 2006. *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas; y Herrick, Jeannine, Katherine L. Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

DEFINICIÓN DE COMUNIDAD

En una zona geográfica pueden existir muchas comunidades diferentes. Éstas se pueden definir a raíz de intereses específicos en común, o entre personas con una historia, un idioma o una cultura en común, o con realidades o intereses sociales, políticos o económicos en común. Para atender determinada zona geográfica, es importante satisfacer las necesidades y los deseos de todas las comunidades en esa zona, incluso, por ejemplo, las necesidades específicas de las personas jóvenes, pobres, trabajadores itinerantes y otros sectores de la población.

4.2 Alianzas para alcanzar a las comunidades

Cuando establezca vínculos con las comunidades, usted debe pensar en forjar alianzas con grupos locales, ONGs y organizaciones comunitarias.¹³ Las alianzas exitosas pueden apoyar a las y los integrantes de la comunidad que defienden y abogan por programas sostenibles de alta calidad. Más aún, las alianzas con organizaciones comunitarias pueden dar voz a los sectores de la población típicamente marginados o privados del derecho a ser escuchados, tales como las personas jóvenes o las mujeres que viven con VIH/SIDA.

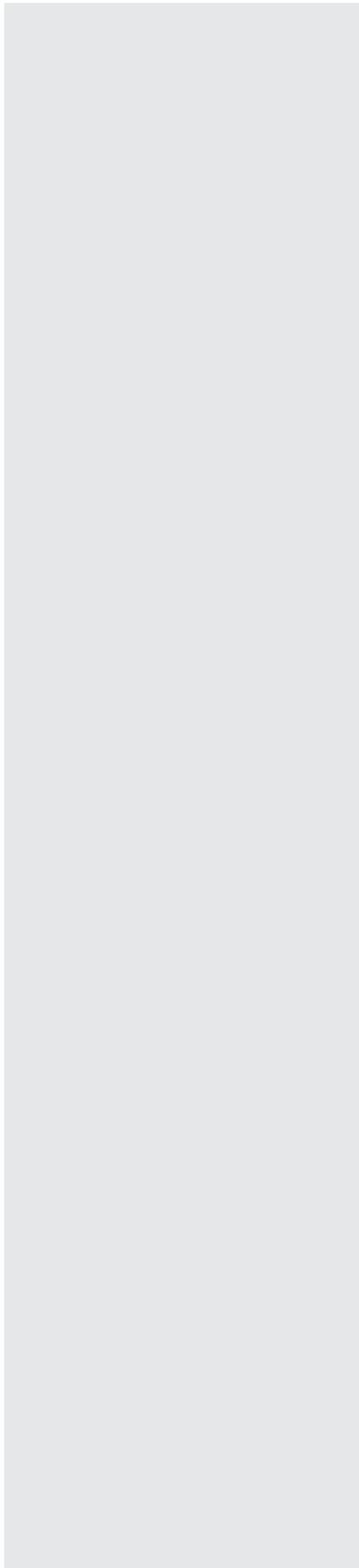
Al fomentar la participación de colaboradores locales, usted puede basarse en las redes ya establecidas para difundir información, movilizar a la comunidad y obtener la aceptación comunitaria por otros medios. Para empezar a crear los vínculos, identifique y hable con personas clave que representen los intereses en común de las comunidades más amplias. Por ejemplo:

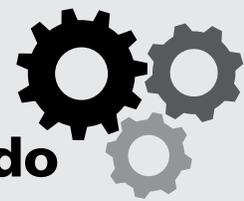
- Representantes del gobierno local
- Integrantes de comités de salud
- Líderes de grupos de mujeres
- Líderes de grupos de hombres
- Líderes de grupos de jóvenes
- Líderes religiosos
- Líderes tradicionales
- Directores de instituciones
- Agentes a cargo de imponer el cumplimiento de la ley
- Parteras tradicionales
- Curanderas y curanderos tradicionales
- Trabajadores comunitarios de la salud

CÓMO PROMOVER ENTENDIMIENTO DE SU CONTEXTO JURÍDICO

En la mayoría de los países existen indicaciones legales para la interrupción del embarazo, aunque sean limitadas (por ejemplo, por violación o incesto, o para salvar la vida de la mujer). Al diseñar los servicios o al forjar alianzas con las comunidades, asegúrese de adaptar sus mensajes para educar a la comunidad respecto a las indicaciones legales para el aborto, así como para informarla sobre los servicios postaborto. Cada comunidad debe estar al tanto de las indicaciones legales para el aborto y las mujeres deben saber adónde acudir para obtener servicios seguros.

13. Para forjar alianzas eficaces, es necesario acordar y definir claramente los roles de cada entidad aliada. Esto es de particular utilidad cuando se definen el plan de acción, las expectativas y los resultados deseados. Además, para el éxito de la alianza es importante identificar al grupo comunitario más adecuado para ésta. Si le interesa recibir recursos adicionales o asistencia técnica para ayudarlo a identificar las organizaciones más adecuadas para mejorar el conocimiento y la accesibilidad de los servicios de salud, por favor diríjase a misoforpac@ipas.org.





El diagnóstico comunitario enfocado es útil para determinar dónde reciben las mujeres información y servicios de salud reproductiva, a qué servicios de salud reproductiva tienen acceso, cuáles son las estructuras y los mecanismos de salud ya establecidos, qué es importante para las mujeres y sus familias y qué es pertinente para sus circunstancias de la vida real. Esta información se puede utilizar para hacer llegar a las mujeres información y servicios de atención postaborto. En esta corta guía para el diagnóstico se esbozan algunas de las preguntas clave que se debe tomar en consideración al formular una iniciativa de extensión a la comunidad. Las entidades aliadas pueden ayudar a contestar estas preguntas clave.

Información sobre la salud

- ¿Dónde obtienen las mujeres información relacionada con su salud?
- ¿Dónde obtienen las mujeres información relacionada con salud reproductiva, por ejemplo: información sobre el embarazo, la anticoncepción y el embarazo no deseado?
- ¿Existen rumores o mitos comunes respecto a la anticoncepción?

Servicios anticonceptivos

- ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles en la comunidad?
- ¿Dónde obtienen las mujeres servicios anticonceptivos?
- Embarazo no deseado
- ¿Qué hacen las mujeres en su comunidad cuando tienen un embarazo no deseado?
- Prácticas y servicios de aborto y atención postaborto
- ¿Es legal el aborto? ¿Bajo qué circunstancias?
- ¿Cuáles son los métodos de aborto comunes que utilizan las mujeres de la comunidad (por ejemplo, hierbas, tés o medicinas)?
- ¿Cuáles son los métodos disponibles actualmente en la comunidad para el tratamiento del aborto incompleto?
- ¿Cuáles son los recursos, como agentes comunitarios de la salud, disponibles en la comunidad para facilitar el acceso a los servicios de misoprostol para la atención postaborto?

Actitudes y barreras

- ¿Sabe la comunidad dónde se ofrecen servicios de atención postaborto?
- ¿Qué barreras existen para tener acceso a los servicios de atención postaborto (por ejemplo, barreras financieras y geográficas)?
- ¿Cómo se puede mejorar el acceso al tratamiento del aborto incompleto?
- ¿Cuáles son las creencias o normas locales respecto al aborto o el tratamiento de las complicaciones postaborto?

- ¿Cuáles son las creencias o actitudes locales respecto al personal de salud que ofrece servicios de atención postaborto?
- ¿Cómo influye el estigma en torno al aborto en la salud de las mujeres y qué tipo de barreras crea ese estigma para tener acceso a los servicios?
- ¿Cuáles son las instituciones y los actores clave que deberían participar en tratar el estigma en torno al aborto para superar las barreras relacionadas con el estigma en la comunidad?
- ¿Quiénes son las y los líderes clave y agentes de cambio en la comunidad?

4.3 Estrategias para trabajar con las comunidades

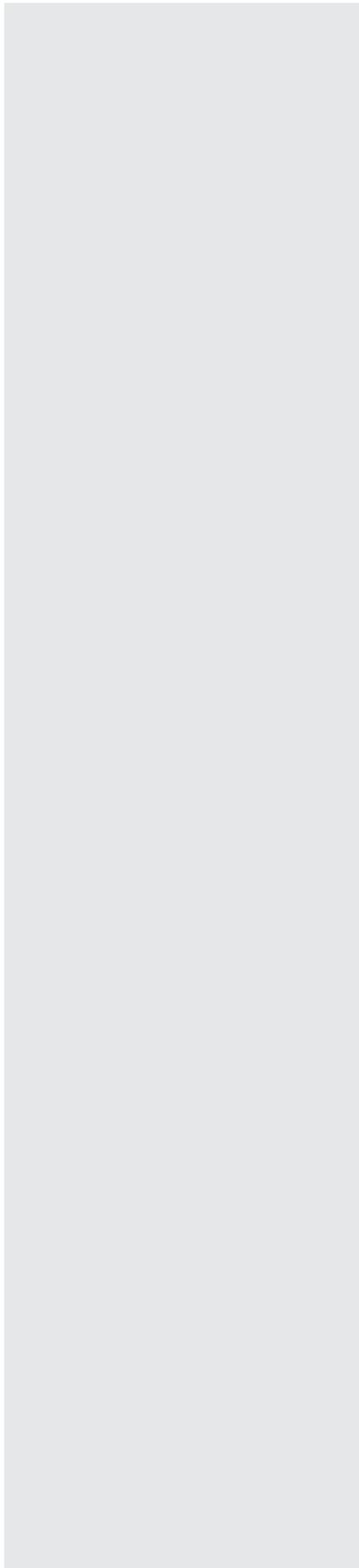
Los vínculos con la comunidad son más eficaces cuando tienen ímpetu en la localidad y son defendidos por líderes de renombre (quienes pueden ofrecer credibilidad y sostenibilidad) e integrantes de la comunidad (quienes utilizarán los servicios). Al trabajar con las entidades aliadas en su comunidad, usted puede utilizar la información recopilada en el diagnóstico comunitario para formular estrategias que vinculen a los servicios postaborto y a la comunidad de una manera eficaz. Las y los colaboradores comunitarios pueden ayudar a identificar las necesidades de la comunidad y las estructuras ya establecidas que se pueden emplear para influir en las estrategias de prestación de servicios. Es importante tener una mente abierta para aplicar las **soluciones generadas por la comunidad a los problemas identificados** y a la vez reconocer que estas soluciones podrían cambiar con el paso del tiempo.

La  Herramienta 4B. Posibles audiencias y temas para materiales de información, educación y comunicación sobre el uso de misoprostol en la atención postaborto ofrece métodos sugeridos para lograr la participación significativa de la comunidad, así como temas de diálogo que pueden servir de punto de partida. Recuerde:

- Aunque existen diferentes estrategias para fomentar la participación comunitaria en los servicios de salud, es importante desarrollar la capacidad de las y los integrantes de la comunidad no solo como beneficiarios de estos servicios, sino también como **colaboradores y líderes para garantizar buena salud**.
- Es importante **establecer y priorizar los temas con la comunidad**. Asegúrese de tomar en consideración las necesidades de los sectores especiales de la población (tales como las personas pobres, jóvenes, VIH-positivas, refugiadas y trabajadores itinerantes).
- Los métodos preferidos y los temas prioritarios pueden cambiar con el paso del tiempo. Por lo tanto, es importante **buscar continuamente aportes comunitarios** cuando hay que realizar cambios en la prestación de servicios o en los mensajes sobre la salud.

CÓMO TRATAR EL ESTIGMA

El estigma relacionado con la interrupción del embarazo a menudo conduce a prácticas envueltas en secreto y vergüenza. El estigma y sus manifestaciones también representan barreras importantes al acceso de las mujeres a la atención postaborto segura. Para garantizar que todas las mujeres puedan ejercer sus derechos en salud reproductiva es esencial identificar las normas sociales que estigmatizan al aborto y reducir el estigma en torno al aborto. Se debe abordar el estigma en diferentes niveles con agentes de enlace y líderes de opinión, grupos comunitarios, prestadores de servicios de aborto y las mujeres y los hombres, con el fin de encontrar maneras de mitigar su impacto, crear mayor conciencia y entendimiento del daño que causa el estigma y bloquear su perpetuación.





Posibles audiencias y temas para materiales de información, educación y comunicación sobre el uso de misoprostol en la atención postaborto ¹⁴

Audiencia	Temas	Vías de comunicación	Medios
<p>Integrantes de la comunidad: Mujeres adolescentes y adultas; sus parejas; familiares o tutores; profesores; grupos de mujeres; grupos de hombres; grupos de jóvenes; grupos de estudiantes, grupos comunitarios, sindicatos y grupos de aprendices y clubes deportivos intercambio social, teatro y artes; así como otras audiencias. Taxistas u otras fuentes locales de información, como parteras tradicionales y trabajadores comunitarios de la salud.</p>	<p>Embarazo no deseado: Signos y síntomas del embarazo, la importancia de buscar atención temprana, cómo reconocer las complicaciones del embarazo, dónde y cuándo buscar ayuda; la importancia del momento oportuno y espaciamiento de los embarazos; los peligros del aborto inseguro. Atención postaborto: Leyes respecto a la atención postaborto y políticas sobre los servicios; dónde, cómo y a qué costo se puede obtener la atención postaborto; técnicas de atención postaborto, en particular el misoprostol; cómo reconocer las complicaciones del aborto incompleto y dónde y cuándo buscar ayuda; rápido retorno a la fertilidad después del aborto; rol de la comunidad en reconocer las complicaciones y transporte para recibir atención de urgencia. Prevención del embarazo: Métodos anticonceptivos modernos; seguridad y eficacia; dónde y cómo se pueden obtener los métodos; la importancia del momento oportuno y el espaciamiento de embarazos; anticoncepción de emergencia (incluso cuándo utilizarla y dónde obtenerla).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de salud • Escuelas y universidades • Lugares de trabajo • Centros de jóvenes • Centros de mujeres • Reuniones de grupos • Reuniones del pueblo o la comunidad (<i>tradicionales y oficiales</i>) • Mercados • Discotecas, clubes y bars • Ferias de salud • Internet 	<ul style="list-style-type: none"> • Medios impresos y electrónicos (<i>periódicos, revistas, carteles, volantes, sitios web</i>) • Radio • TV • Actividades de comunicación interpersonal (<i>teatro, canciones, poemas, baile, charlas, conversaciones cara a cara</i>)
<p>Líderes de la comunidad: Asociaciones profesionales (<i>política, medios de comunicación, asociaciones jurídicas y médicas, farmacias, servicios religiosos y otras</i>) Líderes culturales no tradicionales, tales como estrellas de cine y deporte Líderes tradicionales y religiosos</p>	<p>Embarazo no deseado: la importancia de que las y los líderes eduquen a la comunidad para evitar el embarazo no deseado, reconocer los signos y síntomas del embarazo, buscar atención temprana, identificar las complicaciones del embarazo, saber dónde y cuándo buscar ayuda, entender la importancia del momento oportuno y espaciamiento de los embarazos y entender los peligros del aborto inseguro; costos relativos para las familias y la comunidad de la mortalidad y mortalidad materna debido al embarazo no deseado y el aborto inseguro. Atención postaborto: Leyes respecto a la atención postaborto y políticas sobre los servicios; los derechos de las mujeres (incluidas las adolescentes y jóvenes) respecto a la atención postaborto; asuntos pertinentes de acceso a la atención postaborto, incluidas la accesibilidad y disponibilidad del misoprostol, y el impacto en la salud y los recursos; el rol de las y los líderes comunitarios en facilitar el acceso a la APA. Prevención del embarazo: Información sobre los métodos anticonceptivos modernos (incluida la anticoncepción de emergencia); seguridad y eficacia; dónde y cómo se pueden obtener los métodos anticonceptivos y otros servicios de salud reproductiva; la importancia del momento oportuno y el espaciamiento de los embarazos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones y conferencias profesionales • Reuniones del pueblo o la comunidad (<i>tradicionales y oficiales</i>) • Talleres realizados por profesionales de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Medios impresos y electrónicos (<i>periódicos, revistas, carteles, volantes, sitios web</i>) • Actividades de comunicación interpersonal (<i>charlas, conversaciones cara a cara</i>) • Talleres y ponencias

Continúa en la próxima página...



<p>Formuladores de políticas: Funcionarios del sistema de salud, legisladores y otras personas</p>	<p>Embarazo no deseado: Prevalencia y el impacto que tiene el aborto inseguro y el embarazo no deseado en la salud y los recursos de las mujeres y sus familias; costos relativos para las familias y la comunidad de la morbilidad y mortalidad maternas debido al embarazo no deseado y el aborto inseguro; la importancia de educar a la ciudadanía para evitar el embarazo no deseado, reconocer los signos y síntomas del embarazo, buscar atención temprana, identificar las complicaciones del embarazo, saber dónde y cuándo buscar ayuda, entender la importancia del momento oportuno y espaciamiento de los embarazos y entender los peligros del aborto inseguro.</p> <p>Atención postaborto: Leyes respecto a la atención postaborto y políticas sobre los servicios; los derechos de las mujeres (incluidas las adolescentes) respecto a la atención postaborto; asuntos pertinentes de acceso a la atención postaborto, incluidas la accesibilidad y disponibilidad del misoprostol, y el impacto en la salud y los recursos; costos relativos de brindar tratamiento de emergencia del aborto inseguro comparados con los costos del aborto inducido seguro y la anticoncepción; disponibilidad de medicamentos (misoprostol) para el tratamiento del aborto incompleto; necesidad de legislar a favor del financiamiento de servicios de salud reproductiva de alta calidad para las mujeres, incluidos los servicios de atención postaborto.</p> <p>Prevención del embarazo: Información sobre los métodos anticonceptivos modernos (incluida la anticoncepción de emergencia); seguridad y eficacia; la importancia del momento oportuno y el espaciamiento de los embarazos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conferencias • Audiencias gubernamentales • Reuniones en persona 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de investigaciones para reuniones y audiencias legislativas • Comunicaciones al personal de estos funcionarios • Talleres y presentaciones • Campañas por medio de cartas • Prensa (<i>periódicos nacionales, revistas, noticieros, programas de asuntos actuales</i>)
<p>Profesionales de la salud: Personal de salud (personal de medicina, partería, enfermería, farmacias y otros tipos de personal) Curanderos o practicantes tradicionales</p>	<p>Embarazo no deseado: Importancia de educar y asesorar a las mujeres sobre cómo evitar el embarazo no deseado, reconocer los signos y síntomas del embarazo, buscar atención temprana, identificar las complicaciones del embarazo, saber dónde y cuándo buscar ayuda, entender la importancia del momento oportuno y espaciamiento de los embarazos y entender los peligros del aborto inseguro.</p> <p>Atención postaborto: Leyes respecto a la atención postaborto y políticas sobre los servicios; los derechos de las mujeres (incluidas las adolescentes) respecto a la atención postaborto; obligaciones jurídicas y éticas respecto a la prestación de servicios de aborto y/o atención postaborto; prestación integrada de servicios de APA y de anticoncepción; anticoncepción de emergencia; la importancia del momento oportuno y espaciamiento de embarazos; cómo atender las otras necesidades de salud reproductiva de las mujeres; cómo obtener y transmitir información a grupos comunitarios (como los mencionados anteriormente); adónde remitir a las mujeres con complicaciones del embarazo y/o aborto incompleto; la importancia de buscar atención temprana y de proporcionar servicios de alta calidad; asegurar la confiabilidad de las pacientes y brindar consejería adecuada; dónde y cómo recibir capacitación en la atención postaborto.</p> <p>Prevención del embarazo: Información sobre los métodos anticonceptivos modernos (incluida la anticoncepción de emergencia); seguridad y eficacia; referencias a otros servicios de salud reproductiva; la importancia del momento oportuno y el espaciamiento de los embarazos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones y conferencias profesionales • Publicaciones profesionales • Reuniones del pueblo o la comunidad • Lugares de trabajo • Eventos de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Revistas profesionales/ revisadas por pares • Talleres y ponencias • Medios impresos y electrónicos (<i>periódicos, revistas, carteles, volantes, sitios web</i>) • Actividades de comunicación interpersonal (<i>charlas, conversaciones cara a cara</i>)

14. Esta herramienta fue adaptada de: McInerney, Teresa, Traci L. Baird, Alyson G. Hyman y Amanda B. Huber. 2001. *A guide to providing abortion care. Technical resources for abortion care.* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

4.4 Recursos adicionales

Billings, Deborah, Leila Hessini y Kathryn Andersen Clark. 2010. *Guía de grupos focales para explorar el estigma con relación al aborto*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/Guia_de_grupos_focales_para_explorar_el_estigma_con_relacion_al_aborto.aspx?ht=

EngenderHealth. 2009. *Community COPE: Building partnership with the community to improve health services*. Nueva York: EngenderHealth. <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/toolbook/CommCOPE.pdf>

Family Health International, en colaboración con Advocates for Youth. 2005. *Youth participation guide: Assessment, planning and implementation*. Arlington, VA: FHI/YouthNet. <http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/rhtrainmat/ypguide.htm>

Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva. 1999. <http://www.unhcr.org/refworld/docid/403b6ceb4.html>

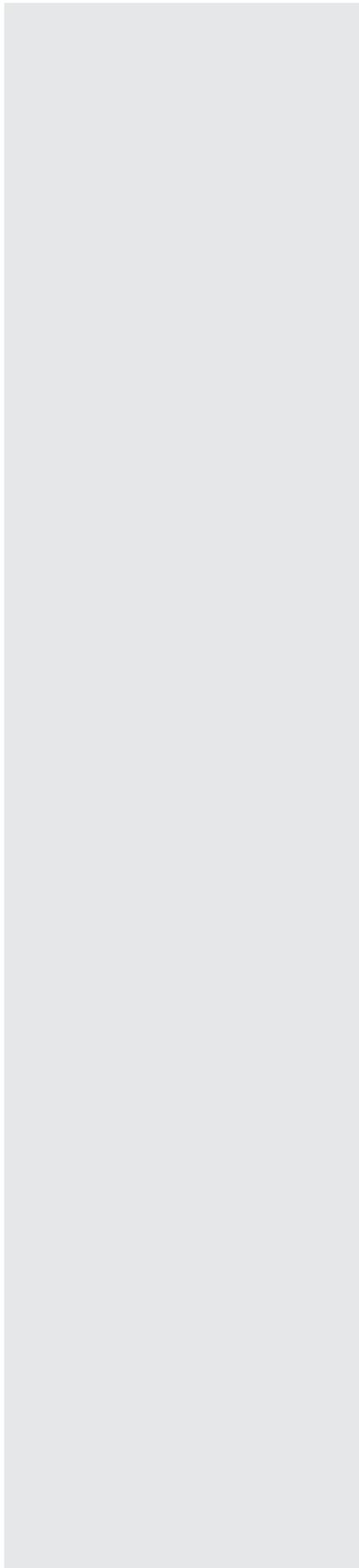
Hord, Charlotte. 2002. *Construir acceso al aborto seguro: una guía práctica para el advocacy*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/Construir_acceso_al_aborto_seguro_una_guia_practica_para_el_advocacy.aspx?ht=

Save the Children. 2003. *Partnership defined quality: A tool book for community and health provider collaboration for quality improvement*. <http://www.k4health.org/sites/default/files/Partnership%20defined%20quality.pdf>

UNFPA. 2009. *Guidelines for engaging faith-based organizations as agents of change*. http://www.unfpa.org/culture/docs/fbo_engagement.pdf

Westley, Elizabeth y Anna Glasier. 2010. *Emergency contraception: Dispelling the myths and misperceptions*. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(4): 243-244. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ec_editorial/index.html

Wood, Damian, Gill Turner y Fiona Straw. 2010. *Not just a phase: A guide to the participation of children and young people in the health services*. Londres: Royal College of Paediatrics and Child Health. http://www.crin.org/docs/RCPCH_Not_Just_a_Phase.pdf



MÓDULO 5. Prestación de servicios clínicos

5.1 Introducción

Una vez que haya formulado los planes para brindar atención con misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, deberá concentrarse en los puntos prácticos clave para la implementación del servicio y la prestación de atención de alta calidad. El **Módulo 5** le proporciona información clínica y herramientas para integrar el tratamiento con misoprostol en los servicios de salud reproductiva ya establecidos que se ofrecen a las mujeres. El módulo contiene información sobre el misoprostol, el manejo de los efectos secundarios y posibles complicaciones, cómo preparar a las mujeres para lo que pueden esperar, cuidados de seguimiento y anticoncepción.  La Herramienta 5A es un protocolo clínico abreviado, paso a paso, que se debe utilizar como el protocolo básico para el personal de salud.¹⁵

5.2 Misoprostol: qué es y cómo funciona

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1. Causa la maduración del cuello uterino y las contracciones del útero. Tiene varios usos en ginecología y obstetricia, entre ellos el tratamiento del aborto incompleto y el aborto espontáneo, tratamiento del aborto diferido (incluida la muerte fetal intrauterina), inducción del parto, prevención y tratamiento de la hemorragia posparto; preparación cervical e interrupción del embarazo (FLASOG 2007, Goldberg et al. 2001, Weeks y Faúndes 2007, OMS 2003).¹⁶ Dado que el útero se vuelve mucho más sensible a los efectos del misoprostol a medida que avanza el embarazo, las dosis de misoprostol para la inducción del parto son mucho más bajas que las dosis para el tratamiento del aborto incompleto en el primer trimestre (ver  **Herramienta 5E: Indicaciones y regímenes para el uso de misoprostol**). Para obtener más información sobre los diferentes usos del misoprostol, por favor visite www.misoprostol.org.

15. En este contexto “personal de salud” se refiere a cualquier profesional de la salud capacitado, como médicos, parteras, enfermeras practicantes, funcionarios clínicos, auxiliares médicos y otras personas.

16. Favor de visitar el sitio web de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia para ver las guías para la posología: <http://www.figo.org/news/misoprostol-safe-dosage-guidelines>.



AUDIENCIAS

OBJETIVO: Personal de salud



HERRAMIENTAS EN ESTE MÓDULO:

- 5A Misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: protocolo clínico básico
- 5B Flujograma clínico
- 5C Diagrama de prestación de servicios
- 5D Historia clínica de la paciente
- 5E Indicaciones y regímenes para el uso de misoprostol
- 5F Folletos para las mujeres (sobre las vías oral y sublingual)
- 5G Manejo de efectos esperados, efectos secundarios y complicaciones
- 5H Guía de bolsillo sobre los métodos anticonceptivos
- 5I Formulario de referencia
- 5J Formulario de eventos adversos graves

5.3 Regímenes y eficacia del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto

Para fines de normatividad y para evitar confusión, se aconseja que las autoridades y expertos locales seleccionen **un solo régimen de misoprostol** para el tratamiento del aborto incompleto en su país. Las vías sublingual y oral para la administración del misoprostol actúan más rápido y han sido estudiadas extensamente. Una dosis de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual tiene perfiles de seguridad y eficacia similares a los de una dosis de 600 mcg por vía oral, cuando se utilizan con un tamaño uterino inferior o igual a 12 semanas FUM (fecha de la última menstruación) (ver **Tabla 1** y **Herramienta 5E: Indicaciones y regímenes para el uso de misoprostol**) (Diop et al. 2009, Gynuity Health Projects 2009, Tang et al. 2007).

Tabla 1. Misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: dosis y regímenes

Tamaño uterino	Dosis de misoprostol	Vía	Momento oportuno	Eficacia ¹⁷	Referencias
Hasta 12 semanas	600 mcg	Oral	Tomarse tres tabletas de 200 mcg a la vez.	91 al 99%	(Bique et al. 2007, Dao et al. 2007, Diop et al. 2009, Shwekerela et al. 2007, Taylor et al. 2011, Weeks et al. 2005)
	400 mcg	Sublingual	Colocar dos tabletas de 200 mcg debajo de la lengua durante 30 minutos y después tragarse los fragmentos restantes de las tabletas.	95 al 98%	(Dabash et al. 2010, Diop et al. 2009)

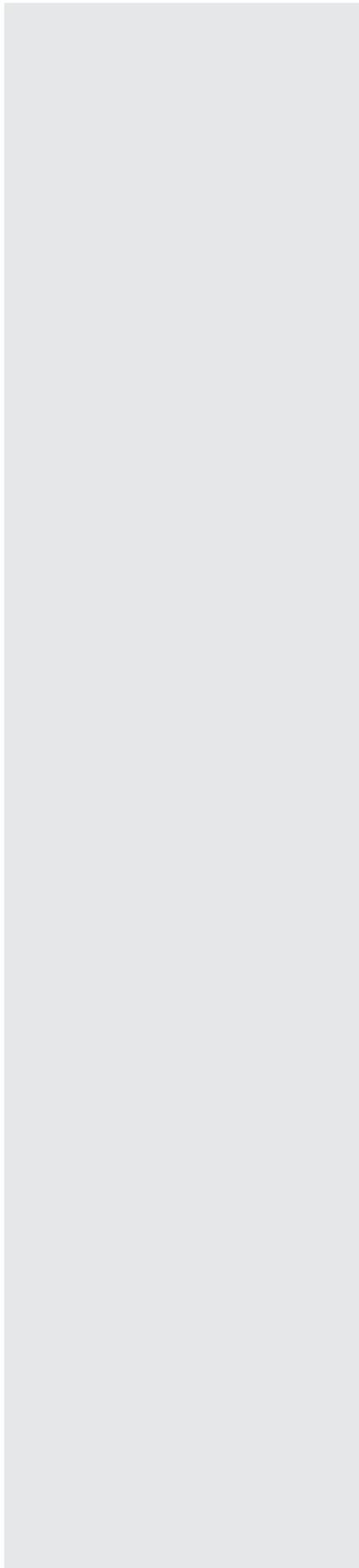
Para obtener más información clínica, favor de consultar la publicación de Gynuity Health Projects: *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria*, disponible en el CD acompañante o en http://gynuity.org/downloads/pac_guide-book_sp.pdf, así como el manual de capacitación de próxima aparición, elaborado por Ipas y Gynuity Health Projects, sobre el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, en www.ipas.org o www.gynuity.org.

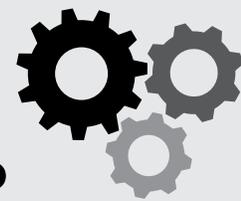
17. La eficacia se define como una evacuación endouterina completa sin necesidad de intervención adicional con aspiración por vacío o legrado uterino instrumental.

5.4 Misoprostol para el tratamiento del aborto diferido y del huevo anembrionado

Aunque este juego de herramientas se centra en la indicación del uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, como se mencionó anteriormente, el misoprostol también se puede utilizar para el tratamiento del aborto diferido y del huevo anembrionado. El aborto diferido se caracteriza por el desarrollo atrofiado y muerte del embrión; el embarazo anembrionado (antiguamente conocido como huevo huero) es cuando el saco gestacional se desarrolla pero no contiene un embrión. La muerte del embrión es diagnosticada cuando el embrión no tiene actividad cardíaca. Ambas condiciones son diagnosticadas por ecografía. La dosis para el aborto diferido y el huevo anembrionado es 800 mcg de misoprostol por vía vaginal o 600 mcg de misoprostol por vía sublingual cada tres horas, tres dosis máximo. Una dosis única de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual también puede ser eficaz. Sin embargo, no se ha estudiado extensamente el tratamiento del aborto diferido con misoprostol por vía sublingual.

Dado que ambos tipos de pérdida del embarazo en sus etapas iniciales implican poco o ningún sangrado y un cuello uterino cerrado, el tratamiento con misoprostol no es tan eficaz para estas indicaciones como lo es para el aborto incompleto. Las tasas de eficacia documentadas para el tratamiento del aborto diferido con misoprostol varían considerablemente. Para obtener información más detallada sobre el uso documentado del misoprostol para el tratamiento del aborto diferido, ver la publicación de Gynuity Health Projects titulada *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria*, en http://gynuity.org/downloads/pac_guidebook_sp.pdf.





Herramienta 5A.

Misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: protocolo clínico básico

Para una evaluación rápida de las pacientes en situaciones de emergencia, ver la sección VIII de esta herramienta: Evaluación y atención de la emergencia

I. Elegibilidad

- A. Las mujeres con las siguientes condiciones son elegibles para usar el misoprostol:
 - 1. orificio cervical abierto
 - 2. sangrado vaginal o historia de sangrado vaginal durante este embarazo
 - 3. Tamaño uterino de 12 semanas FUM o menos
- B. Contraindicaciones
 - 1. Alergia conocida al misoprostol o a otras prostaglandinas
 - 2. Embarazo ectópico confirmado o sospechado
 - 3. Signos de sepsis o enfermedad pélvica inflamatoria activa
 - 4. Inestabilidad hemodinámica o shock
- C. **Precauciones** (el tratamiento depende del criterio clínico y de las opciones disponibles para brindar atención postaborto segura)
 - 1. DIU colocado: extraerlo antes de iniciar el régimen
 - 2. Trastorno hemorrágico o terapia anticoagulante en curso
Nota: En general, posiblemente sea más seguro para las mujeres con trastorno hemorrágico o que están tomando anticoagulantes que reciban atención en una unidad de salud donde puedan ser observadas y monitoreadas; la aspiración por vacío (si está disponible) quizás sea la opción más segura de tratamiento.
 - 3. Tamaño uterino superior a 12 semanas
 - 4. Anemia grave
 - 5. Las mujeres que están lactando pueden tomar misoprostol.

II. Historia clínica y examen

- A. Obtener la historia
 - 1. Medicamentos utilizados actualmente
 - 2. Alergias conocidas
 - 3. Enfermedades o afecciones agudas o crónicas
 - 4. Corta historia obstétrica y anticonceptiva



5. Historia del embarazo actual

- a. FUM
- b. Síntomas del embarazo
- c. Cuando comenzó el sangrado, patrones y cantidad de sangrado
- d. Dolor pélvico/cólicos
 - ¿El dolor y los cólicos son intermitentes (como contracciones) o constantes?
 - Gravedad del dolor/cólicos en una escala del 1 al 10 (10= “el peor dolor que he sentido en mi vida”)

B. Realizar pruebas auxiliares (si está indicado y si es factible)

1. Hemoglobina o hematocrito
2. Ecografía: no se necesita de rutina para diagnosticar aborto incompleto
3. Pruebas de embarazo: no se necesitan de rutina para diagnosticar aborto incompleto

C. Realizar el examen físico

1. Obtener signos vitales: tensión arterial, temperatura, pulso
2. Evaluar el estado general: palidez, nivel de conciencia y actitud alerta, ambulatoria, ninguna indicación de complicación aguda
3. Realizar el examen pélvico y evaluar:
 - a. Tamaño y sensibilidad del útero
 - b. Sensibilidad del cuello uterino a la movilización
 - c. Masa anexial que hace sospechar un embarazo ectópico
4. Realizar el examen con espéculo y evaluar:
 - a. Orificio cervical (abierto o cerrado)
 - b. Restos ovulares que emergen del cuello uterino
 - c. Secreción del orificio cervical
 - d. Sangre en la cúpula vaginal (color y cantidad)

III. Evaluación

- A. Evaluar si la mujer se encuentra en condición estable.
- B. Determinar si garantizar un diagnóstico de aborto incompleto.
- C. Determinar si la mujer es elegible para el tratamiento con misoprostol.

IV. Tratamiento

- A. Discutir las opciones de tratamiento con las mujeres que se determinó son elegibles: misoprostol,

AMEU, manejo expectante u otro.

B. Si la mujer decide usar el tratamiento de misoprostol:

1. Explicar lo que puede esperar:

- a. Eficacia del tratamiento (del 91 al 99%)
- b. Cómo utilizar el misoprostol
- c. Variedad en la experiencia normal
- d. Posibles efectos secundarios y complicaciones
- e. Signos de alarma que indican que debe buscar ayuda
- f. Acceso a cuidados de emergencia, si es necesario
- g. Necesidades anticonceptivas

2. Suministrar el misoprostol. Dependiendo del espacio disponible en la unidad de salud, el estado de salud de la mujer y su preferencia, ella puede tomar los medicamentos en la unidad y luego regresar a su casa; puede tomarse el misoprostol en la casa; o (si la unidad lo permite y es la preferencia de la mujer) puede permanecer en la unidad durante varias horas para ser observada. A fin de evitar confusión, escoja un régimen para su programa (se puede administrar cualquiera de los dos):

a. Misoprostol por vía oral: 600 mcg

O

b. Misoprostol por vía sublingual: 400 mcg

3. Administrar medicamentos adicionales:

- a. Para el dolor: AINEs como ibuprofén, 400 a 600 mg por vía oral cada seis horas según sea necesario
- b. Otros medicamentos (por ejemplo, antieméticos) según sea necesario

V. Signos de alarma por los cuales las mujeres deben buscar atención médica de inmediato

A. Sangrado abundante

1. **Empapar dos toallas higiénicas gruesas por hora durante dos horas consecutivas**
2. **Presentar sangrado abundante después de haber disminuido o parado el sangrado completamente**
3. **Sentirse mareada o débil mientras continúa el sangrado**

B. Fiebre que dura más de un día o que empieza cualquier día después de haberse tomado el misoprostol

C. Dolor intenso, incluso el mismo día que se toma el misoprostol, que no mejora con medicamentos, descanso o una almohadilla térmica

D. Malestar intenso

VI. Anticoncepción

- A. El mismo día que se administra el misoprostol en la unidad de salud, se pueden administrar anticonceptivos orales, implantes anticonceptivos, parches dérmicos, el anillo vaginal o inyectables anticonceptivos.
- B. La anticoncepción intrauterina se puede administrar cuando se haya confirmado tratamiento exitoso en la cita de control.
- C. El mismo día que se administra el misoprostol, se pueden administrar condones, diafragma y jaleas, espuma o película anticonceptivas.
- D. Las píldoras anticonceptivas de emergencia se deben suministrar de antemano como método de respaldo en caso que falle el método utilizado con regularidad.
- E. La esterilización se puede realizar en la cita de control.

VII. Cita de control

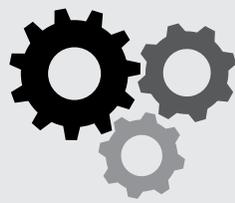
- A. Programar la cita de control para una o dos semanas después de administrar el misoprostol.
- B. Historia que parece indicar un tratamiento exitoso:
 - 1. Después de haberse tomado el misoprostol, la mujer presentó sangrado que varió desde menos abundante que el de la menstruación hasta mucho más abundante que la regla, generalmente con coágulos o restos ovulares.
 - 2. Los síntomas del embarazo han disminuido o desaparecido; la mujer ya no se siente embarazada.
- C. El examen físico parece indicar un tratamiento exitoso:
 - 1. Sangrado mínimo o inexistente
 - 2. Tamaño uterino normal (pequeño, firme)
 - 3. Útero y anexos indoloros y especialmente cuello uterino indoloro a la movilización
 - 4. Orificio cervical cerrado
- D. Si los hallazgos muestran que aún no se ha finalizado el aborto y la mujer presenta un cuadro clínico estable, se le puede ofrecer:
 - 1. Observación con manejo expectante (una o dos semanas)
 - 2. Otra dosis de misoprostol. Si se le administra otra dosis de misoprostol, se aconseja evaluarla de nuevo en una o dos semanas para asegurarse de que haya finalizado el aborto.
 - 3. Si la paciente solicita finalización del proceso, o si presenta infección o sangrado de importancia clínica, se debe realizar una aspiración por vacío.

VIII. Evaluación y cuidados de emergencia

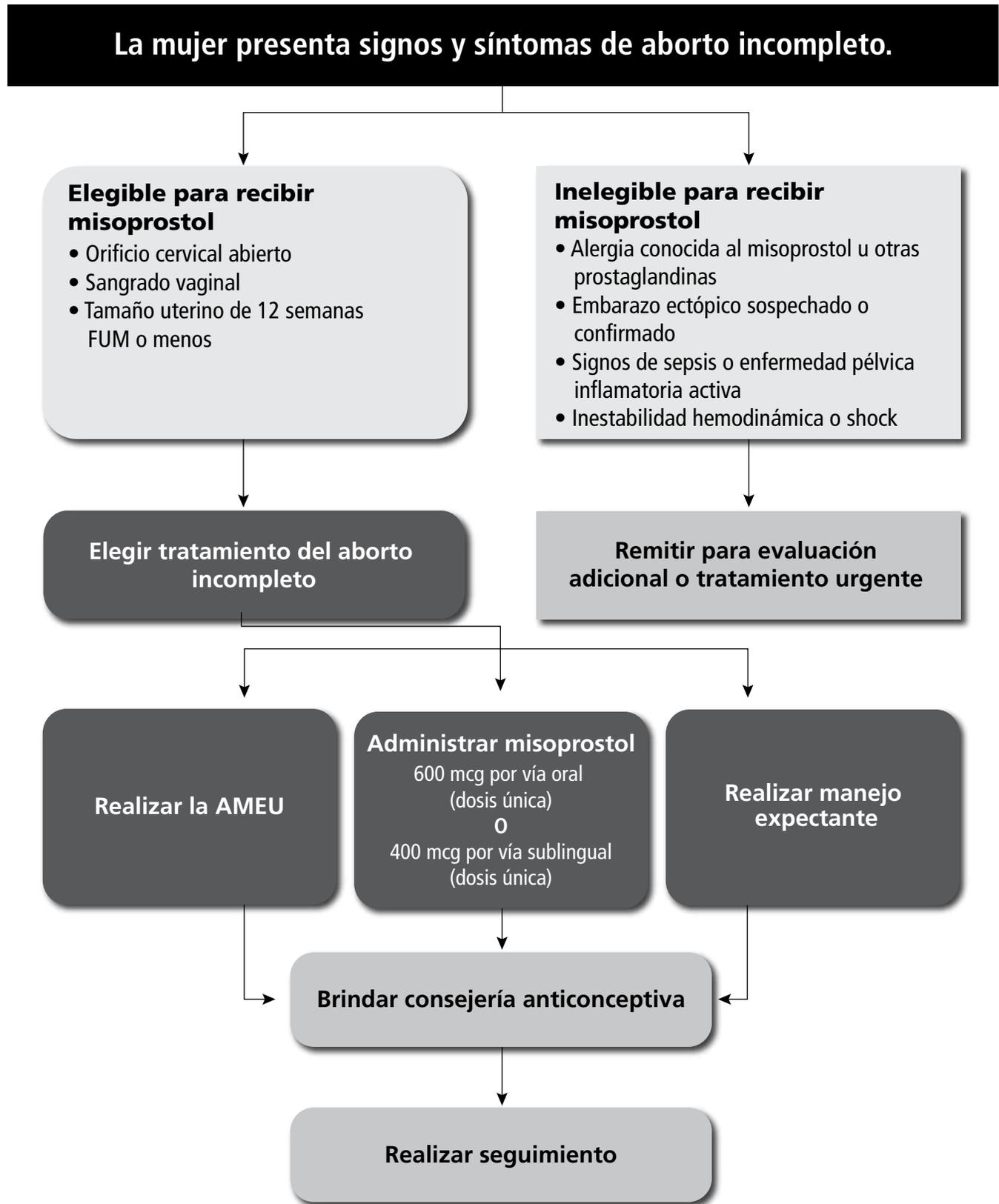
- A. Rápida evaluación inicial para determinar la presencia de cuadro de shock, si parece presentar hemorragia franca, estar perdiendo el conocimiento, a punto de sufrir un colapso, presentar sepsis, etc.

1. Tomar los signos vitales (tensión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria)
 2. Signos de shock:
 - a. Pulso acelerado, débil (frecuencia > 110 latidos por minuto)
 - b. Tensión arterial baja (diastólica < 60)
 - c. Palidez generalizada (palidez en las palmas de las manos o alrededor de la boca)
 - d. Sudoración
 - e. Respiración acelerada (frecuencia > 30 por minuto)
 - f. Ansiedad, confusión o pérdida de conocimiento
 - g. Hemorragia franca y profusa
- B. Si la mujer presenta shock o un cuadro clínico inestable:
1. Si la mujer está consciente o acompañada de un familiar, averigüe:
 - a. Si la mujer está tomando medicamentos actualmente
 - b. Si la mujer tiene alguna afección o patología grave
 - c. Si la mujer tiene alguna alergia conocida
 2. Estabilizar a la mujer inmediatamente
 - a. Reponer el volumen de líquidos por vía intravenosa con un catéter de buen calibre intravenoso
 - b. Administrar oxígeno por máscara, si está disponible
 - c. Si se sospecha sepsis, realizar análisis de sangre, hemocultivo y cultivos cervicales si es posible
 - d. Administrar antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa, si están indicados
 - e. Realizar la evacuación endouterina lo antes posible, si está indicada
 - f. Determinar la etiología subyacente del shock (por ejemplo, la ruptura de embarazo ectópico requeriría una intervención quirúrgica de urgencia).
- C. Trasladar inmediatamente a una unidad de cuidados intensivos
1. Si la mujer requiere traslado a una unidad donde se le puedan ofrecer cuidados más intensivos, posiblemente necesite estabilización y reposición de líquidos por vía intravenosa antes del traslado o durante éste.
 2. Notificar a la unidad de referencia que la mujer está siendo trasladada y dar un informe de su diagnóstico y cuadro clínico.

En el Anexo 1: Guía de consulta para la evaluación clínica: visión general del misoprostol para el manejo del aborto incompleto, se encuentra una versión más larga de este protocolo con referencias.



Este **flujograma clínico** se puede utilizar para dar una visión general de los elementos clave de la prestación de servicios de atención postaborto.



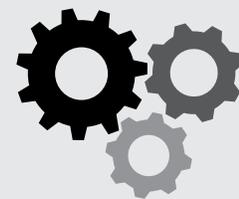
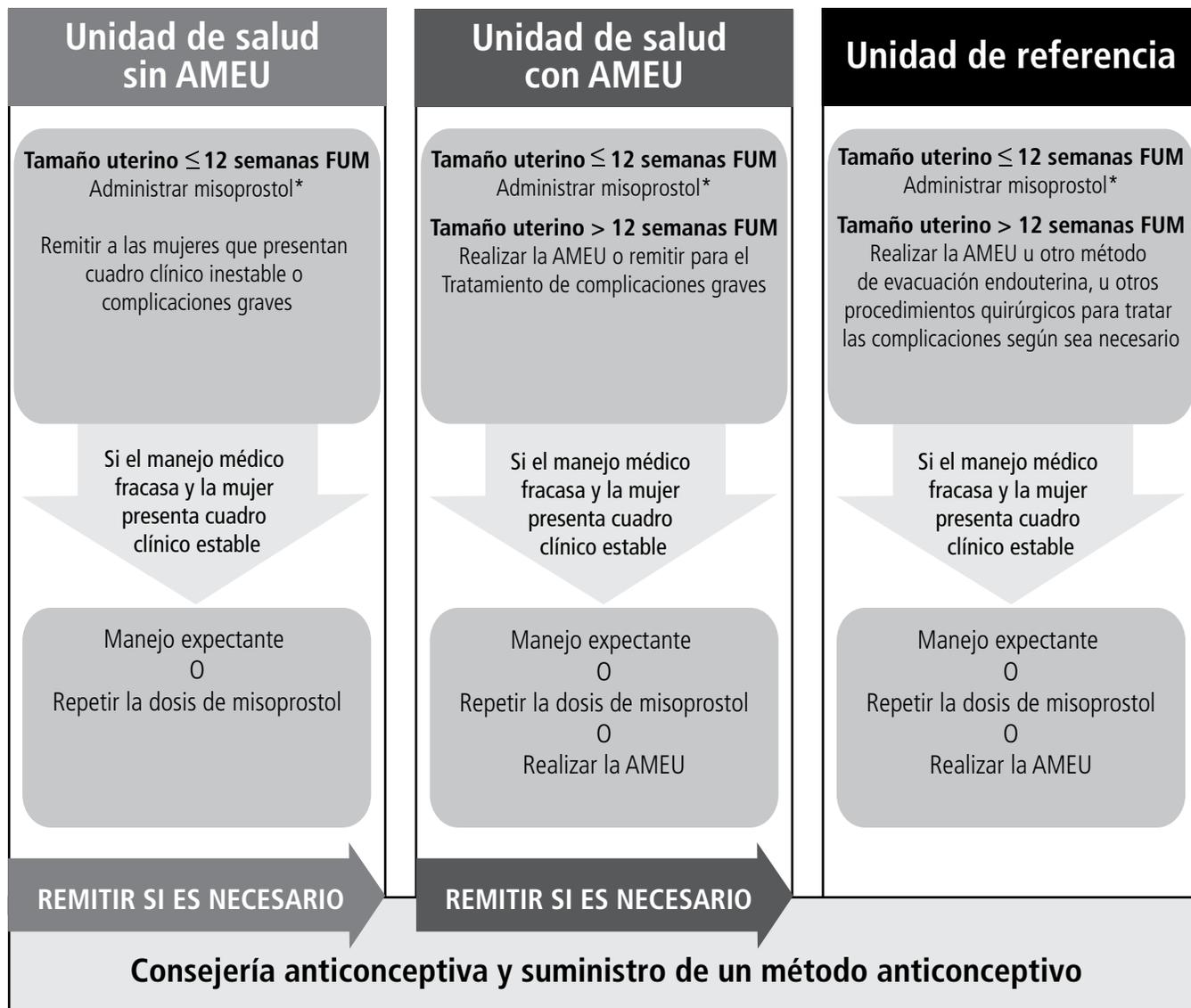
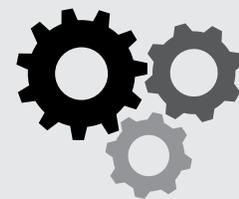


Diagrama de prestación de servicios

A continuación se expone un ejemplo de un flujograma para la integración del misoprostol en todos los niveles de la prestación de servicios, con referencias a unidades correspondientes basadas en los resultados de la evaluación.



* Verificar elegibilidad. Los regímenes de misoprostol son de 600 mcg por vía oral o 400 mcg por vía sublingual.



Historia clínica de la paciente¹⁸

El personal de salud puede adaptar estas hojas de registro clínico según sea necesario, o integrar la información en las hojas existentes. El Módulo 6: Cómo garantizar servicios de alta calidad, contiene más información sobre cómo utilizar los datos recolectados de las historias clínicas para fines de monitoreo. Además, existen recursos adicionales para obtener historias clínicas más detalladas en el tercer nivel de atención.¹⁹

HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE PARA EL USO DEL MISOPROSTOL EN LA ATENCIÓN POSTABORTO

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Datos de contacto: _____

Enviada aquí por (nombre y lugar de la unidad): _____

Motivo de la referencia: _____

18. Esta herramienta fue adaptada de: Venture Strategies Innovations. 2009. *CAC manual of operations*. No publicado.

19. Fescina R.H., B. De Mucio, M. Abreu, G. Martínez, J.L. Díaz Rossello, L. Mainero, R. Gómez Ponce de León, M. Rubino y M. Mañibo. 2009. *Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal, formulario complementario para mujeres en situación de aborto, instrucciones de llenado y definición de términos* (CLAP/WR. *Publicación Científica*; 1564) Montevideo: CLAP/WR. http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP1564-02.pdf

Especificar signos anormales (*desgarros cervicales, cuerpos extraños, sangrado visualizado, otros signos anormales*)

- Cuello uterino:

Orificio: Abierto: Cerrado:

Sangre en la cúpula vaginal: Cantidad/color: _____

Secreción mucopurulenta: Sí No

Tratamiento

- Diagnóstico:

Aborto incompleto (caso sin complicaciones)

Aborto incompleto (caso con complicaciones: shock, signos de infección, desgarros cervicales, cuerpos extraños, otras complicaciones)

Otro: _____

En caso de aborto incompleto, indicar el método utilizado en el tratamiento.

Misoprostol: _____ Dosis: _____ (cuántas tabletas) Vía: _____

AMEU

Manejo expectante

Otro: _____

Referencia a otro servicio

- Para referencias:

Motivo de la referencia (especificar): _____

Lugar de la referencia (especificar): _____

- Medicamentos administrados cuando se dio de alta (indicar según corresponda):

a) Analgésico: _____
(nombre del medicamento) (dosis) (vía)

b) Antibiótico: _____
(nombre del medicamento) (dosis) (vía)

c) Antipirético: _____
(nombre del medicamento) (dosis) (vía)

d) Otro (especificar): _____
(nombre del medicamento) (dosis) (vía)

Plan de confirmar la expulsión del embarazo y el seguimiento según sea necesario.

Fecha en que la mujer regresará para la cita de control: _____

Contraceptive counseling

- ¿Se brindó consejería anticonceptiva? Sí No

Se suministró un método anticonceptivo durante esta consulta (especificar): _____

Seguimiento: historia clínica y obstétrica

Fecha: _____

- Antecedentes de sangrado vaginal / dolor después de tomar misoprostol: _____

- ¿Restos ovulares expulsados? Sí No
- ¿Sangrado vaginal actual? Sí No Cantidad: _____
- ¿Dolor pélvico o cólicos actuales? Sí No
- Gravedad: Leve Moderado Intenso
- ¿Se siente embarazada la mujer actualmente? Sí No
- Medicamentos para el dolor: _____
- Otros medicamentos actuales: _____

Seguimiento: examen físico

- Signos vitales:
Tensión arterial: _____ Pulso: _____
Temperatura: _____ Frecuencia respiratoria: _____
- Útero
Tamaño: _____ Sensibilidad: _____
- ¿Sensibilidad a la movilización del cuello uterino? Sí No
- Anexas:
Masas: _____ Sensibilidad: _____
- ¿Se realizó el examen con espéculo? Sí No

Especificar signos anormales

(*desgarros cervicales, objetos extraños, sangrado visualizado, otros signos anormales*) _____

- Cuello uterino:

Orificio: Abierto: Cerrado:

Sangre en la cúpula vaginal: Cantidad/color: _____

Secreción mucopurulenta: Sí No

Seguimiento: tratamiento

- Diagnóstico:

Tratamiento exitoso: Sí No

¿Complicaciones? Sí No En caso afirmativo, especificar:

¿Aborto aún incompleto? Sí No

- Tratamiento en curso del aborto incompleto:

a) Manejo expectante (reevaluar en una o dos semanas)

b) Repetir la dosis de misoprostol y realizar seguimiento en una o dos semanas

c) Dosis y vía de misoprostol: _____

d) AMEU

e) Otro: _____

f) Referencia a otro servicio

- Para referencias:

Motivo de la referencia (especificar): _____

Lugar de la referencia (especificar): _____

Otros apuntes: _____

Seguimiento: consejería anticonceptiva

- ¿Ya utiliza (o se suministró) un método anticonceptivo?: Sí No

En caso negativo,

¿Se brindó consejería anticonceptiva?: Sí No

¿Recibió un método anticonceptivo al final de la cita de control?: _____



Herramienta 5E.

Indicaciones y regímenes para el uso de misoprostol

Ipas Protegiendo la salud de las mujeres
Promoviendo el respeto a sus derechos reproductivos **VSI** Venture Strategies Innovations

INDICACIONES Y REGÍMENES PARA EL USO DE MISOPROSTOL

ABORTO INCOMPLETO

Dosis de misoprostol	Vía	Momento oportuno
600 mcg ^{1a, 1b, 1c, 1d, 1e}	Oral	Tres tabletas de 200 mcg tomadas a la vez (dosis única)
O 400 mcg ^{1a, 1d, 1f}	Sublingual	Dos tabletas de 200 mcg colocadas debajo de la lengua hasta que se disuelvan o durante 30 minutos; se debe tragar todo fragmento restante. (Dosis única)

ABORTO DIFERIDO/HUEVO ANEMBRIONADO

Dosis de misoprostol	Vía	Momento oportuno
800 mcg ^{1a, 2a, 2b}	Vaginal	Dosis única
O 600 mcg ^{1a, 2a, 3, 4}	Sublingual	Administrar cada 3 horas para un máximo de 3 dosis O Dosis única*

* El misoprostol por vía sublingual, 600 mcg cada 3 horas para un máximo de 3 dosis, es un régimen recomendado; también se puede utilizar una dosis única de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual si no se logra el efecto esperado durante 1 ó 2 semanas (a menos que la mujer presente sangrado abundante o infección).

Para información sobre la cita sugerida, favor de ver Ipas y Venture Strategies Innovation, 2011. *Uso del misoprostol en la atención postaborto: un juego de herramientas para la prestación de servicios*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Frente de la tarjeta de posología

PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSPARTO⁵

Dosis de misoprostol	Vía	Momento oportuno
600 mcg	Oral	Se debe tomar inmediatamente después del parto de un recién nacido. Excluir la presencia de un segundo feto (gemelo) antes de la administración.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO (≥ 500 ml PÉRDIDA DE SANGRE)

Se deben utilizar oxitócicos convencionales

Dosis de misoprostol	Vía	Momento oportuno
800 mcg ^{6,7}	Sublingual	INMEDIATO
O 1000 mcg ⁸	Rectal	INMEDIATO

INDUCCIÓN DEL PARTO

Precaución con cesárea anterior

Dosis de misoprostol	Vía	Momento oportuno
25 mcg ^{9a, 9b}	Vaginal	Cada 4 horas (hasta 6 dosis con monitoreo cuidadoso)
O 20 mcg (disolver 1 tableta de 200 mcg en un frasco con 200 ml de agua limpia. Administrar 20 ml por dosis) ^{9a, 10, 11}	Oral	Cada 2 horas (hasta 12 dosis con monitoreo cuidadoso). Agite bien la solución en el frasco antes de cada dosis. Deseche el frasco después de 24 horas.

Para mayor información, favor de visitar www.ipas.org/medicalabortion MPACTK5E-S11

Dorso de la tarjeta de posología

- 1a. Gynuity Health Projects. 2009. *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria*. http://gynuity.org/downloads/pac_guidebook_sp.pdf
- 1b. Bique, C., M. Ustá, B. Debora, E. Chong, E. Westheimer y B. Winikoff. 2007. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 98: 222-226.
- 1c. Dao, B., J. Blum, B. Thieba, S. Raghavan, M. Ouedraogo, J. Lankoande y B. Winikoff. 2007. Is misoprostol a safe, effective, acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomized trial in Burkina Faso, West Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 114: 1368-1375.
- 1d. Diop, Ayisha, Sheila Raghavan, Jean-Pierre Rakotovao, Rodica Comendant, Paul D. Blumenthal y Beverly Winikoff. 2009. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 79: 456-462.
- 1e. Shwekerela, B. R. Kalumuna, R. Kipingli, N. Mashaka, E. Westheimer, W. Clark y B. Winikoff. 2007. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114 (11): 1363-1367.
- 1f. Dabash, Rasha, Mohamed Cherine Ramadan, Emad Darwish, Nevine Hassanein, Jennifer Blum y Beverly Winikoff. 2010. A randomized controlled trial of 400-ug sublingual misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in two Egyptian hospitals. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111(2):131-135.
- 2a. Gemzell-Danielsson, K. P.C. Ho, R. Gómez Ponce de León, et al. 2007. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99 Suppl 2:S182-185.
- 2b. Ngoc, N.T.N., J. Blum, E. Westheimer, T.T.V. Quan y B. Winikoff. 2004. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Suppl 2004;87:138-42.
3. Tang, Oi Shan, Charas Y.T. Ong, Ka Yu Tse, Ernest H.Y. Ng, Sharon W.H. Lee y Pak Chung Ho. 2006. A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction*, 21:189-92.
4. Tang, O.S., W.N.T. Lau, E.H.Y. Ng, S.W.H. Lee y P.C. Ho. 2003. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal with sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction*, 18:176-81.
5. Gynuity Health Projects. 2007. *Instructions for use: Misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage*. <http://gynuity.org/resources/read/misoprostol-for-prevention-of-postpartum-hemorrhage-en/>
6. Winikoff, Beverly, Rasha Dabash, Jill Durocher, Emad Darwish, Nguyen Thi Nhu Ngoc, Wilfrido León, Sheila Raghavan, Ibrahim Medhat, Huynh Thi Kim Chi, Gustavo Barrera y Jennifer Blum. 2010. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women not exposed to oxytocin during labour: a double-blind, randomized, non-inferiority trial. *The Lancet*, 375: 210-16.
7. Blum Jennifer, Beverly Winikoff, Sheila Raghavan, Rasha Dabash, Mohamed Cherine Ramadan, Berna Dilbaz, Blami Dao, Jill Durocher, Serdar Yalvac, Ayisha Diop, Ilana G. Dzuba y Nguyen Thi Nhu Ngoc. 2010. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomized, non-inferiority trial. *The Lancet*, 375(9710): 217-23.
8. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG). 2009. Prevention and management of postpartum hemorrhage. Green-Top Guideline No. 52. Londres: RCOG Press.
- 9a. World Health Organization Reproductive Health Library. 2011. *Misoprostol for cervical ripening and induction of labor*. Comentario de Abdel-Aleem H. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/induction/CD000941_abdel-aleemh_com/en/index.html
- 9b. El-Sherbiny, M.T., I. H. El-Gharieb y H.A. Gewley. 2001. Vaginal misoprostol for induction of labor: 25 vs. 50 ug dose regimen. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 72:25-30.
10. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). 2007. *Misoprostol: Recommended Doses*. Londres: FIGO. http://www.who.org/files/figo-corp/Misoprostol_Poster_2.pdf
11. Ho, Ming, Shi-Yann Cheng y Tsai-Chung Li. 2010. Titrated oral misoprostol solution compared with intravenous oxytocin for labor augmentation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 116: 612-618.

5.5 Cómo preparar a las mujeres para lo que pueden esperar

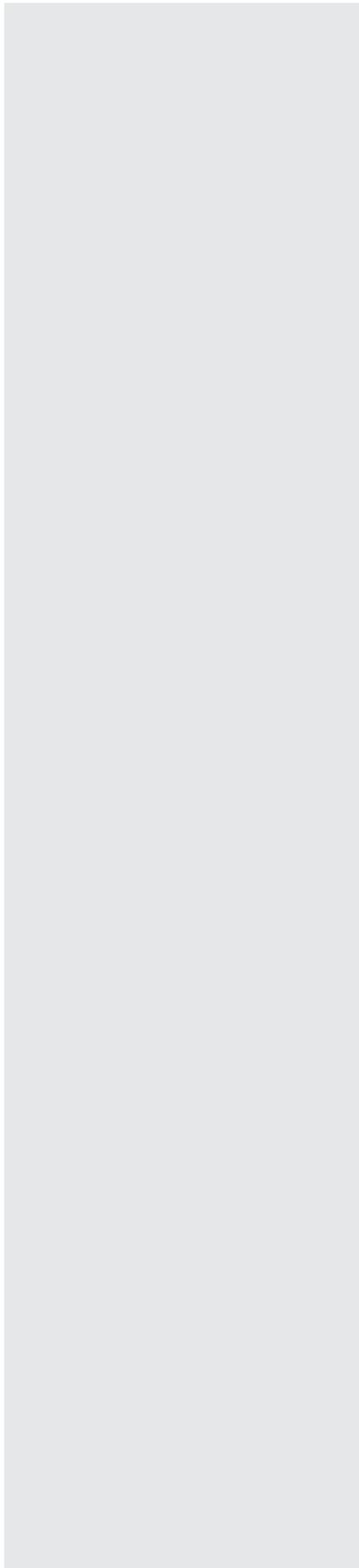
La consejería es una parte esencial de los servicios de APA centrados en la mujer. Preparar a las mujeres para lo que pueden esperar antes, durante y después del tratamiento con misoprostol es una parte clave de la función de consejería del personal de salud. Con un lenguaje sencillo, no técnico, el personal de salud debe ayudar a las mujeres a entender todo el tratamiento y proceso de seguimiento antes de que se tomen los medicamentos. Toda discusión del tratamiento con misoprostol debe abarcar los siguientes temas:

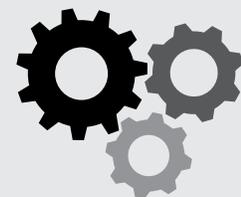
- Elección entre misoprostol, aspiración por vacío (si está disponible) o manejo expectante del aborto incompleto
- Elegibilidad y eficacia
- Cómo utilizar el misoprostol
- Lo que probablemente experimentará la mujer
- Cuánto tiempo generalmente dura el proceso
- Posibles efectos secundarios y complicaciones
- Signos de alarma que indican que debe buscar ayuda
- Cómo garantizar acceso a los cuidados de emergencia
- Necesidades anticonceptivas
- Cita de control recomendada

Los dibujos a menudo ayudan a las mujeres a entender cómo se deben tomar los medicamentos. El personal de salud puede utilizar un panfleto, una tarjeta o una hoja para distribución, que resuma los puntos clave. Una mujer que no puede leer quizás encuentre útil llevarse instrucciones por escrito a su casa para que un pariente o una amiga que sí puede leer se la lea si ella tiene preguntas.

¿QUÉ ES LA CONSEJERÍA?

La consejería es “una interacción estructurada en la cual una persona recibe voluntariamente apoyo emocional y orientación de una persona capacitada en un ambiente que se presta para compartir abiertamente sus pensamientos, sentimientos y percepciones (...) la consejería eficaz comienza por evaluar y atender las necesidades de cada mujer e implica una comunicación bidireccional respetuosa centrada en la mujer” (Herrick et al. 2004).

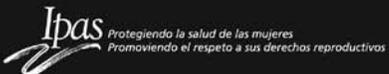




Herramienta 5F. Folletos para las mujeres

Esta herramienta fue creada para que el personal de salud se la entregue a las mujeres. Se recomienda que en la unidad de salud se escoja la vía para la administración del misoprostol que consideran ser la más aceptable para las comunidades y la más fácil de administrar. Además, estos materiales deben ser adaptados para su entorno local.*

Administración oral:



Cómo utilizar las tabletas de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto

USO ORAL

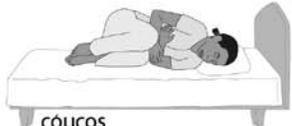
TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO Y EL ABORTO ESPONTÁNEO CON TABLETAS DE MISOPROSTOL
Si usted está teniendo un aborto incompleto, puede recibir tratamiento seguro y eficaz con tabletas de misoprostol.



CÓMO TOMARSE LAS TABLETAS DE MISOPROSTOL
Tráguese 3 tabletas (600 mcg) con agua.



¿QUÉ SUCEDE CUANDO SE TOMAN LAS TABLETAS?
Misoprostol causa que se contraiga el útero. Usted tendrá sangrado vaginal y cólicos; posiblemente vea coágulos de sangre.



CÓLICOS



SANGRADO

MUCHAS MUJERES NO TIENEN EFECTOS SECUNDARIOS
Pero a algunas mujeres les da fiebre, escalofríos, náuseas o diarrea. Estos síntomas generalmente desaparecen por sí solos en unas pocas horas.



DIARREA



VÓMITO/NÁUSEAS



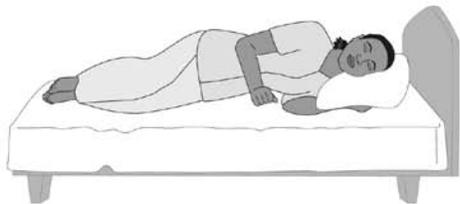
FIEBRE/ESCALOFRÍOS



FIEBRE/ESCALOFRÍOS

¿CÓMO PUEDE MANEJAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

Si tiene cólicos, puede tomar medicinas para el dolor. Rara vez es necesario tomar medicinas para bajar la fiebre. También ayuda beber mucha agua y guardar reposo. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen por sí solos en poco tiempo.



¿CUÁNDO DEBE BUSCAR AYUDA DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD?

Debe buscar ayuda inmediata si tiene:

- Sangrado abundante
- Fiebre que dura más de un día o que comienza cualquier día después del día de haberse tomado el misoprostol
- Cólicos constantes y dolor que no mejora con medicamentos, descanso o una almohadilla térmica
- Malestar intenso


SANGRADO ABUNDANTE




CÓLICOS CONSTANTES

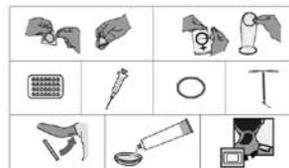



FIEBRE



¿CUÁL ES EL MEJOR MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA MÍ?

Usted puede volver a quedar embarazada en un par de semanas. Si desea utilizar un método anticonceptivo, debe iniciar su uso de inmediato. Puede iniciar el uso de la mayoría de los métodos en el mismo momento en que se tome las tabletas de misoprostol.



¿CUÁNDO DEBO REGRESAR PARA LA CITA DE CONTROL?

Por favor regrese para la cita de control en 1 ó 2 semanas para asegurarse de que su tratamiento fue exitoso.



FECHA DE SU CITA DE CONTROL:

_____ / _____ / _____

LUGAR:

TELÉFONO:

MPACTK5FO-511

*Para recibir asistencia técnica con la adaptación del material, favor de dirigirse a misoforpac@ipas.org

Uso de las tabletas de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto

USO SUBLINGUAL

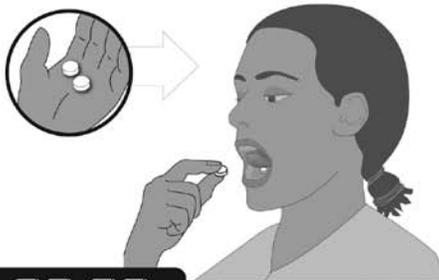
TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO Y EL ABORTO ESPONTÁNEO CON TABLETAS DE MISOPROSTOL

Si está teniendo un aborto incompleto, puede recibir tratamiento seguro y eficaz con tabletas de misoprostol.



CÓMO TOMARSE LAS TABLETAS DE MISOPROSTOL

Coloque 2 tabletas de misoprostol (400 mcg) debajo de la lengua. Mantenga las tabletas debajo de la lengua hasta que se disuelvan, o durante 30 minutos aproximadamente, y después tráguese toda porción restante.



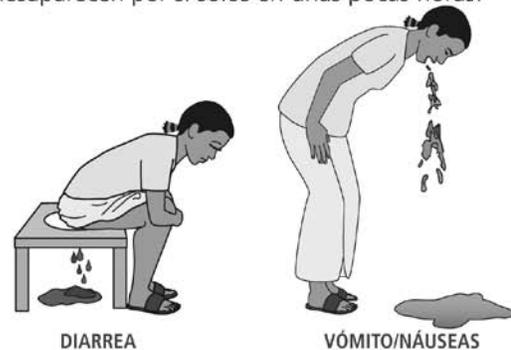
¿QUÉ SUCEDE CUANDO SE TOMAN LAS TABLETAS?

Misoprostol causa que se contraiga el útero. Usted tendrá sangrado vaginal y cólicos; posiblemente vea coágulos de sangre.



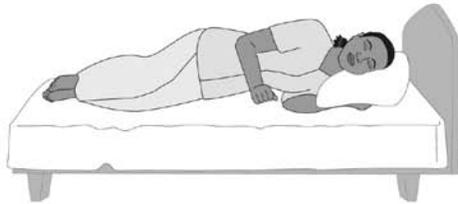
MUCHAS MUJERES NO TIENEN EFECTOS SECUNDARIOS

Pero a algunas mujeres les da fiebre, escalofríos, náuseas o diarrea. Estos síntomas generalmente desaparecen por sí solos en unas pocas horas.



¿CÓMO PUEDE MANEJAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

Si tiene cólicos, puede tomar medicinas para el dolor. Rara vez es necesario tomar medicinas para bajar la fiebre. También ayuda beber mucha agua y guardar reposo. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen por sí solos en poco tiempo.



¿CUÁNDO DEBE BUSCAR AYUDA DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD?

Debe buscar ayuda inmediata si tiene:

- Sangrado abundante
- Fiebre que dura más de un día o que comienza cualquier día después del día de haberse tomado el misoprostol
- Cólicos constantes y dolor que no mejora con medicamentos, descanso o una almohadilla térmica
- Malestar intenso

!
SANGRADO ABUNDANTE



!
CÓLICOS CONSTANTES

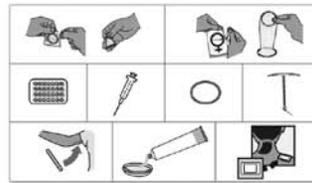


!
FIEBRE



¿CUÁL ES EL MEJOR MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA MÍ?

Usted puede volver a quedar embarazada en un par de semanas. Si desea utilizar un método anticonceptivo, debe iniciar su uso de inmediato. Puede iniciar el uso de la mayoría de los métodos en el mismo momento en que se tome las tabletas de misoprostol.



¿CUÁNDO DEBO REGRESAR PARA LA CITA DE CONTROL?

Por favor regrese para la cita de control en 1 ó 2 semanas para asegurarse de que su tratamiento fue exitoso.



FECHA DE SU CITA DE CONTROL:

_____ / _____ / _____

LUGAR:

TELÉFONO:

MPACK5FS-511

Manejo de efectos esperados, efectos secundarios y complicaciones ²⁰



En este cuadro se indican los efectos esperados del tratamiento, los efectos secundarios más comunes, posibles complicaciones y manejo relacionado cuando se utiliza el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto.

Efectos esperados del tratamiento con misoprostol (Estos efectos son el resultado de la expulsión de los restos ovulares.)		Manejo
Dolor/ cólicos	Por lo general, los cólicos comienzan en las primeras horas y pueden empezar tan pronto como a los 30 minutos posteriores a la administración del misoprostol. El dolor puede ser más fuerte que lo que típicamente se siente durante la menstruación.	<ul style="list-style-type: none"> • Sentarse o acostarse cómodamente • Usar una botella o bolsa de agua caliente o una almohadilla térmica • Administrar analgésicos (ibuprofén o paracetamol/acetaminofén) mientras la mujer se encuentre en la unidad de manera que pueda tomárselos poco después de tomarse el misoprostol.
Sangrado	Por lo general, el sangrado vaginal comienza en un plazo de una hora después de administrar el misoprostol. El sangrado dura 5 a 8 días en promedio, pero puede continuar hasta durante dos semanas. El manchado puede persistir hasta la próxima regla menstrual.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la mujer que cada mujer presenta sangrado y cólicos de manera diferente; describa la variación normal de sangrado. • Asegúrese de que la mujer conozca los signos de alarma y la cantidad de sangrado que sería considerada fuera de lo normal y por la cual debe buscar atención médica inmediata.
Posibles efectos secundarios (Estos efectos son el resultado de la expulsión de los restos ovulares.)		
Escalofríos/ fiebre	Los escalofríos son pasajeros; la fiebre es menos común y no es necesariamente indicio de infección. La temperatura elevada generalmente no dura más de unas pocas horas. Aunque rara vez ocurre infección, no es normal que la mujer tenga fiebre o escalofríos que persistan durante más de 24 horas y que podrían ser un signo de infección.	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarle a la mujer que los escalofríos y la fiebre son efectos secundarios comunes el día en que se toma el misoprostol. • Administrar antipiréticos si es necesario (los AINE como el ibuprofén son tanto analgésicos como antipiréticos) • Indicarle a la mujer que se comunique con un profesional de la salud si su fiebre dura más de un día o si comienza cualquier día después de haberse tomado el misoprostol.
Náuseas/ vómito	Es posible que se le presenten náuseas y vómito, los cuales generalmente se resuelven en un plazo de 2 a 6 horas.	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarle a la mujer que las náuseas y vómito son posibles efectos secundarios. • Se puede administrar un antiemético.
Diarrea	Si le da diarrea después de tomarse el misoprostol, ésta generalmente se resuelve en un día. Recuérdale a la mujer que tome muchos líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarle a la mujer que la diarrea a veces se asocia con el uso de misoprostol y pasa rápidamente.



Signos de alarma (Las mujeres que presentan estas complicaciones deben buscar ayuda inmediata de un profesional de la salud.)		Manejo
Sangrado abundante	<p>No es común que presente sangrado abundante y/o prolongado que cause un cambio importante en la hemoglobina. Algunos signos de que la mujer presenta sangrado abundante y necesita buscar la ayuda de un profesional de la salud son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empapar dos toallas higiénicas gruesas por hora, durante dos horas consecutivas. • Sangrado abundante constante que le produce malestar o debilidad a la mujer. • Sangrado abundante repentino después que el sangrado disminuyó o paró durante varios días. • Debilidad o mareos relacionados con el sangrado, que comienzan y paran de manera intermitente durante días. 	<ul style="list-style-type: none"> • AMFU si el sangrado es profuso o prolongado • Se recomienda tomar suplementos de hierro por vía oral o una dieta rica en hierro (pero estos por sí solos no son tratamientos del sangrado abundante) • Restitución de líquidos como hidratación oral; o líquidos intravenosos o, rara vez, transfusión si presenta compromiso hemodinámico
Infección	<p>Rara vez se documenta infección endometrial y/o pélvica. Los signos de infección son algunos de los siguientes o todos: fiebre cualquier día después del día que se toma el misoprostol, dolor abdominal persistente, secreción cervical/vaginal purulenta o con olor fétido, síntomas parecidos a los de la influenza, malestar general, a veces acompañado de náuseas y vómito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si se sospecha infección, se debe evaluar a la mujer. Si hay signos de sepsis o infección grave, se debe efectuar una evacuación endouterina quirúrgica de inmediato y administrar antibióticos. • Si la mujer no presenta un cuadro clínico grave, generalmente se debe tratar la infección con antibióticos orales. • Infecciones graves podrían requerir hospitalización y antibióticos por vía IV.
Dolor o cólicos constantes	<p>Dolor intenso constante, incluso el mismo día en que se toma el misoprostol, o dolor que persiste en los días posteriores al uso de misoprostol, pese al uso de medicamentos, descanso o una botella o bolsa de agua caliente o almohadilla térmica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluar a la mujer para determinar si falló el tratamiento o si presenta embarazo ectópico no diagnosticado o cualquier otra complicación. Una evaluación completa es necesaria para determinar la etiología del dolor. Brindar tratamiento correspondiente.

20. Esta herramienta fue adaptada de: Gynuity Health Projects. 2009. *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria*. http://gynuity.org/downloads/pac_guidebook_sp.pdf

5.6 Servicios de anticoncepción

La consejería anticonceptiva debe ser una parte rutinaria de la atención postaborto (ver  Herramienta 5H: Guía de bolsillo sobre los métodos anticonceptivos). El personal de salud debe proporcionar información sobre el rápido retorno de la fertilidad y ofrecer consejería anticonceptiva adecuada y el método que elija la mujer.

- La mayoría de los métodos anticonceptivos se deben suministrar lo antes posible, generalmente el mismo día que se administra el misoprostol. Los anticonceptivos muy eficaces, como los inyectables, implantes anticonceptivos y anticonceptivos orales, se pueden suministrar el mismo día que se administra el misoprostol.
- El dispositivo intrauterino (DIU) se puede colocar en la cita de control si el tratamiento con misoprostol fue exitoso.
- Si habrá una demora de más de 10 días antes que la mujer pueda iniciar el uso del método que eligió, se le debe suministrar un método provisional, como condones, para usar mientras tanto.
- La anticoncepción de emergencia también puede ofrecerse como una opción para que la mujer se la tome en caso de tener relaciones sexuales sin protección.
- Si la mujer desea evitar otro embarazo, se le debe aconsejar que postergue reanudar relaciones sexuales con penetración vaginal o coito hasta que haya iniciado el uso de un método anticonceptivo.

La consejería oportuna puede ayudar a evitar futuros embarazos no deseados. La consejería anticonceptiva postaborto también está asociada con una reducción en las tasas de mortalidad materna e infantil y con la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (Curtis et al. 2010). Tenga en cuenta que algunas mujeres buscan servicios de anticoncepción, mientras que otras están interesadas en volver a quedar embarazadas en un futuro cercano. **Cada mujer tiene diferentes necesidades anticonceptivas.**

Se ha comprobado que, cuando se ofrecen consejería y métodos anticonceptivos después de la atención postaborto, la aceptación del método anticonceptivo es alta. Esto es crítico, ya que la mujer puede volver a quedar embarazada dos o tres semanas después de tomarse el misoprostol.

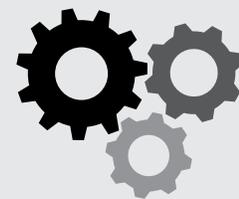
Hable con cada mujer sobre su historia de salud reproductiva para entender las causas del embarazo no deseado y cualquier falla anticonceptiva anterior. El suministro de un método anticonceptivo adecuado depende de las necesidades y preferencias de la mujer, así como de su disponibilidad.

Se debe ofrecer una gama de servicios de salud reproductiva. Además de brindarle consejería anticonceptiva a la mujer, se le deben realizar

CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA PARA PACIENTES QUE RECIBEN ATENCIÓN POSTABORTO

La anticoncepción postaborto eficaz es la mejor manera de evitar futuros embarazos no deseados. Por desgracia, generalmente es uno de los elementos más débiles en la atención postaborto y la proporción de mujeres que reciben un método anticonceptivo después de la atención postaborto continúa siendo baja. Por lo tanto, la consejería anticonceptiva y el suministro de un método deben ser prioridades en todos los servicios de APA. Dado que es posible que algunas mujeres tengan un embarazo no deseado aunque estén usando un método, es muy importante explicar las razones por las cuales puede fallar el método y asesorar a la mujer debidamente.

pruebas para la detección sistemática de infecciones de transmisión sexual (ITS) y violencia sexual, como parte de los servicios rutinarios de APA. Se debe aconsejar a toda mujer respecto al uso de condones para evitar las ITS.



Herramienta 5H.

Guía de bolsillo sobre los métodos anticonceptivos

En la siguiente herramienta se expone información sobre cuándo después del tratamiento con misoprostol se debe iniciar el uso de diversos métodos anticonceptivos, así como notas sobre cada método para tomar en consideración.

GUÍA DE BOLSILLO SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Para personal de salud		
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	CUÁNDO SE PUEDE OFRECER EL MÉTODO	NOTAS
Condomes	Inmediatamente en la misma consulta de APA	Se puede utilizar como un método provisional: para mujeres que no pueden decidirse en cuanto a un anticonceptivo, o a quienes no se les puede ofrecer el método que eligieron inmediatamente después del tratamiento del aborto incompleto.
Inyectables	Inmediatamente en la misma consulta de APA	Se puede utilizar aun cuando la mujer presenta infección.
Anticonceptivos orales	Inmediatamente en la misma consulta de APA	Se puede utilizar aun cuando la mujer presenta infección.
Dispositivo intrauterino	En la cita de control	Asegurarse de que el tratamiento tuvo éxito; no se debe utilizar en presencia de una infección activa. Suministrar condones u otros métodos temporales hasta la cita de control.

Frente de la Guía de bolsillo sobre los métodos anticonceptivos

Implantes	Inmediatamente en la misma consulta de APA	Se puede utilizar aun cuando la mujer presenta infección.
Esterilización	En la cita de control	Suministrar condones u otros métodos temporales hasta la cita de control.
Diafragma	Inmediatamente en la misma consulta de APA	Considerar cambiar de tamaño según la edad gestacional.
Jaleas, espumas, tabletas o películas anticonceptivas	Inmediatamente en la misma consulta de APA	Se puede utilizar aun cuando la mujer presenta infección.
Parches dérmicos	Inmediatamente en la misma consulta de APA	Se puede utilizar aun cuando la mujer presenta infección.
Anillo vaginal	Inmediatamente en la misma consulta de APA	Se puede utilizar aun cuando la mujer presenta infección.
Píldoras anticonceptivas de emergencia	En cualquier momento	Suministrar las píldoras anticonceptivas de emergencia de antemano como método de respaldo.

Para mayor información, favor de visitar www.ipas.org/medicalabortion

MPACT5H-511

Dorso de la Guía de bolsillo sobre los métodos anticonceptivos

5.7 Seguimiento

La cita de control se debe programar para una o dos semanas después de la administración del misoprostol si es posible; según las circunstancias locales, el personal de salud también puede sugerir alternativas al seguimiento.

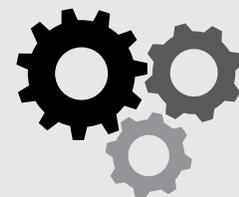
En la cita de control se debe tratar lo siguiente:

- **Resultado del tratamiento:** Para determinar si el tratamiento fue exitoso, el profesional de la salud debe preguntarle a la mujer acerca de su experiencia y luego realizar el examen físico. *El éxito del tratamiento se define como la evacuación endouterina completa y la resolución de todos los síntomas.*
- **Aborto incompleto continuado:** Si el proceso de evacuación endouterina no ha concluido y el cuadro clínico de la mujer es estable, se le puede ofrecer observación de cerca con manejo expectante y reevaluarla en una o dos semanas. Otra opción es ofrecer una dosis repetida de misoprostol (Blum et al. 2007). Si se le administra una dosis repetida de misoprostol, se recomienda reevaluarla en una o dos semanas. En caso de infección o sangrado de importancia clínica, se debe considerar concluir el aborto con la aspiración por vacío.
- **Anticoncepción:** Si la mujer desea evitar otro embarazo, asegúrese de que ella esté contenta con su método anticonceptivo, u ofrézcale consejería y un método si aún no se le han ofrecido (ver la  Herramienta 5H: Guía de bolsillo sobre los métodos anticonceptivos).
- **Salud reproductiva:** Encamine a la mujer hacia otros servicios de salud reproductiva según sea necesario, como pruebas para la detección sistemática de anemia y cáncer cervical; pruebas y/o tratamiento de VIH, referencia a una clínica o a servicios para el tratamiento de la infertilidad, atención para violencia sexual y/o doméstica, educación, pruebas y tratamiento de ITS, así como evaluación de abortos espontáneos recurrentes, entre otros.

5.8 Referencias

Cuando se procura brindar atención integral a todas las necesidades de salud de las mujeres, es importante vincular el uso del misoprostol en la atención postaborto con servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud. Es posible que algunos servicios, como las pruebas de VIH o la consejería sobre la violencia doméstica, no estén disponibles en la unidad de salud donde se ofrece atención postaborto; por lo tanto, puede que sea necesario remitir a la mujer a otra unidad donde sí se ofrezcan.

Es importante integrar en los sistemas de referencia ya establecidos las referencias a unidades de un nivel superior, como hospitales distritales, por unidades de niveles inferiores donde se emplea el misoprostol para la atención postaborto. Además, el personal de salud debe estar al tanto de las unidades de referencia y de los servicios que éstas ofrecen (tales como servicios quirúrgicos, ginecológicos, obstétricos y servicios relacionados con enfermedades infecciosas, entre otros). 🌀 La Herramienta 5I: Formulario de referencia tiene dos secciones: una que permanece archivada en la unidad que da la referencia y otra que se le entrega a la mujer para que la lleve a la unidad a la cual fue remitida.



Cuando dé una referencia, llene las secciones A y B; la sección A permanece archivada en la unidad inicial y la sección B se le entrega a la mujer para que se la lleve a la unidad de referencia.

FORMULARIO DE REFERENCIA PARA LA ATENCIÓN POSTABORTO	
SECCIÓN A: PERMANECE ARCHIVADA EN LA UNIDAD DONDE SE INICIA LA REFERENCIA	
Paciente: _____	
Contacto: _____	
Nombre de la unidad donde se dio la referencia: _____	
Fecha de la referencia: ____ / ____ / ____ DD MM AA	Razón para dar la referencia:
<input type="checkbox"/> Referencia urgente	<input type="checkbox"/> Caso complicado (sangrado abundante, perforación uterina, signos de sepsis u otra razón)
<input type="checkbox"/> Referencia no urgente	<input type="checkbox"/> Embarazo con tamaño uterino de más de 12 semanas o problemas determinando el tamaño uterino
	<input type="checkbox"/> En la unidad se ofrece el servicio solicitado por la paciente
	<input type="checkbox"/> Preferencia de la paciente
	<input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar): _____

FORMULARIO DE REFERENCIA PARA LA ATENCIÓN POSTABORTO	
SECCIÓN B: PARA QUE LA MUJER LA LLEVE A LA UNIDAD DE REFERENCIA	
(adjuntar a la copia del expediente de la paciente)	
Paciente: _____	
Contacto: _____	
Nombre de la unidad donde se dio la referencia: _____	
Fecha de la referencia: ____ / ____ / ____ DD MM AA	Razón para dar la referencia:
<input type="checkbox"/> Referencia urgente	<input type="checkbox"/> Caso complicado (sangrado abundante, perforación uterina, signos de sepsis u otra razón)
<input type="checkbox"/> Referencia no urgente	<input type="checkbox"/> Embarazo con tamaño uterino de más de 12 semanas o problemas determinando el tamaño uterino
	<input type="checkbox"/> En la unidad se ofrece el servicio solicitado por la paciente
	<input type="checkbox"/> Preferencia de la paciente
	<input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar): _____
Tratamiento iniciado en la unidad de referencia (antibióticos, cultivos, resultados de laboratorio, otro): _____	

21. Esta herramienta fue adaptada de: Venture Strategies Innovations. 2009. *CAC manual of operations*. Unpublished; y Baird, Traci L., M. Virginia Chambers y Charlotte E. Hord. *Implementación de la atención postaborto. Recursos técnicos para la atención postaborto, volumen 1*, Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.

5.9 Lecciones aprendidas de eventos adversos

Los eventos adversos (EA) son complicaciones que sufre la mujer durante su tratamiento o inmediatamente después, que deben ser investigadas más a fondo. La investigación se centra en determinar si los eventos estaban relacionados con el tratamiento y de qué manera se pudieron haber evitado. Un **evento adverso grave (EAG)** es uno con riesgo de muerte, que causa una discapacidad permanente de una función corporal o daños permanentes a la estructura corporal, o que requiere una intervención médica o quirúrgica para impedir discapacidad permanente (ver  Herramienta 5J: Formulario de eventos adversos graves). **Aunque el aborto incompleto conlleva algunas complicaciones, la mayoría de ellas se pueden tratar con facilidad; rara vez ocurren complicaciones graves en la atención postaborto de rutina.**

Los eventos adversos pueden ser producto de factores relacionados con la paciente, error humano o problemas institucionales, pero generalmente ocurren como resultado de múltiples factores durante un solo evento.

Cuando ocurre un evento adverso, el primer paso es atender a la mujer y sostener una conversación inicial con la paciente y/o su familia. En esa conversación, usted debe indicar en palabras concisas lo que se sabe acerca de la complicación, lamentar que la mujer haya tenido una complicación y asegurarle que el evento se está tomando en serio y que será analizado a fondo.

La mayoría de los EA son ocasionados por una falla en el sistema. Aun cuando un profesional de la salud demuestra falta de criterio o una habilidad inadecuada, es probable que el sistema no le haya ofrecido la capacitación, el monitoreo o la mentoría que necesita para garantizar la calidad de la atención. En una cultura justa, la meta es apoyar en vez de culpar al personal implicado, a la vez que se aprende del evento. Las soluciones que se enfocan en mejorar el sistema y no en personas individuales tienden a conducir a la documentación y prevención de los EA, así como a mejores resultados. Más aún, si se invita a todo el equipo a participar en los estudios de casos de EA, el personal puede entender la cascada de eventos que ocasionaron la complicación y determinar si se pudo haber evitado y de qué manera. Sin embargo, no es posible prevenir o impedir algunas complicaciones.

Todo servicio de salud debe crear oportunidades para analizar las lecciones aprendidas, especialmente cuando se trata de un servicio nuevo. Por lo tanto, es importante ofrecer al personal la oportunidad de rendir informes después de establecer los servicios que ofrecen misoprostol para la atención postaborto, de manera que el personal pueda aprender de los estudios de casos, analizar los datos, monitorear las tendencias, hacer preguntas y tratar las áreas de confusión. Si

CÓMO ANALIZAR LOS EVENTOS ADVERSOS

Analizar por qué ocurrió un evento adverso (EA) es un paso necesario para disminuir el riesgo de repetición. La mejor forma de realizar este tipo de análisis es apoyar en vez de culpar al personal implicado. Durante el análisis, la unidad evalúa al sistema en el cual ocurrió el EA, identifica las posibles causas del evento y recomienda cambios al sistema para mejorar la calidad de la atención en el futuro. En una “cultura justa”, el equipo entero participa en rendir informes y entender el análisis de los EA.

existe un sistema que les permite a los servicios de salud a nivel local y nacional tener acceso a esta información, estas entidades pueden utilizar la información para entender las tendencias, identificar las necesidades y apoyar los servicios locales.

REUNIÓN DEL EQUIPO / REVISIÓN DEL CASO

A ser llenado con todo personal correspondiente de la unidad de salud, **realizado en el espíritu de aprender para mejorar.**

a. ¿Qué sucedió? ⇨ *Resuma la cronología precisa del evento y toda acción u omisión asociada a éste que haya sido insegura.* _____

b. ¿Por qué sucedió? ⇨ *Pregunte “¿Por qué? ¿Por qué? ¿Por qué?”* _____

c. ¿Qué se puede cambiar para evitar similares eventos en el futuro? _____

5.10 Recursos adicionales

Fescina R.H., B. De Mucio, M. Abreu, G. Martínez, J.L. Díaz Rosello, L. Mainero, R. Gómez Ponce de León, M. Rubino y M. Manibo. 2009. *Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal, formulario complementario para mujeres en situación de aborto, instrucciones de llenado y definición de términos (CLAP/WR. Publicación Científica; 1564)* Montevideo: CLAP/WR.

http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP1564.pdf

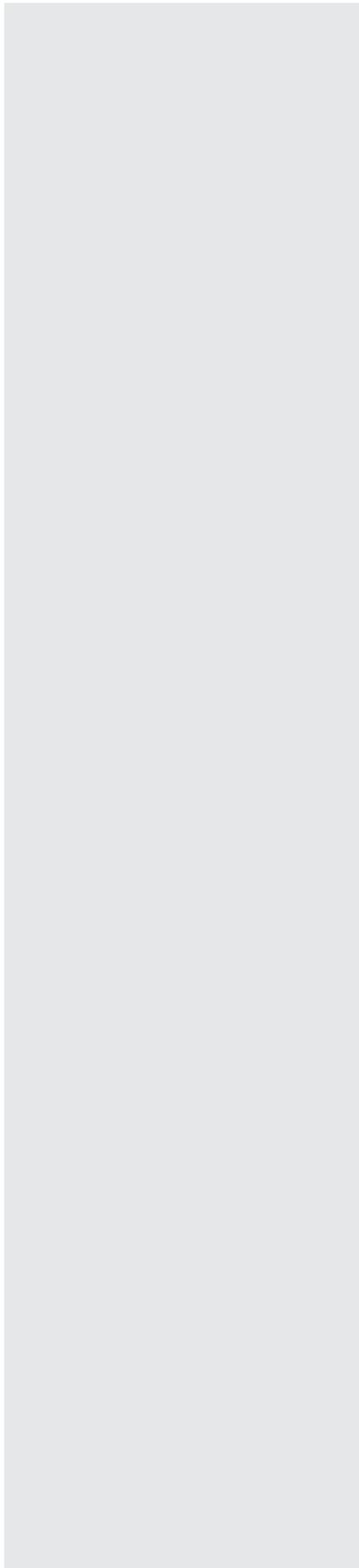
Herrick, Jeannine, Katherine L. Turner, Teresa McNerney y Laura Castleman. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/La_atencion_postaborto_centrada_en_la_mujer_Manual_de_referencia.aspx

Ipas. 2010. *El aborto con medicamentos en las etapas iniciales del embarazo: Materiales de información, educación y comunicación y material auxiliar*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/Aborto_con_medicamentos_en_las_etapas_iniciales_del_embarazo_Materiales_de_informacion_educacion_y_comunicacion_IEC_y_materia.aspx?ht=

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1997. *Planificación familiar postaborto: guía práctica para administradores de programas*. Ginebra: OMS. http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_RHT_97.20_spa.pdf

Turner, Katherine L. y Kimberly Chapman Page. 2008. *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/Publications/Transformacion_de_actitudes_respecto_al_aborto_Un_juego_de_herramientas_para_la_aclaracion_de_valores_para_audiencias_mundiales.aspx?ht=

Wolff, James A., Linda J. Suttentfield y Susanna C. Binzen, eds. 1991. *The family planning manager's handbook: Basic skills and tools for managing family planning programs*. West Hartford, CT: Kumarian Press. <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=handbook.htm&module=enhancement%20other&language=English>



MÓDULO 6. Cómo garantizar servicios de alta calidad

6.1 Introducción

Las unidades y programas de salud deben iniciar, mediante la formulación de un plan para el monitoreo continuo de la prestación de servicios y la calidad de la atención en las etapas iniciales de la planificación, un modo eficaz de introducir o integrar al misoprostol en el tratamiento del aborto incompleto. Es importante establecer un sistema para el monitoreo continuo y supervisión con apoyo durante la implementación de los servicios. Así las unidades de salud pueden recolectar todos los datos necesarios desde el principio y compararlos con los resultados de la línea base del diagnóstico ambiental y la evaluación de las unidades de salud. Elija medidas de monitoreo que estén directamente en línea con los objetivos específicos formulados para la introducción o integración del misoprostol y seleccione indicadores que influyan de manera significativa en el mejoramiento del servicio.

El Módulo 6 contiene un marco conceptual y herramientas para monitorear la calidad de los servicios de atención postaborto (APA) para asegurar que se cumplan los estándares mínimos de calidad y para identificar maneras de mejorar los servicios.

6.2 Monitoreo para evaluar y mejorar la calidad de los servicios

Es importante determinar si se están cumpliendo los objetivos específicos de calidad. El **monitoreo** es un sistema para recopilar información y evaluar con regularidad cómo está funcionando determinado programa. El monitoreo es un proceso continuo para reunir y analizar información de manera sistemática y rutinaria. **Idealmente, los datos del monitoreo permiten ver cómo mejorar la implementación de manera que las mujeres reciban servicios de alta calidad y que el personal de salud tenga los recursos que necesita para brindar atención de alta calidad.**

6.3 Seis áreas de monitoreo del uso de misoprostol en los servicios de APA

Para fines de este juego de herramientas, hay seis aspectos de prestación de servicios y uso que se deben monitorear:

1. **Recursos:** ¿Se necesitan más aportes para que el programa de misoprostol para la atención postaborto funcione de manera eficaz?



AUDIENCIAS

OBJETIVO: Personal de salud, gerentes de unidades de salud y gerentes de programas a nivel nacional/distrital



HERRAMIENTAS EN ESTE MÓDULO:

- 6A Indicadores por nivel de la unidad de salud
- 6B Libro de registros de la prestación de servicios
- 6C Informe mensual de los servicios
- 6D Lista de verificación para la supervisión y el mejoramiento de la calidad del desempeño en el trabajo
- 6E Evaluación rápida de la satisfacción de las pacientes

Entre los aportes se encuentran personal de salud capacitado y abastecimiento de misoprostol (favor de remitirse a la  Herramienta 3A: Requisitos mínimos para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol).

2. **Uso de los servicios:** ¿Cuáles son los servicios ofrecidos y a cuántas mujeres durante qué plazo?
3. **Servicios clínicos:** ¿Los servicios ofrecidos acatan los protocolos médicos y clínicos? Por ejemplo: utilizar tecnologías adecuadas para el tratamiento del aborto incompleto, utilizar el misoprostol correctamente y suministrar a cada mujer información correcta, consejería anticonceptiva de rutina y un método anticonceptivo.
4. **Complicaciones y referencias:** ¿Cuántas mujeres presentan complicaciones post-procedimiento? ¿Cuántas mujeres son remitidas a otras unidades de salud?
5. **Gestión de registros y administración de los servicios:** ¿Se documentan los servicios debidamente? ¿Se administran eficientemente los servicios?
6. **Calidad en general:** ¿Cuáles son las perspectivas del personal de salud en cuanto a la calidad de los servicios? ¿Cuáles son los retos que enfrentan? ¿De qué manera perciben las mujeres la calidad de los servicios? ¿Cómo creen las mujeres que se podrían mejorar los servicios?

6.4 Formulación de un plan de monitoreo para garantizar servicios de alta calidad

Para formular un plan de monitoreo de calidad es necesario determinar qué aspectos de los servicios se deben monitorear, decidir qué métodos y herramientas utilizar para recopilar la información, establecer parámetros y estándares de calidad y determinar las funciones y responsabilidades para ejecutar el plan de monitoreo.

Los planes de monitoreo varían por nivel debido a los recursos disponibles y a los objetivos de monitoreo en sí. La  **Herramienta 6A. Indicadores por nivel de la unidad de salud** ofrece orientación sobre qué incluir en el plan de monitoreo a nivel de la comunidad, el centro de salud, el hospital y el sistema de salud distrital o regional. Todos los indicadores corresponden a una de las seis áreas mencionadas en la sección 6.3 de monitoreo del uso de misoprostol en los servicios de APA.

En general, los centros de salud y mayores entidades deben centrarse en crear sistemas de monitoreo que recopilen información para mejorar la calidad. Las unidades más grandes y los sistemas de salud también podrían incluir medidas del impacto de sus servicios en la

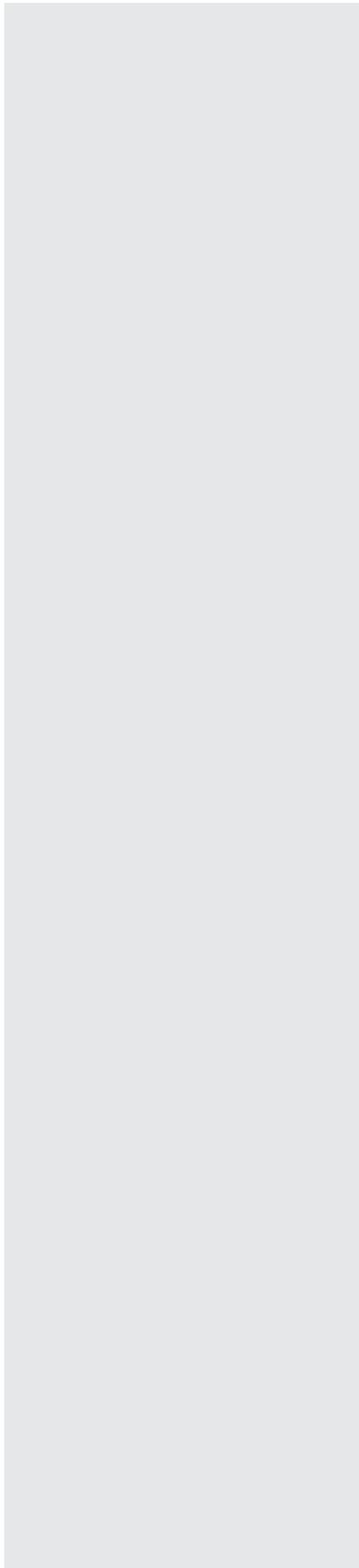
UN MENSAJE IMPORTANTE SOBRE EL MONITOREO

En este módulo se expone un marco conceptual para formular un plan de monitoreo para el uso del misoprostol en la atención postaborto. Si ya existe un sistema de monitoreo en su unidad de salud, utilice la información en este módulo para integrar el monitoreo de los servicios de misoprostol en ese sistema. Ya sea que esté adaptando un plan de monitoreo ya establecido o creando uno nuevo, asegúrese de cumplir con los requisitos de rendición de informes según lo indicado por su unidad de salud y las guías distritales, regionales y/o nacionales.

comunidad, como la reducción de las hospitalizaciones por complicaciones relacionadas con el aborto. Además, todas las unidades de salud deben asegurarse de cumplir con los requisitos del gobierno o de las agencias donantes en cuanto a la rendición de informes.

Utilice la  **Herramienta 6A** cuando formule su plan de monitoreo para decidir qué indicadores incluir y cómo recopilarlos. El juego de herramientas también contiene plantillas para las fuentes de información mencionadas en la  **Herramienta 6A**.

Por ejemplo, usted puede utilizar la  **Herramienta 6B: Libro de registros de la prestación de servicios** para recolectar los datos necesarios para medir el número de casos de aborto incompleto atendidos con cada método, el porcentaje de mujeres que recibieron la dosis y vía correctas de misoprostol y el porcentaje de mujeres que recibieron un método anticonceptivo. Esta información se puede resumir mensualmente para fines de monitoreo en la  **Herramienta 6C: Informe mensual de los servicios**. Además, puede modificar el libro de registros para incluir los datos sobre la APA. La información sobre otros indicadores puede recopilarse de actividades realizadas durante las visitas supervisoras (ver la  **Herramienta 6D: Lista de verificación para la supervisión y el mejoramiento de la calidad del desempeño en el trabajo**), por evaluación de la satisfacción de las pacientes (ver la  **Herramienta 6E: Evaluación rápida de la satisfacción de las pacientes**), o de otra información como los expedientes de las pacientes.



Herramienta 6A.

Indicadores por nivel de la unidad de salud



Según vaya creando su plan de monitoreo, identifique los indicadores para los cuales posiblemente ya esté recolectando datos como parte de su sistema de información gerencial (SIG). Luego, identifique los indicadores que debe recolectar para su programa de misoprostol para la atención postaborto. Los indicadores en la Herramienta 6A se basan en las seis áreas descritas en la sección 6.3 de monitoreo del uso de misoprostol en los servicios de APA. Piense en los recursos necesarios para recolectar datos adicionales y sopesar los beneficios de la información y el costo de recopilarla. La recolección de datos se debe realizar de manera rutinaria (mensual o trimestralmente).

Nivel	Indicadores	Fuente(s) de información	Notas
<p>Comunidad (Personal de salud capacitado en dar referencias y suministrar anticonceptivos solamente)</p>	<p><i>Uso de los servicios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de mujeres que se presentan con aborto incompleto y son remitidas a otras unidades <p><i>Servicios clínicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de mujeres que reciben un método anticonceptivo (desagregado por método) 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los expedientes de las pacientes 	<p>Aunque el personal de salud a nivel comunitario no atiende los casos de aborto incompleto, sí puede monitorear las actividades relacionadas con APA (como dar referencias y suministrar métodos anticonceptivos)</p>
<p>Centro de salud (Clínicas del primer nivel de atención, clínicas de planificación familiar o policlínicas)</p>	<p>Indicadores a nivel comunitario más:</p> <p><i>Recursos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de profesionales de la salud capacitados en el uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto • Existencias de misoprostol en la unidad <p><i>Uso de los servicios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de aborto incompleto • Número de casos de aborto incompleto atendidos con misoprostol • Tasa de seguimiento • Porcentaje de mujeres que reciben un método anticonceptivo <p><i>Servicios clínicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de casos que reciben la dosis y vía correctas de misoprostol <p><i>Complicaciones y referencia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de mujeres que recibieron misoprostol y presentaron complicaciones, por tipo de complicación • Porcentaje de mujeres remitidas a otras unidades por complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Herramienta 3B: Evaluación de la unidad de salud • Revisión de los expedientes de las pacientes (ver Herramienta 5D: Historia clínica de la paciente) • Herramienta 6B: Libro de registros de la prestación de servicios • Herramienta 6C: Informe mensual de los servicios • Herramienta 6D: Lista de verificación para la supervisión y el mejoramiento de la calidad del desempeño en el trabajo • Herramienta 6E: Evaluación rápida de la satisfacción de las pacientes 	<p>En este nivel, utilice la Herramienta 6B: Libro de registros de la prestación de servicios y proporcione libros de contabilidad para recolectar con regularidad los datos básicos sobre los recursos necesarios (como el número de personal de salud capacitado y existencias de misoprostol) y los servicios proporcionados (número de mujeres atendidas por aborto incompleto). Considere también utilizar la Herramienta 6E: Evaluación rápida de la satisfacción de las pacientes, si corresponde. Considere realzar la supervisión de los servicios, adaptando la plantilla de la Herramienta 6D: Lista de verificación para la supervisión y el mejoramiento de la calidad del desempeño en el trabajo para incluir los elementos necesarios.</p>

<p>Hospital (distrital, regional o nacional)</p>	<p><i>Calidad en general</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de pacientes que contestan “sí” a ocho o más preguntas en la Herramienta 6E: Evaluación rápida de la satisfacción de las pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los expedientes de las pacientes (ver la Herramienta 5D: Historia clínica de la paciente) • Herramienta 5J: Formulario de eventos adversos graves • Herramienta 6B: Libro de registros de la prestación de servicios • Herramienta 6C: Informe mensual de los servicios 	<p>Ninguna nota adicional.</p>
<p>Sistema de salud a nivel distrital/regional</p>	<p>Indicadores a nivel del centro de salud más: Complicaciones y referencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de muertes relacionadas con el aborto por plazo de rendición de informes y tipo de complicación asociada • Número de hospitalizaciones por complicaciones relacionadas con el aborto por plazo de rendición de informes • Número de mujeres que fueron remitidas por otras unidades de salud por complicaciones del aborto incompleto, por plazo de rendición de informes <p><i>Recursos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidades de salud con existencias de misoprostol como porcentaje de unidades donde se atienden casos de aborto incompleto • Número de profesionales de la salud capacitados en el uso de misoprostol para la atención postaborto <p><i>Uso de los servicios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de unidades donde recientemente se brindó tratamiento de las complicaciones del aborto • Número de mujeres atendidas por aborto incompleto en todas las unidades de salud y por tipo de unidad • Número de muertes atribuibles a las complicaciones del aborto <p><i>Gestión de registros y administración de los servicios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribución de los métodos utilizados para el tratamiento del aborto incompleto en todas las unidades de salud y por tipo de unidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Herramienta 2A: Guía para el diagnóstico ambiental • Herramienta 3B: Evaluación de la unidad de salud • Revisión de los expedientes de las pacientes (ver Herramienta 5D: Historia clínica de la paciente) • Herramienta 5J: Formulario de eventos adversos graves • Herramienta 6B: Libro de registros de la prestación de servicios • Herramienta 6D: Lista de verificación para la supervisión y el mejoramiento de la calidad del desempeño en el trabajo 	<p>Ninguna nota adicional.</p>

6.5 Recopilación de información para el monitoreo²³

Los programas pueden utilizar diversos métodos para recopilar información para fines de monitoreo, por ejemplo: revisión de documentos, observación y entrevistas. Las estrategias fundamentales para la recolección de datos son:

- Compilar los datos programáticos (tales como libros de insumos, expedientes de las pacientes, libros de registros) en un informe resumen mensual
- Realizar visitas de supervisión con apoyo con menos frecuencia (por ejemplo, trimestralmente)
- Realizar entrevistas de egreso con las pacientes

Compilación de los datos programáticos

El personal de salud y la administración mantienen con regularidad registros de los servicios ofrecidos, utilizando libros de registros, expedientes clínicos y libros de insumos. Estos se pueden utilizar de manera rutinaria (por ejemplo, mensualmente) como fuentes de información para medir los recursos y el uso de los servicios. Por ejemplo, con la información recopilada en la  **Herramienta 6B: Libro de registros de la prestación de servicios**, usted puede llenar la  **Herramienta 6C: Informe mensual de los servicios**. Después de llenar este informe cada mes, tendrá un resumen, desagregado por método de tratamiento del aborto incompleto, del:

- número de mujeres atendidas por aborto incompleto
- número de mujeres dadas de alta con un método anticonceptivo
- número de mujeres que regresaron para la cita de control
- número de mujeres con complicaciones
- número de mujeres remitidas a otra unidad de salud

Conviene revisar esta información con regularidad para entender mejor el flujo de casos y el porcentaje de mujeres atendidas por aborto incompleto que reciben un método anticonceptivo.

Realización de visitas de supervisión con apoyo

Es importante, cuando sea factible, ofrecer supervisión capacitante y evaluar la calidad de los servicios con regularidad (ver la  **Herramienta 6D: Lista de verificación para la supervisión y el mejoramiento de la calidad del desempeño en el trabajo**). Las listas de verificación son de utilidad para centrarse en las áreas clave relacionadas con la prestación de servicios y la calidad, para recopilar la in-

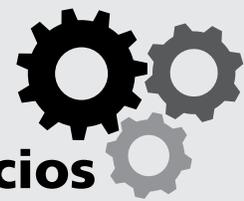
23. Partes de esta sección fueron adaptadas de: Herrick, Jeannine, Katherine L. Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

formación de manera sistemática y para establecer y evaluar criterios o estándares. La lista de verificación en la **Herramienta 6D** posiblemente contenga más elementos que los necesarios para medir los indicadores que usted eligió para su plan de monitoreo; omita toda pregunta que no sea pertinente para reducir la carga de las personas entrevistadas, supervisores y personal de salud. En las visitas de supervisión capacitante generalmente se ofrecen oportunidades para que el personal rinda informes sobre el servicio (especialmente cuando se trata de un servicio nuevo), comparta sus observaciones sobre lo que ha tenido éxito y lo que ha sido problemático y sugiera soluciones.

Realización de entrevistas de egreso con las pacientes

Al examinar la calidad de los servicios, es importante averiguar cómo se sienten las mujeres con respecto a los servicios que recibieron. La **Herramienta 6E: Evaluación rápida de la satisfacción de las pacientes** es una manera rápida de evaluar la satisfacción de las pacientes con los servicios. Según el nivel de alfabetización de la mujer, la evaluación puede ser realizada por la mujer o por alguien que le lea el formulario. Si alguien ayuda a la mujer a llenar el formulario, debe ser una persona que no le haya proporcionado los servicios a la mujer, ya sea durante la consulta inicial o en la cita de control. Se aconseja prestar particular atención a las necesidades de grupos especiales, como las personas jóvenes.

Se recomienda a las personas interesadas en recopilar información más a fondo sobre las perspectivas de las pacientes en cuanto a los servicios, que utilicen un cuestionario más detallado. En la sección de recursos adicionales al final de este módulo se sugieren herramientas y datos que pueden generar evaluaciones más completas de la satisfacción de las pacientes.

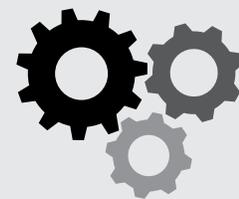


Herramienta 6B.

Libro de registros de la prestación de servicios

En las unidades de salud generalmente existe un registro de pacientes donde se resume el tratamiento recibido. El libro de registros de la prestación de servicios constituye una manera rápida y eficiente de documentar los servicios de atención postaborto. Esta herramienta ofrece una mirada al uso de los servicios que se deben monitorear y revisar con regularidad (mensualmente). Esta herramienta debe ser adaptada de conformidad con las necesidades de la unidad de salud y los requisitos de rendición de informes. El libro de registros puede utilizarse para consultas iniciales o citas de control.

Continúa en la próxima página...



Herramienta 6C.

Informe mensual de los servicios

Como parte del plan de monitoreo, se debe evaluar un pequeño número de indicadores clave mensualmente, es decir, los recursos (insumos) necesarios y el uso de los servicios (incluir datos sobre el número de pacientes, el método de tratamiento utilizado para el aborto incompleto y el suministro de anticonceptivos después del tratamiento). Recopile esta información de los registros pertinentes disponibles (tales como la

🔧 **Herramienta 6B: Libro de registros de la prestación de servicios**) y libros de insumos.

Nombre de la institución de salud: _____

Distrito: _____

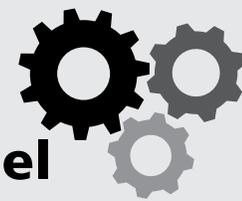
Año y mes: _____

Llenado por: _____

Uso de los servicios

Método para el tratamiento del aborto incompleto	Número total de pacientes atendidas	Número de pacientes que recibieron un método anticonceptivo al ser dadas de alta	Número de pacientes que regresaron para la cita de control	Número de pacientes con complicaciones	Número de pacientes remitidas a otra unidad de salud
Misoprostol					
AMEU					
Manejo Expectante					

Notas: _____



Herramienta 6D.

Lista de verificación para la supervisión y el mejoramiento de la calidad del desempeño en el trabajo

Las visitas de supervisión con apoyo se deben programar de manera rutinaria (por ejemplo, trimestralmente).²⁴ Adapte esta lista de verificación para atender las necesidades de su plan de supervisión y monitoreo.

Nombre de la institución de salud: _____

Lugar: _____

Plazo bajo revisión: _____ hasta _____ Fecha de la consulta: _____

Llenado por: _____

Pasos recomendados:

- Revisar 10 expedientes de pacientes seleccionados al azar. Al revisar los expedientes individuales, usted puede recopilar información sobre el acatamiento del protocolo clínico, la documentación correcta de los servicios, la tasa de asistencia a la cita de control y otros asuntos. Confirme que el personal de salud administró la dosis y vía correctas a cada paciente que recibió misoprostol, así como manejo del dolor adecuado.
- Observar interacciones entre 10 pacientes y el personal de salud, desde el contacto inicial hasta que se da de alta a la paciente. Esto le permitirá evaluar la trayectoria de las pacientes, los procedimientos para obtener el consentimiento informado, la privacidad de las pacientes, así como la comunicación entre las pacientes y el personal de salud y las actitudes y percepciones del personal. Discuta los resultados de las observaciones con el personal de salud.
- Examine y discuta con el personal de salud la calidad de la consejería e información proporcionada a las mujeres acerca del tratamiento con misoprostol y la anticoncepción postaborto, los sistemas para la anticoncepción después del tratamiento y referencias a otros servicios. Hable con el personal de salud y otros empleados sobre la atención brindada. A continuación se sugieren algunos asuntos a explorar con el personal:
 - › ¿Se sienten a gusto ofreciendo misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto?
 - › ¿Necesitan información, capacitación o apoyo adicional para sentirse más a gusto?
 - › ¿Cómo se sienten en cuanto a las mujeres que atienden?
 - › ¿Tienen actitudes negativas sobre las mujeres o grupos específicos de mujeres (como mujeres VIH-positivas, jóvenes o solteras), que acuden a esta unidad de salud en búsqueda de tratamiento?
 - › ¿Tienen actitudes negativas hacia ofrecer este servicio?
 - › ¿Qué les permitiría ofrecer servicios de mejor calidad?
 - › ¿Sienten apoyo de sus colegas y supervisores para ofrecer servicios de calidad?

24. Para mayor información, consulte el manual de próxima aparición de capacitación en el uso del misoprostol para el aborto incompleto, el cual fue elaborado por Ipas y Gynuity Health Projects, en www.ipas.org o www.gynuity.org.

› ¿Pueden hacer sugerencias y cambios positivos?

- Si es posible, evalúe las opiniones de las pacientes en cuanto a la calidad de los servicios pidiéndoles que participen en una corta encuesta. (Para ver un ejemplo, remitirse a la  Herramienta 6E: Evaluación rápida de la satisfacción de las pacientes, al final de este módulo.)
- Llene la lista de verificación supervisora y discuta los resultados con el equipo de salud y la administración.

LISTA DE VERIFICACIÓN SUPERVISORA					
	Sí	No	No sé	N/A	Comentarios adicionales
Gestión de registros y administración de los servicios					
El personal utiliza correctamente los sistemas de gestión de registros y rendición de informes, por ejemplo:					
• Los formularios de las pacientes se llenan correctamente					
• El libro de registros se llena de manera sistemática					
• El libro de insumos se llena de manera sistemática					
El sistema de supervisión interna funciona					
Flujo eficiente de las pacientes (tiempo mínimo de espera antes y después del tratamiento)					
Tiempo promedio de espera de las pacientes desde su llegada a la unidad hasta el procedimiento: _____					
Horario de los servicios: _____					
Recursos (Indicar si los insumos están disponibles y/o en existencias. Si no lo están, indicar por qué y exactamente qué producto o artículo hace falta.)					
Infraestructura, muebles y equipo					
• Sala(s) de consejería y examen					
• Baños/inodoros					
• Suministro de agua limpia					
Equipo e insumos					
• Insumos para el examen pélvico y el examen bimanual, por ejemplo: espéculo, guantes, etc.					

LISTA DE VERIFICACIÓN SUPERVISORA					
	Sí	No	No sé	N/A	Comentarios adicionales
• Productos para desinfectar los instrumentos y guantes					
Medicamentos e insumos anticonceptivos					
• Misoprostol					
• Analgésicos (ibuprofén, paracetamol) y antipiréticos					
• Insumos anticonceptivos					
Insumos para tratamiento de urgencia (para unidades de referencia)					
• Materiales y medicamentos para reanimación de urgencia (vías endovenosas y líquidos, equipo para transfusión de sangre y sangre)					
• Equipo de aspiración manual endouterina (AMEU)					
• Otro equipo para la evacuación endouterina si no se dispone de instrumental de AMEU					
Existe un abastecimiento adecuado de las tabletas de misoprostol a lo largo de cada mes.					
Personal					
Cada integrante del personal recibe capacitación sobre los protocolos médicos y programáticos relacionados con el misoprostol.					
Número de profesionales de la salud capacitados para suministrar misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: _____					
¿Es este número adecuado para atender todos los casos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Satisfacción de las pacientes					
Las pacientes parecen estar satisfechas con los servicios. (Ver la  Herramienta 6E: Evaluación rápida de la satisfacción de las pacientes)					
Las pacientes tienen quejas.					<i>Describir en la sección de comentarios adicionales al final.</i>

LISTA DE VERIFICACIÓN SUPERVISORA

	Sí	No	No sé	N/A	Comentarios adicionales
--	----	----	-------	-----	-------------------------

Prestación de servicios anticonceptivos

¿Cuáles son los tipos de métodos anticonceptivos disponibles? (✓ marque todos los que sean pertinentes)

<input type="checkbox"/> Píldoras orales	<input type="checkbox"/> Implantes	<input type="checkbox"/> Esterilización femenina
<input type="checkbox"/> Condomes masculinos	<input type="checkbox"/> Inyectables	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Condomes femeninos	<input type="checkbox"/> DIU	
<input type="checkbox"/> Espermicidas	<input type="checkbox"/> Esterilización masculina	

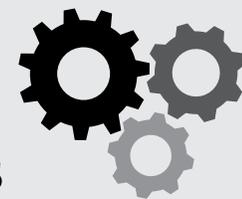
Método más frecuentemente elegido por las mujeres: _____
 Segundo método más frecuentemente elegido: _____

Abastecimiento adecuado de anticonceptivos, que incluya todos los métodos que deberían estar disponibles en esta clínica					
--	--	--	--	--	--

Obstáculos a la prestación de servicios anticonceptivos (✓ marque todos los que sean pertinentes)

- El personal no está capacitado adecuadamente en el suministro de métodos anticonceptivos.
- El personal no tiene tiempo para brindar consejería.
- Los métodos anticonceptivos no están disponibles en todo momento.
- La consejería anticonceptiva se brinda en un lugar aparte al de las existencias de los métodos [para métodos que requieren reabastecimiento, no para el DIU y/o la esterilización].
- Los métodos no están disponibles en el mismo lugar donde se proporcionan los servicios.
(indicar cuáles) _____
- No hay un tablero de anticonceptivos en plena vista.
- Las pacientes no están interesadas en hablar sobre los servicios anticonceptivos.
- Los métodos son encargados pero no recibidos. (indicar cuáles) _____
- Los métodos no son aprobados para utilizarse en la unidad. (indicar cuáles) _____

Observaciones importantes y comentarios adicionales: _____



Herramienta 6E.

Evaluación rápida de la satisfacción de las pacientes

Esta herramienta es útil para determinar la satisfacción de las pacientes con los servicios de misoprostol para la atención postaborto, así como para recopilar más información sobre la prestación de servicios en su unidad de salud. Asegúrese de explicarle a la mujer lo siguiente: el propósito de la evaluación, que todas las respuestas a la evaluación son confidenciales y que su participación no afectará la atención que reciba ahora o en el futuro. Asegúrese, además, de que la mujer entienda que no está obligada a participar. Deje que la mujer llene el formulario en privado, ya sea por su cuenta o con la ayuda de alguien que no le haya proporcionado los servicios.

Nombre de la unidad de salud: _____		Fecha: ____ / ____ / ____ DD MM AA			
<i>Favor de leer cada una de las siguientes preguntas y marcar (con un ✓) la columna correspondiente.</i>					
		Sí	No	No sé con certeza	N/A
1	¿La atendió con prontitud el profesional de la salud?				
2	¿Le explicó lo que podía esperar?				
3	¿Recibió suficiente información para atender sus necesidades?				
4	¿Se sintió cómoda hablando sobre sus necesidades de salud con el profesional de la salud?				
5	¿Cree usted que tuvo suficiente tiempo con el profesional de la salud para hablar sobre todo lo que necesitaba discutir?				
6	¿Cree usted que el profesional de la salud la trató con respeto?				
7	Si había tanto instrumental de AMEU como misoprostol en la unidad, ¿pudo usted escoger el método que quería para su tratamiento?				
8	Si hubo un costo asociado con su tratamiento, ¿cree usted que el costo fue justo (no muy caro)?				
9	¿Recomendaría usted estos servicios a una amiga que los necesite?				
10	En general, ¿está usted satisfecha con los servicios que recibió hoy?				
Comentarios y recomendaciones adicionales para mejorar el servicio					

6.6 Recopilación y síntesis de los datos del monitoreo

El objetivo de las actividades de monitoreo es identificar las áreas del servicio más necesitadas de atención, de manera que las pueda estudiar más a fondo y tomar medidas al respecto. La recopilación y revisión de los hallazgos del proceso de monitoreo presentan una oportunidad para discutir abiertamente las fortalezas y debilidades de la unidad de salud, concebir y ejecutar un plan de acción para el mejoramiento y evaluar los avances en mejorar los servicios.

Usted debe recopilar y sintetizar los datos recolectados durante el proceso de recopilación de información de manera que cada integrante del equipo de monitoreo los pueda revisar. Para poder identificar posibles soluciones, el equipo debe identificar las áreas problemáticas, los retos y las áreas de fortaleza y competencia. Por ejemplo, las causas subyacentes de los servicios de consejería deficiente podrían ser la falta de capacitación del personal en consejería y un proceso de aceptación de las pacientes que no permite suficiente tiempo para la consejería. El grupo posiblemente identifique también las causas más comunes, por ejemplo, la creencia implícita de que la consejería no es una parte importante del proceso de prestación de servicios.

A menudo el equipo encuentra que los problemas superficiales y sus causas subyacentes están interrelacionados. Esto es importante porque el equipo de monitoreo quizás pueda formular soluciones destinadas a corregir varios problemas a la vez. El equipo debe decidir cuáles son los problemas prioritarios y cuáles se incluirán en el plan de mejoramiento.

6.7 Formulación de un plan de trabajo para el continuo mejoramiento de la calidad

Después de identificar y evaluar las áreas problemáticas, el equipo de monitoreo puede formular un plan de acción para tratar de resolver los problemas y mejorar la calidad de los servicios de APA. El plan de acción es útil para mejorar la prestación de servicios, especialmente si el plan indica cómo tratar los asuntos en orden de prioridad, cómo formular soluciones y cómo poner en práctica las soluciones acorde a los recursos disponibles.

El equipo debe discutir cuidadosamente una variedad de estrategias para resolver cada problema antes de tomar una decisión en cuanto a la solución más viable. Conviene anotar otras soluciones como posibles opciones futuras, por si la solución inicial no cumple las expectativas.

POSIBLES SOLUCIONES PARA MEJORAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Capacitación del personal en el trabajo
- Reorganización de los servicios clínicos
- Cambios a los horarios de la unidad de salud
- Cambios a los sistemas de adquisición y almacenamiento de insumos
- Fortalecimiento de los sistemas de referencia

Después de ejecutar el plan de acción, es importante realizar un monitoreo continuo para determinar: 1) si el plan de acción fue ejecutado correctamente y 2) si las medidas correctivas realmente mejoraron el área problemática. Si el problema persiste (suponiendo que se aplicaron las medidas correctivas), esto significa que el equipo no identificó correctamente la causa fundamental del problema, o que no se resolvió el problema con las medidas correctivas. En este caso, se debe reevaluar la causa fundamental y formular y monitorear un nuevo plan de acción. Este proceso es conocido como el mejoramiento continuo de la calidad.

Por ejemplo, si sólo el 50% de las mujeres que llenan la  **Herramienta 6E: Evaluación rápida de la satisfacción de las pacientes**, en determinada unidad de salud, contestan ocho o más preguntas con un “sí”, el equipo de monitoreo puede formular una estrategia para mejorar la calidad en general de la atención brindada. Como otro ejemplo, si los hallazgos de la  **Herramienta 6D: Lista de verificación para la supervisión y el mejoramiento de la calidad del desempeño en el trabajo**, revelan que los formularios de las pacientes no se están llenando correctamente, el equipo de monitoreo puede discutir este asunto con el equipo de salud y trabajar conjuntamente para encontrar una solución.

6.8 Recursos adicionales

Adamchak, Susan, Katherine Bond, Laurel MacLaren, Robert Magnani, Kristin Nelson y Judith Seltzer. 2000. *A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs. FOCUS on Young Adults. Tool Series 5*. Washington, DC: Pathfinder International. http://www.pathfin.org/site/DocServer/Focus_Tool_5_Part_1_M_E_.pdf?docID=7741

EngenderHealth. 2009. *COPE® for comprehensive abortion care service: A toolbook to accompany the COPE® handbook*. Nueva York: EngenderHealth. <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/cope-for-abortion-care.pdf>

Hyman, Alyson G. y Laura Castleman. 2006. *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/La_atencion_del_aborto_centrada_en_la_mujer_Manual_de_referencia.aspx

Otsea, Karen. 2007. *Workbook for monitoring safe abortion care (SAC) service provision*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. http://www.ipas.org/Publications/Workbook_for_monitoring_safe_abortion_care_SAC_service_provision.aspx?ht

Datos de contacto

Gracias por utilizar esta publicación titulada *Uso de misoprostol en la atención postaborto: un juego de herramientas para la prestación de servicios*. Si necesita información adicional o asistencia técnica para establecer estos servicios, o si le gustaría enviar retroalimentación a nuestro equipo, por favor envíenos un mensaje electrónico a las siguientes casillas electrónicas:

misoforpac@ipas.org o info@vsinnovations.org.

Referencias bibliográficas por módulo

Visión general

Gynuity Health Projects. 2009. *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria*. Nueva York: NY: Gynuity Health Projects.

Herrick, Jeannine, Katherine L. Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Venture Strategies Innovations. 2009. *Postabortion care training materials and clinical guidelines*. No publicado.

Módulo 1: Introducción

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

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

Blum, J., B. Winikoff, K. Gemzell-Danielson, P.C. Ho, R. Schiavon y A. Weeks. 2007. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99(S): 186-189.

Clark, W., C. Shannon y B. Winikoff. 2007. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, 2: 67-109.

Dabash, Rasha, Mohamed Cherine Ramadan, Emad Darwish, Nevine Hassanein, Jennifer Blum y Beverly Winikoff. 2010. A randomized controlled trial of 400-ug sublingual misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in two Egyptian hospitals. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111(2):131-135.

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

- Faúndes, Anibal. 2005. *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*. FLASOG.
- Gynuity Health Projects. 2009. *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria*. Nueva York: NY: Gynuity Health Projects.
- Herrick, Jeannine, Katherine L. Turner, Teresa McNerney y Laura Castleman. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Ipas Nigeria y SOGON. 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: Ipas.
- Ipas Nigeria y SOGON. 2011b. *Notes from the field: Resource needs and consideration for the introduction of misoprostol into existing PAC services*. Abuja, Nigeria: Ipas.
- Ngoc, Nguyen Thi Nhu, Jennifer Blum, Jill Durocher, Tran Thien Vinh Quan y Beverly Winikoff. 2005. A randomized controlled study comparing 600 versus 1200 mcg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception*, 72(6): 438-442.
- Organización Mundial de la Salud. 1991. *Essential elements of obstetric care at first referral level*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 1993. *The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2007. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5a edición*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2011a. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6a edición*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2011b. *Unedited report of the 18th expert committee on the selection and use of essential medicines*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2011c. *Priority medicines for mothers and children*. Ginebra: OMS.
- Shwekerela, B. R. Kalumuna, R. Kipingli, N. Mashaka, E. Westheimer, W. Clark y B. Winikoff. 2007. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 114 (11): 1363-1367.

Taylor, J., A. Diop, J. Blum, O. Dolo y B. Winikoff. 2011. Oral misoprostol as an alternative to surgical management for incomplete abortion in Ghana. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 112: 40-44.

Weeks, Andrew, Godfrey Alia, Jennifer Blum, Beverly Winikoff, Paul Ekwaru, Jill Durocher y Florence Mirembe. 2005. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 106(3): 540-547.

Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactors. 2000. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. Baltimore, MD: Consorcio de Atención Postaborto.

Módulo 2: Planificación para la prestación de servicios

Baird, Traci L., M. Virginia Chambers y Charlotte E. Hord. 1998. *Implementación de la atención postaborto. Recursos técnicos para la atención postaborto, volumen 1*. Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. 2009. *Guía de trabajo: Plan para un abastecimiento continuo del instrumental de AMEU*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. 2005. *Standards and guidelines toolkit*. No publicado.

Management Sciences for Health. 1992. Improving Contraceptive Supply Management. *The family planning manager*, 1(4).

McInerney, Teresa, Traci L. Baird, Alyson G. Hyman y Amanda B. Huber. 2001. *A guide to providing abortion care. Technical resources for abortion care*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative (POPPHI). 2007. *Prevention of postpartum hemorrhage: Implementing active management of the third stage of labor (AMTSL): A reference manual for health care providers*. Seattle: PATH.

Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative (POPPHI). 2008. *Selection of a uterotonic drug in tropical climates*. Seattle: PATH.

Módulo 3. Evaluación de la unidad de salud

Alianza Ipas-África. 2009. *Service delivery point assessment tool for initiation of misoprostol for postabortion care/medical abortion services*. No publicado.

Baird, Traci L., M. Virginia Chambers y Charlotte E. Hord. 1998. *Implementación de la atención postaborto. Recursos técnicos para la atención postaborto, volumen 1*. Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas Nigeria. 2009. *Facility assessment tool for initiating misoprostol for the treatment of incomplete abortion*. No publicado.

Mayi-Tsonga, S., L. Oksana, I. Ndombi, T. Diallo, M. de Sousa y A. Faúndes. 2009. Delay in the provision of adequate care to women who died from abortion-related complications in the principal maternity hospital of Gabon. *Reproductive Health Matters*, 17: 65-70.

Módulo 4. Creación de vínculos con la comunidad

Herrick, Jeannine, Katherine L. Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Hyman, Alyson G. y Laura Castleman. 2006. *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

McInerney, Teresa, Traci L. Baird, Alyson G. Hyman y Amanda B. Huber. 2001. *A guide to providing abortion care. Technical resources for abortion care*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Módulo 5. Prestación de servicios clínicos

Baird, Traci L., M. Virginia Chambers y Charlotte E. Hord. 1998. *Implementación de la atención postaborto. Recursos técnicos para la atención postaborto, volumen 1*. Carrboro, Carolina del Norte: Ipas.

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

Blum, J., B. Winikoff, K. Gemzell-Danielson, P.C. Ho, R. Schiavon y A. Weeks. 2007. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99(S): 186-189.

Curtis, C., D. Huber y T. Moss-Knight. 2010. Postabortion family planning: Addressing the cycle of repeat unintended pregnancy and abortion. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1): 44-48.

Dabash, Rasha, Mohamed Cherine Ramadan, Emad Darwish, Nevine Hassanein, Jennifer Blum y Beverly Winikoff. 2010. A randomized controlled trial of 400-ug sublingual misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in two Egyptian hospitals. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111(2):131-135.

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

- Diop, Ayisha, Sheila Raghavan, Jean-Pierre Rakotovao, Rodica Comendant, Paul D. Blumenthal y Beverly Winikoff. 2009. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 79: 456-462.
- Faúndes, Anibal. 2005. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. FLASOG.
- Fescina R.H., B. De Mucio, M. Abreu, G. Martínez, J.L. Díaz Rosello, L. Mainero, R. Gómez Ponce de León, M. Rubino y M. Manibo. 2009. Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal, formulario complementario para mujeres en situación de aborto, instrucciones de llenado y definición de términos (CLAP/WR. Publicación Científica; 1564) Montevideo: CLAP/WR.
- Goldberg, A.B., M.B. Greenberg y P.D. Darney. 2001. Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1): 38-47.
- Gynuity Health Projects. 2009. *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria*. Nueva York: NY: Gynuity Health Projects.
- Gynuity Health Projects. 2007. *Instrucciones para empleo: misoprostol para la prevención de la hemorragia postparto*: Nueva York: Gynuity Health Projects.
- Herrick, Jeannine, Katherine L. Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Organización Mundial de la Salud. 2003. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS.
- Shwekerela, B. R. Kalumuna, R. Kipingli, N. Mashaka, E. Westheimer, W. Clark y B. Winikoff. 2007. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 114 (11): 1363-1367.
- Tang, O.S., K. Gemzell-Danielsson y P.C. Ho. 2007. Misoprostol: pharmacokinetics profiles, effects on the uterus and side effects. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99(Suppl2): S160-S167.
- Taylor, J., A. Diop, J. Blum, O. Dolo y B. Winikoff. 2011. Oral misoprostol as an alternative to surgical management for incomplete abortion in Ghana. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 112: 40-44.
- Venture Strategies Innovations. 2009. *CAC manual of operations*. No publicado.

Weeks, A. y A. Faundes. 2007. Misoprostol in obstetrics and gynecology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99(2): S156-S159.

Weeks, Andrew, Godfrey Alia, Jennifer Blum, Beverly Winikoff, Paul Ekwaru, Jill Durocher y Florence Mirembe. 2005. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 106(3): 540-547.

Módulo 6. Cómo garantizar servicios de alta calidad

Herrick, Jeannine, Katherine L. Turner, Teresa McNerney y Laura Castleman. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

ANEXO 1: Guía de consulta para la evaluación clínica: visión general del misoprostol para el manejo del aborto incompleto¹

A. Introducción

El aborto incompleto ocurre cuando una mujer embarazada presenta sangrado vaginal, cólicos y cuello uterino abierto. Posiblemente también esté expulsando restos ovulares. El misoprostol constituye una manera segura y eficaz de tratamiento para las mujeres en situación de aborto incompleto (Chung et al. 1995, Clark et al. 2007, Diop et al. 2009, Gynuity Health Projects 2009, Rizzi 2007, Shwekerela et al. 2007). Numerosos estudios han comprobado que las mujeres están muy satisfechas con el misoprostol (Bique et al. 2007, Dao et al. 2007, Shwekerela et al. 2007, Weeks et al. 2005) y que prefieren el tratamiento con medicamentos al tratamiento quirúrgico (Dabash et al. 2010, Diop et al. 2009). El misoprostol tiene varias ventajas notables, entre ellas su facilidad de uso y bajo costo (OMS 2003, You y Chung 2005). Con respecto a la facilidad de uso, el medicamento puede ser administrado por varias vías por personal de salud con mínima necesidad de capacitación, puede utilizarse en zonas remotas sin necesidad de emplear equipo especial, puede auto administrarse, evita la lesión iatrogénica y disminuye el riesgo de infección pélvica. El misoprostol no requiere refrigeración o condiciones especiales de transporte o almacenamiento, aunque algunos fabricantes recomiendan proteger al producto del calor y la humedad (POPPHI 2008).

B. Usos, administración y modo de acción del misoprostol

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1. Cuando se toma durante el embarazo, causa la maduración del cuello uterino y las contracciones del útero. El misoprostol tiene varios usos en ginecología y obstetricia, entre ellos el tratamiento del aborto incompleto y el aborto espontáneo, el tratamiento del aborto diferido (incluida la muerte fetal intrauterina), la inducción del parto, la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto, la preparación cervical y la interrupción del embarazo (FLASOG 2007, Goldberg et al. 2001, Weeks y Faúndes 2007, OMS 2003).² Dado que el útero se vuelve mucho más sensible a los efectos del misoprostol a medida que avanza el embarazo, las dosis de misoprostol para la inducción del parto son *mucho* más bajas que las dosis para el tratamiento de atención postaborto en el primer trimestre.

Las vías de administración del misoprostol son: oral, sublingual, bucal, vaginal y rectal. Las vías sublingual y oral tienen el inicio más rápido de acción (Tang et al. 2007). Para el tratamiento del aborto incompleto, los regímenes de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual y 600 mcg de misoprostol por vía oral tienen simi-

- 1 Este anexo fue adaptado de: Bixby Center for Population, Health and Sustainability y Venture Strategies Innovations. 2010. Misoprostol in obstetrics and gynecology: Clinical guidelines, protocol for physicians and midwives; y Osur, J., J. Karanja, C. Kiggundu, M. Ogutu y E. Nakirija. 2009. Misoprostol for the management of incomplete and missed abortions: A clinical protocol for service delivery. Alianza Ipas-África. No publicado.
- 2 Favor de ver el sitio web de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia para las guías sobre la posología: <http://www.figo.org/news/misoprostol-safe-dosage-guidelines>.

lares perfiles de seguridad y eficacia cuando se utilizan con un tamaño uterino inferior o igual a 12 semanas desde la FUM (fecha de la última menstruación) (Diop et al. 2009, Gynuity Health Projects 2009).

Misoprostol para el tratamiento del aborto diferido y del huevo anembrionado

Aunque este juego de herramientas se centra en la indicación de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, como se mencionó anteriormente, el misoprostol se puede emplear también para el tratamiento del aborto diferido y el huevo anembrionado. Dado que ambos tipos de pérdida del embarazo implican poco o ningún sangrado y un cuello uterino cerrado, el tratamiento con misoprostol no es tan eficaz para estas indicaciones como para el aborto incompleto. La dosis para el aborto diferido y el huevo anembrionado es 800 mcg de misoprostol por vía vaginal o 600 mcg de misoprostol por vía sublingual cada tres horas para un máximo de tres dosis. No existen muchos estudios sobre el tratamiento del aborto diferido con misoprostol por vía sublingual. Una dosis única de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual también puede ser eficaz. Las tasas de eficacia del misoprostol para el tratamiento del aborto diferido varían considerablemente. Para obtener información más detallada sobre el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto diferido, ver la guía introductoria de Gynuity Health Projects: *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto*.

ABORTO DIFERIDO:

En algunos casos de embarazo fallido en el primer trimestre, se suspende el desarrollo embrionario antes de la expulsión (pérdida del embarazo). El término "aborto diferido" se utiliza cuando el embrión ha muerto pero se retiene en el útero. El huevo anembrionado (antiguamente conocido como huevo huero) es cuando el saco gestacional se desarrolla sin un embrión adentro. En ambas condiciones, el cuello uterino está cerrado y hay poco o ningún sangrado. El examen por ecografía muestra un embrión sin actividad cardíaca o un saco gestacional sin un embrión después de las seis semanas desde la FUM. Otros términos empleados son: pérdida de embarazo silenciosa, destrucción embrionaria y muerte embrionaria.

C. Regímenes y eficacia del tratamiento del aborto incompleto con misoprostol

Para fines de estandarización y para evitar confusión, se aconseja que las autoridades y expertos locales seleccionen **un solo régimen de misoprostol** para utilizar en su país. Para obtener información más detallada sobre la administración y posología del misoprostol, ver la  **Herramienta 5E: Indicaciones y regímenes para el uso de misoprostol**.

Tamaño uterino	Dosis de misoprostol	Vía	Momento oportuno	Eficacia ³	Referencias
Hasta 12 semanas	600 mcg	Oral	Tomar tres tabletas de 200 mcg a la vez.	Del 91 al 99%	(Bique et al. 2007, Dao et al. 2007, Diop et al. 2009, Shwekerela et al. 2007, Taylor et al. 2011, Weeks et al. 2005)
	400 mcg	Sublingual	Colocar dos tabletas de 200 mcg debajo de la lengua durante 30 minutos y después tragarse los fragmentos restantes de las tabletas.	Del 95 al 98%	(Dabash et al. 2010, Diop et al. 2009)

3 La eficacia se define aquí como una evacuación endouterina completa sin necesidad de más ninguna intervención ya sea con aspiración por vacío o con legrado uterino instrumental (LUI).

D. Elegibilidad

El misoprostol se puede utilizar para el tratamiento del aborto incompleto en mujeres elegibles.

Condiciones de elegibilidad:

Las mujeres con cualquiera de las siguientes condiciones son elegibles para usar misoprostol:

- Orificio cervical abierto
- Sangrado vaginal o antecedentes de sangrado vaginal durante este embarazo
- Tamaño uterino de 12 semanas FUM o menos

Condiciones de inelegibilidad:

Las mujeres con cualquiera de las siguientes condiciones no son elegibles para usar misoprostol:

- Alergia conocida al misoprostol o a otras prostaglandinas
- Embarazo ectópico sospechado o confirmado
- Signos de sepsis o enfermedad pélvica inflamatoria activa⁴
 - › Las mujeres con sepsis posiblemente necesiten atención postaborto, pero ésta se debe manejar en una unidad de cuidados intensivos con la capacidad para realizar cultivos sanguíneos y cervicales y administrar antibióticos por IV, si es posible.
- Inestabilidad hemodinámica o shock
 - › Las mujeres que presentan un cuadro hemodinámico inestable necesitan una evacuación endouterina tan pronto como lo permita su estado clínico, con cuidados paliativos como la reposición de líquidos y/o transfusión de sangre.

Precauciones

Las mujeres con las siguientes condiciones pueden usar misoprostol, pero quizás necesiten tratamiento adicional y más cuidados. La decisión de administrar o no el misoprostol a las mujeres con estas condiciones depende de las opciones disponibles para la atención postaborto segura, sistemas de referencia y sobre todo el criterio clínico.

- DIU colocado: extraerlo antes de iniciar el régimen de misoprostol
- Trastorno hemorrágico o terapia anticoagulante simultánea
 - › En general, puede que sea más seguro para las mujeres con trastorno hemorrágico o que están tomando anticoagulantes recibir atención en una unidad de salud donde puedan ser observadas y monitoreadas de cerca; la aspiración por vacío (si está disponible) puede ser la opción más segura de tratamiento.
- Anemia grave
- Tamaño uterino de más de 12 semanas FUM

4 Aquí no se incluyen las infecciones limitadas a la vagina, como infecciones de levadura o vaginosis bacteriana.

- › El tamaño uterino de más de 12 semanas FUM puede deberse a la presencia de fibromas y, en ese caso, la mujer aún sería elegible para usar el misoprostol para la atención postaborto.

Las mujeres lactantes pueden tomar misoprostol. No existe ninguna evidencia que indique que el misoprostol es dañino para lactantes, aunque pasa a la leche materna poco después de tomarse. El misoprostol es indetectable en la leche materna 4 ó 5 horas después de su administración; por lo tanto, la mujer puede amamantar a su bebé, tomarse el misoprostol y esperar 4 ó 5 horas hasta la próxima lactada (Abdel-Aleem et al. 2003, Tan et al. 2007, Vogel et al. 2004).

E. Evaluación clínica

Es importante señalar que el diagnóstico de aborto incompleto se puede realizar basándose en la historia clínica y gineco-obstétrica, los síntomas y los exámenes físico y pélvico. No es necesario realizar la prueba de embarazo y una ecografía de manera rutinaria para diagnosticar aborto incompleto (Bique et al. 2007, Dabash et al. 2010, Ngoc et al. 2005, Shwekerela et al. 2007, Weeks et al. 2005).

El primer paso es evaluar si la mujer se encuentra en un estado de emergencia o si su estado clínico es suficientemente estable para poder brindarle tratamiento con misoprostol para la atención postaborto. Por ello, la evaluación clínica se divide en dos secciones: cuidados de la mujer estable y evaluación de la mujer inestable.

I. Si la mujer presenta un cuadro clínico estable

- A. La mujer es deambula segura y no sufre dolor intenso.
- B. Prepare a la mujer para lo que puede esperar: una serie de preguntas seguidas del examen. El personal de salud debe reconocer las necesidades de los grupos especiales. Por ejemplo, es posible que una adolescente nunca antes haya tenido un examen físico y que tenga estrés e inquietudes respecto al examen.

1. Historia clínica y obstétrica

- Historia clínica
 - › ¿La mujer está tomando medicamentos actualmente?
 - › ¿Es alérgica a algún medicamento o agente (p. ej., yodo)?
 - › ¿Tiene alguna enfermedad aguda o tiene alguna enfermedad crónica?
- Obtener la historia clínica pertinente a la elegibilidad y las precauciones para recibir misoprostol.
- Obtener una historia concisa de los antecedentes gineco-obstétricos e historia anticonceptiva.
- Historia del embarazo actual: FUM, cuándo comenzaron los síntomas del embarazo, cuándo comenzó el sangrado, cantidad y duración del sangrado. Los cólicos o dolor que ha tenido la mujer, intensidad del dolor, naturaleza del dolor, si es intermitente (contracciones) o constante.

2. Pruebas auxiliares (si están indicadas y disponibles)

- Hemoglobina o hematocrito

- No es necesario realizar una prueba del embarazo de manera rutinaria para diagnosticar aborto incompleto.
- No es necesario realizar una ecografía de manera rutinaria para diagnosticar aborto incompleto.

3. Examen físico

- Signos vitales: tensión arterial, temperatura, pulso
- Estado general (por ejemplo, indicio de anemia grave, nivel de conciencia y actitud alerta, ¿puede caminar la mujer hasta la sala de examen sin ayuda o está doblada de dolor?, ¿parece estar en buen estado de salud o parece estar muy fatigada y pálida?).
- Examen pélvico
 - › Tamaño y sensibilidad del útero
 - › Sensibilidad del cuello uterino a la movilización
 - › Masa anexial que hace sospechar un embarazo ectópico
 - › Examen con espéculo: orificio cervical abierto o cerrado, restos ovulares que emergen del orificio cervical externo, secreción purulenta del orificio, color y cantidad de sangre en la cúpula vaginal
 - › Signos de infección pélvica (secreción fétida, sensibilidad abdominal)

4. Tratamiento

- Discutir las opciones de tratamiento: misoprostol, aspiración manual endouterina (AMEU), manejo expectante u otra opción. Al seleccionar el método de tratamiento, se deben tomar en consideración la elegibilidad clínica, las preferencias de la mujer y las circunstancias locales (tales como las condiciones de transporte y una evaluación de la capacidad de la mujer para manejar las opciones de aborto con medicamentos versus aborto quirúrgico).
- Brindar tratamiento.
- Informar a la mujer cuándo debe regresar para la cita de control y explicar los signos de alarma de las complicaciones del tratamiento (ver F3: Signos de alarma).
- La mujer se puede tomar el misoprostol en la unidad de salud o en su casa. No es necesario observar a la mujer en la unidad de salud después de administrar el misoprostol, a menos que el espacio de la unidad lo permita y eso sea la preferencia de la mujer.
- Cuando se utiliza el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, las tasas de infección son muy bajas (Shwekerela et al. 2007, Trinder et al. 2006, Weeks et al. 2005). Se deben administrar antibióticos si la historia clínica y el examen físico indican infección o riesgo de infección (Blum et al. 2007).

II. Si la mujer presenta un cuadro clínico de urgencia o inestable

(Incluso si la mujer parece presentar síncope, dificultad respiratoria, dolor extremo o hemorragia franca profusa)

1. Evaluación inicial rápida de shock

- Pulso débil y acelerado (frecuencia \geq 110 por minuto)
- Tensión arterial baja (diastólica $<$ 60)
- Palidez generalizada (sumamente pálida, palidez en las palmas de las manos o alrededor de la boca)
- Sudoración
- Respiración acelerada (frecuencia \geq 30 por minuto)
- Ansiedad, confusión o pérdida de conocimiento
- Hemorragia franca profusa

2. Si la mujer presenta shock o un cuadro clínico inestable, determine la etiología de su condición y atiéndala o remítala a otro servicio según corresponda.

- Si la mujer está consciente o si está acompañada por un pariente, averigüe lo siguiente:
 - › Si la mujer está tomando medicamentos actualmente
 - › Si la mujer tiene alguna afección grave
 - › Si la mujer tiene alergias
- Estabilice a la mujer inmediatamente:
 - › Volumen de líquidos IV, después de tipificación del grupo y factor sanguíneos, reposición de sangre total con un catéter de buen calibre intravenoso
 - › Máscara de oxígeno si hay una disponible
- Si se sospecha sepsis, realizar cultivos sanguíneo y cervical si es posible
- Antibióticos de amplio espectro por IV, si está indicado
- Evacuación endouterina lo antes posible, si está indicada
- Determinar la etiología subyacente del shock (por ejemplo, la ruptura de embarazo ectópico requeriría una intervención quirúrgica de urgencia).
- Si la mujer será trasladada, posiblemente necesite estabilización y reposición de volumen con líquidos IV antes de su traslado y durante éste.
 - › Notificar a la unidad de referencia que la mujer será trasladada y dar un informe de su diagnóstico y estado clínico.

F. Efectos del tratamiento, efectos secundarios y complicaciones

La mayoría de las mujeres tienen *efectos del tratamiento* después de tomarse el misoprostol. Además, una minoría de las mujeres podría tener *efectos secundarios*. En un pequeño número de casos, una mujer puede presentar *complicaciones*, para las cuales debe buscar ayuda inmediata de un profesional de la salud. Es

importante brindar consejería a las mujeres sobre lo que pueden esperar después de usar el misoprostol y el personal de salud debe asegurarse de que las mujeres entiendan los signos de alarma que son indicio de una complicación y requieren evaluación inmediata. Para obtener más información al respecto, ver la  **Herramienta 5G: Manejo de los efectos esperados, efectos secundarios y complicaciones.**

1. Efectos del tratamiento

Entre los efectos esperados del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto se encuentran: cólicos, sangrado y expulsión de los restos ovulares. Generalmente, los síntomas pueden ocurrir durante las primeras horas después de haberse administrado el medicamento. La expulsión de restos ovulares ocurre durante un plazo que puede durar varias horas o varias semanas; es muy probable que el sangrado sea abundante durante tres o cuatro días, seguido de sangrado ligero o manchado durante varias semanas (Blum et al. 2007). En un reciente estudio realizado en Egipto, donde se comparó el sangrado vaginal después del tratamiento con misoprostol o con AMEU, se concluyó que existe una probabilidad muy baja (menos del 1%) de una disminución de significación clínica en la hemoglobina (por lo menos 2 g/dL) después de cualquiera de los dos tratamientos (Dabash et al. 2010).

Manejo de los efectos del tratamiento

Dolor

Las contracciones uterinas, que la mujer siente como cólicos, son necesarias para expulsar los restos ovulares. Se debe administrar ibuprofeno o algún otro medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) alrededor del momento en que se administra el misoprostol o poco después (por ejemplo, 400 a 600 mg de ibuprofeno por vía oral cada seis horas). La buena consejería y el apoyo psicológico también ayudan a aliviar la ansiedad y disminuir las percepciones de dolor.

Sangrado

La cantidad y duración del sangrado varían en cada mujer: el sangrado puede ser más ligero que el de la menstruación o mucho más abundante. La expulsión de coágulos y/o restos ovulares es de esperarse. En un ensayo clínico aleatorizado de 300 mujeres que recibieron misoprostol para el tratamiento de atención postaborto, el 24% de las mujeres que tomaron misoprostol por vía oral y el 26% de las que lo tomaron por vía sublingual presentaron sangrado abundante durante las dos horas posteriores a la ingestión del misoprostol (Diop et al. 2009). Las mujeres deben estar preparadas con toallas higiénicas gruesas o paños similares utilizados en la localidad. El personal de salud debe proporcionar información sobre la cantidad normal de sangrado y los signos de alarma por los cuales la mujer debe llamar a su prestador/a de servicios de salud o buscar atención médica de urgencia.

2. Posibles efectos secundarios

El personal de salud debe informar a la mujer acerca de los efectos secundarios que podría tener después de tomarse el misoprostol, por ejemplo: escalofríos, fiebre, náuseas, vómito y diarrea. Por lo general, los efectos secundarios son leves, autolimitados y duran menos de 24 horas (Clark et al. 2007). Rara vez ocurren efectos secundarios prolongados o graves a consecuencia del tratamiento con misoprostol (Blum et al. 2007, Gemzell-Danielsson et al. 2007).

Manejo de los efectos secundarios

Toda mujer debe recibir consejería en cuanto a los posibles efectos secundarios del tratamiento con misoprostol: escalofríos, fiebre, náuseas, vómito y diarrea. El tratamiento sintomático (como la administra-

ción de un antiemético) no es necesario de manera rutinaria, pero puede ser útil en determinados casos (por ejemplo, en una mujer que ya está vomitando o que ya ha tenido experiencia con vómito causado por el misoprostol). Si es necesario, se pueden administrar antipiréticos para el tratamiento de escalofríos y fiebre, por ejemplo: una dosis de 400 a 800 mg de ibuprofeno cada seis horas.

3. Signos de alarma

La mayoría de las mujeres no presentan complicaciones graves a consecuencia de haberse tomado el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Sin embargo, es importante asesorar a cada mujer respecto a los signos de alarma que indicarían que tiene una complicación. *Si la mujer presenta uno de los siguientes signos de alarma, debe acudir inmediatamente a un centro de salud.*

- **Sangrado abundante**
 - › Empapar dos toallas higiénicas gruesas por hora durante dos horas consecutivas
 - › Presentar sangrado abundante después de haber disminuido o parado el sangrado
 - › Sentirse débil o mareada mientras continúa el sangrado
- **Fiebre que dura más de un día o que comienza cualquier día después del día de haberse tomado el misoprostol**
- **Dolor intenso, incluso el mismo día que se toma el misoprostol, el cual no mejora con medicamentos, descanso o una almohadilla térmica**
- **Malestar intenso**

Manejo del sangrado abundante

La evacuación endouterina (con aspiración por vacío) es necesaria si hay restos ovulares y sangrado abundante. Los trastornos hemorrágicos deben recibir tratamiento adecuado si son la causa. Rara vez se produce anemia como resultado de un sangrado abundante que requiere tratamiento (Dabash et al. 2010), pero en muchas mujeres en edad reproductiva, la anemia puede coexistir como una afección concomitante. En esos casos, se debe tratar la anemia según sea necesario, además de realizar la aspiración por vacío si el sangrado es importante y agudo.

Si el sangrado persistente o cólicos intermitentes leves (no intensos) no disminuyen antes de la cita de control, se debe pensar en administrar una dosis repetida de misoprostol o en realizar la aspiración por vacío. Si a la mujer se le administra una dosis repetida de misoprostol, se aconseja reevaluarla de nuevo en una o dos semanas. (Ver H: Seguimiento.)

Si el sangrado es profuso o prolongado y abundante, se debe realizar la aspiración por vacío.

Si el sangrado ha sido profuso/prolongado, en raros casos es necesaria una transfusión de sangre para restaurar la estabilidad hemodinámica.

Manejo de infección

Los signos de infección son:

- Fiebre que dura más de un día o que comienza cualquier día después del día de haberse tomado el misoprostol
- Dolor abdominal persistente

- Secreción vaginal fétida o purulenta

Cuando se confirma una infección, se debe brindar tratamiento correspondiente con antibióticos; en casos graves, se debe considerar hospitalización y administración de antibióticos por IV.

Manejo de dolor y cólicos continuos

El dolor intenso o cólicos persistentes que no se alivian deben ser evaluados antes de la cita de control (ver F3: Signos de alarma).

El dolor y cólicos constantes pueden ser producto de un tratamiento fallido u otras complicaciones, como infección, embarazo ectópico no diagnosticado, desgarro no diagnosticado, cuerpos extraños como resultado de prácticas de aborto inseguro u otro problema de salud. Se debe reevaluar a la mujer cuidadosamente y brindarle tratamiento basado en la causa fundamental del problema, así como manejo sintomático del dolor.

Al atender los casos de aborto incompleto, el personal de salud posiblemente vea casos complicados debido a las prácticas de aborto inseguro a las cuales fueron expuestas las mujeres antes de buscar tratamiento por aborto incompleto. Ejemplos de estas complicaciones son: perforación uterina, desgarro cervical, cuerpos extraños en la vagina, infección e incluso shock causado por pérdida excesiva de sangre o sepsis.

Es importante señalar que los efectos secundarios y posibles complicaciones del tratamiento quirúrgico del aborto incompleto pueden ser diferentes a los del manejo con medicamentos. Ejemplos de complicaciones a consecuencia del tratamiento quirúrgico son la perforación uterina o la infección causada por procedimientos quirúrgicos sin la necesaria antisepsia.

G. Consejería anticonceptiva postaborto

- La consejería anticonceptiva debe ser una parte rutinaria de la atención postaborto. El personal de salud debe proporcionar información sobre el rápido retorno de la fertilidad y ofrecer consejería anticonceptiva adecuada y el método que elija la mujer.
- La mayoría de los métodos anticonceptivos se deben suministrar lo antes posible, generalmente el mismo día que el misoprostol. Los anticonceptivos muy eficaces, como los inyectables, los implantes anticonceptivos y los anticonceptivos orales pueden ser administrados el mismo día que se administra el misoprostol.
- El dispositivo intrauterino (DIU) se puede colocar durante la cita de control si el tratamiento con misoprostol fue exitoso.
- Si habrá una demora de más de 10 días antes que la mujer pueda iniciar el uso del método que eligió, se le debe suministrar un método provisional, como los condones.

CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA PARA PACIENTES QUE RECIBEN ATENCIÓN POSTABORTO

La anticoncepción postaborto eficaz es la mejor manera de evitar futuros embarazos no deseados. Desgraciadamente, suele ser uno de los elementos más débiles de la atención postaborto y aún continúa siendo baja la proporción de mujeres que reciben un método anticonceptivo después de la atención postaborto. Por lo tanto, la consejería anticonceptiva y el suministro de un método deben ser prioridades en todos los servicios de APA. Además, algunas mujeres tienen un embarazo no deseado aunque ya estén utilizando un anticonceptivo; por ello, es muy importante tratar las razones por la cual falla el método y asesorar a la mujer debidamente.

- Además, se puede suministrar anticoncepción de emergencia para que la mujer la tome si tiene relaciones sexuales sin adecuada protección o por falla del método anticonceptivo elegido.
- Si la mujer desea evitar otro embarazo, se le debe aconsejar que aplase tener relaciones sexuales con penetración vaginal hasta haber iniciado el uso de un método anticonceptivo.

H. Seguimiento

La cita de control se debe programar para una o dos semanas después de la administración de misoprostol, si es factible; según las circunstancias locales, el personal de salud también puede sugerir alternativas al seguimiento.

En la cita de control se debe abarcar lo siguiente:

Resultado del tratamiento: Para determinar si el tratamiento fue exitoso, el personal de salud debe preguntarle a la mujer acerca de su experiencia y luego realizar un examen físico. *El éxito del tratamiento se define como la evacuación endouterina completa y resolución de todos los síntomas.*

- La **historia** clínica es indicio de un tratamiento exitoso:
 - › La mujer presentó sangrado. (El sangrado puede variar de más leve que una menstruación normal a mucho más abundante que la menstruación, con coágulos grandes). La mujer también tuvo cólicos y expulsión de coágulos o restos ovulares, pero el sangrado y los cólicos ya disminuyeron o son mínimos.
 - › Los síntomas del embarazo disminuyeron o desaparecieron y la mujer no se siente embarazada.
- El **examen físico** es indicio de un tratamiento exitoso:
 - › Sangrado mínimo o ausente
 - › Tamaño uterino normal (pequeño, firme)
 - › Útero y anexos indoloros y especialmente cuello uterino indoloro a la movilización
 - › Orificio cervical cerrado

Aborto incompleto no concluido: Si el proceso de evacuación aún no se ha concluido para la cita de control y la mujer presenta un cuadro clínico estable, se le puede ofrecer observación de cerca con manejo expectante y reevaluarla en una o dos semanas. Otra opción es ofrecer una dosis repetida de misoprostol (Blum et al. 2007). Si la mujer recibe una dosis repetida de misoprostol, se aconseja reevaluarla en una o dos semanas. Si presenta infección o sangrado de importancia clínica, se debe determinar si es necesario finalizar el proceso de aborto con aspiración por vacío.

Anticoncepción: Si la mujer desea evitar otro embarazo, asegúrese de que ella se sienta a gusto con su método anticonceptivo, u ofrézcale consejería y un método si aún no se lo han proporcionado.

Salud reproductiva: Remita a la mujer a otros servicios de salud reproductiva según sea necesario, tales como pruebas para la detección sistemática del cáncer cervical, pruebas de VIH, referencia a una clínica o a servicios para el tratamiento de la infertilidad y atención por violencia sexual, entre otros.

Referencias bibliográficas

- Abdel-Aleem, H., J. Villar, A.M. Gülmezoglu, S.A. Mostafa, A.A. Youssef, M. Shokry y B. Watzer. 2003. The pharmacokinetics of the prostaglandin E1 analogue misoprostol in plasma and colostrum after postpartum oral administration. *European Journal of Gynecology and Reproductive Biology*, 1:108 (1): 25-28.
- Bique, C., M. Ustá, B. Debora, E. Chong, E. Westheimer y B. Winikoff. 2007. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 98: 222-226.
- Bixby Center for Population, Health & Sustainability y Venture Strategies Innovations. 2010. Misoprostol in obstetrics and gynecology: Clinical guidelines, protocol for physicians and midwives.
- Blum, J., B. Winikoff, K. Gemzell-Danielson, P.C. Ho, R. Schiavon y A. Weeks. 2007. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99(S): 186-189.
- Chung, T.K., L.P. Cheung, T.Y. Leung, C.J. Haines y A.M. Chang. 1995. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 102(10): 832-845.
- Clark, W., C. Shannon y B. Winikoff. 2007. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, 2: 67-109.
- Dabash, Rasha, Mohamed Cherine Ramadan, Emad Darwish, Nevine Hassanein, Jennifer Blum y Beverly Winikoff. 2010. A randomized controlled trial of 400-ug sublingual misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in two Egyptian hospitals. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111(2):131-135.
- Dao, B., J. Blum, B. Thieba, S. Raghavan, M. Ouedraogo, J. Lankoande y B. Winikoff. 2007. Is misoprostol a safe, effective, acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomized trial in Burkina Faso, West Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 114: 1368-1375.
- Diop, Ayisha, Sheila Raghavan, Jean-Pierre Rakotovo, Rodica Comendant, Paul D. Blumenthal y Beverly Winikoff. 2009. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 79: 456-462.
- Faúndes, Anibal. 2005. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. FLASOG.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, sitio web, para guías respecto a la posología: http://www.figo.org/files/figo-corp/Misoprostol_Poster_2.pdf.
- Gemzell-Danielsson, K., C. Fiala y A. Weeks. 2007. Misoprostol: first-line therapy for incomplete miscarriage in the developing world. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 117: 1337-1339.
- Goldberg, A.B., M.B. Greenberg y P.D. Darney. 2001. Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1): 38-47.
- Gynuity Health Projects. 2009 *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria*. http://gynuity.org/downloads/pac_guidebook_sp.pdf.
- Osur, J., J. Karanja, C. Kiggundu, M. Ogutu y E. Nakirija. 2009. *Misoprostol for the management of incomplete and missed abortions: A clinical protocol for service delivery*. Alianza Ipas-África. No publicado.

- Ngoc, N.T., J. Blum, J. Durocher, T.T.V. Quan y B. Winikoff. 2005. A randomized controlled study comparing 600 versus 1200 mcg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception*, 72(6): 438-442.
- Organización Mundial de la Salud. 2003. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS.
- POPPHI. 2008. *Selection of a uterotonic drug in tropical climates*. Seattle: PATH.
- Rizzi, R. 2007. Tratamiento del aborto incompleto. En: *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*. FLASOG, 77-85. http://www.misoprostol.org/File/Other_G_FLASOG_Misoprostol_guidelines_Espanol.pdf
- Shwekerela, B. R. Kalumuna, R. Kipingli, N. Mashaka, E. Westheimer, W. Clark y B. Winikoff. 2007. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 114 (11): 1363-1367.
- Tang, O.S., K. Gemzell-Danielsson y P.C. Ho. 2007. Misoprostol: pharmacokinetics profiles, effects on the uterus and side effects. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99(Suppl2): S160-S167.
- Taylor, J., A. Diop, J. Blum, O. Dolo y B. Winikoff. 2011. Oral misoprostol as an alternative to surgical management for incomplete abortion in Ghana. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 112: 40-44.
- Trinder, J., P. Brocklehurst, R. Porter, M. Read, S. Vyas y L. Smith. 2006. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 332: 1235-40.
- Vogel, D., T. Burkhardt, K. Rentsch, H. Schweer, B. Watzer, R. Zimmermann y U. Von Mandach. 2004. Misoprostol versus methylergometrine: Pharmacokinetics in human milk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191 (6): 2168-2173.
- Weeks, A. y A. Faundes. 2007. Misoprostol in obstetrics and gynecology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99(2): S156-S159.
- Weeks, A., G. Alia, J. Blum, P. Ekwaru, J. Durocher, B. Winikoff y F. Mirembe. 2005. A randomized trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics and Gynecology*, 106(3): 540-547.
- You, J.H. y T.K. Chung. 2005. Expectant, medical or surgical treatment for spontaneous abortion in first trimester of pregnancy: A cost analysis. *Human Reproduction*, 20:2873-2878.

Este juego de herramientas es promovido por las siguientes organizaciones:



Si a su organización le interesa ser agregada como institución promotora a futuras versiones impresas y en línea de este juego de herramientas, por favor diríjase a misoforpac@ipas.org.