



GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD QUE BRINDA SERVICIOS DE ABORTO Y POSTABORTO

ELEMENTOS CLAVE PARA
LA ATENCIÓN A MUJERES
EN SITUACIÓN DE ABORTO

RECUERDE: para profundizar los temas acuda a la Guía didáctica para el profesional de la salud que brinda servicios de aborto y postaborto (segunda edición)

GUÍA DE CONSULTA
RÁPIDA PARA PROFESIONALES
DE LA SALUD QUE BRINDAN
SERVICIOS DE ABORTO Y
POSTABORTO:

ELEMENTOS CLAVE PARA LA ATENCIÓN
A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO

Ipas
LATINOAMÉRICA
Y EL CARIBE

GUÍA DE CONSULTA

RÁPIDA PARA
PROFESIONALES
DE LA SALUD
QUE BRINDAN
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO:

ELEMENTOS CLAVE PARA
LA ATENCIÓN A MUJERES EN
SITUACIÓN DE ABORTO

1era. edición: Mayo, 2023.

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

Coordinación:

Mara Zaragoza
Karen Padilla

Elaboración de contenidos:

Marcela Masabanda

Revisión de contenidos:

Dinorah Corea
Johana Ginzález

Apoyo técnico:

Guillermo Ortiz

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 más de 30 países, con el objetivo de incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente, el derecho al aborto.

Contenido

Marco general para la atención integral del aborto centrado en la mujer y atención postaborto	9
1. Modelo de Atención Integral del Aborto centrado en la mujer: elección, acceso y calidad.....	9
Los tres ejes que sustentan el modelo.....	10
Atención postaborto.....	11
2. Derechos de la mujer en los servicios de atención integral del aborto y atención postaborto.....	12
Los métodos clínicos para realizar servicios de aborto centrados en la mujer	15
1. La evacuación endouterina con Aspiración Manual (AMEU) Evacuación endouterina con aspiración por vacío.....	16
Pasos para efectuar el procedimiento de evacuación con AMEU	17
A. Consejería y consentimiento informado	18
B. Orientación y diálogo sobre necesidades anticonceptivas.....	19
C. Evaluación clínica: 3 componentes principales	20
D. Plan de manejo del dolor	22
E. Preparación del equipo de aspiración (AMEU)	23
Diez pasos para realizar la evacuación endouterina por AMEU	25
2. La evacuación endouterina con medicamentos	36
RÉGIMEN 1: Uso combinado de la mifepristona y el misoprostol	37

RÉGIMEN 2. Uso del misoprostol solo	37
3. Diagnóstico y manejo de complicaciones en el procedimiento	40
4. Procesamiento del equipo de AMEU	42
Paso 1. Preparación para el momento de uso.....	42
Paso 2. Lavado y desarmado	42
Paso 3. Opciones para el procesamiento	43
Paso 4. Almacenamiento del instrumental.....	45
Consejería o asesoría anticonceptiva	49
1. Consejería o asesoría en anticoncepción	49
2. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos.....	52
3. Métodos anticonceptivos y sus ventajas	53
Anexo 1. Tabla de métodos anticonceptivos	54
Fuentes citadas	60

En esta guía de bolsillo encontrará 3 temas fundamentales para brindar una atención de calidad basada en evidencia científica a usuarias que requieren un aborto seguro; de cada tema se cita información clave y relevante que debe conocer para el proceso.



GUÍA DE CONSULTA

**RÁPIDA PARA
PROFESIONALES
DE LA SALUD
QUE BRINDAN
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO:**

ELEMENTOS CLAVE PARA
LA ATENCIÓN A MUJERES EN
SITUACIÓN DE ABORTO



BLOQUE 1

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

GUÍA DE CONSULTA

RÁPIDA PARA
PROFESIONALES
DE LA SALUD
QUE BRINDAN
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO:

ELEMENTOS CLAVE PARA
LA ATENCIÓN A MUJERES EN
SITUACIÓN DE ABORTO

BLOQUE I.

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

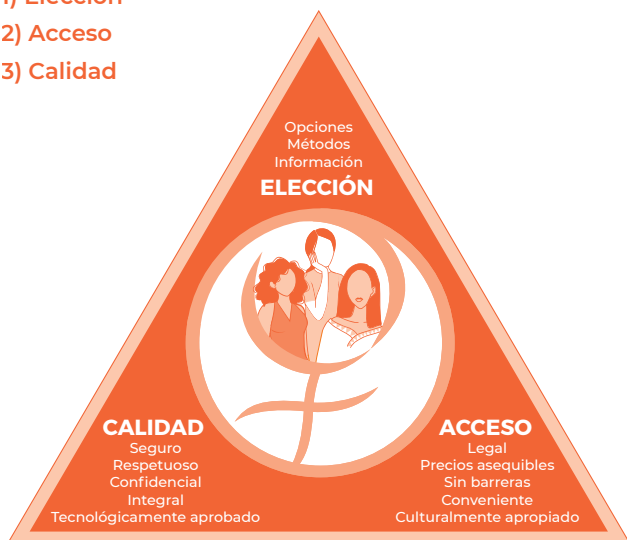
En este apartado encontrará información clave sobre:



1. Modelo de Atención Integral del Aborto centrado en la mujer: elección, acceso y calidad

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 la posibilidad de obtener atención médica.

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



Los tres ejes que sustentan el modelo

Elección

Elección significa que la mujer tiene el derecho a determinar:

- si desea quedar embarazada y cuándo hacerlo;
- si desea continuar el embarazo o abortar;
- qué procedimientos de aborto, anticonceptivos, prestadores de servicios y unidades de salud disponibles utilizará.

Acceso

El **acceso** de la mujer a los servicios está determinado por la disponibilidad de profesionales de la salud con capacitación y competencia técnica.

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

- asequibles económicamente;
- proporcionados de manera oportuna;
- fáciles de acceder en las comunidades locales;
- proporcionados de manera respetuosa y confidencial.

Calidad

La **calidad** alude a:

- 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 contraceptivos 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.

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 para 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 a 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

2. Derechos de la mujer en los servicios de atención integral del aborto y atención postaborto

En el marco de derechos humanos, las mujeres de todas las edades, incluidas las jóvenes y las solteras, tienen 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”.

La 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. En el 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece los principios y obligaciones con respecto al aborto; para más información consulte Ipas (2022) y OMS (2022).



BLOQUE 2

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

GUÍA DE CONSULTA

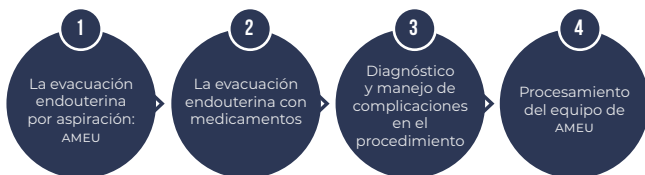
**RÁPIDA PARA
PROFESIONALES
DE LA SALUD
QUE BRINDAN
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO:**

ELEMENTOS CLAVE PARA
LA ATENCIÓN A MUJERES EN
SITUACIÓN DE ABORTO

BLOQUE 2.

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

En este apartado encontrará información clave sobre:



Recuerde que la elección del método depende de:



1. La evacuación endouterina con aspiración manual (AMEU)

Evacuación endouterina con aspiración por vacío

Características	Aspiración por vacío
¿Dónde puede usarse?	En un establecimiento de salud.
¿Cuál es el porcentaje de eficacia?	Más de 98 %.
¿Es seguro y eficaz?	Sí
¿Tanto para mujeres jóvenes como adultas?	Sí
¿Cuáles son los efectos secundarios?	Sangrado leve y cólicos abdominales, que pueden controlarse con analgésicos administrados vía oral.
¿Cuáles son las posibles complicaciones?	Entre las complicaciones poco comunes se encuentran la lesión cervical o uterina, sangrado excesivo, infección o aborto incompleto.
¿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.
¿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.
¿Qué sucede si falla el procedimiento?	Si el procedimiento de aspiración no fue exitoso, debe ofrecerse a la paciente una nueva evacuación endouterina lo antes posible, ya sea con aspiración por vacío o con misoprostol, según la edad gestacional y el contexto local.

Características	Aspiración por vacío
¿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 utilizarse en otras acciones médicas en beneficio de las mujeres.
¿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. • Es sumamente segura. • Hay pocas complicaciones, especialmente cuando se practica antes de las 13 semanas de embarazo. • Pueden explicarse las ventajas a las mujeres, como la alta eficacia.

Pasos para efectuar el procedimiento de evacuación con AMEU

5 Acciones antes del procedimiento de AMEU

A

CONSEJERÍA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO. Brindar información y consejería a la mujer, y obtener su consentimiento informado

B

ORIENTACIÓN Y DIÁLOGO SOBRE NECESIDADES ANTICONCEPTIVAS. Discutir las necesidades anticonceptivas de la mujer

C

EVALUACIÓN CLÍNICA. Incluir el historial clínico de la paciente, la determinación de la edad gestacional, el examen físico y el análisis de laboratorio

D

PLAN DE MANEJO DEL DOLOR. Identificar, en conjunto con la mujer, el plan del manejo del dolor adecuado para ella

E

PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTAL. Verificar que el instrumental para la aspiración por vacío está listo para usarse

A. Consejería y consentimiento informado

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

- Indicaciones de cómo tomar los medicamentos que se le han recetado.
- Información acerca de cuándo reanudar las relaciones sexuales, el regreso de la fertilidad y los anticonceptivos.
- Signos de una recuperación normal.
- Signos y síntomas que requieren atención de urgencia.
- 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.

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.

RECUERDE QUE:

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

LA EMPATÍA ES IMPORTANTE:

- Use un lenguaje sencillo, no técnico.
- Practique la escucha activa.
- Sea genuino.
- Busque entender los sentimientos de la mujer desde el punto de vista de ella.
- Muestre preocupación.
- Responda de manera sincera.
- Asegúrese de que la usuaria comprendió la información que se le entregó.

B. Orientación y diálogo sobre necesidades anticonceptivas

RECUERDE QUE:

- Una **mujer podría ovular** tan pronto como **dos semanas después** del procedimiento de AMEU.
- En embarazos de **edades gestacionales bajas**, esto puede ocurrir **antes**, por lo que se considera que el **retorno a la fertilidad** ocurre de manera **inmediata**.
- 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, debe suministrarse un método provisional junto con una referencia efectiva 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.

C. Evaluación clínica: 3 componentes principales

RECUERDE QUE:

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.

1. Historia clínica

- Primer día de la fecha de última menstruación (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: <ul 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; a través del 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 para confirmarlo. • La hemoglobina y hematocrito opcional quizá sean útiles cuando la anemia es grave. • La inmunización Rhesus (Rh) solamente es necesaria si los protocolos locales lo establecen.

D. Plan de manejo del dolor

Métodos farmacológicos	Métodos complementarios no farmacológicos
<p>Medicamentos orales:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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) podría ser beneficioso para algunas mujeres, pero la evidencia de los ensayos clínicos no respalda su uso rutinario.	<ul style="list-style-type: none">• La percepción de dolor por parte de la mujer se verá afectada en gran medida por el nivel de ansiedad y la cantidad de información que reciba acerca del procedimiento.• La atención respetuosa y de apoyo brindada por el personal de salud ayuda a disminuir la ansiedad y aminorar el dolor, por lo que debe ser una parte esencial de la atención.• Una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente sobre la parte baja del abdomen también pueden ser de utilidad.• El apoyo verbal, emocional y físico, una técnica suave y un entorno tranquilo pueden disminuir tanto la ansiedad como la percepción de dolor.
<p>Anestesia local:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.• Procedimiento de bajo riesgo.• Puede ser practicado por médicos generales y profesionales de la salud (obstetras, personas enfermeras, personal de perinatología, parteras profesionales) antes de la aspiración endouterina.	
<p>Sedación consciente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Usando una combinación de medicamentos intravenosos, como el fentanilo y el midazolam.• Aumenta el nivel de satisfacción con el procedimiento de aborto.• Aumenta el costo, la complejidad y la posibilidad de riesgos durante el procedimiento.• Requiere de mayor monitoreo, lo que implica una mayor inversión.• Procuración de equipo para administrar la sedación consciente en condiciones de seguridad.• Para el uso del 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, 2019, p. 65).	

E. Preparación del equipo de aspiración (AMEU)

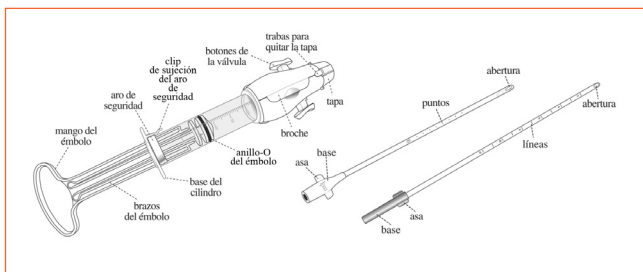
Descripción. El instrumental de AMEU consiste en una fuente de vacío manual (aspirador), que produce succión y retiene el contenido uterino y la sangre extraídos durante el procedimiento de evacuación endouterina. Las cánulas se conectan al aspirador y succionan para aspirar el contenido uterino.

RECUERDE: puede revisar el video del uso de AMEU en: <https://www.youtube.com/watch?v=JOzVlc8G1T0>

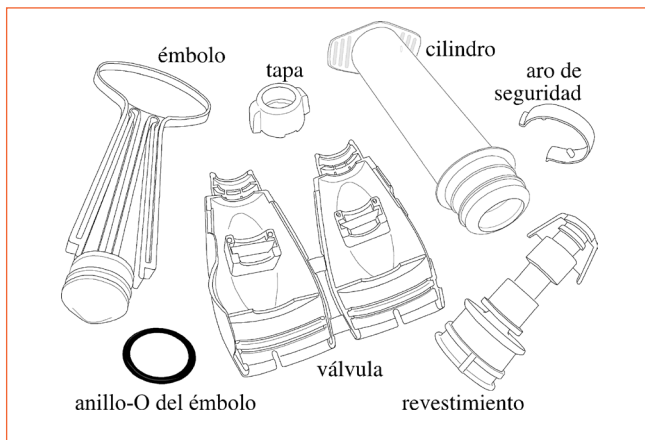
RECUERDE QUE: es importante usar una cánula de magnitud adecuada al tamaño uterino y a la dilatación del cuello uterino. Si se usa una cánula demasiado pequeña, podría ocurrir una retención del contenido uterino o la pérdida de la succión.

Tamaño uterino desde la FUM	Número de cánula por utilizar
De 4 a 6 semanas	De 4 mm a 7 mm
De 7 a 9 semanas	De 5 mm a 10 mm
De 9 a 12 semanas	De 8 mm a 12 mm

AMEU armado



AMEU desarmado



Después de utilizar el equipo de AMEU hay que seguir debidamente los protocolos para el procesamiento del instrumental y así garantizar la prevención de infecciones a través del equipo contaminado (veáse el apartado de protocolos para el procesamiento del instrumental).

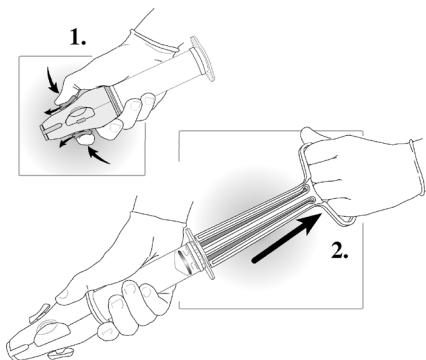
RECUERDE QUE:

- Antes de comenzar el procedimiento de AMEU se recomienda la preparación del cérvix de manera rutinaria en gestaciones de 12 a 14 semanas, o en caso de mujeres adolescentes y nulíparas con edades gestacionales más bajas. No debe considerarse como un procedimiento de rutina en semanas gestacionales menores a 12.
- La dosis que debe administrarse es 400 mcg de misoprostol por vía sublingual o vaginal de 1 a 3 horas antes del procedimiento.

Diez pasos para realizar la evacuación endouterina por AMEU

1. Preparar el instrumental

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



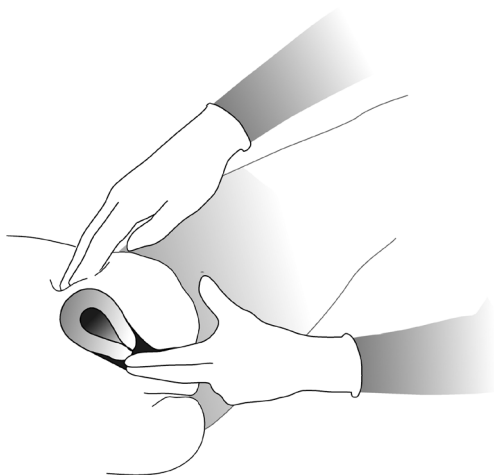
2. Preparar a la mujer

- Administre **medicamento para el dolor** de 30 a 60 minutos antes de comenzar el procedimiento.
- Administre **antibióticos profilácticos** a todas las mujeres, así como antibióticos terapéuticos en caso de identificar datos clínicos de ITS. **La falta de antibióticos no debe ser una barrera para la prestación de servicios de aborto.**

Regímenes comunes
200 mg de doxiciclina por vía oral antes del procedimiento.
500 mg de azitromicina por vía oral antes de procedimiento.
500 mg de metronidazol por vía oral antes del procedimiento.

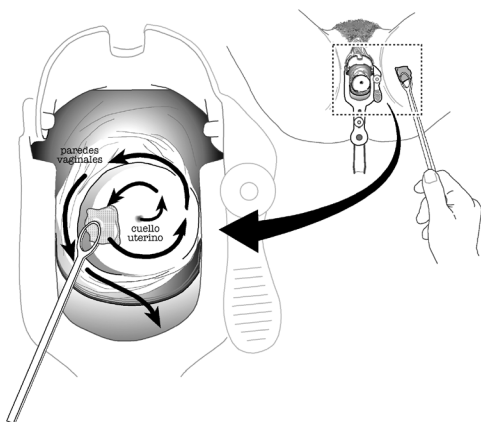
RECUERDE: revise nuestra tarjeta de bolsillo de antibióticos profilácticos antes de la aspiración endouterina en: <https://www.ipas.org/resource/recomendaciones-para-el-uso-de-antibioticos-profilacticos-en-la-atencion-segura-del-aborto-tarjeta/>

- Pida a la mujer que **vacíe la vejiga**.
- **Cerciórese** de que la paciente 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** con exactitud el **tamaño y la posición del útero**.
- Seleccione un **espéculo**, utilice el más indicado para la mujer. Si se trata de **niñas o adolescentes utilice uno pequeño** de ser posible.
- **Comunique a la paciente que va a introducir el espéculo**. Si es metálico, puede calentarse en las manos para reducir la molestia producida por la temperatura fría del mismo.



3. Efectuar la preparación antiséptica del cuello uterino

- Utilizando la “**técnica de no tocar**” en todo momento, limpie el **cérvix** y, si lo 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**.



4. Colocar el bloqueo cervical

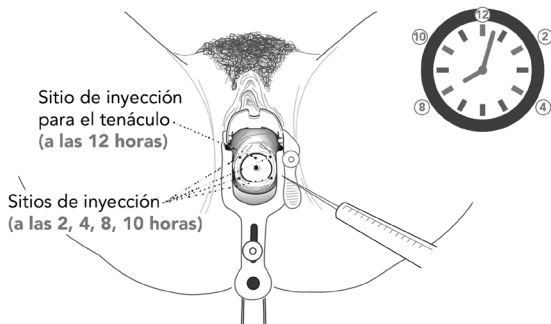
- **Inyecte 20 ml** de solución de **lidocaína al 1%**, a una **profundidad de 3 cm** en **cuatro puntos paracervicales (2, 4, 8 y 10** de acuerdo con las manecillas del reloj).
- Si no se dispone de lidocaína al 1%, esta se puede **sustituir por 10 ml de lidocaína al 2%**.
- Se puede emplear la **técnica de bloqueo paracervical de dos puntos** (inyectando a las **4 y 8 horas**) (Ipas, 2021).
- 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.

RECUERDE QUE:

- Cuando se usa lidocaína, la dosis recomendada es de menos de 200 mg por persona, ya que, si supera esa cantidad, se presenta toxicidad.

RECUERDE: Revise nuestro afiche de bloqueo paracervical en: <https://www.ipas.org/resource/tecnica-de-bloqueo-paracervical/>



5. Dilatar el cuello uterino solo si es necesario

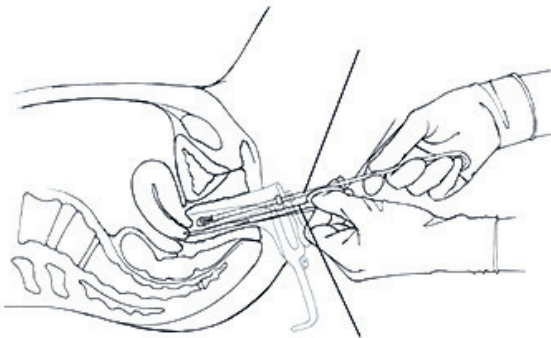
- Si ya se ocupó preparación cervical no es necesario realizar este procedimiento.

RECUERDE QUE:

- 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.
- La dilatación no es necesaria cuando el cuello uterino permite el paso ajustado de una cánula de tamaño indicado a través del orificio cervical.
- La dilatación cervical es un paso indispensable si el cuello uterino se encuentra cerrado o todavía no está suficientemente dilatado.

IMPORTANTE: dilate suavemente y nunca ejerza fuerza. Se pueden causar perforaciones uterinas, especialmente, si no se calcula bien la posición, el tamaño y la profundidad del cuello uterino y del útero o introduce el instrumental con movimientos forzados.

- 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.



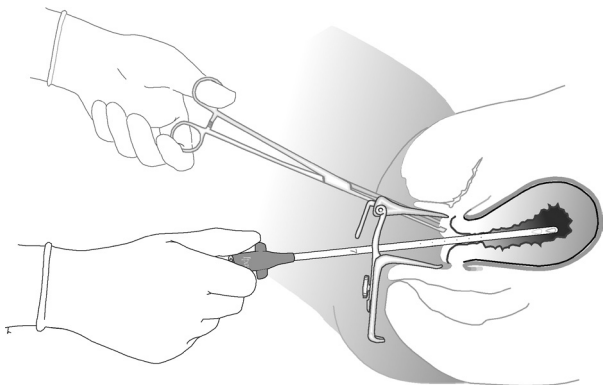
6. Introducir la cánula despacio pero firme

- 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.

IMPORTANTE: 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.

RECUERDE QUE:

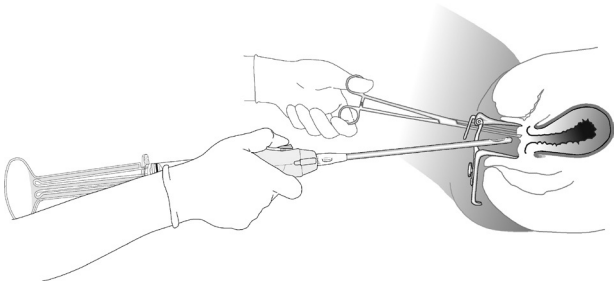
Se debe estar alerta durante todo el procedimiento a los signos que puedan indicar la presencia de una perforación, detenga la succión de inmediato si estos se presentan.



7. Aspirar el contenido del útero

- 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.

IMPORTANTE: es esencial 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.



8. Inspeccionar los restos ovulares

IMPORTANTE: el útero se encuentra vacío cuando:

- 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.

Recuerde que 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.

IMPORTANTE:

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 después de inspeccionar el tejido parece que aún hay restos ovulares.**
- 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.

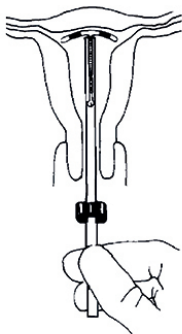
Antes de retirar el espéculo:

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



9. Colocar el dispositivo intrauterino (DIU) si la mujer así lo ha solicitado

- Una vez concluido el procedimiento de AMEU, proceda a colocar o prescribir el método anticonceptivo seleccionado por la mujer u otros procedimientos planificados para realizarse concurrentemente.



10. Tomar medidas inmediatas postprocedimiento, incluido el procesamiento del instrumental

Cuando se haya finalizado la evacuación endouterina, tome las siguientes medidas:

- Informe a la mujer, de manera reconfortante, que el procedimiento ha concluido.
- Procese o deseche 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, Ipas, 2020b).
- Qúitese las barreras de protección, como los guantes, y lávese las manos.
- Ayude a la paciente a colocarse en una posición cómoda de descanso en la mesa de operaciones.
- Ayude a trasladar a la paciente a la sala de recuperación.
- Registre la información sobre el procedimiento, de conformidad con el protocolo local. Dele información acerca de los datos de alarma y seguimiento antes de su alta.

IMPORTANTE: toda complicación que ocurra durante o inmediatamente después de la atención médica será detectada y manejada antes de su egreso.

Monitoree a la paciente:

- Monitoree de cerca su estado fisiológico y los signos vitales.
- Valore 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: pida a la paciente que describa su sangrado, examine su ropa para ver si ha sangrado en exceso, y evalúe su aspecto físico.
- Si fuera necesario, refiérala a otros servicios, como servicios de apoyo para mujeres que han sufrido violencia.
- El periodo de recuperación en la unidad de salud durará de 30 minutos a 1 hora aproximadamente, de acuerdo con los protocolos de cada establecimiento.

RECUERDE: 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.



2. La evacuación endouterina con medicamentos

RECUERDE QUE: los pasos para el procedimiento de evacuación endouterina con medicamentos son:



RECUERDE: revise nuestra tarjeta de bolsillo para aborto con medicamentos en: <https://www.ipas.org/resource/protocolos-para-el-aborto-con-medicaments/>

Existen dos regímenes principales para el aborto con medicamentos:

Régimen	1. Mifepristona más misoprostol	2. Misoprostol solo
Eficacia	Más de 95 %	Entre 80 y 85 %
Probabilidad de complicaciones	Inferior a 1 % hasta las 10 semanas de gestación.	De 1 a 4 % hasta las 13 semanas de gestación.
Tiempo de expulsión	Antes de las 9 semanas: <ul style="list-style-type: none">• 3 horas para las mujeres que usaron el misoprostol por vía sublingual.• 4 horas para las mujeres que lo usaron por vía vaginal o bucal.	7 a 8 horas después de haber tomado la primera dosis.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care Guideline]. OMS.

RÉGIMEN 1: uso combinado de la mifepristona y el misoprostol

INFORMACIÓN CLAVE

Regímenes combinados de mifepristona y misoprostol para el aborto con medicamentos hasta las 12 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 de la mifepristona, administrar una dosis de 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal.
10 a 12 semanas	200 mg por vía oral	1 o 2 días después de la mifepristona, 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: Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care Guideline]. OMS.

RÉGIMEN 2: uso del misoprostol solo

INFORMACIÓN CLAVE:

Usualmente se utilizan 3 dosis de 800 mcg



- Generalmente con 3 dosis es suficiente para culminar el proceso.
- El tiempo de expulsión en embarazos de hasta 9 semanas es de aproximadamente 8 horas. En estos casos 3 dosis son suficientes.

El misoprostol tiene 3 vías de uso:

- a) Bucal
- b) Sublingual
- c) Vaginal: en esta vía pueden quedar restos de las pastillas en la vagina.

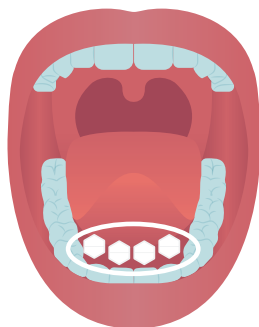
Opción a. Bucal

Colocar entre la encía y la mejilla 2 pastillas de cada lado.



Opción b. Sublingual

Colocar 4 pastillas debajo de la lengua.



IMPORTANTE: las 3 dosis deben usarse por la misma vía elegida. NUNCA MEZCLAR LAS VÍAS

Indique a la paciente que:

- Mantenga las 4 pastillas en el lugar indicado por media hora (sin comer ni beber nada).
- Después de este periodo, deberá tragar los restos de las pastillas con un poco de agua.
- A partir de ese momento podría haber sangrado vaginal.

Opción c. Vaginal

- La mujer vacía la vejiga y se acuesta.
- Hay que 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 misma.
- A menudo las tabletas no se disuelven, pero aun así el medicamento se absorbe.
- Es posible que haya fragmentos visibles de las tabletas 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.

IMPORTANTE: Para las mujeres que van a tener un aborto con medicamentos (AM) en el hogar, entregue lo siguiente:

- Las tabletas de misoprostol o una receta médica para obtenerlas.
- Información detallada sobre cómo tomar el misoprostol.
- Medicamento para el dolor, como ibuprofeno o narcóticos ligeros con indicaciones para tomarlos.
- 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 dónde acudir en caso de alguna urgencia.
- Otros artículos opcionales: toallas higiénicas, algodón, información y métodos anticonceptivos.

3. Diagnóstico y manejo de complicaciones en el procedimiento

HEMORRAGIA POSTABORTO	Causas y factores de riesgo
<p>Se refiere a la presencia de un sangrado excesivo que requiere una respuesta clínica, tal como una transfusión o ingreso hospitalario, o bien, un sangrado mayor de 500 ml.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta previa o accreta, • atonía uterina, • retención de restos ovulares, • laceración cervical o vaginal, • lesión uterina, • coagulopatía. <div style="background-color: #f4a460; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>RECUERDE QUE: 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.</p> </div>

Identificación y manejo

- Para laceración cervical: 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	Administre 0.2 mg por vía intramuscular o intracervical; repetir cada 2 o 4 horas. Evite este tratamiento en mujeres con hipertensión arterial.
Oxitocina	Administre 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.

IMPORTANTE: el profesional 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	Causas y factores de riesgo
<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none">• 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 puede confirmar por ultrasonido o visualizarse durante la laparoscopia y laparotomía.
- Si la paciente se encuentra estable, en muchos casos, la posible perforación puede manejarse 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 explorarse y repararse.
- 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.

IMPORTANTE: 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 profesional 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.

4. Procesamiento del equipo de AMEU

Cuando por alguna circunstancia no pueda cumplirse con el requerimiento de regulaciones locales con respecto al uso único y exclusivo de las cánulas y sea necesaria su reutilización, las recomendaciones y opciones para el correcto procesamiento del aspirador AMEU Plus son las siguientes:

IMPORTANTE: los aspiradores deben desarmarse por completo para la descontaminación, lavado, desinfección de alto nivel (DAN) o esterilización, y deben armarse de nuevo para el almacenamiento.

RECUERDE: revise nuestro afiche de procesamiento del material en nuestro sitio web, así como el video del procesamiento del instrumental en español en: https://vimeo.com/390567474/1b0fe1d6eb?embedded=true&source=video_title&owner=22855761

Paso 1. Preparación para el momento de uso

- Inmediatamente después del procedimiento, todos los aspiradores Ipas AMEU Plus y todas las cánulas Ipas EasyGrip que vayan a reutilizarse deben mantenerse mojados hasta que se laven. Remoje o enjuague el instrumental con agua o jabón enzimático.
- No utilice cloro ni solución salina.

PRECAUCIÓN: los aspiradores y las cánulas deben manejarse siempre con guantes hasta su limpieza.

Paso 2. Lavado y desarmado

- Lave las superficies de todos los instrumentos minuciosamente con agua tibia y detergente, use guantes y una mascarilla protectora.
- Si hay restos ovulares o sangre seca en el interior de la cánula, enjuáguela con agua a presión varias veces o use un hisopo de algodón o paño suave para secar el material.
- Lave las grietas y el interior del cilindro, las piezas de la válvula y el émbolo con un cepillo de cerdas suaves, sin salpicar.

- Lave cada componente hasta que, al inspeccionarse cuidadosamente, no quede rastro visible de restos ovulares o sangre, luego enjuáguelo y permita que se sequen los componentes.

IMPORTANTE: no utilice ningún objeto puntiforme o afilado para limpiar las piezas de la válvula o para desplazar el anillo-O. Esto podría dañar el revestimiento e impedir que el aspirador conserve el vacío.

Paso 3. Opciones para el procesamiento

a) Desinfección de alto nivel (DAN)

- **DAN con solución de hipoclorito de sodio al 0.5 %**
Sumerja los instrumentos completamente de manera que la solución los cubra por dentro y por fuera. Use un contenedor de plástico. Remójelos en una solución de cloro al 0.5 % durante 20 minutos, séquelos con una compresa estéril. La solución de cloro debe cambiarse diariamente o antes si se enturbia.
- **DAN con glutaraldehído potencializado**
Sumerja los instrumentos completamente en la solución de glutaraldehído potencializado y déjelo inmerso durante 15 minutos, siguiendo las instrucciones del fabricante. Deben diluirse 20 ml por cada litro de agua tibia. Deseche después de 14 días o antes si se enturbia.
- **DAN con glutaraldehído al 2 %**
Sumerja los instrumentos completamente en la solución de glutaraldehído al 2 % y déjelo inmerso durante 20 minutos, siguiendo las instrucciones del fabricante. Deben diluirse 20 ml por cada litro de agua tibia. Deseche después de 14 días o antes si se enturbia.

RECUERDE QUE: si se utilizaron agentes químicos para la DAN, saque el material, enjuague todas las piezas con agua estéril y seque con compresa estéril.

b) Esterilización

- **Esterilización con glutaraldehído potencializado**

Sumerja el instrumental completamente en una solución de glutaraldehído potencializado durante 60 minutos. Siguiendo las instrucciones del fabricante, deben diluirse 60 ml por cada litro de agua tibia.

- **Esterilización con glutaraldehído al 2 %**

Sumerja los instrumentos completamente en la solución de glutaraldehído al 2 % y déjelo inmerso durante 10 horas. Siga las instrucciones del fabricante.

RECUERDE QUE: si se utilizaron agentes químicos para la DAN, hay que sacar el material, enjuagar todas las piezas con agua estéril y secarlas con una compresa estéril. Si en su servicio cuenta con otras marcas o porcentajes de glutaraldehídos, por favor, siga las indicaciones del fabricante para la DAN o esterilización.

- **Pasos para la esterilización en autoclave a vapor**

- Todas las piezas del aspirador y las cánulas pueden esterilizarse a vapor a 121 °C (250 °F). Las piezas no deben tocarse entre sí y el aro de seguridad debe retirarse completamente del cilindro.
- Las cánulas, especialmente las de menor tamaño, podrían ponerse curvas en la autoclave a vapor. Para evitar que esto, envuélvalas en tela o papel y coloque el paquete en la parte inferior de la autoclave.
- Procese los instrumentos durante 30 minutos a 121 °C y deje enfriar antes de utilizarlos.

RECUERDE QUE: no debe utilizar ciclos flash en autoclave de vapor, ya que el equipo puede sufrir daños.

Paso 4. Almacenamiento del instrumental

- Los aspiradores y adaptadores pueden ser secados, el anillo-O lubricado y el instrumental rearmado y guardado en un área limpia y seca hasta su uso. No es necesario que el aspirador permanezca desinfectado en un alto nivel o esterilizado en el momento de utilizarse; puede ser colocado en un área limpia o guardado en conformidad con las normas locales.
- Las cánulas deben permanecer estériles o desinfectadas en un alto nivel hasta su próximo uso. Guarde las cánulas en recipientes estériles o desinfectados en un alto nivel para conservar aquel en el que fueron procesadas. Maneje las cánulas por el extremo de la base.
- Los instrumentos que hayan sido procesados con métodos mojados deben ser reprocesados a diario.

GUÍA DE CONSULTA

RÁPIDA PARA
PROFESIONALES
DE LA SALUD
QUE BRINDAN
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO:

ELEMENTOS CLAVE PARA
LA ATENCIÓN A MUJERES EN
SITUACIÓN DE ABORTO



BLOQUE 3

CONSEJERÍA O ASESORÍA ANTICONCEPTIVA

GUÍA DE CONSULTA

**RÁPIDA PARA
PROFESIONALES
DE LA SALUD
QUE BRINDAN
SERVICIOS
DE ABORTO
Y POSTABORTO:**

ELEMENTOS CLAVE PARA
LA ATENCIÓN A MUJERES EN
SITUACIÓN DE ABORTO

BLOQUE 3.

CONSEJERÍA O ASESORÍA ANTICONCEPTIVA

En este apartado encontrará información clave sobre:



1. Consejería o asesoría en anticoncepción

- La asesoría en anticoncepción consiste en dar información a la mujer que le ayude a prevenir un embarazo no deseado a corto, mediano o largo plazo, y que le es útil a ella para escoger un método anticonceptivo que se ajuste a sus preferencias y necesidades.

Acciones antes importantes durante el proceso

Solicitar y aceptar los pensamientos y sentimientos de la mujer

Respetar la confidencialidad

Debe ser voluntaria

Enfocarse en las necesidades de la mujer

Comunicarse de manera eficaz

Apoyar las decisiones de la mujer

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.

RECUERDE QUE:

- El uso y adherencia a los 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 mujer no necesita del consentimiento de su pareja para usar un método anticonceptivo; pero si ella lo desea puede hacerlo parte del proceso de asesoría.

Elementos esenciales de la consejería anticonceptiva:

- Saludar y establecer afinidad.
- 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.
- Explicar las características de los métodos disponibles. (Véase el Anexo 1. Tabla de métodos anticonceptivos).
- Explicar cómo funciona el método. (Véase el Anexo 1. Tabla de métodos anticonceptivos).
- Volver para seguimiento y referir a otros recursos.

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 corporal 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.



2. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos

- La OMS ha publicado los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (OMS, 2015), en donde plantea un sistema de clasificación de cuatro categorías para el uso de los métodos anticonceptivos.
- Las categorías 1 y 4 determinan el uso general del método contraceptivo o la oposición para que se utilice del método, respectivamente. Para las categorías 2 y 3, se requiere de mayor criterio clínico y un seguimiento atento.

Categoría	Criterio clínico
1	Condición para la cual no hay restricción en el uso del método anticonceptivo.
2	Condición donde las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados.
3	Condición donde los riesgos teóricos o comprobados usualmente superan las ventajas de usar el método.
4	Condición que representa un riesgo a la salud inaceptable si el método anticonceptivo es usado.



- Para la anticoncepción postaborto, se consideran adecuados todos los métodos que están dentro de la categoría 1; es decir, los que pueden usarse inmediatamente de forma segura después de un aborto por aspiración, realizado antes de las 12 semanas de gestación, sin presentar complicaciones.
- Las recomendaciones no difieren por el tipo de procedimiento utilizado para realizar la interrupción del embarazo.
- La esterilización femenina es clasificada como aceptable después de un aborto sin complicaciones.
- Todos los métodos anticonceptivos de la categoría 1 pueden usarse inmediatamente de forma segura, luego de un aborto realizado después de las 12 semanas de gestación sin presentar complicaciones, con excepción del DIU, debido a que hay mayor riesgo de expulsión cuando se utiliza el DIU después de la interrupción del embarazo a las 12 semanas o más de gestación.
- El DIU se clasifica en la categoría 2, lo cual significa que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos.



- La esterilización femenina es clasificada como aceptable después de la interrupción del embarazo sin complicaciones cuando esta se realiza a las 13 semanas o más de gestación.
- Salvo pocas excepciones, todas las mujeres pueden usar de forma segura la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los anticonceptivos conductuales.
- El uso reiterado de la anticoncepción de emergencia es una indicación de que la mujer requiere más orientación sobre otras opciones anticonceptivas.

3. Métodos anticonceptivos y sus ventajas

Los prestadores de servicios deben conocer bien la amplia variedad de métodos anticonceptivos y tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad y la condición clínica de la usuaria para el uso de cada método, incluida la anticoncepción de emergencia (AE). **Véase el Anexo 1. Tabla de métodos anticonceptivos.**

Anexo 1. Tabla de métodos anticonceptivos

MÉTODO	DESCRIPCIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN/ DOSIS	EFECTIVIDAD Nº de fallos por cada 100 mujeres por un año de uso típico.	RECOMENDACIONES DE USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
IMPLANTE 	<p>Son varillas pequeñas y flexibles que se insertan debajo de la piel del antebrazo de la mujer.</p> <p>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), anticonceptivos también suelen inhibir la ovulación.</p>	Subdérmico	<p>★★★★</p> <p>Muy eficaz. Menos de 1 embarazo.</p>	<p>Si el implante hormonal es insertado en los primeros cinco días del ciclo menstrual, el efecto es inmediato.</p> <p>Si el implante es insertado después de los primeros 5 días del ciclo menstrual, se debe utilizar un método de barrera por 7 días.</p>	<p>Anticonceptivo reversible de larga duración para subcutáneo que permite ser discreto y difícilmente visible/perceptible.</p> <p>Protección entre 3 a 5 años dependiendo del tipo. Faltó de usar. No interfiere con las relaciones sexuales.</p> <p>Una vez retirado, el efecto de la fertilidad es inmediato.</p>	<p>Debe ser colocado y retirado por personal capacitado; el proceso puede ser doloroso.</p> <p>Algunas mujeres ven como desventaja el no presentar sangrado menstrual (efecto que presentarse después del año de uso).</p>	<p>Sangrado irregular. Sensibilidad mamaria, cefalea, náusea, mareo, cambio de estado de ánimo, empeoran, cambio de peso, cólico abdominal.</p>
DIU HORMONAL 	<p>Dispositivo intraterino 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 espermios a la ovulación.</p>	Intrauterino	<p>★★★★</p> <p>Muy eficaz. Menos de 1 embarazo.</p>	<p>Comienza a funcionar 7 días después de ser colocado.</p> <p>Se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual si no se está embarazada.</p> <p>Se debe utilizar un método de barrera durante siete días para protegerse de embarazos no deseados.</p>	<p>Es reversible de larga duración. Discreto y fácil/perceptible.</p> <p>Protección durante 3 a 5 años dependiendo del tipo.</p> <p>Fácil de usar. No interfiere con las relaciones sexuales.</p> <p>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 experimentar tratamiento para disminuir el dolor de colocación.</p>	<p>Sangrado irregular principalmente los primeros 6 meses.</p> <p>Sensibilidad mamaria, náusea, mareo, cambio de estado de ánimo, puede mejorar o empeorar, ligero incremento de peso, cólico abdominal.</p> <p>Leve riesgo de expulsión si existe o se produce una infección durante la colocación.</p>

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: a) con una hormona (progesterina), aplicación cada 2 meses (enartrato de noretisterona) o para aplicación de un mes (medroxiprogesterona). 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 segunda debe aplicarse al mismo tiempo en la misma fecha, si 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 período, se estará protegida hasta el siguiente ciclo inmediato. Si se inyecta en cualquier otro momento del ciclo, debe usar otro método (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 aplicación con criterio clínico en pacientes con antecedentes o presencia de riesgos cardiovasculares (como hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, tromboembolismo venoso, cirugía mayor 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 distorsión de la libido.</p> <p>Ligero incremento de peso.</p>
	<p>Pequeño parche que contiene estrógeno y progestina, adherible a la piel de la mujer para 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, 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 período 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 regulariza 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>	<p>Sangrado irregular.</p> <p>Sensibilidad mamaria, cefalea, náusea, mareo.</p> <p>Incremento de peso.</p> <p>Síntomas gripales.</p> <p>Vaginitis.</p> <p>Irritación o rash en el sitio de colocación.</p>
 PARCHE							

HORMONALES

MÉTODO

DESCRIPCIÓN

VÍA DE ADMINISTRACIÓN/ DOSIS

EFFECTIVIDAD

No de embarazos por un año de uso típico.

RECOMENDACIONES DE USO

VENTAJAS

DESVENTAJAS

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

Pastillas de toma diaria, con un intervalo de 24 horas que inhiben la ovulación y engrosan el moco cervical.



PILDORAS

1) Presentaciones de 28 pildoras:
Se toma 1 pildora diaria durante 28 días consecutivos. En la cuarta semana se toman siete pildoras de los que no contienen hormonas sino que suplen el ciclo de nuevo.

2) Presentaciones de 21 pildoras:
Se toma 1 pildora por día durante 21 días consecutivos. En la cuarta semana no se toma ninguna pildora y en la quinta semana se toma una pildora cada día. Se comienza el próximo paquete después de esos siete días.

Las pildoras con hormonas evitan embarazos aun cuando tengas relaciones sexuales sin protección que no las tomas.

Oral

Es necesario tomar la pastilla todos los días a la misma hora y en la misma hora.

★ ★
Eficaz. Entre 1 y 9 embarazos.

1) Esperar 7 días después de la primera toma para tener relaciones sexuales.

2) De tener relaciones sexuales inmediatas a la primera toma, usar un método alternativo de barrera durante los 7 días.

Anticonceptivo reversible de corta duración. Ampliamente disponible. Fácil de usar.

No interfiere con las relaciones sexuales. Puede ayudar a regularizar la menstruación y disminuir los cólicos menstruales. Las pildoras combinadas brindan protección contra el cáncer de ovario y endometrial, podría disminuir el riesgo de cáncer colorrectal.

No interfiere con las relaciones sexuales. Puede ayudar a regularizar la menstruación y disminuir los cólicos menstruales. Las pildoras combinadas brindan protección contra el cáncer de ovario y endometrial, podría disminuir el riesgo de cáncer colorrectal.

Las pildoras combinadas requieren indicación con criterio clínico en pacientes con antecedentes o presencia de:

- cardiopatías
- resacas hipertensivas
- accidente cerebro vascular, tromboembolismo venoso, cirugía mayor con inmovilización prolongada, uso anticoagulantes entre otros).

Sangrado irregular. Sensibilidad mamaria, cefalea, náusea, mareo, dolor abdominal o fatiga transitoria.

HORMONALES

PILDORA DE ANTIEMBRASION DE EMERGENCIA (PAE)



También conocida como pildora "del día después". Se puede recurrir a la pildora de antiembarazo de emergencia en la situación siguientes:

Después de una relación sexual sin protección, cuando el método anticonceptivo ha fallado o este se ha utilizado incorrectamente y sexual, cuando no hubo protección. El mecanismo primario es evitar la ovulación.

Oral

Acetato de Ulipristal (UPPA)

1 tableta de 30 mg.

Levonorgestrel (LNG)

1 tableta de 1,5 mg, o 2 tabletas de 0,75 mg

★ ★ ★
Muy Eficaz. Menos de 1 embarazo.



Debe tomarse tan pronto como sea posible, y por no más de 5 días después de la relación sexual.



Anticonceptivo postcoito. No existe límite de dosis (pildoras) por año. Pueden ser utilizadas con seguridad por todas las mujeres, incluidas aquellas con enfermedades crónicas o infecciosas que no pueden utilizar métodos de barrera continuas. No se aborta. No afecta la fertilidad. En general, es de fácil de usar. No interfiere con las relaciones sexuales. Previene embarazos no deseados producto de una violación. Puede ser usado en niñas en casos de violencia sexual. No se necesitan exámenes ni pruebas diagnósticas para poder tomarlas.

Suele ser menos efectiva que los métodos de uso regular.

Sangrado irregular. Sensibilidad mamaria, cefalea, náusea, mareo, dolor abdominal o fatiga transitoria.

NO HORMONALES

MÉTODO	DESCRIPCIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN/ DOSIS	EFFECTIVIDAD Nº de embarazos por cada 1000 en un año de uso típico.	RECOMENDACIONES DE USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
 DIU DE COBRE	<p>Dispositivo intrauterino de cobre, con forma de T.</p> <p>El alambre de cobre enrollado alrededor del dispositivo puede causar una reacción inflamatoria que es tóxica para los espermatozoides y los ovulos, 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 desde el primer mes de 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 que produce una infección durante la colocación.</p>
 CONDÓN FEMENINO	<p>Funda suave de poluretano o látex que cubre el interior de la vagina.</p> <p>Actúa impidiendo la entrada de los espermatozoides a la vagina.</p> <p>No usado 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 Preservativo 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>Possible 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, romperse durante el coito.</p> <p>Reacción alérgica. Irritación local.</p> <p>El anillo interno puede causar molestia a la mujer y requiere volver a poner.</p>

METODO	DESCRIPCION	VIA DE ADMINISTRACION/ DOSIS	EFFECTIVIDAD	RECOMENDACIONES DE USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	POSSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
NO HORMONALES	 <p>CONDÓN MASCULINO</p> <p>El hombre eyacula dentro del condón dejando 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. Fácil de conseguir. 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. Generalmente viene lubricado.</p>	<p>Es un método que controla al hombre, por lo que su uso muchas veces depende del compromiso y sensibilización del hombre.</p> <p>No es reutilizable. Puede causar reacciones alérgicas a personas sensibles al látex.</p> <p>La efectividad depende del uso correcto.</p> <p>Aunque son bastante resistentes, se pueden romper y más si no se utilizan correctamente.</p>	<p>Para la mayoría de los hombres, la mayoría de las veces, provoca ningún efecto secundario obvio y las complicaciones son poco frecuentes.</p> <p>Los riesgos más comunes con la vasectomía son las infecciones, pero suelen ser leves y se pueden tratar con antibióticos.</p> <p>También puede haber dolor, hematomas o hinchazón después del procedimiento para aproximadamente una semana.</p>
PERMANENTES	 <p>VASECTOMIA</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 despoja 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.</p> <p>Transitorio de la coagulación, infecciones genitales o ITS agudas.</p> <p>No brinda una protección inmediata contra el embarazo.</p>	

PERMANENTES

MÉTODO



LIGADURA TUBÁRICA O SALPINGOCLASIA

DESCRIPCIÓN

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.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS

Quirúrgico

EFFECTIVIDAD

Menos de 100 mujeres en un año de uso típico.



Muy eficaz,
Menos de 1
embarazo.

RECOMENDACIONES DE USO

Algunos tipos de esterilización comienzan a proteger de inmediato contra embarazos.

En general el paciente debe esperar una semana después de la cirugía para tener relaciones sexuales.

De tener relaciones inmediatamente, usar otro método hasta que el médico confirme que las trompas están bloqueadas.

La paciente puede tener relaciones sexuales cuando ya se sienta cómoda.

VENTAJAS

No tiene efectos colaterales a largo plazo.

No existen contraindicaciones médicas para negar este método por razones de edad, paridad o condición civil de las mujeres.

DESVENTAJAS

Debe ser realizado por personal médico capacitado.

Habitualmente es irreversible y permanente.

Involucra valoración clínica. Suele implicar hospitalización.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

Infección local, absceso, dolor local.

Complicaciones de la cirugía o anestesia (poco frecuentes a raros).

Fuentes citadas

- Ipas. (s. f.). *Procesamiento del aspirador AMEU Plus® y de las cánulas EasyGrip® (cuadernillo)*. Ipas.
- Ipas. (s. f. b). *Ipas mva Reprocessing Video with Spanish Narration*. https://vimeo.com/390567474/1b0fe1d6e-b?embedded=true&source=video_title&owner=22855761
- Ipas. (2019). *Elementos clave para la atención a las mujeres en situación de aborto*. Ipas.
- Ipas. (2019b). *Protocolos para el aborto con medicamentos (afiche)*. Ipas.
- Ipas. (18 de enero de 2019). *AMEU ¿Qué es? Manual de procedimiento*. <https://www.youtube.com/watch?v=JOzVlc-8GITO>
- Ipas. (2020). *Recomendaciones: uso de antibióticos profilácticos en la atención segura del aborto, incluida la atención postaborto* (tarjeta de bolsillo). Ipas.
- Ipas. (2020b). Anexo D. *En Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Ipas.
- Ipas. (2021). *Técnica de bloqueo paracervical* (afiche). Ipas.
- Ipas. (2022). *Guía didáctica para el profesional de la salud que brinda servicios de aborto y postaborto* (2ª ed.). Ipas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos* (5ª ed.). OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care Guideline]*. OMS.

GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD QUE BRINDA SERVICIOS DE ABORTO Y POSTABORTO

ELEMENTOS CLAVE PARA
LA ATENCIÓN A MUJERES
EN SITUACIÓN DE ABORTO
