



GUÍA DIDÁCTICA

PARA EL
PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO

**GUÍA
DIDÁCTICA**
PARA EL
**PROFESIONAL
DE LA SALUD**
QUE BRINDA
**SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO**

1era. edición: Mayo, 2021.

2da. edición: Octubre, 2022.

**Ipas Latinoamérica y el Caribe,
México.**

Coordinación:

Mara Zaragoza

Diana Laura García

Enrique Martínez

Revisión de contenidos:

Claudia Martínez

Johana González

Eunice León

Celina Velázquez

Dinorah Corea

Marcela Masabanda

Apoyo técnico:

Guillermo Ortiz

Apoyo pedagógico:

Citlali Archundia

Coordinación editorial:

Laura Andrade

Ana Martha Sánchez

Ipas LAC alienta la distribución pública, así como la reproducción parcial o total del presente documento siempre y cuando se cite la fuente. En ningún caso esta obra podrá ser usada con fines comerciales, su difusión es gratuita.

Ipas es una organización internacional sin fines de lucro que trabaja en cuatro continentes, con el objetivo de incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente, el derecho al aborto.

Esta guía está dirigida a:

Matronas/obstetrices, licenciadas en obstetricia y personal de salud a cargo de la atención integral a mujeres en situación de aborto:

- Personal médico, matronas, licenciadas en obstetricia y personal de enfermería, de psicología y de trabajo social.

Propósito general de la guía:

- Brindar a los profesionales de salud una guía para la atención integral de mujeres en situación de aborto que les permita brindar servicios de alta calidad centrados en la mujer.

Propósitos específicos:

Con el contenido de la guía, se espera que el profesional de la salud sea capaz de:

- Explicar los conceptos clave de la atención integral del aborto centrados en la mujer y los elementos necesarios en la atención postaborto. Asimismo, que conozca los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como marco de referencia para orientar su práctica profesional.
- Identificar los pasos a seguir en el diagnóstico y en el manejo de las complicaciones que pueden ocurrir en el procedimiento, para así brindar un servicio de aborto y postaborto de calidad.
- Explicar los elementos que forman parte de la consejería dirigida a mujeres en situación de aborto.
- Identificar los criterios médicos de elegibilidad anticonceptiva para ofrecer métodos de anticoncepción basados en las necesidades de las mujeres.
- Describir los pasos para establecer un sistema de monitoreo de los servicios de atención integral del aborto y de la atención postaborto.
- Describir los métodos de evacuación endouterina: procedimiento Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y con medicamentos: características, funcionamientos, indicaciones y contraindicaciones, complicaciones, eficacia, entre otros.

Organización y descripción de los bloques temáticos

La guía está estructurada por cuatro bloques temáticos.

En el **Bloque I**, se aborda la calidad de la atención, los derechos de las mujeres y se ofrece una visión general del Modelo de Atención Integral del Aborto centrado en la mujer.

En el **Bloque II**, se presenta información técnica sobre los métodos de evacuación endouterina, particularmente se analizan los procedimientos clínicos para la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU y a través de medicamentos. Se explica qué son, cómo funcionan, qué complicaciones tienen, cuál es su eficacia; etcétera. Asimismo, se habla del abordaje y del manejo de las complicaciones en el procedimiento. Este bloque contiene los temas centrales y prioritarios de esta guía.

En el **Bloque III**, se mencionan dos tipos de consejería, la relacionada con el procedimiento para el aborto y la consejería anticonceptiva postaborto. Además se revisan las consideraciones especiales para mujeres que han tenido múltiples abortos, para quienes han sido víctimas de violencia; para las que viven con VIH; para las jóvenes; para las trabajadoras sexuales; para las que tienen discapacidad cognitiva, trastornos del desarrollo o enfermedad mental; para las refugiadas o desplazadas; para las que han sufrido lesiones genitales; para mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres y para aquellas que presentan un embarazo avanzado.

En el **Bloque IV**, se proporciona información sobre el monitoreo de los servicios de aborto: las herramientas y los indicadores.

Bloque I	Bloque II	Bloque III	Bloque IV
Marco general para la atención integral del aborto centrado en la mujer y atención postaborto	Los métodos clínicos para realizar servicios de aborto centrados en la mujer	Consejería y servicios de anticoncepción	Sistema de monitoreo de los servicios de atención integral del aborto y atención postaborto
El aborto seguro y el aborto inseguro. Modelo de Atención Integral del Aborto centrado en la mujer: elección, acceso y calidad. Derechos de la mujer en los servicios de atención integral del aborto y atención postaborto.	Evaluación clínica. Métodos de evacuación endouterina: · La evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU · La evacuación endouterina con medicamentos Los pasos para diagnosticar y manejar complicaciones.	Consejería sobre el procedimiento para el aborto. Consejería anticonceptiva postaborto. Consideraciones especiales.	Herramientas de monitoreo. Indicadores principales de un monitoreo eficaz.

Es importante que todo el personal conozca todos los temas que se incorporan en la guía para garantizar un abordaje integral a las usuarias.

Ejes del modelo de formación que sustentan la guía



A.
**Derechos
de las mujeres**

Cada mujer tiene derecho a recibir servicios seguros de atención integral del aborto y atención postaborto centrados en la mujer.

B.
**Centrado
en la mujer**

El objetivo es **capacitar a los profesionales de la salud** para que pregunten acerca de las inquietudes e intereses de cada mujer, y se enfoquen en estos para abordar de manera integral sus necesidades médicas y emocionales.

C.
**Educación
de adultos**

El enfoque de esta guía **parte del reconocimiento de que los profesionales de la salud ya cuentan con experiencia laboral y con conocimientos y habilidades**, lo cual constituye el punto de partida para el trabajo que realizarán los capacitadores. Tiene un enfoque participativo, centrado en las y los participantes.

D.
**Organizado
en bloques
temáticos**

Esto les permite a los capacitadores abordar los temas de capacitación de manera **ordenada, congruente y pertinente**.

**GUÍA
DIDÁCTICA**

PARA EL
**PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO**



BLOQUE 1

MARCO GENERAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO
CENTRADO EN LA MUJER Y ATENCIÓN POSTABORTO

GUÍA DIDÁCTICA

PARA EL
PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO

Ipas
LATINOAMÉRICA
Y EL CARIBE

**GUÍA
DIDÁCTICA**

PARA EL
**PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO**

BLOQUE I.

MARCO GENERAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO CENTRADO EN LA MUJER Y ATENCIÓN POSTABORTO



Propósito específico

Al término del **Bloque I**, se espera que usted sea capaz de:

Explicar los conceptos clave de la atención integral del aborto centrados en la mujer y los elementos necesarios en la atención postaborto. Asimismo, que conozca los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como marco de referencia para orientar su práctica profesional.



Ideas centrales

En este apartado encontrará información referente al concepto de aborto, los principios que rigen el Modelo de Atención Integral del Aborto centrado en la mujer, la atención postaborto y los derechos sexuales y reproductivos como elementos centrales para orientar su práctica profesional.

¿Que nos dice la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

El acceso universal a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva es fundamental para la salud individual y comunitaria, así como para la realización de los derechos humanos, incluido el derecho al más alto nivel posible de salud sexual y reproductiva. Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19 y sobre la base de las lecciones aprendidas de brotes de enfermedades anteriores, cuando los servicios de SSR se han visto gravemente interrumpidos, lo que ha provocado que las personas se sientan desempoderadas y estén expuestas a riesgos de salud prevenibles, la OMS ha incluido la atención integral del aborto en la lista de servicios de salud esenciales en ciertas publicaciones y orientaciones técnicas recientes. La atención del aborto abarca el tratamiento de diversas afecciones clínicas, incluido el aborto espontáneo e inducido (tanto de embarazos no viables como viables) y la muerte fetal intrauterina, y también la atención posterior al aborto, incluido el tratamiento del aborto incompleto. Fortalecer el acceso a la atención del aborto dentro del sistema de salud es fundamental para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la buena salud y el bienestar (ODS3) y la igualdad de género (ODS 5). La Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS, que busca acelerar el progreso hacia el logro de los objetivos internacionales de desarrollo, identifica la eliminación del aborto inseguro como mandato prioritario. La importancia de la atención de calidad del aborto para la salud se subraya de manera similar en la Estrategia Mundial de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, que incluye intervenciones basadas en la evidencia para el aborto y la atención posterior al aborto como una forma efectiva de ayudar a las personas a prosperar y las comunidades a transformarse (OMS, 2022).

¿Qué se entiende por aborto seguro?

El aborto es un procedimiento médico seguro. La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** declara que es así “cuando el aborto inducido es realizado por profesionales capacitados que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados” (OMS, 2019).

¿Qué es el aborto peligroso (inseguro)? (Bearak, et al., 2020)

En el 2017 la **OMS** lo subdivide en dos subcategorías: abortos menos seguros y abortos nada seguros. **Los abortos menos seguros son aquellos que fueron practicados por un profesional cualificado que utilizó un método poco seguro o desfasado;** por ejemplo, el legrado uterino instrumental; o bien, que fueron realizados por una persona no cualificada, incluso si se utilizó un método seguro como el de administración de misoprostol. **Los abortos nada seguros son los realizados por personas no cualificadas con métodos peligrosos,** como la introducción de objetos extraños y el uso de brebajes de hierbas.

De acuerdo a la OMS el aborto inseguro se refiere al aborto cuando es llevado a cabo por una persona que carece de las habilidades necesarias o en un entorno que no se ajusta a los estándares médicos mínimos, o ambos.

¿Cuántas mujeres hay en situación de aborto en el mundo y en México?

Según la **OMS**, el aborto inseguro es una de las primeras cinco causas de muerte materna a nivel mundial (**OMS**, 2019).

El embarazo no deseado y el aborto son situaciones muy comunes y lo han sido a lo largo de la historia de la humanidad. De 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año. La mayoría de los abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina.

Entre 2015 y 2019, se presentaron anualmente 121 millones de embarazos no deseados, correspondientes a una tasa global de 64 embarazos no deseados por cada 1000 mujeres en edades entre 15 y 49 años. El 61% de los embarazos no deseados terminaron en aborto para un total de 73.3 millones de abortos anualmente, lo cual corresponde a una tasa global de abortos de 39 abortos por cada 1000 mujeres en edades entre 15 y 49 años (**OMS**, 2018).

En los países donde el aborto es restringido, la proporción de embarazos no deseados que terminaron entre 2015 y 2019 aumentó en comparación con los presentados entre 1990 y 1994, particularmente solo en Latinoamérica aumentó en un 26% y las tasas de embarazos no deseados fueron más altas que en los países donde el aborto es ampliamente legal (**OMS**, 2017).

En México la situación es similar, se estima que el 68.5% de las muertes maternas fueron a causa de embarazos que terminaron en abortos, la gran mayoría sucedieron en procedimientos inseguros; lo cual ubica al aborto inseguro como la tercera causa de muerte a nivel nacional; según los datos que se tienen hasta la segunda semana de agosto de 2018.

Por otro lado, al analizar las cifras de las mujeres atendidas en los servicios de salud pública, durante el periodo comprendido entre 2002 y 2017, se ha registrado una tendencia variable en la atención hospitalaria de procedimientos de aborto en el país. A inicios del periodo, se registraron 168 382 egresos, y durante el 2017 se registraron 163 514; este comportamiento se desarrolló a expensas de un aumento en los registros de la **Secretaría de Salud** (79 404 en comparación con 97 396). Cabe mencionar que estas cifras no incluyen a las mujeres atendidas en servicios de urgencias de salud pública ni a las que buscan servicios en sistemas de salud privados. También es necesario resaltar que entre 2002 y 2017, en el país se registraron 1 191 defunciones por aborto en mujeres de todas las edades (en promedio 69 defunciones cada año). Del total de defunciones, el 14% ocurrió en adolescentes a nivel nacional (Ipas, 2019).

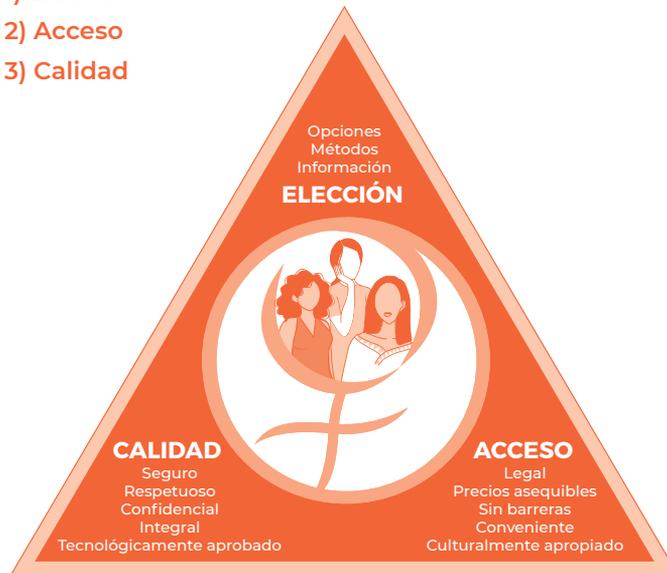
¿En qué consiste el Modelo de Atención Integral del Aborto (AIA) centrado en la mujer?

El **Modelo de Atención Integral del Aborto (AIA) centrado en la mujer** es un modelo que se enfoca en los servicios relacionados con el aborto, tomando en cuenta las necesidades de salud física y emocional de cada mujer, sus circunstancias y su posibilidad de obtener atención médica. Esto incluye el aborto inducido; el tratamiento del aborto incompleto, aborto diferido o aborto inseguro; consejería comprensiva; servicios de anticoncepción; servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva proporcionados en la unidad de salud o por medio de referencia a otras unidades de salud accesibles; y las alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios.

1) Elección

2) Acceso

3) Calidad



¿En qué consisten los tres ejes que sustentan este modelo?

Elección	Acceso	Calidad
<p>Elección significa que la mujer tiene el derecho a determinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • si desea quedar embarazada y cuándo hacerlo; • si desea continuar el embarazo o interrumpirlo; • qué procedimientos de aborto, anticonceptivos, prestadores de servicios y unidades de salud disponibles utilizará. 	<p>El acceso de la mujer a los servicios es determinado por la disponibilidad de profesionales de la salud capacitados y con competencia técnica.</p> <p>La mujer tiene mejor acceso a servicios de atención integral del aborto cuando los servicios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asequibles económicamente; • proporcionados de manera oportuna; • fáciles de acceder en las comunidades locales; • proporcionados de manera respetuosa y confidencial. 	<p>La calidad alude a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ofrecer información y consejería que apoyen la toma de decisiones informadas; • brindar atención adaptada a las circunstancias sociales y necesidades de cada mujer, incluidas las jóvenes y las mujeres solteras; • utilizar los métodos y protocolos recomendados para la evacuación endouterina; • proporcionar los servicios de anticoncepción y métodos anticonceptivos deseados; • ofrecer otros servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva; • asegurar confidencialidad, privacidad e interacciones respetuosas; • monitorear los servicios, para mejorar la calidad, con la participación de la comunidad.

¿Qué es la atención postaborto?

La atención integral del aborto centrado en la mujer incluye la **atención postaborto**, que es una serie de intervenciones médicas y de otra índole diseñadas para manejar las complicaciones de los abortos espontáneos e inducidos, tanto seguros como inseguros, y así atender las necesidades de salud de las mujeres con relación a la interrupción del embarazo.

5 elementos de la atención postaborto

- 1 Tratamiento del aborto incompleto, aborto diferido o aborto inseguro.
- 2 Consejería comprensiva para identificar y responder a las necesidades de salud emocional y física de las mujeres.
- 3 Servicios de anticoncepción y planificación familiar para ayudar a las mujeres a prevenir un embarazo no deseado o practicar el espaciamiento entre los embarazos.
- 4 Servicios relacionados de salud sexual y reproductiva.
- 5 Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios para ayudar a las mujeres a prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros.

¿A qué aluden los derechos sexuales y reproductivos de la mujer?

En el marco de derechos humanos, las mujeres de todas las edades incluidas las jóvenes y las solteras, tiene derecho al aborto y al tratamiento de las complicaciones del aborto para salvar su vida.

Derechos reproductivos. “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. (...) Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Incluye también el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (ONU, 1995).

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

Principios y obligaciones de derechos humanos pertinentes al aborto (OMS, 2022)

Derecho humano	Principios y obligaciones de derechos humanos pertinentes al aborto
<p>El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud y los derechos sexuales y reproductivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho de toda persona a la salud y los derechos sexuales y reproductivos (34, artículo 12). Esto incluye: <ul style="list-style-type: none"> – la eliminación de las disposiciones legales, incluidas las leyes penales, que penalizan a las mujeres que se han sometido a un aborto o a los médicos que ofrecen estos servicios (3, 35-38); – garantizar que los profesionales de la salud no impidan a las mujeres acceder a los servicios de salud mediante el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud (por ejemplo, cuando el aborto es legal, si un médico se niega a realizarlo, el sistema de salud debe proporcionar una derivación a un proveedor de atención médica alternativo) (3, 39);

Derecho	Descripción
<p>El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud y los derechos sexuales y reproductivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - eliminar las barreras a la prestación de servicios de aborto, incluidas las barreras que llevan a las mujeres a recurrir a abortos inseguros, esto debería incluir la eliminación de retrasos inaceptables en la prestación de atención médica (3, 36, 38, 40-42); - adoptar medidas para prevenir los abortos inseguros y garantizar el acceso a la atención posterior al aborto en todas las circunstancias, con carácter confidencial y sin amenaza de enjuiciamiento penal o medidas punitivas (3, 36 a 38, 40, 41, 42 [párr. 33], 43 a 47); - adoptar medidas para prevenir y eliminar la discriminación, la estigmatización y los estereotipos negativos que dificultan el acceso a la salud sexual y reproductiva, incluso contra las personas que buscan el aborto y los proveedores de atención de la salud que ofrecen servicios de atención del aborto (36, 38). <p>• Los Estados deben velar por que las instalaciones, los bienes y los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva estén disponibles, sean aceptables y de buena calidad. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantizar un número adecuado de instalaciones, bienes y servicios de atención de la salud sexual y reproductiva (por ejemplo, personal médico y de atención de la salud capacitado y capacitado [42, 46, 48] y medicamentos científicamente aprobados y no vencidos para el aborto y la atención posterior al aborto [49], así como la disponibilidad de aborto seguro en casos de violación e incesto [3, 36, 42, 50, 51]); - garantizar que la atención y los servicios de salud, incluidos los SSR y los medicamentos esenciales, sean física y geográficamente accesibles y asequibles para todas las personas, ya sea sin costo o sobre la base de garantizar que los gastos de salud no expongan a las personas a sufrir dificultades financieras (46); - garantizar que la información sobre la salud sexual y reproductiva sea accesible (3, 52) (por ejemplo, las instituciones y los individuos deben poder proporcionar información precisa sobre la atención de la salud, incluida la información sobre el aborto, sin temor a sanciones penales [47, 50, 51]). - velar por que la prestación de servicios sea respetuosa con la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, y tenga en cuenta los requisitos de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y ciclo de vida (53, párr. 20).

<p>El derecho a la no discriminación y a la igualdad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben velar por que las personas gocen de igualdad de acceso a la misma gama, calidad y nivel de información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva (36, 45, 52). • Los Estados deben reconocer y adoptar medidas para abordar el acceso al aborto seguro y a la atención posterior al aborto para determinados grupos de personas, especialmente las que están marginadas, tienen recursos limitados, viven en zonas rurales y/o pertenecen a minorías, ya que es más probable que experimenten formas de discriminación interrelacionadas (3, 36 a 38, 40, 41, 42 [párr. 33], 43 a 47, 49, 54 [párrafo 45]). • Los Estados deben derogar o reformar las leyes, políticas y prácticas discriminatorias que anulan o menoscaban la capacidad de las personas para acceder a la SSR, como la penalización del aborto y las leyes restrictivas sobre el aborto (3, 35-38, 41, 42 [párr. 22], 55). • Los Estados deben eliminar todas las barreras legales, procesales, prácticas y sociales que impiden el acceso igualitario y no discriminatorio de las personas a la SSR, incluido el aborto, y deben derogar medidas como los requisitos de autorización de terceros (es decir, de los esposos, parejas, padres o tutores, o autoridades de salud), el asesoramiento sesgado, los períodos de espera obligatorios y las restricciones basadas en ser una mujer soltera (3, 35-38). • Los Estados deben adoptar medidas para impedir la imposición del aborto forzado, en particular a las mujeres y niñas de grupos <i>marginados</i> (37, 40, 47, 52, 56).
<p>El derecho a la vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben velar por que las medidas destinadas a regular el acceso al aborto no pongan en peligro la vida de la mujer, la niña u otra persona embarazada, las sometan a dolores o sufrimientos físicos o mentales ni las discriminen, ni interfieran arbitrariamente en su vida privada (36). • Los Estados deben proporcionar acceso efectivo y confidencial al aborto seguro y legal cuando la vida o la salud de la mujer, la niña u otra persona embarazada esté en riesgo, o cuando llevar un embarazo a término causaría a la persona embarazada dolor o sufrimiento sustanciales, y en los casos en que el embarazo sea el resultado de una violación o incesto o cuando el embarazo no sea viable (36). • Los Estados deben adoptar medidas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, incluida la lucha contra el aborto inseguro, teniendo en cuenta los desafíos exacerbados en ciertos entornos (3, 36-38, 40, 43).

<p>El derecho a la privacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben respetar el derecho de las personas a tomar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva, incluida la posibilidad de someterse o no a un aborto (35, 36, 57). • Los servicios de SSR, incluidos el aborto y la atención posterior al aborto, deben proporcionarse de manera que se respete plenamente la privacidad de la mujer, la niña u otra persona embarazada y se garantice la confidencialidad (35, 36). • No se debe exigir ni obligar a los profesionales médicos y de la salud a denunciar los casos de mujeres que se han sometido a abortos (36, 37, 40, 48). • La denegación del aborto terapéutico puede interferir arbitrariamente con el derecho a la privacidad (57). • Los requisitos de autorización de terceros pueden violar el derecho a la privacidad (3, 36, 38).
<p>El derecho a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, incluido el derecho a la integridad física y mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El aborto forzado, la penalización del aborto, la denegación o el retraso de la atención del aborto seguro y/o la atención posterior al aborto, y el abuso y el maltrato de las mujeres y niñas que buscan información, bienes y servicios de SSR son formas de violencia de género (44, 55) que, según las circunstancias, pueden constituir tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes (55). • Los Estados deben velar por que las medidas que regulan el aborto no sometan a las personas a sufrir dolores o sufrimientos físicos o mentales sustanciales, como cuando un embarazo es el resultado de una violación (36). • Las leyes y políticas estatales no deben permitir abortos sin el consentimiento libre e informado de la persona interesada (40, 41, 48, 52, 56, 58). • Los Estados deben prevenir y enjuiciar los abortos forzados realizados por funcionarios públicos y agentes privados, incluso cuando se realizan a mujeres con discapacidad o de conformidad con leyes y políticas coercitivas de planificación familiar, así como en el contexto de un conflicto (40, 41, 48, 52, 56, 58). • Los Estados deben velar por que las personas que buscan un aborto legal seguro no sean sometidas a actitudes humillantes y críticas que conduzcan a la denegación o demora de esos servicios en un contexto de extrema vulnerabilidad para esas personas y en el que la atención médica oportuna es esencial (35). • La penalización del aborto puede equivaler a tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, incluida la práctica de obtener confesiones con fines de enjuiciamiento de personas que buscan atención médica de emergencia debido al aborto ilegal en un contexto particular (55).

<p>El derecho a decidir libre y responsablemente sobre el número, el espaciamiento y el momento de los niños y a disponer de la información y los medios para hacerlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben garantizar el acceso a la información y los servicios de planificación de la familia y de salud sexual y reproductiva, incluidos métodos anticonceptivos asequibles para que las mujeres y los adolescentes puedan adoptar decisiones autónomas e informadas sobre su salud reproductiva (42 [párr. 33], 49 [párr. 33]). • Los Estados deben velar por que las mujeres con discapacidad puedan ejercer su derecho a decidir sobre el número y el espaciamiento de los hijos (52, 59 [Artículo. 3.3])
<p>El derecho a la información y la educación, incluida la salud sexual y reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben adoptar medidas para garantizar que la información actualizada y precisa sobre la salud sexual y reproductiva esté a disposición del público y sea accesible a todas las personas, en los idiomas y formatos apropiados (3, 50-52). • Los Estados deben velar por que las instituciones educativas incorporen en sus planes de estudio la educación sexual imparcial, científicamente precisa, basada en pruebas, apropiada para la edad y amplia (3, párr. 63). • Los Estados deben poner a disposición de las personas información precisa y basada en pruebas sobre el aborto con carácter confidencial (3 [párr. 63], 50 a 52). • Esta información debe presentarse de una manera que pueda ser entendida por la persona que la recibe (3, 52). • La elección de un individuo de rechazar la información cuando se le ofrece debe ser respetada. • Los Estados deben garantizar que el consentimiento informado se proporcione libremente, se salvaguarde de manera efectiva y se base en el suministro completo de información de alta calidad, precisa y accesible.
<p>El derecho a beneficiarse del progreso científico y su realización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben garantizar un acceso adecuado a los medicamentos esenciales de manera asequible (46, 49, 54). • Los Estados deben garantizar el acceso a las tecnologías científicas necesarias y actualizadas, en particular la anticoncepción y los medicamentos para el aborto, sin discriminación (42, 49).

¿Qué es el consentimiento informado?

Cada profesional de la salud debe explicar a la mujer su cuadro clínico y las opciones que tiene, usando términos claros, que no sean técnicos y también debe obtener la autorización voluntaria e informada de la mujer antes de iniciar el tratamiento. No debe proseguir con los servicios médicos hasta confirmar que la mujer tiene claridad sobre el proceso y hasta que sus dudas estén resueltas. La obtención del consentimiento informado no debe retrasar ningún procedimiento de urgencia necesario para la mujer.



Recomendaciones para realizar un mejor trabajo:

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

- Determinar cuáles son sus propios valores y actitudes respecto a la sexualidad y la salud reproductiva, incluyendo lo que está relacionado con la sexualidad de las mujeres jóvenes.
- Reconocer cómo sus actitudes podrían tener un efecto negativo o positivo en las interacciones con las mujeres y en la calidad de la atención.
- Garantizar que pueda atender a las mujeres con amabilidad y empatía.
- Cumplir con el proceso voluntario de consentimiento informado.

Como profesional de la salud, **¿en su actuación diaria atiende a estas recomendaciones para brindar una atención de calidad a las mujeres en situación de aborto?**

- Siempre Casi siempre A veces Nunca



Recomendaciones para realizar un mejor trabajo:

Los prestadores de servicios de salud apoyan la elección de la mujer cuando:

- Proporcionan información completa y exacta.
- Ofrecen la oportunidad de hacer preguntas y expresar inquietudes.
- Reconocen el derecho de las mujeres a elegir, independientemente de su edad, estado civil u otras características.

Como profesional de la salud, **¿qué tanto pone en práctica estas recomendaciones?**

- Siempre Casi siempre A veces Nunca



Preguntas reflexivas

A partir de la revisión del contenido del **Bloque I** y de acuerdo con su experiencia profesional, le invitamos a que reflexione sobre las siguientes preguntas:

- ¿Qué limita el acceso de las mujeres de su comunidad a los servicios de aborto y atención postaborto?
- ¿Qué limita la calidad de los servicios de aborto ofrecidos a la mujer en su comunidad?
- ¿Qué puede hacer para brindar servicios de aborto y atención postaborto de calidad a las mujeres de su comunidad que asisten a este servicio de salud?
- ¿Qué apoyos necesita para brindar una atención de calidad a las mujeres en situación de aborto y postaborto?
- ¿Cuál es su posición frente al aborto?
- ¿Qué tipo de valores y actitudes debe poseer un profesional de la salud con respecto a la atención integral de mujeres en situación de aborto?
- Desde su experiencia, ¿cómo podría garantizar que se respeten los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de su comunidad?



Para saber más

Si quiere obtener más información sobre los temas de este bloque, revise la página oficial de **Ipas México** <https://ipasmexico.org/>, en ella encontrará el **Manual de Consejería para la Mujer en situación de aborto**, entre otros documentos de **Ipas** relacionados con la interrupción del embarazo. En los sitios web <https://ipaslac.org/> y <https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/> también encontrará varios recursos al respecto, que pueden ampliar su perspectiva.



Autovaloración

Ponga a prueba sus conocimientos sobre los temas vistos en el **Bloque I** y complemente el siguiente texto:

- Aprendí que el aborto peligroso se divide en: _____ y _____.
- Mientras que el aborto seguro se refiere a: _____.
- El Modelo de Atención Integral del Aborto (AIA) centrado en la mujer contienen tres ejes:
a) _____ b) _____ c) _____.
- Los cinco elementos de la atención postaborto son:
1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____.
- Los tres derechos que según mi juicio se relacionan más con los servicios de aborto y atención postaborto son: _____, _____ y _____.
- Mi tarea como profesional de la salud en relación con los servicios de aborto es:
_____.



BLOQUE 2

LOS MÉTODOS CLÍNICOS PARA REALIZAR
SERVICIOS DE ABORTO CENTRADOS EN LA MUJER

GUÍA DIDÁCTICA

PARA EL
PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO

Ipas
LATINOAMÉRICA
Y EL CARIBE

**GUÍA
DIDÁCTICA**

PARA EL
**PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO**

BLOQUE 2.

LOS MÉTODOS CLÍNICOS PARA REALIZAR SERVICIOS DE ABORTO CENTRADOS EN LA MUJER

Métodos de evacuación endouterina



Propósito específico

Con el estudio del Bloque II, se espera que usted sea capaz de:

1. Describir los métodos de evacuación endouterina: procedimiento AMEU y aborto con medicamentos (características, funcionamientos, complicaciones, eficacia, etcétera).
2. Identificar los pasos en el diagnóstico y en el manejo de las complicaciones en el procedimiento para brindar un servicio de aborto y postaborto de calidad.



Ideas centrales

En este apartado encontrará información sobre los procedimientos clínicos para realizar servicios de aborto de calidad hasta las 12 semanas de embarazo, identificando sus características, eficacia, costos, seguridad y posibles riesgos.

¿Cuáles son los diferentes métodos recomendados de evacuación endouterina antes de las 13 semanas de embarazo?

- Aspiración por vacío, ya sea aspiración manual endouterina (AMEU) o aspiración eléctrica endouterina (AEEU).
- Métodos de evacuación uterina con medicamentos.

En la siguiente tabla podrá encontrar un resumen de las principales características de ambos métodos.

Tabla 1. Métodos de evacuación endouterina durante el primer trimestre de embarazo

Características	Aspiración por vacío	Aborto con medicamentos	
		Aborto inducido con mifepristona y misoprostol	Aborto inducido con misoprostol solo
¿Qué es?	Un procedimiento que utiliza instrumental de aspiración eléctrica o manual para la evacuación endouterina con el objetivo de extraer el contenido uterino por medio de succión.	La mifepristona y el misoprostol son medicamentos que al administrarse de manera secuencial causan la expulsión del contenido uterino, ya que la primera sustancia se une a los receptores de progesterona y esto da como resultado la inhibición de la acción de esta hormona y sensibiliza al miometrio, y, posteriormente, el misoprostol, que es un análogo sintético de prostaglandinas, induce la contracción de las fibras del miometrio dando por resultado la expulsión del contenido uterino y la dilatación del cérvix.	Misoprostol: prostaglandina sintética análoga del tipo E1 que favorece el inicio de respuesta inflamatoria, vasodilatación uterina, inicio de contracción miometrial para lograr el desprendimiento y expulsión del saco gestacional y las membranas ovulares.

Características	Aspiración por vacío	Aborto con medicamentos	
		Aborto inducido con mifepristona y misoprostol	Aborto inducido con misoprostol solo
¿Cómo funciona?	El contenido uterino se extrae a través de una cánula de plástico conectada a una fuente de vacío manual o eléctrica.	<p>Mifepristona: la mifepristona es un esteroide sintético con acción antiprogestacional, su acción resulta de la interacción competitiva con la progesterona en sus sitios de receptores, actúa por una sensibilización al miometrio, que induce la contracción por la vía de las prostaglandinas. La mifepristona también tiene una actividad antigluco corticoide y antiandrogénica débil. Además, sensibiliza al miometrio, induciendo la contracción vía la prostaglandina.</p> <p>Misoprostol: prostaglandina sintética análoga del tipo E1 que favorece el inicio de respuesta inflamatoria, vasodilatación uterina, inicio de contracción miometrial para lograr el desprendimiento y expulsión del saco gestacional y las membranas ovulares.</p>	El misoprostol causa contracciones que expulsan el contenido uterino.
¿Cuándo puede usarse?	<p>Aspiración: puede usarse desde la detección del embarazo hasta las 13 semanas de gestación. Los profesionales de la salud con mayor experiencia en el tema pueden realizarlo hasta las quince semanas de embarazo.</p> <p>Mifepristona + misoprostol: se puede usar en cualquier trimestre de la gestación, cuando no se busque o tenga viabilidad fetal.</p> <p>Misoprostol solo: se puede usar en cualquier trimestre de la gestación.</p> <p>OJO: la dosis de misoprostol varía según la edad gestacional.</p>		

Características	Aspiración por vacío	Aborto con medicamentos	
		Aborto inducido con mifepristona y misoprostol	Aborto inducido con misoprostol solo
¿Dónde puede usarse?	En un establecimiento de salud	<p>La mifepristona (primera tableta) generalmente se administra en la unidad de salud, pero también una opción es tomarla en casa.</p> <p>El misoprostol puede administrarse en la unidad de salud o en casa 1 o 2 días después de haber tomado la mifepristona, cuando las mujeres tengan embarazos de menos de 12 semanas.</p> <p>Para embarazos de más de 12 semanas, las mujeres deben tomar el misoprostol en un establecimiento de salud.</p>	<p>Las mujeres pueden tomar el misoprostol en la unidad de salud o en su casa.</p> <p>El uso domiciliario de misoprostol, puede ser ofrecido hasta las 11 semanas de gestación.</p> <p>Después de las 11 semanas de gestación, el misoprostol debe utilizarse en un establecimiento de salud.</p>
¿Cuál es el porcentaje de eficacia?	Tasas de eficacia de más de 98%	Tasas de eficacia de más de 95%	Tasas de eficacia entre 80 a 85%
¿Es seguro y eficaz?	Sí	Sí	Sí
¿Tanto para mujeres jóvenes como adultas?	Sí	Sí	Sí
¿Cuáles son los efectos secundarios?	Sangrado leve y cólicos abdominales, los cuales pueden controlarse con analgésicos administrados vía oral.	<p>Por lo general, cuando se toma la mifepristona, pueden presentarse cólicos leves o sangrado escaso. Una vez ingerido el misoprostol, los posibles efectos secundarios son: náuseas, vómito, diarrea, fiebre, escalofríos o mareos.</p> <p>Estos efectos suelen ser transitorios, en el caso del dolor, este puede manejarse con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como el ibuprofeno. Una vez iniciado el proceso de expulsión por aborto, es de esperarse sangrado, salida de coágulos y cólicos.</p>	

Características	Aspiración por vacío	Aborto con medicamentos	
		Aborto inducido con mifepristona y misoprostol	Aborto inducido con misoprostol solo
¿Cuáles son las posibles complicaciones?	Entre las complicaciones poco comunes se encuentran la lesión cervical o uterina, sangrado excesivo, infección, acumulación de sangre en el útero o aborto incompleto.	Entre las complicaciones poco comunes se encuentran el sangrado excesivo y el aborto incompleto que ocurren del 1 a 3% de los casos. La continuación del embarazo ocurre en el 1 a 3% de los casos.	Entre las complicaciones poco comunes se encuentran el sangrado excesivo y el aborto incompleto en el 1 a 4% de los casos. La continuación del embarazo ocurre en el 3% al 10% de los casos.
¿Cómo se usa típicamente?	El contenido uterino se extrae con succión mediante una cánula conectada a una bomba eléctrica o a un aspirador manual. El procedimiento lleva de 2 a 10 minutos aproximadamente. La conclusión del procedimiento se confirma de inmediato, por lo que no es necesario tener una visita de seguimiento.	La mifepristona se administra por vía oral (se traga). Uno o dos días después, el misoprostol se coloca ya sea debajo de la lengua (vía sublingual), entre el cachete y la encía (vía bucal) o en la vagina. La expulsión inicia unas horas después de la toma del misoprostol. La mujer puede continuar con un sangrado que puede durar hasta 2 semanas, con una disminución progresiva.	El misoprostol se coloca ya sea debajo de la lengua, bucal o en la vagina y luego el aborto generalmente ocurre dentro de 24 horas, pero podría llevar varios días.
¿Es necesario realizar un seguimiento con ultrasonido?	No. Por lo general durante el procedimiento de aspiración es posible corroborar que se ha evacuado el útero. En casos excepcionales, se podría considerar realizarlo si la mujer persiste con síntomas de embarazo pasadas 2 semanas.	No es necesario el seguimiento con ultrasonido después del aborto con mifepristona y misoprostol. El ultrasonido solo es útil cuando hay duda en cuanto a la continuación del embarazo.	No. Sin embargo, en el caso de utilizar el régimen de misoprostol solo, se recomienda una consulta de seguimiento para confirmar que la mujer tuvo una interrupción del embarazo completa. El ultrasonido solo es útil cuando hay duda en cuanto a la continuación del embarazo.

Características	Aspiración por vacío	Aborto con medicamentos	
		Aborto inducido con mifepristona y misoprostol	Aborto inducido con misoprostol solo
¿Qué sucede si falla el procedimiento?	Se le debe ofrecer a la paciente una evacuación endouterina lo antes posible, ya sea con aspiración por vacío o con una segunda dosis de misoprostol, según la edad gestacional y el contexto local.		
¿Qué tan costoso es?	La aspiración por vacío puede resultar muy rentable cuando se practica como un servicio ambulatorio. Con la aspiración endouterina, las unidades de salud pueden ahorrar costos y estos ahorros pueden ser utilizados en otras acciones médicas en beneficio de las mujeres.	Los costos dependen del régimen utilizado. El misoprostol generalmente no es caro, pero depende del contexto local. La mifepristona no está disponible en todos los entornos y puede ser costosa.	El misoprostol generalmente no es caro, pero depende del contexto local.
¿Qué beneficios puede traer a las mujeres?	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden permanecer despiertas durante el procedimiento, ya que se realiza con anestesia local. • No tienen que permanecer en el hospital hasta el día siguiente, si se practica como un servicio ambulatorio. • La AMEU es silenciosa. • Se realiza en un corto tiempo. • Sumamente segura. • Pocas complicaciones, especialmente cuando se practica antes de las 13 semanas de embarazo. • Se les explica a las mujeres las ventajas, dentro de ellas, su alta eficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios indican satisfacción de las mujeres con el procedimiento en una variedad de entornos, incluidos los lugares con recursos limitados. • El misoprostol después de la mifepristona puede tomarse en la casa o en otro lugar preferido por la mujer, donde se finaliza el proceso de aborto. • Algunas mujeres lo perciben como más privado y natural que otros métodos. • Simula el proceso de aborto espontáneo. • La mujer podría decidir en qué momento desea iniciar el proceso y si desea estar o no acompañada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios indican satisfacción de las mujeres con el procedimiento en una variedad de entornos, incluidos los lugares con recursos limitados. • El misoprostol puede tomarse en la casa o en otro lugar preferido por la mujer, donde se finaliza el proceso de aborto. • Algunas mujeres lo perciben como más privado y natural que otros métodos. • Simula el proceso de aborto espontáneo. • La mujer podría decidir en qué momento desea iniciar el proceso y si desea estar o no acompañada.

Los métodos de preferencia para la evacuación endouterina después de las 13 semanas son:

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

Factores que deben considerarse para decidir cuál método de evacuación endouterina es mejor



Procedimiento de evacuación endouterina de AMEU

A continuación, se explican los pasos para efectuar el procedimiento de evacuación con AMEU.

5 acciones antes del procedimiento de AMEU

- 1 CONSEJERÍA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.** Brindar información y consejería a la mujer y obtener su consentimiento informado.
- 2 ORIENTACIÓN Y DIÁLOGO SOBRE NECESIDADES ANTICONCEPTIVAS.** Discutir las necesidades anticonceptivas de la mujer.
- 3 EVALUACIÓN CLÍNICA.** Incluye: historial clínico de la paciente, determinación de la edad gestacional, examen físico, análisis de laboratorio.
- 4 PLAN DE MANEJO DEL DOLOR.** Identificar en conjunto con la mujer el plan del manejo del dolor adecuado para ella.
- 5 PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTAL.** Verificar que el instrumental para la aspiración por vacío está listo para usarse.

1. Evaluación clínica

Cómo efectuar una evaluación clínica completa antes de una evacuación endouterina.

Veamos los tres componentes principales para hacer una evaluación clínica: historia clínica de la paciente, examen físico y análisis de laboratorio.

<p>1. Historia clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primer día de la FUM. • Signos y síntomas del embarazo. • Si ha tenido una prueba de embarazo o un ultrasonido y cuáles son los resultados. • Si ha presentado sangrado o manchado durante el embarazo. • Conocimiento de alergias a medicamentos. • Historial ginecológico y obstétrico. Incluye: el número de embarazos con nacimientos vivos, abortos espontáneos, abortos inducidos, historia de uso de anticonceptivos, embarazos ectópicos, historia de la menstruación, fibromas, infecciones u otros servicios recientes relacionados con el aborto. • Historia sexual. • Medicamentos tales como el misoprostol o remedios a base de hierbas. • Estatus del VIH y presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). • Antecedentes quirúrgicos. • Antecedentes de cirugías uterinas y cesáreas previas. • Discapacidades físicas o cognitivas, o enfermedad mental. • Problemas médicos conocidos.
<p>2. Examen físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medir y anotar los signos vitales. • Observar si tiene debilidad, aletargamiento, anemia y desnutrición. • Revisar el abdomen para detectar masas o sensibilidad. • Realizar examen pélvico: <ol style="list-style-type: none"> a) Pida a la mujer que vacíe la vejiga. b) Ayude a la mujer a colocarse en posición de litotomía. c) Atienda cualquier necesidad física especial que presente. d) Asegúrese de proteger la privacidad de la mujer. e) Observe si hay sangrado, secreciones, pus o lesiones y un examen bimanual, haga una evaluación del tamaño, la consistencia y la posición del útero y anexos. • Es posible que este sea su primer examen bimanual, particularmente si es joven; por lo tanto, trátela con cuidado y delicadeza extra. • Efectúe un examen con espéculo: introduzca suavemente un espéculo de tamaño indicado. • Compare el tamaño uterino con la historia de amenorrea.
<p>3. Análisis de laboratorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los análisis de laboratorio de rutina no son necesarios. • La historia clínica y el examen por lo general son suficientes. • Si cabe la duda de que la mujer esté embarazada, use pruebas del embarazo o ultrasonido, pero el aborto puede proseguir. • La hemoglobina y hematócrito opcional, quizá sean útiles cuando la anemia es grave. • La inmunización Rhesus (Rh) solamente es necesaria si los protocolos locales lo establecen.

La evaluación clínica debe realizarse en privado, en un lugar donde otros no puedan ver ni escuchar a la mujer y al prestador o prestadora de servicio médico.

2. Consejería y consentimiento informado

Antes del procedimiento, **la mujer debe recibir indicaciones sobre lo que podría experimentar, cuándo acudir para una consulta de control, y cuándo y dónde buscar atención médica** en caso de que surja alguna complicación. Debido a que es posible que ciertos términos sean desconocidos por la paciente, el personal prestador de servicios de salud debe usar palabras sencillas. Si la mujer recibe información correcta y completa sobre qué esperar, esto podría ayudarla a sentirse más preparada. Asimismo, las palabras reconfortantes y el apoyo durante el proceso de evacuación endouterina podrían ser de gran ayuda.

La mujer debe recibir consejería e información previas al procedimiento, que incluyan:

- Indicaciones de cómo tomar los medicamentos que se le han recetado, (en caso de que la mujer se haya decidido por el uso de medicamentos).
- Información acerca de cuándo reanudar las relaciones sexuales, el regreso de la fertilidad y los anticonceptivos.
- Signos de una recuperación normal.
- Signos y síntomas que requieren atención de urgencia.
- Indicaciones por escrito o en forma gráfica para obtener atención médica de urgencia, con información de contacto y números telefónicos a los que se pueda llamar las 24 horas en casos de urgencia, si existe este servicio.
- Una lista de servicios de consejería y otros servicios prestados en el establecimiento de salud o en la comunidad.
- La fecha, hora y lugar de la cita de control, si desea o es necesaria una cita.



3. Plan de manejo del dolor

La mayoría de las mujeres que se someten a la aspiración endouterina antes de las 13 semanas sentirán dolor durante el procedimiento, así que se debe ofrecer todas las opciones disponibles para el manejo del dolor y proporcionar estos servicios sin demora. El personal profesional de la salud siempre debe ofrecer atención con amabilidad y respeto, proporcionando a las mujeres información que ayude a tranquilizarlas y a disminuir su dolor y ansiedad.

Antes de comenzar el procedimiento, el profesional de salud debe formular un plan para el manejo del dolor con la participación de la mujer. El objetivo de este plan es disminuir cualquier dolor físico y ansiedad, así como minimizar los riesgos y efectos secundarios de los medicamentos.

Durante la evacuación endouterina, se puede disminuir el dolor mediante apoyo verbal/ apoyo emocional (explicarle que es lo que va sucediendo, hablarle de un tema de su interés o respondiendo preguntas si las hace), medicamentos orales, bloqueo paracervical, la habilidad clínica del proveedor de aplicar una técnica suave y un ambiente tranquilo. La sedación consciente puede ser una opción en las unidades de salud que la ofrecen. La anestesia general aumenta el riesgo de complicaciones y no se recomienda de manera rutinaria.

También explique que, por lo general, el procedimiento de AMEU dura alrededor de 10 minutos, pero que durante ese tiempo y quizás después posiblemente sienta molestias. Hable acerca de las diversas opciones disponibles para aminorar el dolor, así como de los posibles efectos secundarios; elijan juntos sobre un plan para el manejo del dolor y permita que la mujer decida sobre qué métodos de control del dolor quiere utilizar.

Métodos no farmacológicos para el manejo del dolor

Se incluyen: apoyo verbal/emocional: explicar a la usuaria lo que va sucediendo en el proceso, hablarle de un tema de su interés o responder las preguntas que realice; apoyo físico: realizar un técnica suave y facilitar un entorno tranquilo, pueden disminuir tanto la ansiedad como la percepción de dolor. Estos métodos deberían considerarse para cada procedimiento de AMEU. La percepción de dolor por parte de la mujer se verá afectada en gran medida por el nivel de ansiedad y la cantidad de información que reciba acerca del procedimiento. La atención respetuosa y de apoyo brindada por el personal de salud también ayuda a disminuir la ansiedad y aminorar el dolor, y debe ser una parte esencial de la atención. **Puede preguntarle a la mujer qué métodos de apoyo prefiere.** Posiblemente se sienta más tranquila y cómoda si alguien del personal de enfermería, de los asistentes o una persona de su confianza la acompañan durante el procedimiento.

Una **almohadilla térmica** o **bolsa de agua caliente** sobre la parte baja del abdomen también pueden ser de utilidad para disminuir el dolor durante el proceso.

Estos métodos son **complementarios**, pero no sustitutos para el manejo del dolor con medicamentos.

Métodos farmacológicos para el manejo del dolor

Medicamentos orales:

En los ensayos clínicos se ha demostrado que la premedicación con analgésicos no esteroideos, como el ibuprofeno o naproxeno, disminuye el dolor pre y post procedimiento. Además, la premedicación con ansiolíticos orales como las benzodiazepinas (lorazepam, clonazepam, diazepam), podrían ser beneficiosos para algunas mujeres, pero la evidencia de los ensayos clínicos no respalda su uso rutinario.

Anestesia local:

Se ha demostrado que el bloqueo paracervical con 20 ml de lidocaína simple, al 1 o 10% ml de lidocaína simple, al 2% administrado 3 minutos antes de la dilatación del cuello uterino, y a 3 cm de profundidad, disminuye el dolor durante la dilatación y la aspiración. El bloqueo paracervical es un procedimiento de bajo riesgo que puede ser practicado por médicos generales y profesionales de la salud (licenciados en enfermería, enfermeros perinatólogos, parteras profesionales) antes de la aspiración endouterina.

Sedación consciente:

La sedación consciente usando una combinación de medicamentos intravenosos, como el fentanilo y el midazolam, es un medio eficaz para el manejo del dolor, el cual aumenta el nivel de satisfacción con el procedimiento de aborto. Sin embargo, la administración de sedación consciente aumenta el costo, la complejidad y la posibilidad de riesgos durante el procedimiento de aborto. Mayor monitoreo implica mayor inversión por parte de la unidad de salud en la capacitación del personal y en la procuración de equipo para administrar la sedación consciente en condiciones de seguridad.

Si se ha decidido el uso de medicamentos narcóticos como el fentanilo se debe tener disponible todo el equipo para manejo de la vía aérea en caso de una depresión respiratoria, así como de los medicamentos antagonistas como la naloxona. (Ipas, 2017b).

4. Necesidades anticonceptivas

Una mujer podría ovular tan pronto como dos semanas después del procedimiento de AMEU. En casos de embarazos de edades gestacionales bajas puede ser antes, por lo que se considera que el retorno a la fertilidad ocurre de manera inmediata. Por lo tanto, toda mujer que no desee quedar embarazada debe egresar de la unidad de salud con un método anticonceptivo eficaz. Si la mujer desea un anticonceptivo a largo plazo o la esterilización, pero no es posible proporcionarlos en ese momento, se debe suministrar un método provisional junto con una referencia a los servicios médicos correspondientes. Por lo general, todos los anticonceptivos modernos pueden usarse inmediatamente después del procedimiento de AMEU en el primer trimestre, siempre y cuando no existan contraindicaciones. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad solo deben usarse una vez que la mujer haya tenido por lo menos un periodo menstrual, después de la atención postaborto y solo si ha tenido ciclos menstruales regulares antes del aborto.

5. Preparación del equipo de aspiración

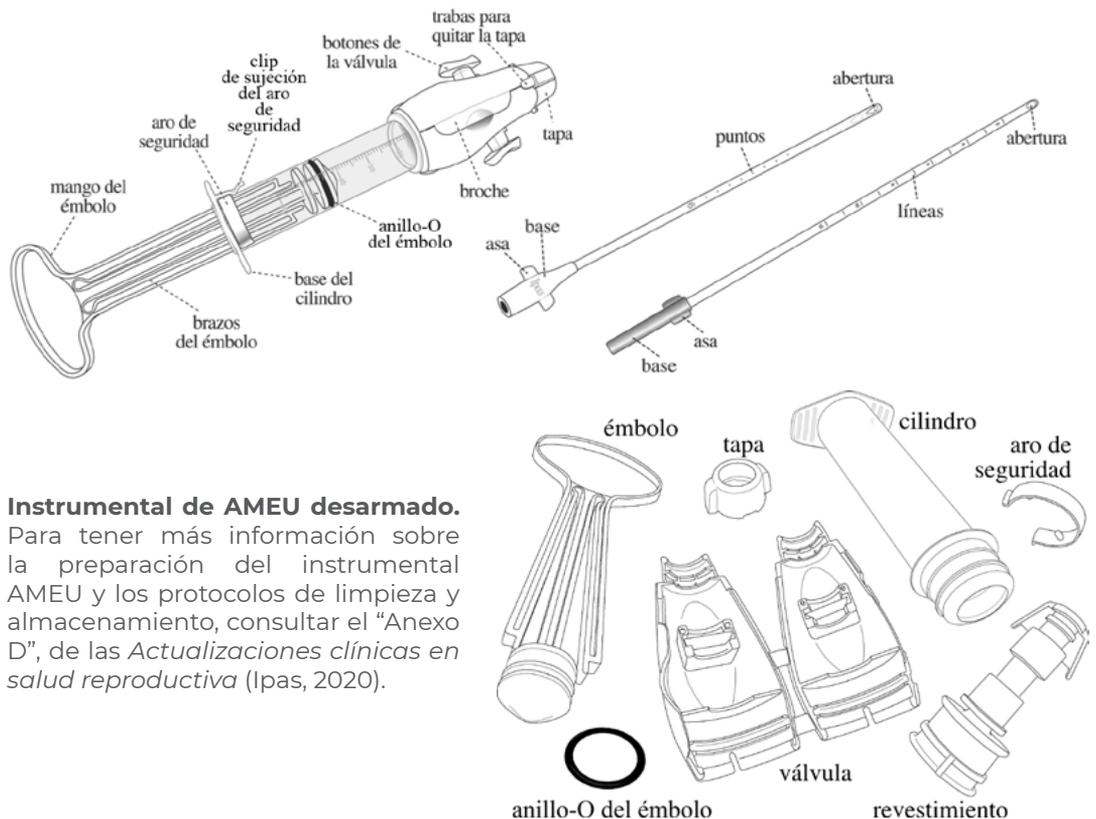
Descripción. El instrumental de AMEU consiste en una fuente de vacío manual (aspirador), que produce succión y retiene el contenido uterino y la sangre extraídos durante el procedimiento de evacuación endouterina. Las cánulas se conectan al aspirador y se utilizan para aplicar succión con el objetivo de aspirar el contenido uterino.

Es importante usar una cánula de tamaño adecuado al tamaño uterino y la dilatación del cuello uterino. Si se usa una cánula demasiado pequeña, podría ocurrir una retención del contenido uterino o la pérdida de la succión.

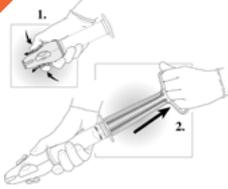
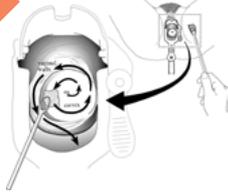
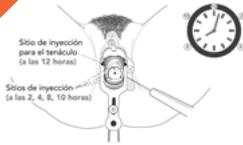
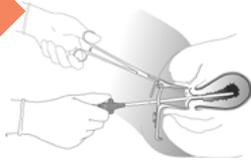
A continuación, se indican los tamaños de cánula recomendados según el tamaño uterino para realizar el procedimiento de evacuación endouterina con AMEU:

- Tamaño uterino de 4 a 6 semanas desde la FUM: cánula de 4 mm a 7 mm
- Tamaño uterino de 7 a 9 semanas desde la FUM: cánula de 5 mm a 10 mm
- Tamaño uterino de 9 a 12 semanas desde la FUM: cánula de 8 mm a 12 mm

Al procesar y desechar el instrumental de AMEU, siempre se debe seguir debidamente los protocolos para el procesamiento del instrumental médico y para la eliminación de desechos contaminados.



10 pasos para realizar la evacuación endouterina por AMEU

<p>1</p> <p>Preparar el instrumental</p>		<p>2</p> <p>Preparar a la mujer</p>	
<p>3</p> <p>Efectuar la preparación antiséptica del cuello uterino</p>		<p>4</p> <p>Colocar el bloqueo cervical</p>	
<p>5</p> <p>Dilatar el cuello uterino (si es necesario), si ya se ocupó preparación cervical* no es necesario realizar este procedimiento</p>		<p>6</p> <p>Introducir la cánula despacio pero firme</p>	
<p>7</p> <p>Aspirar el contenido del útero</p>		<p>8</p> <p>Inspeccionar los restos ovulares</p>	
<p>9</p> <p>Colocar el DIU si la mujer así lo ha solicitado</p>		<p>10</p> <p>Tomar medidas inmediatas post procedimiento, incluido el procesamiento del instrumental</p>	

* Ver paso número 1 para detalles sobre este procedimiento

Paso 1. Antes de comenzar el procedimiento de AMEU se recomienda la preparación del cérvix de manera rutinaria después de las 12 semanas de gestación, o en caso de mujeres adolescentes. No se debe considerar como un procedimiento de rutina en semanas gestacionales menores a las 12.

La dosis que se debe administrar es 400 mcg de misoprostol por vía sublingual o vaginal de 1 a 3 horas antes del procedimiento.

Verifique que el aspirador conserve el vacío y luego también debe crear el vacío para la evacuación durante el procedimiento. Además, se recomienda tener un aspirador de respaldo disponible y preparado para usarse en caso de que el primer aspirador tenga problemas técnicos.

Paso 2. Administre el medicamento para el dolor de 30 a 60 minutos antes para que este se encuentre en pleno efecto en el momento de realizar el procedimiento. Si cuenta con ellos, administre antibióticos profilácticos a todas las mujeres, así como antibióticos terapéuticos en caso de identificar datos clínicos de ITS. Pida a la mujer que vacíe la vejiga. Cuidadosamente, ayude a la paciente a subirse a la mesa de procedimientos. Cerciórese de que la paciente está colocada en una posición segura y que ha firmado el consentimiento informado para empezar el procedimiento. Lávese las manos y póngase las barreras de protección necesarias, incluidos los guantes. Realice un examen bimanual a fin de confirmar o actualizar los hallazgos de la evaluación clínica realizada anteriormente. Antes de efectuar la evacuación endouterina, es fundamental determinar con exactitud el tamaño y la posición del útero. Seleccione un espéculo, si dispone de varios tamaños, utilice el más indicado para la mujer y el más propicio para el examen o el procedimiento. Notifíquelo a la mujer que requiere introducir el espéculo, pídale permiso para realizarlo, si es metálico, puede calentarse en las manos para reducir la molestia producida por la temperatura fría del mismo.

Paso 3. Utilizando la “técnica de no tocar” en todo momento, limpiar el cérvix y, si desea, las paredes vaginales con una gasa empapada en antiséptico. Si no se dispone de antiséptico, se podrá usar una solución de agua salina. Con cada gasa nueva, comience con un movimiento en espiral hacia fuera. Continúe hasta que haya cubierto completamente con antiséptico. No limpie el cuello uterino con la misma gasa que se utilizó para limpiar la vagina.

Paso 4. Se recomienda inyectar 20 ml de solución de lidocaína al 1%, a una profundidad de 3 cm en cuatro puntos paracervicales (2, 4, 8 y 10 de acuerdo con las manecillas del reloj). Cuando se usa lidocaína, la dosis recomendada es de menos de 200 mg por persona, ya que si es superior a ese nivel se presenta toxicidad. Si no se dispone de lidocaína al 1%, esta se puede sustituir por 10 ml de lidocaína al 2%. Se puede emplear la técnica de bloqueo paracervical de dos puntos (inyectando a las 4 y 8 horas) (Ipas, 2020).

Donde se disponga de bicarbonato de sodio y donde el personal haya sido capacitado para utilizarlo, este se puede agregar al bloqueo paracervical (1 ml de bicarbonato de sodio por cada 10 ml de solución anestésica) (Ipas, 2020).

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

Es esencial examinar cuidadosamente la posición del útero y del cuello uterino y utilizar suavemente el instrumental que corresponda a la anatomía de la mujer. Dilate el cuello uterino según sea necesario para permitir que la cánula adecuada al tamaño uterino ingrese ajustadamente a través del orificio cervical.

Paso 5. La dilatación cervical es necesaria en la mayoría de los casos, pero no en todos. La dilatación no es necesaria cuando el cuello uterino permite el paso ajustado de una cánula de tamaño indicado a través del orificio cervical. Sin embargo, la dilatación cervical es un paso indispensable si el cuello uterino se encuentra cerrado o todavía no está suficientemente dilatado.

El profesional de la salud debe dilatar suavemente y nunca ejercer fuerza. Utilice dilatadores mecánicos o cánulas de AMEU de tamaño progresivamente mayor, con mucho cuidado de no desgarrar el cuello uterino o crear una perforación. El tenáculo se puede utilizar para enderezar el orificio cervical a fin de facilitar el paso de los dilatadores. Se pueden causar perforaciones uterinas, especialmente si el personal de servicios de salud no calcula bien la posición, el tamaño y la profundidad del cuello uterino y del útero o introduce el instrumental con movimientos forzados.

La preparación del cuello uterino debe practicarse en mujeres con edades gestacionales mayores de 12 a 14 semanas, ya que estas presentan mayor necesidad de dilatación cervical. El misoprostol podría utilizarse para la preparación cervical, en los lugares donde se encuentre disponible. La preparación del cuello uterino también podría ser útil en mujeres muy jóvenes o en mujeres nulíparas con edades gestacionales más bajas y podría usarse a criterio del personal de servicios de salud.

Paso 6. A medida que ejerce una tracción suave en el cuello uterino con la “técnica de no tocar”, introduzca la cánula a través de este, hasta justo un poco

más allá del orificio cervical interno y dentro de la cavidad uterina. O bien, desplace la cánula lentamente dentro de la cavidad uterina hasta tocar el fondo del útero y después retírela un poco. Para facilitar la inserción de la cánula, aplique movimientos de rotación a medida que ejerce una presión suave.

No introduzca la cánula forzosamente a través del orificio cervical y hacia dentro del útero. Los movimientos forzados podrían dañar el cuello uterino o causar una perforación uterina o lesiones en los órganos pélvicos o en los vasos sanguíneos. Esté alerta durante todo el procedimiento a los signos que puedan indicar la presencia de una perforación, y detenga la succión de inmediato si estos se presentan.

Paso 7. Conecte el aspirador de AMEU ya cargado a la cánula, sujetando el tenáculo y el extremo de la cánula en una mano y el aspirador en la otra. Libere el vacío oprimiendo los botones hacia dentro. La aspiración se iniciará de inmediato. Evacúe el contenido del útero desplazando la cánula suave y lentamente con movimientos de rotación de 180 grados en cada dirección y simultáneamente ejerciendo un movimiento leve de adentro hacia afuera. Se observará tejido y sangre entrando en el cilindro del aspirador a través de la cánula. Es importante no retirar la abertura de la cánula más allá del orificio cervical, ya que esto ocasionaría la pérdida del vacío. Si esto ocurre, o si el aspirador se llena, desconecte la cánula del aspirador y restablezca el vacío.

Paso 8. Los siguientes signos indican que **el útero se encuentra vacío**:

- Se observa el paso de espuma roja o rosada a través de la cánula, pero no se distinguen más restos ovulares.
- Se percibe una sensación de aspereza a medida que la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
- El útero se contrae alrededor de la cánula.
- La paciente se queja de tener dolor o cólicos, lo cual indica la presencia de contracciones uterinas.

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

Para vaciar el contenido del aspirador en un recipiente adecuado, desconecte la cánula, si todavía está conectada, suelte los botones, si están oprimidos, y deslice el émbolo suave y completamente dentro del cilindro. No empuje el contenido del aspirador a través de la cánula, ya que se contaminaría. Mantenga el instrumental listo en caso de que necesite repetir la aspiración.

Inspeccione el tejido para determinar:

- La presencia y cantidad de restos ovulares (RO).
- Que ha sido una evacuación completa.
- La presencia de un embarazo molar, entre otros.

Si la inspección visual no es concluyente, el material debe colarse, sumergirse en agua o vinagre y examinarse colocando una luz debajo de este. También puede enviarse una muestra de tejido a un laboratorio de patología, según sea necesario. El hecho de no contar con el área de patología no es causa suficiente para retrasar la atención a la mujer.

Deben observarse vellosidades y decidua en el tejido, y la cantidad de tejido debe corresponder al tamaño uterino. En los casos de embarazo molar; por lo general, se observarán vellosidades coriónicas con vesículas del tamaño de uvas.

Si no se observan restos ovulares, si se extrajo menos tejido del útero que lo previsto o la muestra de tejido no es concluyente, esto podría indicar:

- Aborto incompleto: la cavidad uterina todavía contiene restos ovulares, aunque parezca estar vacía al final del procedimiento. Esto puede deberse a que se usó una cánula muy pequeña o a que se finalizó el procedimiento prematuramente.
- Aborto espontáneo que ya se completó.
- Aborto fallido.
- Sospecha de embarazo ectópico: si no se observan vellosidades o decidua, debe considerarse la posibilidad de un embarazo ectópico, el cual debe evaluarse de inmediato.
- Anomalía anatómica: por ejemplo, en la presencia de un útero bicorne o septado, la cánula puede haberse introducido en el lado del útero donde no se encontraba el embarazo.

Si después de inspeccionar el tejido parece que aún hay restos ovulares presentes en el útero, repita la aspiración.

Antes de retirar el espéculo, limpie el cuello uterino con una gasa limpia para determinar la cantidad de sangre proveniente del útero u otra parte. Si la paciente sigue sangrando significativamente o si se identifican otras complicaciones, el profesional de la salud debe intervenir según sea necesario. En este momento, inserte el DIU si es que ha sido solicitada su colocación.

Use su criterio clínico para determinar si es necesario realizar un examen bimanual para verificar el tamaño y la consistencia del útero.

Paso 9. Una vez concluido el procedimiento de AMEU, proceda a colocar o prescribir el método anticonceptivo seleccionado por la mujer u otros

procedimientos planificados a realizarse concurrentemente, tales como la inserción de un DIU o un implante, la oclusión tubaria bilateral o reparar un desgarre del cuello uterino.

Paso 10. Cuando se haya finalizado la evacuación endouterina y cualquier otro procedimiento adicional, debe tomar las siguientes medidas:

- Informar a la mujer, de manera reconfortante, que el procedimiento ha concluido.
- Procesar o desechar de inmediato todo el instrumental, incluido el aspirador y las cánulas, de conformidad con los protocolos de procesamiento del instrumental. [Por favor, remítase al “Anexo D” de las *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* (Ipas, 2020)].
- Quitarse las barreras de protección, como los guantes, y lavarse las manos.
- Ayudar a la paciente a colocarse en una posición cómoda de descanso en la mesa de operaciones.
- Ayudar a la paciente a trasladarla a la sala de recuperación.
- Registrar la información sobre el procedimiento de conformidad con el protocolo local. Informarle sobre los datos de alarma y seguimiento antes de su alta.

5 Consideraciones posteriores a la evacuación endouterina por AMEU

Cuidados postprocedimiento

Los cuidados postprocedimiento son todos los servicios que se proporcionan a la paciente una vez concluidos los procedimientos médicos y antes de darla de alta. Es necesario garantizar que toda complicación que ocurra durante o inmediatamente después de la atención médica sea detectada y manejada antes de su egreso. Los cuidados postprocedimiento brindan la oportunidad de proporcionar información a la mujer sobre cómo reconocer y buscar tratamiento para las complicaciones que pudieran surgir una vez que haya egresado de la unidad de salud.

Monitoreo físico y apoyo psicológico

Inmediatamente después de concluir el procedimiento de aspiración endouterina, se debe tomar los signos vitales de la paciente. Luego se debe permitir que descanse y continúe su recuperación mientras se le da seguimiento hasta que sus signos vitales regresen a la normalidad. La duración del periodo de recuperación varía según el cuadro clínico de la mujer, el grado de facilidad del procedimiento, los tipos de medicamentos administrados para el dolor y cualquier otro procedimiento efectuado.

El objetivo del monitoreo es:

- Asegurarse de que la paciente se recupere adecuadamente del procedimiento y se restablezca de la administración de los medicamentos perioperatorios.
- Detectar y manejar los síntomas de las complicaciones postprocedimiento.
- Brindar consejería y referencias a otros servicios para atender otras necesidades de salud reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción y la consejería.
- Proporcionar información a la paciente sobre qué esperar y qué hacer después de su egreso de la unidad de salud.

Mientras que la mujer se está recuperando, se debe monitorear de cerca su estado fisiológico y los signos vitales, esto de conformidad con los protocolos de la unidad de salud. Se debe valorar el sangrado de la mujer por lo menos dos veces antes de darla de alta para verificar que los cólicos y el sangrado hayan disminuido. Entre los métodos que pueden utilizarse, uno consiste en pedirle a la paciente que describa su sangrado, examinar su ropa para ver si ha sangrado en exceso y evaluar su aspecto físico.

Antes de dar de alta a la paciente, se le debe ofrecer consejería de apoyo. Puede referirla a otros servicios, según sea necesario, tal como servicios de apoyo para mujeres que han sufrido violencia.

Para la mayoría de las mujeres, el periodo de recuperación en la unidad de salud durará de 30 minutos a 1 hora. Cada unidad de salud tiene diferentes protocolos en caso de que se utilice sedación, pero una recuperación completa por lo general implica que la mujer está despierta, alerta y es capaz de caminar sin ayuda, que sus signos vitales son normales y que ella está de acuerdo en que se encuentra lista para irse. Además, debe presentar signos de una recuperación normal de la evacuación endouterina y cualquier otro procedimiento que se haya efectuado; por ejemplo, disminución del sangrado y del dolor abdominal.

Se puede dar de alta a la mujer tan pronto como se encuentre estable fisiológicamente y haya recibido toda la información necesaria sobre los cuidados de seguimiento.

Después de un procedimiento rutinario de aspiración endouterina no es necesario fijar una cita de control. Sin embargo, es posible que algunas mujeres deseen hacer una visita de seguimiento para asegurarse de que no surgieron complicaciones a raíz del procedimiento o para hablar sobre la anticoncepción u otros asuntos de salud. Si la mujer desea una cita de seguimiento, el personal prestador de servicios de salud puede programarla antes de que la paciente salga de la unidad de salud.

En la medida de lo posible, las mujeres deben salir de la unidad de salud con un método anticonceptivo, si ellas así lo deciden.

Procedimiento de evacuación endouterina con medicamentos

Enseguida se explican los pasos para efectuar el procedimiento de evacuación endouterina con medicamentos.

Existen dos regímenes principales para el aborto con medicamentos:

1. Uso combinado de la mifepristona y el misoprostol. Puede usarse hasta las 12 semanas de embarazo desde la FUM. Este régimen ha sido ampliamente estudiado y utilizado de manera segura por mujeres en muchos países. Los estudios señalan tasas de eficacia de más del 95%.

2. Uso del misoprostol solo. Puede usarse hasta las 12 semanas de embarazo desde la FUM. Este régimen es menos eficaz que la mifepristona combinada con el misoprostol, pero puede ser útil cuando no se dispone de mifepristona. Cuando se usa el régimen recomendado, el misoprostol solo resulta eficaz en aproximadamente el 85% de los casos.

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

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

El misoprostol estimula las contracciones uterinas y causa la expulsión del contenido uterino. El misoprostol es de bajo costo, puede ser estable a temperatura ambiente y está disponible en muchos países para la prevención y el tratamiento de úlceras gástricas, así como diversos procedimientos ginecológicos. Se absorbe rápidamente cuando se administra por vía vaginal, sublingual o bucal, con un pico menos prolongado de biodisponibilidad en la administración vaginal.

La mayoría de las mujeres que tienen un aborto con medicamentos sangran durante aproximadamente dos semanas, pero algunas sangran más y otras menos. Es posible que la mujer tenga inquietudes sobre cuándo empezará a sangrar y cómo resguardar su privacidad y obtener apoyo durante el proceso.

Debe administrar la mifepristona solo después de que la mujer haya recibido la siguiente información:

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

Regímenes combinados de mifepristona y misoprostol para el aborto con medicamentos hasta las 13 semanas de gestación		
Edad gestacional	Dosis de mifepristona	Dosis, vía y tiempo de administración del misoprostol
Hasta 10 semanas	200 mg por vía oral	1 o 2 días después, administrar una dosis de 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal.
10 a 13 semanas	200 mg por vía oral	1 o 2 días después, administrar 600 mcg vía sublingual u 800 mcg por vía vaginal seguido de 400 mcg por vía vaginal o sublingual cada 3 horas hasta la expulsión del contenido uterino.

Fuente: Ipas (2020a). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

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

Uso de misoprostol por vía bucal	<ul style="list-style-type: none"> • La mujer debe colocar dos tabletas entre cada cachete y las encías (cuatro en total). • Después de 30 minutos, la paciente debe tragar toda la porción restante de las tabletas.
Uso de misoprostol por vía sublingual	<ul style="list-style-type: none"> • Pida a la paciente que coloque cuatro tabletas debajo de la lengua. • Después de 30 minutos, deberá tragar toda la porción restante de las tabletas.
Uso de misoprostol por vía vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • La mujer vacía la vejiga y se acuesta. • Si el personal prestador de servicios de salud introduce las tabletas, debe lavarse las manos y ponerse guantes de examen limpios. • Se introducen todas las tabletas de misoprostol. • Las tabletas deben empujarse lo más profundo posible dentro de la vagina; no necesitan estar en un sitio específico de la vagina. • A menudo las tabletas no se disuelven, pero aun así el medicamento es absorbido. • Es posible que haya fragmentos de las tabletas visibles durante muchas horas. • Después de que la mujer permanezca acostada durante 30 minutos, si las tabletas se caen cuando la mujer se levante o vaya al baño, no es necesario reintroducirlas, pues el medicamento activo ya ha sido absorbido.

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

El personal de salud debe entregar a las mujeres que van a tener un aborto con medicamentos (AM) en el hogar, lo siguiente:

- Las tabletas de misoprostol o una receta médica para obtenerlas.
- Información detallada sobre cómo tomar el misoprostol.
- Medicamento para el dolor, tal como ibuprofeno y/o paracetamol
- Información escrita o ilustrada sobre el proceso de AM, los efectos secundarios y los signos de alarma, la descripción de qué signos indican que tuvo un aborto completo y los datos de contacto para brindar seguimiento, si lo desea la paciente.
- Información sobre a quién contactar (incluido el número telefónico en el que pueden apoyarla) en caso de dudas, problemas, complicaciones o la posibilidad de un aborto fallido, y la información sobre a dónde acudir en caso de alguna urgencia.
- Otros artículos opcionales: toallas higiénicas, algodón, información y métodos anticonceptivos.

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

- Después de tomar el misoprostol, la mujer puede esperar en la unidad de salud hasta que la expulsión del contenido uterino haya terminado. Una mujer que no haya expulsado contenido uterino durante ese tiempo puede quedarse más tiempo esperando a expulsarlo o puede regresar a su casa si tiene transporte y luego buscar cuidados de seguimiento según sea necesario.

Momento de expulsión con el AM

Con el régimen combinado de mifepristona y misoprostol antes de las 9 semanas de gestación, el tiempo promedio desde haber tomado el misoprostol hasta la expulsión del contenido uterino, generalmente, ocurre en 3 horas para las mujeres que usaron el misoprostol por vía sublingual y 4 horas para las mujeres que lo usaron por vía vaginal. Por la vía bucal, el procedimiento lleva un tiempo similar al que dura por la vía vaginal.

El tiempo promedio de expulsión del contenido uterino para el aborto con misoprostol solo es de 7 a 8 horas después de haber tomado la primera dosis de misoprostol. De todas las expulsiones que ocurren, el 80% sucede en un plazo de 24 horas y el 95% ocurre en un plazo de 48 horas. La expulsión sucede con mayor rapidez si el intervalo entre las dosis es más corto (cada 3 horas).

Normalmente, las mujeres empiezan a sentirse mejor el día siguiente de haber usado el misoprostol. La mujer puede reanudar su rutina habitual unos pocos días después de haber tomado el misoprostol. Las náuseas y el vómito, los cuales están asociados con el uso del misoprostol y los síntomas del embarazo, usualmente desaparecen 1 o 2 días después de haber usado misoprostol, lo mismo pasa con los cólicos, los cuales son parte del proceso del AM y no un síntoma del embarazo.

Identificación y manejo de las complicaciones

Hemorragia postaborto

La **hemorragia postaborto** se refiere a la presencia de un **sangrado excesivo que requiere una respuesta clínica**, tal como una transfusión o ingreso hospitalario, y/o un sangrado mayor de 500 ml. Entre las causas de sangrado se encuentran: placenta previa o accreta, atonía uterina, retención de restos ovulares, laceración cervical o vaginal, lesión uterina y coagulopatía.

La hemorragia después de un aborto inducido es rara, ocurre en 0 a 3 de cada 1000 casos después del aborto con medicamentos realizado hasta las 9 semanas de gestación, o de la aspiración por vacío realizada antes de las 13 semanas de gestación, y en 0.9 a 10 de cada 1000 casos después de la evacuación endouterina realizada a las 13 semanas o más de gestación.

Para estar preparados, **el personal de salud debe investigar durante la entrevista los factores de riesgo** tales como dos o más partos por cesárea, un trastorno hemorrágico, edad gestacional superior a las 20 semanas, obesidad, edad materna avanzada y placenta previa o accreta.

Identificación y manejo

Cuando se sospecha de una hemorragia, la evaluación inicial consiste en una inspección del cérvix para detectar laceración, un examen bimanual para detectar atonía uterina y sensibilidad a la palpación, repetir la aspiración o realizar un examen de ultrasonido para detectar restos ovulares retenidos o sangre.

- Una **laceración cervical** se maneja con **presión directa** (con una gasa o pinza con esponja), **aplicación de agentes coagulantes tópicos** (como nitrato de plata o una solución de subsulfato férrico) o, como último recurso, la colocación de **suturas absorbibles**.
- **La atonía uterina requiere una respuesta secuencial rápida:**

Misoprostol	800 mcg por vía sublingual
--------------------	----------------------------

Metilergonovina	Administrar 0.2 mg por vía intramuscular o intracervical; repetir cada 2 o 4 horas. Evitar este tratamiento en mujeres con hipertensión arterial.
Oxitocina	Administrar de 10 a 40 unidades por cada 500 ml a 1000 ml de líquido intravenoso o 10 unidades por vía intramuscular. Especialmente en mujeres con abortos más avanzados del segundo trimestre.
Taponamiento intrauterino	Gasa estéril, 30 ml a 75 ml en un balón de sonda Foley, balón obstétrico o condón inflado colocado en el útero (debe dejarse colocado durante varias horas mientras se observa a la paciente).
Finalmente, medidas quirúrgicas	Pinzamiento o ligadura de arterias uterinas, puntos hemostáticos uterinos o, como último recurso, la histerectomía.

El profesional de la salud que trabaja en centros de salud sin quirófano, debe tener protocolos claros para la reanimación y para el traslado a un establecimiento de salud de nivel superior.

Perforación uterina

La perforación uterina es una complicación poco frecuente, pero tiene el potencial de ser grave; se estima que ocurre entre 0.1 y 3 casos por cada 1000 procedimientos de aborto inducido.

Factores de riesgo de perforación uterina:

Posición del útero: en retroversión, en anteversión aguda o en retroflexión	Anomalías uterinas o cavidad distorsionada por fibromas
Antecedentes de cirugía cervical/uterina, incluida la cesárea	Falta de experiencia del profesional de la salud
Preparación cervical inadecuada	Edad gestacional avanzada
Dilatación cervical difícil	Multiparidad
Gestación múltiple	Infección uterina
Presentación para atención postaborto (después de un procedimiento de aborto inseguro)	

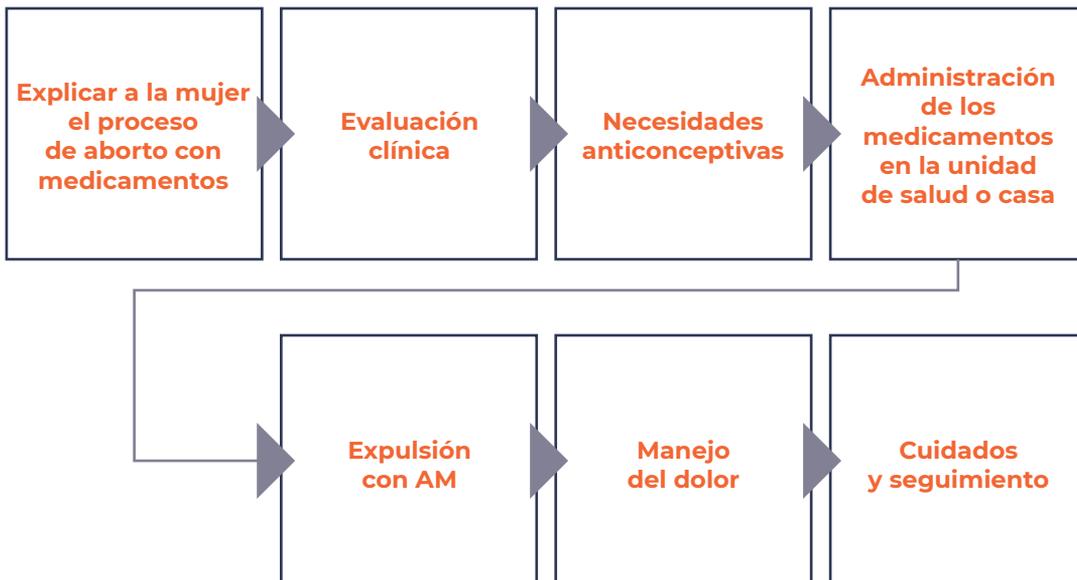
Identificación y manejo

Se debe sospechar que existe perforación uterina cuando ocurre una repentina pérdida de resistencia durante la dilatación cervical o la aspiración endouterina, lo cual permite que un instrumento pase más allá de la longitud prevista del útero. El ultrasonido puede ser útil para identificar la perforación uterina, también puede visualizarse durante la laparoscopia y laparotomía.

Si la paciente se encuentra estable, en muchos casos, la posible perforación se puede manejar de manera conservadora antes de las 13 semanas de gestación. Sin embargo, aunque esté estable, si se sospecha que existe una lesión en las vísceras, debe ser explorada y reparada. Cuando es evidente que hay lesión intestinal o hernia por defecto uterino, sangrado excesivo o inestabilidad hemodinámica, una laparotomía inmediata podría ser preferible para atenderla.

El personal profesional de la salud que trabaja en centros de salud sin quirófano o sin experiencia disponible en el procedimiento, debe tener protocolos claros para la reanimación y para el traslado a un establecimiento de salud de nivel superior.

Síntesis del procedimiento de evacuación endouterina por medicamentos





Recomendaciones para realizar un mejor trabajo:

Es frecuente que personas no especialistas en el tema difundan información incorrecta sobre los métodos para el aborto inducido o enfatizen en los riesgos.

Como profesional de la salud, considere algunos mensajes clave que ofrezcan a la mujer una visión balanceada entre los riesgos y la seguridad de los procedimientos.

Recomendación 1.

No maximizar los riesgos sobre los beneficios ni viceversa.

Recomendación 2.

Asegúrese de que cuenta con evidencia actualizada de toda la información que se emite sobre el aborto.

Recomendación 3.

Evitar generalizaciones sin evidencia a partir de un caso; por ejemplo, en las mujeres con determinada condición la interrupción del embarazo se complica.

¿Qué otras recomendaciones propondría?

Como profesional de la salud, se mantiene actualizado en los protocolos clínicos para la atención integral a las mujeres en situación de aborto.

Siempre Casi siempre A veces Nunca



Preguntas reflexivas

A partir de la revisión del contenido del Bloque II y de acuerdo con su experiencia profesional, le invitamos a que reflexione sobre las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el método de evacuación endouterina que más se realiza en su unidad de salud?, ¿por qué?
- ¿Cuáles son los criterios que considera al momento de optar por un método de evacuación endouterina?, ¿cómo comparte la decisión con la paciente atendida?
- De acuerdo con la percepción de las mujeres que ha atendido, ¿qué método de evacuación endouterina es el más aceptado?, ¿a qué considera que se debe?
- ¿Cuáles son las principales preocupaciones que le plantean las mujeres que ha atendido sobre los métodos para realizar el aborto?, ¿cómo las apoya?
- ¿Qué apoyos necesita para estar actualizado en el manejo de los métodos de evacuación endouterina?



Para saber más

Si quiere obtener más información sobre los temas de este bloque, revise el **Manual de referencia y Manual de capacitación de Ipas**, así como los sitios web donde hay varios recursos que pueden ampliar su perspectiva: <https://www.ipasmexico.org/>
<https://ipaslac.org/> <https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/introduccion/>
<https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/red-profesionales/>
<https://aulavirtual.ipaslac.org/>



Autovaloración

Ponga a prueba sus conocimientos. Encierre en un círculo la respuesta correcta.

1. ¿Cuál de los siguientes métodos no es un método de evacuación endouterina?

- a) Métodos con medicamentos (mifepristona más misoprostol).
- b) Legrado uterino instrumental.
- c) Biopsia endometrial.
- d) Aspiración por vacío.

2. Los métodos recomendados por la OMS para la evacuación endouterina en el primer trimestre son:

- a) Dilatación, curetaje y aspiración por vacío.
- b) Aspiración por vacío, métodos con medicamentos y manejo expectante (para el tratamiento del aborto incompleto).
- c) Legrado uterino instrumental, dilatación y curetaje.
- d) Dilatación y evacuación, métodos con medicamentos y manejo expectante (para el tratamiento del aborto incompleto).

3. ¿Cuál es el método de evacuación endouterina más eficaz?

- a) Mifepristona y misoprostol.
- b) Aspiración por vacío.
- c) Misoprostol solo.
- d) Manejo expectante.

4. La elección del método de evacuación endouterina depende de los siguientes factores, excepto:

- a) Habilidad del personal.
- b) Preferencia de la familia de la mujer.
- c) Equipos, insumos y medicamentos disponibles.
- d) La condición médica y psicológica de la mujer.

5. En una unidad de salud sin anestesista o sin un suministro constante de electricidad, una buena alternativa para proporcionar servicios de evacuación endouterina podría ser:

- a) Referir a las mujeres al prestador tradicional de servicios de aborto más cercano.
- b) Recaudar fondos a nivel local para contratar a un o una anestesista.
- c) Comprar una máquina de AEEU y comunicarse con la compañía eléctrica para que suministre electricidad a la unidad de salud.
- d) Utilizar la AMEU o los métodos de aborto con medicamentos, junto con un método para el manejo del dolor que sea apropiado.

**GUÍA
DIDÁCTICA**

PARA EL
**PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO**



BLOQUE 3

CONSEJERÍA Y SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN

GUÍA DIDÁCTICA

PARA EL
PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO

Ipas
LATINOAMÉRICA
Y EL CARIBE

**GUÍA
DIDÁCTICA**

PARA EL
**PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO**

BLOQUE III. CONSEJERÍA Y SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN



Propósito específico

Al término del **Bloque III**, se espera que usted sea capaz de:

1. Explicar los elementos para la consejería dirigida a mujeres en situación de aborto.
2. Identificar los criterios médicos de elegibilidad anticonceptiva para ofrecer servicios de anticoncepción basados en las necesidades de las mujeres.



Ideas centrales

En este apartado encontrará información referente a la consejería y a los servicios de anticoncepción.

¿Qué es la consejería?

La consejería es la técnica de comunicación que acerca información a la persona sobre sus derechos y condiciones para que esta tome decisiones voluntarias e informadas.

En ocasiones, la consejería se confunde con la necesidad de dar consejos; sin embargo, su función consiste en acercar información completa, oportuna y basada en evidencia a las mujeres para que puedan tomar decisiones libres e informadas, y así ejercer sus derechos humanos, sin que se sientan presionadas o juzgadas.

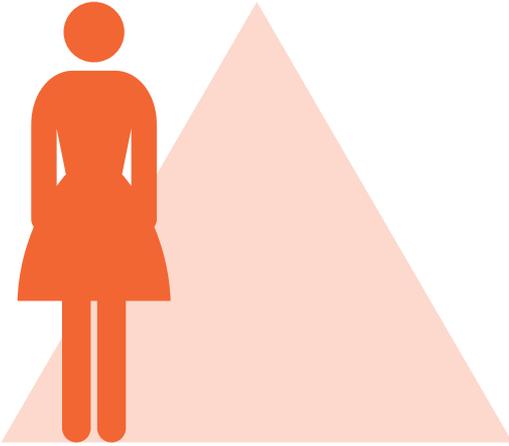
¿En qué consiste el enfoque de la consejería centrada en la mujer?

La consejería debe enfocarse en **brindar información a la usuaria**, la cual le permita seleccionar un método de evacuación endouterina y un método anticonceptivo. La información clave que debe otorgarse a las mujeres se basa en la edad gestacional, la seguridad y la eficacia del procedimiento o método, el costo, la disponibilidad, la preferencia personal de la mujer, así como también deben tomarse en cuenta las habilidades del personal que va a realizar el procedimiento. Todo esto, sin olvidar el estado de bienestar físico, mental y emocional de la mujer.



Principales roles en la consejería relacionada con el aborto:

- Motivar a la mujer a expresar sus sentimientos y afirmarlos.
- Averiguar las circunstancias en torno al embarazo que sean relevantes para su atención clínica.
- Ayudar a la mujer a aclarar sus pensamientos y decisiones respecto a su embarazo, sus necesidades relacionadas con el aborto y su futura salud sexual y reproductiva.
- Asegurarse de que la mujer reciba respuestas apropiadas a sus preguntas e inquietudes, usando palabras que pueda entender.
- Referirla a otros servicios, según sea necesario.
- Ayudar a la mujer a determinar a dónde acudir para recibir apoyo social, si lo necesita.



- Solicitar, respetar y aceptar los pensamientos y sentimientos de la mujer
- Respetar la confidencialidad
- Voluntaria
- Enfocarse en las necesidades de la mujer
- Comunicarse de manera eficaz
- Apoyar las decisiones de la mujer

La consejería no consiste estrictamente solo en proporcionar información, dar consejos o influir en las actitudes y comportamientos de la mujer.

¿Quién puede brindar la consejería?

Todo el personal con conocimiento básico en consejería y con información actualizada en temas de salud sexual y reproductiva.

¿Qué actitudes deberían tener quienes brindan consejería relacionada con el aborto para ofrecer un servicio de alta calidad?

Las mujeres de todas las edades tienen derecho a recibir servicios de alta calidad relacionados con el aborto.

- Cada profesional de la salud debe separar sus actitudes, creencias y prejuicios personales de sus responsabilidades profesionales.
- Los prejuicios negativos afectan la confianza de las mujeres en el personal de salud y reducen la probabilidad de que acudan a este en busca de atención médica.

El personal de prestador de servicios que demuestra empatía...

- Utilizar un lenguaje simple , menos técnico , que sea más accesible para que la usuaria comprenda la información transmitida.
- Practica la escucha activa.
- Es genuino.
- Busca entender los sentimientos de la mujer desde el punto de vista de ella.
- Muestra preocupación.
- Responde de manera sincera.
- Asegura la confidencialidad de las usuarias y propicia un ambiente amigable.
- Asegurarse que la usuaria comprendió la información que se le proporcionó.

¿Cuándo debe brindarse la consejería?

- Antes, durante y después del procedimiento.
- Durante una sesión formal de consejería en algún momento de la consulta.

¿Cuáles son los principales retos de la consejería sobre la atención relacionada con el aborto?

- Falta de tiempo adecuado para ofrecer el servicio.
- Sentimientos conflictivos y estado emocional de la mujer.
- Sentimientos conflictivos de los profesionales de la salud.
- Diferentes culturas o idiomas.
- Agotamiento del prestador de servicios.
- Preparación técnica adecuada por parte del personal de salud para brindar la asesoría.

Técnicas eficaces de consejería (Ipas, 2017)

TU PARTICIPACIÓN PUEDE HACER LA DIFERENCIA.

Algunas de las técnicas empleadas para ofrecer una consejería de calidad son:

- **Escucha activa**, que involucra la comunicación no verbal, es decir, una **actitud y comportamiento** empático.
- **Parfrasear**, que consiste en **repetir con otras palabras lo que la usuaria ha informado acerca de sus emociones y temores**; la consejera o consejero deberá mostrar a la mujer que la escucha y la comprende.
- **Formular preguntas significativas** que le permitan **recabar información importante** y estimular a las usuarias a hablar sobre su situación y contexto específicos.
- **Identificar sentimientos**. Al observar y escuchar a la mujer, podrá identificar cuáles son sus sentimientos y su situación; por ende, **mostrar empatía, comprensión y ayudar en la contención**, en caso de crisis.
- **Dar validez a la usuaria**, implica **creer en ella** y evitar la influencia de los prejuicios de la consejera.
- **Brindarle información veraz, útil y objetiva**. De esa manera la usuaria podrá tomar una **decisión completamente libre, responsable e informada**.
- **Resumir y consensuar planes** para la implementación de la decisión tomada. La consejera deberá **tomar el papel de mediadora y expresar fielmente la decisión de la usuaria**.

Consideraciones especiales para tomar en cuenta

Es posible que algunas mujeres tengan necesidades especiales, y mencionarlas al consejero o a la consejera les puede resultar incómodo. Por lo tanto, es importante que la persona que brinda la consejería haga preguntas para obtener información sobre la situación y decisión de cada mujer.

Los profesionales que se sienten incómodos atendiendo a determinados sectores especiales de la población, podrían obtener capacitación adicional para adquirir mayor competencia.

Otra opción es remitir a estas mujeres a otros profesionales o instituciones que posean las habilidades necesarias para proporcionar servicios de alta calidad, que atiendan sus necesidades especiales, tales como:

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

¿Cuál es el objetivo de la consejería anticonceptiva?

Consiste en proporcionar información a la mujer que le ayude a prevenir un embarazo no deseado a corto, mediano o largo plazo y a escoger un método anticonceptivo apropiado. La consejería anticonceptiva deberá ayudar a cada mujer a evaluar su propia situación y sus necesidades, para que pueda tomar una decisión informada por sí misma.

En la consejería anticonceptiva centrada en la mujer, el personal de servicios de salud se centra en las necesidades individuales de cada mujer, sus intenciones reproductivas, las circunstancias de su vida y su estado de salud.

¿Por qué el uso de anticonceptivos puede promover la salud y los derechos sexuales de la mujer?

- Permite que las mujeres consigan espaciar el nacimiento de sus hijos, y esto mejora la salud infantil y asegura su supervivencia.
- Mejora la calidad de vida de la mujer, porque le da el control sobre su salud reproductiva, incluido el número de hijos que desea tener y cuándo tenerlos.
- Ayuda a las mujeres a evitar embarazos no deseados, evitando que se expongan innecesariamente a los posibles riesgos del embarazo y el parto.

El uso y adherencia de anticonceptivos es más eficaz cuando se informa a la mujer sobre las ventajas, los riesgos, los efectos secundarios y la probabilidad de eficacia de todas las opciones adecuadas y sus alternativas. La participación de las parejas en la consejería anticonceptiva podría aumentar su eficacia, pero solo debe hacerse si la mujer, en una conversación privada con el personal prestador de servicios de salud, indica que desea la participación de su pareja. De lo contrario, se le debe brindar consejería y entregar el método en privado sin informar a su pareja sobre lo transcurrido durante la consulta.

Existen varios modelos de prestación de servicios de anticoncepción. La prestación de servicios de anticoncepción en el mismo momento y lugar en que se proporcionan los servicios de aborto puede ayudar a garantizar que la mujer reciba un método anticonceptivo antes de egresar de la unidad de salud.

Modelos de servicios de anticoncepción

Consejería ofrecida y métodos entregados en la unidad de salud por el personal que proporciona los servicios relacionados con el aborto.

El personal de la unidad donde se proporcionan los servicios de anticoncepción brinda consejería y métodos en la unidad donde se proporcionan los servicios relacionados con el aborto.

La consejería es brindada en la unidad donde se proporcionan los servicios relacionados con el aborto y remite a otra unidad de salud para recibir métodos de anticoncepción.

Las mujeres van a otra unidad de salud para recibir consejería y métodos anticonceptivos.

Consejería anticonceptiva y provisión de métodos anticonceptivos en la comunidad, por personas capacitadas como trabajadores de salud a nivel comunitario o personal de organizaciones comunitarias.

Elementos esenciales de la consejería anticonceptiva

- 1 Saludar y establecer afinidad.
- 2 Preguntar a la mujer sobre sus necesidades; si estaba usando anticoncepción; si desea evitar o aplazar el embarazo, si es posible que haya tenido un aborto terapéutico.
- 3 Explicar las características de los métodos disponibles. **Ver tabla.**
- 4 Explicar cómo funciona el método. **Ver tabla.**
- 5 Volver para seguimiento y referir a otros recursos.

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos y cuáles son sus ventajas?

Cada personal prestador de servicios debe conocer bien la amplia variedad de métodos anticonceptivos y tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad de cada mujer para el uso de cada método, incluida la anticoncepción de emergencia (AE). **Ver tabla.**

HORMONALES							
MÉTODO	DESCRIPCIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN/ DOSIS	EFFECTIVIDAD Nº de embarazos por cada 100 mujeres en un año de uso típico.	RECOMENDACIONES DE USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
IMPLANTE	Son varillas pequeñas y flexibles que se insertan debajo de la piel del antebrazo de la mujer. Liberan una dosis baja y regular de una hormona progestacional para engrosar la mucosa del cuello del útero y afinar el revestimiento del útero (endometrio). Los implantes anticonceptivos también suelen inhibir la ovulación. Hay 2 tipos: 1) dos varillas (levonorgestrel) y 2) una varilla (etonorgestrel).	Subdérmico	<p>★ ★ ★</p> <p>Muy eficaz. Menos de 1 embarazo.</p>	Si el implante hormonal es insertado en los primeros cinco días del ciclo menstrual, tiene efecto inmediato. Si el implante es insertado después de los primeros 5 días del ciclo menstrual, se debe utilizar un método de barrera por 7 días.	Anticonceptivo reversible de larga duración para inserción subcutánea, lo que permite sea discreto y difícilmente visible/perceptible. Protección entre 3 a 5 años dependiendo del tipo. Fácil de usar. No interfiere con las relaciones sexuales. Una vez retirado, el retorno de la fertilidad es inmediato.	Debe ser colocado y retirado por personal capacitado; el proceso puede ser doloroso. Algunas mujeres ven como desventaja el no presentar sangrado menstrual (efecto que suele presentarse después del año de uso).	Sangrado irregular principalmente los primeros 6 meses. Sensibilidad mamaria, náusea, cefalea, mareo, cambio de estado de ánimo, acné (puede mejorar o empeorar), ligero incremento de peso, cólico abdominal.
DIU HORMONAL	Dispositivo intrauterino en forma de T, que libera la hormona levonorgestrel cuyo mecanismo de acción es lograr el engrosamiento del moco cervical para prevenir el paso de los espermatozoides e inhibir la ovulación.	Intrauterino	<p>★ ★ ★</p> <p>Muy eficaz. Menos de 1 embarazo.</p>	Comienza a funcionar 7 días después de ser colocado. Se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual si no se está embarazada. Se debe utilizar un método de barrera durante siete días para protegerse de embarazos no deseados.	Fácil de usar. No interfiere con las relaciones sexuales. El retorno a la fertilidad es inmediato una vez retirado. Al año, el sangrado menstrual se puede hacer más escaso y menos frecuente.	Las adolescentes pueden requerir tratamiento para disminuir el dolor durante la colocación. Leve riesgo de expulsión si existe o se produce una infección durante la colocación.	

MÉTODO	DESCRIPCIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN / DOSIS	EFFECTIVIDAD Nº de embarazos por cada 100 mujeres en un año de uso típico.	RECOMENDACIONES DE USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
 INYECTABLES	<p>Aplicación periódica que inhibe la ovulación y engrosa el moco cervical.</p> <p>Hay 2 tipos:</p> <p>a) con una hormona (progestinal), aplicación cada 2 meses (enartrato de noretisterona) o para aplicar cada 3 meses (acetato de medroxiprogesterona y b) de aplicación mensual con dos hormonas (estrógenos y progestinas).</p>	Intramuscular	<p>★ ★ Eficaz. Entre 1 y 9 embarazos.</p>	<p>La primera inyección debe aplicarse el primer día de la menstruación. La aplicación es mensual siempre en la misma fecha, se presente o no el sangrado o menstruación.</p> <p>Recordar aplicarse una nueva inyección cada 3 meses aproximadamente.</p> <p>Si la primera inyección se realiza los primeros 7 días desde que comienza el periodo, se estará protegida inmediatamente. Si se inyecta en cualquier otro momento del ciclo, debe usar otro método anticonceptivo (como el condón) durante la semana posterior a la aplicación de la inyección.</p>	<p>Anticonceptivo reversible de corta duración y de aplicación intramuscular.</p> <p>No es evidente o perceptible para la pareja.</p> <p>Ampliamente disponible.</p> <p>Fácil de usar.</p> <p>No interfiere con las relaciones sexuales.</p>	<p>El retorno de la fertilidad varía entre 1 a 4 meses dependiendo del tipo.</p> <p>Depende de la memoria de la usuaria. Puede haber dolor en el sitio de aplicación.</p> <p>La inyección mensual requiere indicación con criterio clínico en pacientes con antecedentes o presencia de riesgos cardiovasculares (como hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, tromboembolismo venoso, cirugía mayor con inmovilización prolongada, uso de anticoagulantes, entre otros), en el postparto o la lactancia.</p>	<p>Sangrado irregular.</p> <p>Sensibilidad mamaria, cefalea, náusea, mareo, cambio de estado de ánimo o disminución de la libido.</p> <p>Ligero incremento de peso.</p>
	 PARCHE	<p>Pequeño parche que contiene estrógeno y progestina, y adherible a la piel de la mujer. Inhibe la ovulación.</p> <p>Se debe colocar un parche nuevo cada semana. Durante la tercera y la cuarta semana no se coloca parche y así de manera sucesiva.</p> <p>Se debe colocar en la parte superior externa del brazo, espalda, estómago, abdomen o nalgas, siempre que esté limpio y seco, nunca en los senos.</p>	Dérmico	<p>★ ★ Eficaz. Entre 1 y 9 embarazos.</p>	<p>1) Si se usa durante los primeros 5 días del periodo menstrual, tiene efecto de inmediato.</p> <p>2) De tener relaciones sexuales inmediatas a la colocación del parche, usar un método alternativo de barrera durante los 7 días.</p>	<p>Anticonceptivo reversible de corta duración. Fácil de usar.</p> <p>No interfiere con las relaciones sexuales.</p> <p>Una vez retirado, el retorno de la fertilidad es inmediato.</p> <p>Es un método que la mujer controla.</p> <p>Puede ayudar a regularizar la menstruación y disminuir los cólicos menstruales.</p>	<p>Depende de la memoria de la usuaria ya que requiere un cambio cada semana.</p> <p>Requiere indicación con criterio clínico en pacientes con antecedentes o presencia de riesgos cardiovasculares (hipertensión, accidente cerebrovascular, tromboembolismo venoso, cirugía mayor con inmovilización prolongada, uso de anticoagulantes, entre otros), en el postparto o la lactancia.</p>

HORMONALES

MÉTODO	DESCRIPCIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN/ DOSIS	EFECTIVIDAD Nº de embarazos por un año de uso típico	RECOMENDACIONES DE USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
PÍLDORAS 	<p>Pastillas de toma diaria, con dosis bajas de hormonas que tribujan la ovulación y retrasan el meso menstrual.</p> <p>1) Presentaciones de 28 píldoras: Se toma 1 píldora diario durante 28 días consecutivos. Las últimas siete píldoras de los paquetes contienen hormonas sino que suplemento de hierro.</p> <p>2) Presentaciones de 21 píldoras: Se toma 1 píldora por día durante 21 días consecutivos. En la 21.ª día consecutiva, toma ninguna píldora y en ella llegará el próximo. Se comienza el próximo paquete después de esos siete días.</p> <p>Las píldoras con hormonas tribujan en el cuerpo cuando tengas relaciones sexuales durante la semana que no las tomas.</p>	<p>Oral</p> <p>Es necesario tomar la pastilla todos los días a la misma hora y no omitir ninguna toma.</p>	<p>★ ★ Eficaz. Entre 1 y 9 embarazos.</p>	<p>1) Esperar 7 días después de la primera toma para tener relaciones sexuales.</p> <p>2) De tener relaciones sexuales inmediatas a la primera toma, usar un método alternativo de barrera durante los 7 días.</p>	<p>Anticonceptivo postcoito. No existe límite de dosis (píldoras) por año. Pueden ser utilizadas con seguridad por todas las mujeres, incluidas aquellas con enfermedades crónicas o infecciosas y las que no pueden utilizar hormonas de manera continua.</p> <p>No es abortiva. No afecta la fertilidad. En general, se de fácil acceso. Fácil de usar.</p> <p>No interfieren con las relaciones sexuales.</p> <p>Previene embarazos no deseados producto de una violación.</p> <p>Puede ser usada en niñas en casos de violencia sexual. No se necesitan exámenes ni pruebas diagnósticas para poder tomarlas.</p>	<p>Las píldoras combinadas requieren indicación con criterio clínico en antecedentes o presencia de riesgos cardiovasculares (como hipertensión arterial, accidente cerebro vascular, tromboembolismo venoso, cirugía mayor con inmovilización prolongada, uso de anticoagulantes, entre otros).</p> <p>No están recomendadas en lactancia.</p>	<p>Sangrado irregular.</p> <p>Sensibilidad mamaria, mareo, náusea, mareo, dolor abdominal o fatiga transitoria.</p> <p>Ligero incremento de peso. Acre (puede mejorar o empeorar).</p>
PÍLDORA DE ANTI-CONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PAE) 	<p>También conocida como píldora "del día después". Se puede recurrir a la píldora de anti-concepción de emergencia en la situaciones siguientes:</p> <p>Después de una relación sexual sin protección, cuando el método anticonceptivo ha fallado o este se ha utilizado incorrectamente y, en casos de agresión sexual, cuando no hubo protección. El mecanismo primario es evitar la ovulación.</p>	<p>Oral</p> <p>Acetato de Ulipristal (UPA), 1 tableta de 30 mg.</p> <p>Levonorgestrel (LNG), 1 tableta de 1.5 mg, o 2 tabletas de 0.75 mg.</p>	<p>★ ★ ★ Muy Eficaz. Menos de 1 embarazo.</p> <p>★ ★ Eficaz. 1 embarazo.</p> <p>★ ★ Eficaz. 2 embarazos.</p>	<p>Debe tomarse tan pronto como sea posible, y por no más de 5 días después de la relación sexual.</p>	<p>Anticonceptivo postcoito. No existe límite de dosis (píldoras) por año. Pueden ser utilizadas con seguridad por todas las mujeres, incluidas aquellas con enfermedades crónicas o infecciosas y las que no pueden utilizar hormonas de manera continua.</p> <p>No es abortiva. No afecta la fertilidad. En general, se de fácil acceso. Fácil de usar.</p> <p>No interfieren con las relaciones sexuales.</p> <p>Previene embarazos no deseados producto de una violación.</p> <p>Puede ser usada en niñas en casos de violencia sexual. No se necesitan exámenes ni pruebas diagnósticas para poder tomarlas.</p>	<p>Suele ser menos efectiva que los métodos de uso regular.</p>	<p>Sangrado irregular.</p> <p>Sensibilidad mamaria, mareo, náusea, mareo, dolor abdominal o fatiga transitoria.</p>

HORMONALES

MÉTODO	DESCRIPCIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN/ DOSIS	EFFECTIVIDAD Cubre 99% mujeres por un año de uso típico.	RECOMENDACIONES DE USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
 DIU DE COBRE	<p>Dispositivo intrauterino, con forma de T.</p> <p>El alambre de cobre enrollado alrededor del dispositivo produce una reacción inflamatoria que es tóxica para los espermatozoides y los óvulos, mediante lo cual se evita el embarazo.</p>	Intrauterino	<p>★★★★</p> <p>Muy eficaz. Menos de 1 embarazo.</p>	<p>Funciona inmediatamente después de que es colocado. Se puede colocar hasta 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección para prevenir el embarazo.</p>	<p>Anticonceptivo reversible de larga duración, discreto y difícilmente visible/perceptible. Protección durante 5 a 10 años dependiendo del tipo.</p> <p>Fácil de usar. No interfiere con las relaciones sexuales. El retorno a la fertilidad es inmediato una vez retirado.</p>	<p>Su inserción y retiro requiere de personal capacitado.</p> <p>Las adolescentes pueden requerir mayor necesidad de acompañamiento en el manejo del dolor durante la colocación.</p>	<p>Sangrado irregular, usualmente más abundante y prolongado, acompañado de cólicos, principalmente los primeros 3 a 6 meses.</p> <p>Leve riesgo de expulsión si existe o se produce una infección durante la colocación.</p>
 CONDÓN FEMENINO	<p>Funda suave de poliuretano o látex que cubre el interior de la vagina.</p> <p>Actúa impidiendo la entrada de los espermatozoides a la vagina.</p> <p>No usarlo al mismo tiempo que el condón masculino.</p>	Vaginal	<p>★</p> <p>Uso regular. Poco eficaz. 21 embarazos.</p>	<p>Funciona inmediatamente después de que es colocado en su cuerpo.</p> <p>Puede colocarse hasta ocho horas antes de tener relaciones sexuales.</p>	<p>Anticonceptivo de barrera, controlado por la mujer.</p> <p>Previene ITS, incluyendo el VIH. Carece de efectos colaterales hormonales y puede ser utilizado como método transitorio o de respaldo (doble protección).</p> <p>Puede ser usado por todas las mujeres sin importar edad, paridad o condición de salud.</p>	<p>Posible costo elevado y menos accesible que el condón masculino. Para su colocación, requiere práctica y autoconocimiento del cuerpo. Se debe guiar el pene para asegurar que la penetración sea dentro del condón. No es reutilizable.</p>	<p>Aunque es poco frecuente, podría desizarse o romperse durante el coito.</p> <p>Reacción alérgica, irritación local.</p> <p>El anillo interno puede causar molestia a la mujer y requerir volver a poner.</p>

NO HORMONALES

MÉTODO	DESCRIPCIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN/ DOSIS	EFFECTIVIDAD Nº de embarazos por cada 100 mujeres en un año de uso típico.	RECOMENDACIONES DE USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
NO HORMONALES	 <p>CONDÓN MASCULINO</p> <p>El hombre eyacula dentro del condón, evitando la entrada de espermatozoides a la vagina.</p> <p>Se puede añadir lubricantes a base de agua o silicona, pero nunca de petróleo.</p>	Dérmico	<p>★ ★</p> <p>Uso no consistente: Moderadamente eficaz.</p> <p>13 embarazos.</p>	<p>Funciona inmediatamente después de que es colocado.</p>	<p>Participación activa por parte del hombre en la responsabilidad de la anticoncepción.</p> <p>Previene ITS, incluyendo el VIH.</p> <p>Fácil de conseguir.</p> <p>Carece de efectos colaterales hormonales y puede ser utilizado como método transitorio o de respaldo (doble protección).</p> <p>Puede ser usado por todos los hombres sin importar edad o condición de salud.</p> <p>Generalmente viene lubricado.</p>	<p>Aunque son bastante resistentes, se pueden romper y más si no se utilizan correctamente.</p>	<p>Reacción alérgica, irritación local.</p>
PERMANENTES	 <p>VASECTOMÍA</p> <p>Consiste en cortar y bloquear el tránsito de espermatozoides a través de los conductos que comunican con el pene.</p> <p>Es un procedimiento seguro y sencillo.</p>	Quirúrgico	<p>★ ★ ★</p> <p>Muy eficaz. Menos de 1 embarazo.</p>	<p>Empieza a ser segura alrededor de 3 meses después de la intervención (tras unas 30-40 eyaculaciones).</p> <p>Durante este tiempo se deberán sostener relaciones sexuales utilizando un método alternativo de barrera.</p>	<p>Participación activa por parte del hombre en la responsabilidad de la anticoncepción.</p> <p>Anticonceptivo quirúrgico (generalmente irreversible).</p> <p>Se puede realizar en el ámbito ambulatorio con anestesia local.</p> <p>No interfiere con la satisfacción, ni deseo sexual. Se realiza de manera ambulatoria. En general, es segura para todos los hombres.</p>	<p>Debe ser realizado por personal médico capacitado.</p> <p>Se requiere criterio clínico en pacientes con diabetes, trastorno de la coagulación, infecciones genitales o ITS activas.</p> <p>No brinda una protección inmediata contra el embarazo.</p>	<p>Los riesgos más comunes de una vasectomía son las infecciones, pero suelen ser leves y se pueden tratar con antibióticos.</p> <p>También puede haber dolor, sangrado, hematoma o hinchazón después del procedimiento del procedimiento por aproximadamente una semana.</p>

MÉTODO	DESCRIPCIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN/ DOSIS	EFFECTIVIDAD Nº de embarazos por cada 100 mujeres en un año en uso típico.	RECOMENDACIONES DE USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
 <p>LIGADURA TUBÁRICA O SALPINGOCLASIA</p>	<p>Consiste en cortar o bloquear las trompas de falopio en las mujeres, evita que los óvulos liberados por los ovarios puedan desplazarse a través de las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con los espermatozoides.</p>	<p>Quirúrgico</p>	<p>★★★★ Muy eficaz. Menos de 1 embarazo.</p>	<p>Algunos tipos de esterilización comienzan a proteger de inmediato contra embarazos.</p> <p>En general el paciente debe esperar alrededor de una semana después de la cirugía para tener relaciones sexuales.</p> <p>De tener relaciones inmediatamente, usar otro método hasta que el médico confirme que las trompas están bloqueadas.</p> <p>La paciente puede tener relaciones sexuales cuando ya se sienta cómoda.</p>	<p>No tiene efectos colaterales a largo plazo.</p> <p>No existen contraindicaciones médicas para negar este método por razones de edad, paridad o condición civil de las mujeres.</p>	<p>Debe ser realizado por personal médico capacitado.</p> <p>Habitualmente es irreversible y permanente.</p> <p>Involucra valoración clínica.</p> <p>Suele implicar hospitalización.</p>	<p>Infección local, absceso, dolor local.</p> <p>Complicaciones de la cirugía o anestesia (poco frecuentes a raros).</p>
				<p>PERMANENTES</p>			



Recomendaciones para realizar un mejor trabajo:

Las mujeres que acuden a las unidades de salud suelen tener preocupaciones y temores sobre lo que pasará antes, durante y después del aborto. Como profesional de la salud, cuáles son los principales mensajes que se deben transmitir para brindar una consejería eficaz a las pacientes.

Mensaje 1. Explicar de manera sencilla y clara las diferentes opciones que tiene la mujer (diferentes procedimientos).

Mensaje 2. Comentar que todo se manejará de manera confidencial y bajo consentimiento informado.

¿Qué otros mensajes propondría?

- ¿Siente que está lo suficientemente preparado para brindar consejería eficaz a las mujeres que acuden a su unidad de trabajo?
- ¿Evalúa la situación y/o circunstancia de las pacientes para brindar consejería anticonceptiva?
- ¿Brinda elementos suficientes y pertinentes para que la mujer pueda elegir el método anticonceptivo que más se apegue a sus necesidades?



Preguntas reflexivas

A partir de la revisión del contenido del Bloque III y de acuerdo con su experiencia profesional, le invitamos a que reflexione sobre las siguientes preguntas:

- ¿Cómo es la consejería que usted brinda a las mujeres en situación de aborto?, ¿qué la caracteriza?
- ¿Cuáles son las principales preocupaciones que le expresan las mujeres que atiende durante la consejería?, ¿cómo las atiende?
- ¿Cómo demuestra su empatía al momento de dar consejería a las mujeres?
- ¿Cuál es su principal papel como consejero de la mujer?
- ¿Qué modelo de prestación de servicios de anticoncepción prevalece o se ofrece en su unidad de trabajo?, ¿piensa que este modelo facilita un mayor acceso a los servicios anticonceptivos por parte de las mujeres?
- ¿Cuál es el momento más oportuno para ofrecer consejería y servicios de anticoncepción a las mujeres que acuden a su unidad de trabajo?
- ¿Con qué frecuencia las mujeres que acuden a la unidad de salud donde trabaja incluyen a su pareja en la elección del método anticonceptivo?, ¿a qué razones lo atribuye?



Para saber más

Si quiere obtener más información sobre los temas de este bloque, revise el **Manual de referencia**, así como los sitios web donde hay varios recursos que pueden ampliar su perspectiva:

https://ipaslac.org/recursos/actualizaciones_cli_%C2%ADnicas_en_salud_reproductiva__2021/

<https://www.ipasmexico.org/>

<https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/registro>

<https://aulavirtual.ipaslac.org/>



En específico le sugerimos revisar el siguiente Manual relacionado con la **consejería**.



Autovaloración

Ejercicio 1. Ponga a prueba sus conocimientos sobre los temas vistos en el **Bloque III** y complete la siguiente tabla (al menos coloque 3 ideas en cada espacio).

Sí es consejería...	
No es consejería...	
Mi papel para brindar una consejería eficaz consiste en...	
Los retos que me propongo para mejorar la consejería que brindo en mi unidad de trabajo son...	

Ejercicio 2. Con base en su experiencia y los retos que identifica en la unidad de salud donde labora, responda a las siguientes preguntas. Puede compartir este escrito con sus colegas y su jefe inmediato.

Pregunta	Práctica actual en la unidad de salud	¿Qué se debe cambiar?	¿Qué se necesita para hacer el cambio?
<p>¿Dónde se ofrece la consejería anticonceptiva y la provisión de métodos para las mujeres que reciben servicios relacionados con el aborto?</p>			
<p>¿Cuándo se proporcionan los servicios de anticoncepción postaborto?</p>			
<p>¿Quién proporciona servicios de anticoncepción a las usuarias de servicios de aborto?</p>			



BLOQUE 4

SISTEMA DE MONITOREO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL
DEL ABORTO Y ATENCIÓN POSTABORTO

GUÍA DIDÁCTICA

PARA EL
PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO

Ipas
LATINOAMÉRICA
Y EL CARIBE

**GUÍA
DIDÁCTICA**

PARA EL
**PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO**

BLOQUE IV

SISTEMA DE MONITOREO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO Y ATENCIÓN POSTABORTO

Métodos de evacuación endouterina



Propósito específico

Con el estudio del Bloque IV, se espera que usted sea capaz de:

1. Describir los pasos para establecer un sistema de monitoreo de los servicios de atención integral del aborto y atención postaborto.



Ideas centrales

En este apartado encontrará información referente al sistema de monitoreo de los servicios de atención integral del aborto y atención postaborto.

¿Qué es el monitoreo?

El monitoreo, o el seguimiento rutinario de los servicios, es una forma de utilizar la información con el objetivo de establecer las fortalezas y debilidades de dichos servicios, proporcionar realimentación y permitir hacer ajustes para mejorar la calidad de los servicios y que estos estén adaptados a las necesidades específicas de las mujeres.

¿Por qué es importante el monitoreo?

- Indica si los servicios son eficaces o necesitan mejorar.
- Proporciona información que influye en la prestación de servicios, así como en la aplicación o surgimiento de políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- Mejora los servicios para las usuarias y para el personal de salud.
- Determina si mediante los cambios se logran los efectos deseados.
- Mantiene los servicios relacionados con el aborto funcionando en un nivel elevado.
- El monitoreo es un componente fundamental de la prestación de servicios de alta calidad.

¿Qué caracteriza a un monitoreo eficaz?

- Está integrado en el trabajo rutinario.
- Utiliza indicadores sencillos.
- Es participativo y abierto.
- Se lleva a cabo de manera ética.
- No es punitivo.
- Incluye en todo el proceso a las usuarias de los servicios, incluidas las mujeres jóvenes.

Pasos generales para establecer un sistema de monitoreo para los servicios relacionados con el aborto



1. Planificación

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

El plan debe incluir:	
<input type="checkbox"/>	Integrantes del equipo de monitoreo, compuesto por miembros del personal de la unidad de salud, usuarias de los servicios, incluidas las mujeres jóvenes. También debe incluir cómo se capacitará a las integrantes y los integrantes del equipo.
<input type="checkbox"/>	Qué aspectos de los servicios se monitorearán.
<input type="checkbox"/>	<p>Estándares de calidad e indicadores a ser medidos. Los indicadores son medidas que ayudan a cuantificar las actividades y los resultados. Es importante elegir indicadores que verdaderamente se encuentran bajo el control del personal; si no el proceso podría ser muy desmotivador.</p> <p>Los ejemplos de indicadores que se proporcionan a continuación pueden ayudar a describir la calidad general de los servicios de aborto.</p> <p>Ejemplos: número y tipo de procedimientos efectuados; número y tipo de complicaciones; porcentaje de mujeres que desean recibir un método anticonceptivo y lo reciben; número de mujeres atendidas por edad.</p>
<input type="checkbox"/>	Fuentes de información (libros de registros con datos sobre los servicios y expedientes clínicos).
<input type="checkbox"/>	Métodos para recolectar la información (entrevistas, grupos focales, observación y revisión de registros/expedientes).
<input type="checkbox"/>	Un plan para compartir los resultados con el personal y la comunidad, y para mejorar los servicios, si es necesario.
<input type="checkbox"/>	Un cronograma para el proceso de monitoreo, que incluya las actividades y las personas responsables de estas.

Al planificar un sistema de monitoreo, es importante considerar los indicadores específicos para medir el progreso. **Ejemplo:**

Tipos de servicios	Indicadores	Fuentes de información	Listas de verificación, cuestionarios y entrevistas de egreso
¿Qué servicios deben ser monitoreados?	¿Qué parámetros utilizaremos para medir nuestras actividades?	¿Dónde podemos obtener esta información?	¿Qué tipo de preguntas deberíamos hacer?
Consejería	Número y porcentaje de mujeres que reciben consejería de alta calidad.	Observación de los servicios de consejería, usando una lista de verificación. Revisión de casos recientes en los libros de registros clínicos.	¿Son las mujeres con necesidades especiales referidas con un especialista en el momento que es necesario?

2. Recolección de información

Una vez que el equipo de monitoreo haya elaborado las listas de verificación y otras herramientas, podrá iniciar la recopilación de datos.

Existen varias maneras de reunir información:	
<input type="checkbox"/>	Utilizar la información recopilada rutinariamente por la unidad de salud en libros de registros clínicos, expedientes clínicos y libros de control de insumos, de preferencia con análisis local.
<input type="checkbox"/>	Observación periódica y entrevistas con las usuarias; el personal debe asegurarse de buscar los puntos de vista de las mujeres jóvenes.
<input type="checkbox"/>	Para medir un cambio en un área específica de la prestación de servicios, use el mismo indicador cada vez.
<input type="checkbox"/>	Cada monitor o monitora debe presentarse a la paciente, explicar lo que está haciendo y pedir su permiso para continuar.
<input type="checkbox"/>	Asegurarse de que se respete la privacidad y confidencialidad de la mujer; nunca se debe incluir en los formularios de datos información que pueda identificarla.

Otra manera de reunir información es evaluar el desempeño laboral utilizando las listas de verificación. Estas pueden adaptarse para reflejar los protocolos locales o para enfatizar inquietudes locales, pueden ser utilizadas por los equipos de monitoreo para evaluar el desempeño laboral en muchos aspectos de los servicios relacionados con el aborto.

3. Análisis

Los datos reunidos durante el monitoreo deben ser analizados por el equipo de monitoreo. El análisis de los datos es una oportunidad para que el personal de salud hable abiertamente sobre las fortalezas y debilidades de la unidad de salud.

El objeto de recopilar los hallazgos y analizar los datos es:	
<input type="checkbox"/>	Discutir las fortalezas y debilidades de los servicios.
<input type="checkbox"/>	Identificar las áreas problemáticas y qué factores contribuyeron.
<input type="checkbox"/>	Formular planes para mejorar.
<input type="checkbox"/>	A lo largo del tiempo, evaluar los progresos para mejorar los servicios.

4. Formulación de un plan de acción

Supone:	
<input type="checkbox"/>	Es deseable contar con realimentación de parte de las usuarias de los servicios.
<input type="checkbox"/>	Empezar con problemas que son relativamente fáciles de arreglar con los recursos disponibles.
<input type="checkbox"/>	Discutir una variedad de estrategias antes de seleccionar una.
<input type="checkbox"/>	Redactar un plan por escrito que incluya un cronograma.
<input type="checkbox"/>	Especificar quién es responsable de cada paso.
<input type="checkbox"/>	Discutir el plan con el personal y con las personas de la comunidad que puedan ayudar a ejecutarlo.
<input type="checkbox"/>	Presentar los hallazgos y soluciones propuestas al personal, obtener realimentación.
<input type="checkbox"/>	Informar al personal y a la comunidad los hallazgos positivos y las mejoras, cuando sea apropiado.
<input type="checkbox"/>	Se debe reconocer el trabajo del personal que ayudó a mejorar los servicios.



Recomendaciones para realizar un mejor trabajo:

Como prestador de servicios de salud, tome en cuenta lo siguiente sobre el monitoreo de los servicios de aborto:

Consideración 1.

Recuerde que es importante **integrar el monitoreo a sus tareas rutinarias** para que el proceso se vuelva sencillo. La información puede ser recopilada de fuentes ya existentes, esto optimizará su tiempo.

Consideración 2.

Es conveniente tener **indicadores sencillos** seleccionados cuidadosamente para tener información valiosa sobre la prestación de servicios. Si los indicadores no son claros, no contará con información relevante y, por lo tanto, no tendrá elementos para tomar decisiones sobre cómo mejorar la calidad de la prestación de servicios.

Consideración 3.

En el monitoreo participa todo el personal, bajo esta premisa es importante que usted y sus colegas asuman el compromiso y la responsabilidad sobre los resultados obtenidos durante el monitoreo. Recuerde que nuestra labor es que las mujeres sean atendidas con equidad y calidad.

Consideración 4.

La información reunida debe utilizarse para hacer mejoras en la calidad de la atención.

Recuerde que los cuatro pasos del monitoreo son: planificación, recopilación de información, análisis y formulación de un plan de acción.

¿Cómo calificaría el sistema de monitoreo que actualmente se realiza en su unidad de salud?

Muy eficaz Eficaz Poco eficaz Nada eficaz



Preguntas reflexivas

A partir de la revisión del contenido del **Bloque IV** y de acuerdo con su experiencia profesional, le invitamos a que reflexione sobre las siguientes preguntas:

- Si usted formara parte del Comité de monitoreo en su unidad de trabajo, ¿qué indicadores propondría diseñar para obtener información relevante o valiosa sobre los servicios de aborto y postaborto?
- Si en el monitoreo debe participar todo el personal de salud, ¿qué estrategia seguiría para invitar o integrar a esta actividad a todo el personal de la unidad de salud donde trabaja?
- Desde su experiencia, ¿cuál es el principal reto que advierte en su unidad de trabajo para lograr un sistema de monitoreo eficaz?
- El análisis de la información recolectada sirve para tomar decisiones con la finalidad de mejorar los servicios de aborto y postaborto, ¿qué estrategia utilizaría para comunicar al personal de salud los resultados obtenidos para mejorar el servicio?



Para saber más

Si quiere obtener más información sobre los temas de este bloque, revise el **Manual de referencia y Manual de capacitación de Ipas**, así como los sitios web donde hay varios recursos que pueden ampliar su perspectiva:

<https://www.ipaslac.org>

<https://www.ipasmexico.org/>

<https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/registro>

<https://aulavirtual.ipaslac.org/>



Autovaloración

Ejercicio 1. A partir de su experiencia y los conocimientos obtenidos en la revisión de este bloque, responde el siguiente ejercicio de evaluación.

Actualmente	En el futuro
¿Quiénes son las personas que participan en el monitoreo de los servicios de aborto de la unidad de salud donde labora?	¿Quiénes piensa que deberían integrarse y participar en el monitoreo de los servicios de aborto de la unidad de salud donde labora?

Actualmente	En el futuro
¿Cómo funciona el sistema de monitoreo de los servicios de aborto en la unidad de trabajo donde labora?, ¿cumple su función?	¿Cuáles son los retos que identifica para mejorar el sistema de monitoreo en su unidad de salud?

Actualmente	En el futuro
Identifique dos soluciones a los retos identificados y describa brevemente quiénes y cómo participarían en la unidad de salud donde labora.	

Bibliografía

Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L. & Alkema, L. (2020).

Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019.

Recuperado de:

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext) Ipas (2014). La atención integral del aborto centrada en la mujer. Manual de capacitación (segunda edición). K. L. Turner y A. Huber

Ipas (2014).

La atención integral del aborto centrada en la mujer. Manual de capacitación (segunda edición).

K. L. Turner y A. Huber (eds.).

Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Recuperado de:

<https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2019/04/CACTRNS14-LaAtencionIntegraldelAbortoCentradaenlaMujerManualdeCapacitacion.pdf>

Ipas (2017a).

Acompañamiento y consejería a mujeres en situación de aborto.

Ciudad de México, México: Ipas.

Recuperado de:

https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2020/09/Manual-de-Consejeria-a-mujeres-en-situacion-de-aborto-2017_WEB.pdf

Ipas (2017b).

Memorándum clínico.

Elementos clave sobre la atención de alta calidad para la mujer en situación de aborto.

México: Ipas.

Ipas México (2019).

Información Básica Nacional. Salud reproductiva.

Ciudad de México, México: Ipas.

Ipas (2020a).

Actualizaciones clínicas en salud reproductiva.

L. Castleman y N. Kapp (eds.).

Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Recuperado de:

<https://www.ipasmexico.org/pdf/CURH-S20.pdf>

Ipas (2020b).

Manual de consejería anticonceptiva.

Guía para fortalecer los servicios de anticoncepción en los sitios de salud.

Ciudad de México, México: Ipas.

Recuperado de:

<https://www.ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2020-ManualConsejeriaAnticonceptiva.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (1995).

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

Recuperado de:

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2019).

Mortalidad materna.

Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organización Mundial de la Salud.

Comité de Revisión de Directrices, Salud Sexual y Reproductiva e Investigación, (2022).

Abortion Care Guideline

Recuperado de:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

___ (2017).

En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año.

Comunicado de prensa conjunto de la OMS y el Instituto Guttmacher.

Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortion-occur-each-year>

**GUÍA
DIDÁCTICA**

PARA EL
**PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO**



GUÍA DIDÁCTICA

PARA EL
PROFESIONAL
DE LA SALUD
QUE BRINDA
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO

www.ipaslac.org www.ipasmexico.org
www.profesionalesdelasalud.ipasmexico.org
www.aulavirtual.ipaslac.org
Facebook LAC: Ipas LAC Facebook México: Ipas México
Twitter LAC: @Ipas_LAC Twitter México: @IpasMEX
YouTube: Ipas México
Spotify: Ipas LAC