

EVACUACIÓN UTERINA CON MEDICAMENTOS EN CONTEXTOS DE CRISIS

GUÍA DEL FACILITADOR

Módulo de capacitación de extensión para actualización clínica destinado a proveedores de atención de la salud que implementen el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva

Iniciativa de Asociación para la Capacitación del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis con Ipas



AGRADECIMIENTOS

Esta guía de capacitación se ha publicado en colaboración con el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis e Ipas. El contenido se ha adaptado a partir de los manuales de La atención integral del aborto centrada en la mujer de Ipas y se ha basado en el *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* de 2018 elaborado por el IAWG. Está destinada a ser utilizada por facilitadores clínicos al frente de un curso introductorio o de actualización para médicos familiarizados con procedimientos intrauterinos que incluyen el uso de medicamentos.

Estos materiales de capacitación se desarrollaron mediante una colaboración continua entre los miembros del IAWG a través del trabajo de la Iniciativa de Asociación para la Capacitación (*Training Partnership Initiative*). Este proyecto se concretó con el generoso aporte de fondos del Ministerio de Relaciones Exteriores de los Países Bajos.

Ipas dirigió el desarrollo del módulo. Agradecemos especialmente a Emily Jackson y Bill Powell de Ipas por sus conocimientos clínicos y por supervisar el desarrollo de esta publicación. Agradecemos asimismo el tiempo y los conocimientos de las siguientes personas que colaboraron como Maestros Facilitadores en las pruebas piloto del módulo: Babatunde Adelekan, Bill Powell, Myriam Kayumba, Patrick Djemo, Sarah Neusy, Talemoh Dah.

Asimismo, estamos agradecidos a los integrantes del Comité Directivo de la Iniciativa de Asociación para la Capacitación y del Subgrupo de Trabajo sobre Atención para el Aborto Seguro del IAWG, entre ellos Sandra Krause y Nguyen Toan Tran, así como a los organismos que ofrecieron espacios para las pruebas piloto: CARE, Médecins du Monde y Save the Children (capacitación adaptada para cumplir con lo establecido en la PLGHA). Alison Greer examinó los contenidos y realizó correcciones. El diseño de los materiales de capacitación estuvo a cargo de Mikhail Hardy y Chelsea Ricker. La versión española fue diseñada por Rec Design. Este recurso fue traducido del inglés al español por Gabriela Haymes. El IAWG le agradece enormemente sus aportes.

Aviso: *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* ofrece la orientación clínica más actualizada de Ipas. Las recomendaciones incluidas en *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* reemplazan cualquier orientación clínica en los programas de Ipas que difiera de la orientación proporcionada en esta publicación. Disponible en el sitio web de Ipas, www.ipas.org.

LISTA DE ABREVIATURAS

AE	Anticonceptivos de emergencia
AIA	Atención integral del aborto
AINE	Antiinflamatorios no esteroideos
APA	Atención posterior al aborto
ARAP	Anticonceptivos reversibles de acción prolongada
AVE	Aspiración de vacío eléctrica
AVM	Aspiración o aspirador de vacío manual
CEACS	Capacitaciones de extensión para actualización clínica breves
DIU	Dispositivo intrauterino
DMPA	Acetato de depo medroxiprogesterona (<i>Depot medroxyprogesterone acetate</i>)
DyL	Dilatación y legrado
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
IAWG	Grupo de Trabajo Interinstitucional (sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis) [<i>Inter-Agency Working Group (on Reproductive Health in Crises)</i>]
IEC	Información, educación y comunicación
IM	Intramuscular
ISR	(Botiquines) Interinstitucionales de Salud Reproductiva en Contextos de Emergencia
IV	Intravenoso/a
LI	Legrado instrumental
OMS	Organización Mundial de la Salud
PA	Presión arterial
PAE	Píldora anticonceptiva de emergencia
PDC	Productos de la concepción
PSIM	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (para la Salud Sexual y Reproductiva)
Rh	Factor Rh
RL	Ringers lactato
SAS	Servicios de aborto seguro
SSN	Solución salina normal
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPM	Último período menstrual
VCAT	Aclaración de valores y transformación de actitudes (<i>values clarification and attitude transformation</i>)
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

ÍNDICE

EL PSIM PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LAS CEACS	3
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA GUÍA DEL FACILITADOR Y DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	5
PREPARACIÓN PARA LA CAPACITACIÓN	8
UNIDAD 1: DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CURSO	12
UNIDAD 2: EVACUACIÓN UTERINA EN CONTEXTOS DE CRISIS	15
UNIDAD 3: MÉTODOS DE EVACUACIÓN UTERINA Y ANTICONCEPTIVOS POSTERIORES AL ABORTO	19
UNIDAD 4: MEDICAMENTOS PARA EL ABORTO INDUCIDO CON MEDICAMENTOS Y ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO	25
UNIDAD 5: EVALUACIÓN DE SHOCK Y CAUSAS SUBYACENTES EN LA ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO	32
UNIDAD 6: PRESTACIÓN DE SERVICIOS	34
UNIDAD 7: EVALUACIÓN Y CIERRE	36
ANEXO 1: TEMARIO MODELO DE CURSO PARA CAPACITACIÓN INDEPENDIENTE	38
ANEXO 2: RESPUESTAS PARA LA PRUEBA AL INICIO DE LA CAPACITACIÓN Y LA PRUEBA FINAL DEL PARTICIPANTE	40
ANEXO 3: REFERENCIAS Y RECURSOS RECOMENDADOS	42

EL PSIM PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LAS CEACS



En esta guía se ofrece lo que esperamos resulte un conjunto de instrucciones sencillas y fáciles de usar para planificar, llevar adelante y evaluar una capacitación de actualización clínica. En este documento, las notas adicionales que le ayudarán en su función como facilitador están marcadas con el símbolo que aparece a la izquierda. También encontrará más detalles sobre el diseño y uso de esta guía más adelante en la sección denominada “Descripción de la guía del facilitador”.

INTRODUCCIÓN

El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva es un conjunto prioritario de actividades vitales que deberá implementarse al inicio de cada emergencia. El PSIM de 2018 consta de seis objetivos y de una actividad prioritaria adicional:

1. Asegurar que el sector/grupo temático de salud identifique una organización y un coordinador de salud sexual y reproductiva para que lideren y coordinen la implementación del PSIM.
2. Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes.
3. Prevenir la transmisión del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual, y reducir la morbilidad y mortalidad debido a estas enfermedades.
4. Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.
5. Prevenir embarazos no deseados.
6. Planificar que los servicios de salud sexual y reproductiva integrales formen parte de la atención primaria de la salud tan pronto como sea posible.

Otra prioridad: También es importante garantizar que en los centros de salud y establecimientos hospitalarios haya servicios de aborto seguro disponibles en la máxima medida que lo admita la ley.

Dejar de lado el PSIM para la salud sexual y reproductiva en contextos de crisis humanitaria tiene graves consecuencias: el fallecimiento evitable de madres y recién nacidos; situaciones de violencia sexual y el trauma posterior; enfermedades de transmisión sexual; embarazos no deseados y abortos inseguros; y la posible propagación del VIH.

El personal de enfermería, las parteras y los médicos que trabajan en emergencias proporcionan los servicios de salud sexual y reproductiva necesarios para lograr los objetivos del PSIM. El IAWG ha diseñado una serie de capacitaciones de extensión para actualización clínica breves (CEACS) a fin de consolidar los conocimientos y destrezas que el personal de atención de la salud encargado de brindar estos servicios prioritarios haya adquirido previamente. *Evacuación uterina con medicamentos en contextos de crisis* es uno de estos módulos. Se ha diseñado como una capacitación independiente sobre evacuación uterina inducida con medicamentos, o para utilizarse

en combinación con el módulo sobre *Evacuación uterina con aspiración de vacío manual en contextos de crisis*. Visite www.iawg.net/scorts para acceder a todos los materiales de capacitación de la serie y a más información sobre su uso.

Se pueden consultar más recursos para implementar los servicios de salud sexual y reproductiva en contextos de crisis en el sitio de IAWG: www.iawg.net/resources. A los facilitadores y participantes de esta capacitación podrían resultarles de interés los siguientes recursos:

- [*Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*](#)
- [*Orientación programática de IAWG para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles durante la pandemia de COVID-19*](#)
- [*Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios: Edición 2020*](#)
- [*Kits Interinstitucionales de Salud Reproductiva ara Situaciones de Emergencia: 6a edición*](#)

ACCESO UNIVERSAL: GARANTIZAR QUE LOS SERVICIOS SE PRESTEN SIN ESTIGMATIZACIONES NI DISCRIMINACIÓN

Las palabras son importantes cuando se dan descripciones y se atiende a quienes necesitan acceder a información y a servicios de atención de la salud, y en especial, a los servicios que se presentan en la serie de CEACS. El lenguaje puede tener un impacto significativo en la salud sexual y reproductiva y en el bienestar, así como en el acceso a información y servicios relacionados. En ocasiones, la terminología que se utiliza en las orientaciones, los programas y las políticas puede ser discriminatoria, estigmatizante y deshumanizante. Conscientes de que es posible que surjan tensiones al intentar utilizar lenguaje inclusivo y apropiado que, al mismo tiempo, sea conciso y efectivo, en especial en el caso de publicaciones, el lenguaje utilizado en la serie de CEACS se basó en las siguientes consideraciones:

- **De género.** En la serie de CEACS, los términos “mujeres”, “niñas” y, a veces, los términos neutrales en cuanto al género “persona”, “personas”, “cliente”, “paciente” o “individuo” se refieren a quienes usan los servicios que se presentan en las CEACS. No obstante ello, los autores reconocen y hacen hincapié en lo siguiente:
 - No solo las mujeres cisgénero (mujeres que se identifican como tales y que cuando nacieron se les asignó el género femenino) pueden quedar embarazadas y tener derechos a atención de salud de calidad, a ser tratadas con dignidad y respeto, y a ser protegidas de estigmatizaciones, discriminación y violencia en todos los contextos. Los hombres trans/personas transmasculinas, las personas

intersexuales, no binarias y de género no conforme pueden quedar embarazadas y enfrentar obstáculos excepcionales para poder acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva. El lenguaje de las CEACS intenta reflejar esta diversidad siempre que sea posible pero, para facilitar la consulta y el uso, es posible que a menudo se haga referencia a “mujeres” o “mujeres y niñas”.

Las personas “sobrevivientes” de violencia sexual pueden ser mujeres, hombres, personas transgénero, intersexuales, no binarias, de género no conforme y personas de todas las edades

- **De edad.**¹ Los adolescentes (niñas, niños, personas transgénero, intersexuales, no binarias y de género no conforme) tienen necesidades de salud sexual y reproductiva especiales y no se los debe discriminar en cuanto al acceso a información, servicios, atención y asistencia de salud sexual y reproductiva. Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas mayores tienen la misma importancia. El lenguaje de las CEACS intenta reflejar esta diversidad siempre que sea posible pero, para facilitar la referencia y el uso, a menudo no se utiliza terminología que se refiera específicamente a la edad.
- **De discapacidad.** Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad han sido ampliamente relegadas. No se debe discriminar a esas personas en cuanto a su acceso a información, servicios, atención y asistencia de salud sexual y reproductiva. Si bien para facilitar la referencia y el uso no siempre se aplica terminología específica sobre discapacidad, las CEACS se elaboraron utilizando principios de diseño universales que aseguren que se pueda acceder a estos materiales. Se recomienda a los facilitadores y a las organizaciones que tomen en cuenta las necesidades de accesibilidad de quienes participen en estas capacitaciones y de las personas que viven con discapacidad en las comunidades donde prestan servicios.
- **De diversidad.** Todas las personas, cualesquiera sean sus antecedentes personales, sociales, culturales y económicos, tienen derecho a tener acceso a información, servicios, atención y asistencia de salud sexual y reproductiva, y a recibir apoyo sin sufrir estigmatización, discriminación ni violencia. Las imágenes y el lenguaje que se utilizan en esta guía se han diseñado teniendo en cuenta la diversidad. Sin embargo, el lenguaje de las CEACS no siempre puede reflejar la gran diversidad de las personas que acceden a información, servicios, atención y asistencia de salud sexual y reproductiva.

Los facilitadores de CEACS deben tener en cuenta estas consideraciones de género, edad, discapacidad y diversidad al momento de llevar adelante estas capacitaciones a fin de promover que todos puedan tener acceso a información, servicios, atención y asistencia de salud sexual y reproductiva.

¿QUÉ PUEDE HACER EL PERSONAL DE SALUD?

Es fundamental que el lenguaje utilizado sea inclusivo, apropiado y respetuoso para reducir el daño y el sufrimiento. Toda la terminología debe adaptarse al contexto del lenguaje local y al entorno sociocultural y requiere un enfoque pragmático, pero sin sacrificar la promoción ni el uso de lenguaje que no sea estigmatizante y que incluya a todos los géneros, edades, situaciones de discapacidad y diversidades. A fin de facilitar la incorporación de ese lenguaje, los miembros del personal de salud deberían tener en cuenta los siguientes principios para que orienten la forma en que se hablan, se escriben y se comunican entre ellos, cómo les hablan y escriben a las personas que acceden a información y servicios de SSR y cómo se comunican con ellas. Estos principios pueden ayudar al personal de salud a dar prioridad al uso de terminología que sea acorde con su mandato profesional, que no es otro que brindar atención a todas las personas.

- **Haga participar a las personas, pregúnteles y respete sus preferencias.** Dado que es necesario adaptar la terminología a idiomas y culturas locales, cada comunidad lingüística y profesional debería participar en el análisis y contextualización de términos que incluyan la diversidad, de modo que estos sean aceptables en las circunstancias en que se los utilice. Por ejemplo, no suponga cuál es el género de una persona (“señora” o “señor”); en cambio, pregunte: “Hola. Le damos la bienvenida. Mi nombre es B y soy su proveedor el día de hoy. ¿Cómo debería llamarle?”.
- **Utilice un lenguaje sin estigmatizaciones, respetuoso y preciso.** Evite utilizar términos prejuiciosos que no se centren en la persona. Favorezca el uso de lenguaje humano y constructivo que promueva el respeto, la dignidad, la comprensión y los puntos de vista positivos (por ejemplo, prefiera “sobreviviente de violencia sexual” a “víctima”).
- **Dé prioridad a la persona.** Se recomienda que las descripciones se centren en las personas y luego en sus características o condiciones médicas (por ejemplo, personas que viven con una discapacidad o personas que viven con VIH). Por lo tanto, debería preferirse el uso de lenguaje centrado en la persona para describir qué es lo que tienen las personas, sus características o las circunstancias en las que viven, que, en definitiva, no deberían definir lo que son ni cómo debe tratarlas el personal de salud.
- **Propóngase ser consciente de lo que dice y hace.** Los profesionales que trabajan con personas de diversos ámbitos deben prestar atención al lenguaje que utilizan, ya que pueden transmitir imágenes y sentidos poderosos. Deben practicar la humildad cultural y la autorreflexión, ser atentos y evitar repetir términos negativos que discriminen, desvaloricen y perpetúen estereotipos perniciosos y desequilibrios de poder. Deben alentar a colegas, amigos y a su comunidad a hacer lo mismo. Los talleres para aclarar los valores destinados a miembros del personal de salud (y de otros sectores) que trabajan con personas de diversos ámbitos y características pueden ser transformadores para aclarar los valores y cambiar las actitudes a fin de mejorar la interacción.

1. Se pueden consultar recursos actualizados y orientación para organizaciones que apoyan a adolescentes en la versión más reciente de IAWG *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva Para Adolescentes en Contextos Humanitarios: Edición 2020*, disponible en: <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition/herramientas-de-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-en-contextos-humanitarios>

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA GUÍA DEL FACILITADOR Y DEL PLAN DE CAPACITACIÓN

El módulo sobre *Evacuación uterina con medicamentos en contextos de crisis* está destinado a ser utilizado por facilitadores clínicos al frente de un curso introductorio o de actualización para profesionales médicos con experiencia en salud reproductiva. Los destinatarios de esta capacitación son proveedores de servicios clínicos que reúnen prerequisites establecidos respecto de conocimientos y habilidades en materia de atención de la salud reproductiva, pero que pueden estar o no capacitados en el uso de mifepristona y/o misoprostol para la evacuación uterina. Los componentes del curso incluyen debates y actividades que promuevan la sostenibilidad de los servicios de evacuación uterina en el lugar. El curso también proporciona maneras de abordar las necesidades de capacitación permanente en contextos de crisis que tienen alta rotación de personal. Está destinado a talleres presenciales en contextos de crisis con recursos limitados.

OBJETIVO

Esta capacitación incluye una presentación de diapositivas y actividades diseñadas para ayudar a los trabajadores de atención de la salud a adquirir los conocimientos y habilidades que necesitan para realizar una evacuación uterina con medicamentos. Al finalizar esta capacitación, los participantes podrán:

1. Explicar por qué la evacuación uterina es una parte esencial de los servicios de salud reproductiva en contextos de crisis
2. Asesorar a las mujeres que soliciten un aborto en contextos de crisis
3. Brindar evacuación uterina con medicamentos a las mujeres en contextos de crisis
4. Reconocer y atender a las mujeres que desarrollen complicaciones relacionadas con la evacuación uterina con medicamentos
5. Integrar la evacuación uterina con medicamentos a sus servicios actuales de salud reproductiva, así como organizar y monitorear los servicios

Tenga en cuenta que este curso se concentra en el uso de medicamentos, más que en la atención integral del aborto o posterior al aborto. Asimismo, no cubre el uso de la aspiración de vacío manual (AVM) para la evacuación uterina a menos que se combine con el módulo *Evacuación uterina con aspiración de vacío manual en contextos de crisis*. Para obtener materiales de capacitación más completos sobre atención integral del aborto y atención integral posterior al aborto, consulte *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de capacitación (segunda edición)* de Ipas y otros programas de Ipas, disponibles en www.ipas.org.

DESTINATARIOS

El programa de capacitación se ha diseñado para trabajadores de atención de la salud, como parteras, personal de enfermería, médicos de práctica general, obstetras/ginecólogos y otras partes que prestarán servicios de evacuación uterina durante el primer trimestre en contextos de crisis y tienen experiencia previa en la atención de la salud sexual y reproductiva. El programa proporciona la información básica necesaria para brindar atención e incluye recursos para profundizar el estudio del tema. Ipas recomienda un máximo de veinte participantes por taller. Si se lleva adelante solo el módulo de evacuación uterina con medicamentos, se recomienda contar con 2 facilitadores (1 por cada 10 participantes).

CONSIDERACIONES Y PREPARACIÓN DE LOS FACILITADORES

REQUISITOS

Todos los facilitadores deben reunir los siguientes criterios:

- Ser médicos calificados en evacuación uterina con medicamentos, capaces de brindar capacitación sobre todos los elementos del curso
- Seguir las pautas clínicas vigentes
- Preferentemente, tener experiencia previa con programas de capacitación clínica de Ipas
- Emplear metodologías de enseñanza efectivas basadas en principios de aprendizaje de adultos
- Ser presentadores y facilitadores efectivos
- Haber facilitado numerosas capacitaciones sobre evacuación uterina, incluida la atención posterior al aborto (APA) con medicamentos
- Tener sólidos conocimientos de trabajo del PSIM de 2018 y del *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis*

PREPARACIÓN RECOMENDADA

Antes de dictar el curso, se recomienda que los facilitadores:

- Revisen el manual de Ipas *Effective Training in Reproductive Health: Course Design and Delivery*. Reference Manual [Capacitación efectiva en salud reproductiva: diseño

e impartición del curso. Manual de referencia.] — <https://www.ipas.org/resources/effective-training-in-reproductive-health-course-design-and-delivery-reference-manual>.

- Revisen la herramienta de Ipas *Transformación de actitudes respecto al aborto: un juego de herramientas para la aclaración de valores para públicos humanitarios* — <https://www.ipas.org/humanitarianVCAT>.
- Revisen el Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios de 2018 del IAWG — <https://iawgfieldmanual.com/>.

Estas y otras publicaciones pueden descargarse en www.ipas.org/resources o en www.iawg.net o poniéndose en contacto con training@ipas.org.

PRERREQUISITOS PARA LOS PARTICIPANTES

Como mínimo, los participantes deberían estar en condiciones de realizar lo siguiente:

- Demostrar conocimientos del aparato reproductor femenino
- Saber cómo preparar una historia clínica y realizar un examen físico
- Determinar con exactitud la edad gestacional a comienzos del embarazo mediante el examen bimanual
- Diagnosticar con precisión un aborto incompleto
- Reconocer y atender o derivar a mujeres para que reciban tratamiento de complicaciones por un aborto incompleto
- Reconocer signos y síntomas de un embarazo ectópico

Los facilitadores deberían evaluar tanto los conocimientos como las destrezas para determinar la competencia de cada participante. Las pruebas al inicio y al final de la capacitación permiten evaluar los conocimientos adquiridos. Los facilitadores pueden utilizar las listas de verificación de habilidades para evaluar el desempeño de los participantes durante dramatizaciones o en una práctica clínica. Ipas recomienda que al término del curso, los participantes completen la evaluación final de modo que sus resultados puedan ser útiles para futuras capacitaciones. Si determina que existe la necesidad de capacitación básica para los médicos con experiencia limitada o sin experiencia en evacuación uterina, o la necesidad de aclaración de valores sobre la prestación de servicios de atención del aborto y atención después del aborto en contextos de crisis:

- Recomiende a la organización de los participantes que planifique una capacitación sobre aclaración de valores extendida, disponible en línea en www.ipas.org/resource/abortion-attitude-transformation-a-values-clarification-toolkit-for-humanitarian-audiences.
- Comuníquese con el coordinador de la Iniciativa de Asociación para la Capacitación del IAWG escribiendo al siguiente correo electrónico: info.iawg@wrcommission.org.



Nota: En contextos de crisis, los cursos de actualización suelen llevarse a cabo en el establecimiento. Asegúrese de llevar a la capacitación todos los insumos necesarios, como los certificados impresos, copias del libro de actividades para participantes u otras copias impresas, y otros recursos impresos o en una memoria USB. En el sitio de las CEACS del IAWG (www.iawg.net/scorts) se recomiendan otros recursos que puede descargar para los participantes. Lleve copias impresas de las diapositivas con notas para su uso y hojas adicionales para el rotafolios por si no hubiera un proyector o electricidad. Deberá ser flexible con respecto a la facilitación para poder adaptarse al contexto y a las necesidades de los participantes.

LIBRO DE ACTIVIDADES PARA PARTICIPANTES QUE SE ACOMPAÑA

Una de las enseñanzas extraídas de las pruebas piloto de la serie de CEACS es que los participantes preferían recibir el material antes de la capacitación para examinarlo y prepararse.

En el *Libro de actividades para participantes* que se acompaña se incluyen copias de los materiales pertinentes relacionados con cada sección de la capacitación y se brinda información adicional. Estos materiales deben compartirse con los participantes tan pronto como sea posible, por lo menos 2 o 3 semanas antes de la capacitación, impresos o de manera electrónica. **Además, los participantes deben obtener la certificación del Módulo de Aprendizaje a Distancia del PSIM para la Salud Sexual y Reproductiva (disponible en www.iawg.net/misp-dlm). Esto ayudará a que tengan alguna base antes de la capacitación.**

DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA DEL FACILITADOR

Esta guía se divide en siete unidades:

- Una unidad introductoria
- Cinco unidades de taller
- Una unidad de cierre/evaluación del curso

Cada unidad se concentra en un componente de la prestación del servicio de evacuación uterina con medicamentos, e incluye cinco elementos:

1. **Tiempo y metodología:** Cálculo de cuánto se tardará en completar la unidad, sus componentes y la metodología de capacitación utilizada.
2. **Objetivos:** Objetivos de aprendizaje específicos que los participantes deben alcanzar al final de cada unidad.
3. **Materiales:** Copias de todos los materiales para los participantes para su distribución y de las respuestas para los facilitadores, con códigos de color y resaltadas para identificar los materiales que se deberán **imprimir**, **descargar** o **reunir**.

4. **Preparación:** Instrucciones sobre información, actividades y materiales que se prepararán por anticipado.
5. **Guía detallada de la sesión:** Orientación paso a paso sobre cómo facilitar el aprendizaje participativo e interactivo.

Se recomienda enfáticamente a los facilitadores que adapten las unidades para adecuarlas a las necesidades y objetivos de capacitación locales.

DOCUMENTACIÓN Y CERTIFICADO

Los facilitadores deben documentar la asistencia, así como los resultados de las pruebas al inicio y al final de la capacitación, y entregar certificados de finalización según corresponda. En el paquete de capacitación se incluye un modelo de certificado.

EVALUACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Los facilitadores deben evaluar el proceso de manera informal al final de cada taller para estimar los avances y la satisfacción de los participantes con respecto a los temas y a las actividades. Al término del curso, los participantes deben completar la evaluación final de modo que sus resultados puedan ser útiles para futuras capacitaciones.

PREPARACIÓN PARA LA CAPACITACIÓN

Los facilitadores deben repasar el temario modelo (anexo 1), el plan de facilitación y los cuadros anteriores en los que se describe el trabajo preparatorio que debe realizarse para implementar este curso con resultados positivos.

MATERIALES DEL CURSO

Los materiales escritos o digitales y los recursos complementarios para esta capacitación pueden descargarse de manera gratuita desde www.iawg.net/scorts. Antes del curso, se recomienda descargar todos los materiales y recursos que se utilizarán durante la capacitación, incluidas todas las copias impresas y presentaciones en diapositivas. Los materiales también incluyen tarjetas con textos e imágenes para ayudar a las mujeres a reconocer los efectos secundarios y complicaciones normales, y modelos de certificados de finalización que los facilitadores pueden personalizar en Microsoft Word. Estos materiales pueden almacenarse en una memoria USB para que el participante los use durante la capacitación y cuando no se encuentre en línea. Se pueden compartir copias de los materiales con los participantes y otros colegas que estén interesados.

LISTA DE MATERIALES

La siguiente es una lista completa de los elementos necesarios para una correcta implementación de la capacitación. En cada unidad se especifican qué materiales de estas listas deben **imprimirse**, **descargarse** o **reunirse** para ese tema. Verifique qué elementos ya están disponibles en el lugar donde se desarrollará la capacitación y cerciórese de llevar lo que falte.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE MATERIALES DEL CURSO: ARTÍCULOS QUE DEBEN REUNIRSE

Unidad	Materiales	Cantidad	¿Se adquirió? (Sí/No)
Todas	Computadora portátil	1	
Todas	Proyector	1	
Todas	Copias del <i>Libro de actividades para participantes</i>	1 por participante	
Todas	Papel para rotafolios	2-3	
Todas	Marcadores, bolígrafos o crayones		
Todas	Cinta		
1	Trozo largo (3-4 yardas) de papel de color brillante, con diferentes años escritos en la parte superior	3-4 yardas	
1	Hojas de papel de color por la mitad		
2	Cinta de color o una cuerda o cordón	2-3 metros de largo	
3	Muestras de métodos anticonceptivos aprobados para ser usados por mujeres después de una evacuación uterina		

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREPARACIÓN POR ANTICIPADO: ARTÍCULOS PARA DESCARGAR, IMPRIMIR Y PREPARAR

Utilice la siguiente lista de verificación para asegurarse de que todos los materiales necesarios estén listos en las semanas previas a la capacitación:

Unidad	Descripción	¿Se completó? (Sí/No)
Todas	Revise todos los materiales del curso y adáptelos al contexto	
Todas	Haga copias del <i>Libro de actividades para participantes</i>	
Todas	Reúna, embale y/o envíe todos los materiales	
Todas	Cerciórese de que el espacio y la organización de la capacitación sean acordes con las necesidades de formación y aprendizaje	
1	Prepare una copia con el <i>Temario del curso</i> que incluya información detallada sobre las unidades del curso, subtemas y el cronograma	
1,7	Imprima copias de la <i>prueba de conocimientos al inicio de la capacitación</i> y de la <i>prueba final</i>	
1, 4, 6	Prepare rotafolios	
2	Investigue la legislación y políticas vigentes en materia de aborto en su contexto y prepare una presentación breve (15 minutos o menos) sobre el tema	
2	Vuelva el texto de la legislación vigente en una diapositiva de presentación, escríbalo en una hoja de rotafolios o prepare una copia impresa	
2	Revise las siguientes secciones del <i>Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios</i> de 2018: <ul style="list-style-type: none"> Capítulo 8, “Atención integral del aborto”, Sección 8.3.2 Evaluación de necesidades (pág. 151-3) Capítulo 8, “Atención integral del aborto”, Sección 8.4 Consideraciones legales y de derechos humanos (pág. 165-6) 	
2	Tome nota de toda información de las lecturas antes indicadas que sea aplicable a su contexto de capacitación y comparta esta información con los participantes	
3	Coordine el envío o lleve consigo muestras de mifepristona, misoprostol y de métodos anticonceptivos, cerciorándose de que pasen por el control de aduanas y otros posibles obstáculos a tiempo para la capacitación	
3	Revise los casos prácticos incluidos y compruebe que sean adecuados para el contexto de capacitación	
4	Descargue copias de las secciones <i>Determinación de fechas y Laboratorio y otros estudios</i> del <i>Manual de práctica clínica de la OMS</i> y los <i>4 Materiales informativos, educativos y de comunicación sobre aborto con medicamentos</i> : <ul style="list-style-type: none"> Uso de las pastillas de aborto en las primeras 12 semanas desde la última regla: mifepristona y misoprostol en el cachete Uso de las pastillas de aborto en las primeras 12 semanas desde la última regla: mifepristona y misoprostol debajo de la lengua Uso de las pastillas de aborto en las primeras 12 semanas desde la última regla: misoprostol en el cachete Uso de las pastillas de aborto en las primeras 12 semanas desde la última regla: misoprostol debajo de la lengua 	
6	Familiarícese con todas las prácticas de monitoreo que existan en los establecimientos de los participantes	
6	Esté preparado con ejemplos de monitoreo para servicios relacionados con el aborto	
6	Revise las calculadoras para aborto inducido con medicamentos y AVM <ul style="list-style-type: none"> Calculadora para aborto inducido con medicamentos: www.ipas.org/supply-calculators/ma Calculadora para AVM: www.ipas.org/supply-calculators/mva 	
6	Familiarícese con la Base de datos de productos básicos para el aborto inducido con medicamentos disponible en www.medab.org antes de la capacitación	
7	Complete los nombres de los participantes en los certificados de finalización	



Nota: en 2022 Ipas publicó una serie de videos sobre la atención del aborto que son útiles para esta capacitación. Los videos están disponibles aquí: <https://www.ipas.org/resource/abortion-care-videos/#abortion-care-videos-for-health-worker>

ADVERTENCIA: RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA TENER EN CUENTA ANTES Y DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN

LEGISLACIÓN EN MATERIA DE ABORTO EN LA REGIÓN

Dado que las leyes regionales en materia de aborto son diferentes, es importante conocer el clima legal y de políticas en la región específica donde esté trabajando.

- Prepare algunas diapositivas, un rotafolios o copias impresas que expliquen la legislación y las políticas vigentes que pueden afectar la atención del aborto.
- Facilite un breve debate en el que los participantes puedan pensar en diferentes escenarios.
- Fomente que los participantes proporcionen servicios de aborto en la máxima medida que lo admita la ley.
- Revise el *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, revisión de 2018, págs. 151-3, 165-6.*

ADAPTE LA CAPACITACIÓN PARA LA ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO

Las mujeres en contextos de crisis también pueden requerir atención posterior al aborto (APA). Para adaptar esta capacitación a la atención posterior al aborto:

- Evite el uso de los términos aborto y aborto inducido. En su lugar, emplee los términos evacuación uterina, tratamiento del aborto incompleto y atención posterior al aborto.
- Recuerde que la atención posterior al aborto abarca tanto el aborto espontáneo como las complicaciones del aborto inducido (que puede ser realizado por un profesional médico, autoinducido o forzado). Aliente a los participantes a usar un lenguaje sumamente cuidado y brindar una atención clínica cordial.
- Las mujeres que solicitan atención posterior al aborto pueden tener complicaciones clínicas relacionadas como sangrado excesivo, infección, o lesiones cervicouterinas o uterinas. Aliente a los participantes a tener una actitud sensible hacia la situación de la mujer, dado que además de necesitar tratamiento para un aborto incompleto, es posible que sienta dolor, incomodidad y temor.

Los facilitadores no deben presentar recomendaciones clínicas diferentes sin indicar también las pautas vigentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de Ipas presentadas en este programa. Cualquier desviación de las recomendaciones clínicas en esta guía debe aclararse como una discrepancia con los estándares de la OMS e Ipas.

CARACTERÍSTICAS DE UNA CAPACITACIÓN EFECTIVA²

Las siguientes recomendaciones son necesarias para asegurar la transmisión efectiva de información durante el aprendizaje de adultos:

- Comunique claramente la finalidad de la capacitación tanto a facilitadores como a participantes.
- Indique con exactitud qué se espera que hagan los participantes al término del curso.
- Utilice métodos de capacitación que aprovechen las capacidades existentes y la experiencia de los participantes, y que les permitan alcanzar los objetivos. Presente nuevos conocimientos y destrezas en un contexto relevante.
- Involucre activamente a los participantes en el proceso.
- Utilice una combinación efectiva de métodos de capacitación para satisfacer las necesidades de diferentes estilos de aprendizaje.
- Ofrezca a los participantes la oportunidad de practicar aplicando nuevos conocimientos y destrezas.
- Proporcione a los participantes comentarios constructivos sobre su desempeño.
- Dele a los participantes tiempo suficiente para alcanzar los objetivos del curso.
- Ofrezca a los facilitadores y participantes la oportunidad de evaluar el curso, que incluye medir el grado en que los facilitadores y participantes alcanzaron los objetivos de capacitación, y aceptar los comentarios de los participantes para hacer mejoras en el curso.

EVALUACIÓN DEL LUGAR

Si es posible, los facilitadores deben visitar el lugar antes del curso. Durante la visita al lugar, los facilitadores deben evaluar lo siguiente:

- Protocolos de personal, como relaciones de mentoría, supervisión clínica, tasa de rotación y los recursos de capacitación disponibles.
- Disponibilidad de un proyector y electricidad para una computadora portátil.
- Volumen actual y futuro previsto de casos para servicios de evacuación uterina.
- Tipo de establecimiento, nivel de capacitación y experiencia del personal que realiza la evacuación uterina con medicamentos y AVM.
- Disponibilidad de mifepristona y/o misoprostol.
- Disponibilidad de botiquines de AVM y cómo se procesa y guarda el instrumental.
- Qué personal ofrece servicios de evacuación uterina y servicios relacionados como evaluación de pacientes, asesoramiento, planificación familiar y vínculos con servicios de salud reproductiva.
- Cómo se monitorea la calidad de la atención del paciente y con qué sistemas de datos se cuenta (si los hubiera).
- Trabaje con las autoridades del lugar para establecer lo siguiente y usarlo durante la capacitación:
 - Un plan de trabajo para monitorear la calidad de la atención de los servicios de evacuación uterina y de anticoncepción posterior al aborto.
 - Un plan de trabajo para integrar la evacuación uterina en el contexto de crisis, asegurar la sostenibilidad (abastecimiento/reabastecimiento) de mifepristona y/o misoprostol e instrumental para la AVM e insumos relacionados, y apoyar la capacitación continua, la orientación por parte de mentores y la supervisión asistida, si es necesario.

EVALÚE A LOS PARTICIPANTES

Es importante evaluar la experiencia de los participantes antes de concluir los contenidos de los materiales de capacitación y comenzar la formación. Solo los proveedores con experiencia en atención de la salud sexual y reproductiva son elegibles para este curso.

SENSIBILIDAD Y FLEXIBILIDAD EN UN CONTEXTO DE CRISIS

La sensibilidad y la flexibilidad son fundamentales en un contexto de crisis. Al planificar esta capacitación tenga en cuenta lo siguiente:

- Reducir al mínimo el tiempo que los proveedores pasan lejos de sus puestos de trabajo. Esto puede abordarse al realizar la capacitación en el establecimiento, si fuera posible.
- Tener en consideración que es posible que los proveedores de atención de la salud hayan estado trabajando durante muchas horas y en turnos dobles.
- Recordar que quizás algunos participantes tengan mucho tiempo de viaje u otras prioridades igualmente importantes en su hogar que les impidan completar la lectura anticipada u otras tareas.
- Estar preparado para recibir participantes con diversas habilidades y experiencias; es posible que el entorno sea completamente nuevo para algunos participantes.
- Lo más probable es que los asistentes sean miembros del personal de enfermería, parteras, médicos y funcionarios médicos.
- Tener en consideración las necesidades emocionales de los proveedores de atención de la salud/participantes en un contexto de crisis.
- Es posible que algunos proveedores tengan experiencia en el uso de mifepristona y/o misoprostol o de AVM para la evacuación uterina, pero que no tengan experiencia en cuanto a su práctica en contextos de crisis con recursos limitados y dentro de una estructura diferente.

COMENTARIOS Y OPINIONES SOBRE LOS MATERIALES DE LA CAPACITACIÓN

A la Iniciativa de Asociación para la Capacitación del IAWG le interesa saber de usted. Envíenos a info.iawg@wrcommission.org las consultas, comentarios u opiniones que tenga con respecto a los materiales de la capacitación y su uso en su contexto.

Enseñanzas extraídas de las capacitaciones en evacuación uterina con medicamentos y AVM en la República Democrática del Congo, Níger y Uganda

Resumen de recomendaciones para mejorar el proceso continuo de desarrollo de capacidades³

Durante las implementaciones iniciales de este módulo de capacitación, se extrajeron las siguientes enseñanzas y recomendaciones de los facilitadores, participantes y organizadores:

Preparación previa al taller por el coordinador del programa

- La capacitación debe realizarse tan pronto como sea posible, como en el período inmediatamente posterior a la fase aguda de una crisis.
- Contar con los participantes adecuados es clave para el éxito de la capacitación. Los participantes de esta capacitación deben ser proveedores de servicios que hayan tenido exposición previa a la evacuación uterina y necesiten un curso de actualización.
- Los establecimientos de salud en los que trabajan los participantes deben asegurar la disponibilidad sostenible de medicamentos, jeringas para aspiración de vacío manual y los materiales e insumos requeridos para ofrecer servicios a clientas después de la capacitación.
- Los organizadores deben distribuir materiales impresos para lectura previa a todos los participantes por lo menos una semana antes de la capacitación.
- Preparar carpetas de capacitación que contengan el manual de capacitación, herramientas de evaluación y listas de verificación, para simplificar la manera en que se distribuyen las copias impresas y los materiales de apoyo.
- Coordinar con la(s) clínica(s) dónde se llevará a cabo la capacitación práctica para cerciorarse de que haya clientas el día planificado para la sesión de práctica.

Durante el taller, los facilitadores deben cerciorarse de contar con tiempo suficiente para cubrir las siguientes sesiones:

- Debate práctico sobre la (mejor) manera de integrar la evacuación uterina en los servicios del establecimiento de salud y monitorear su implementación;
- Régimen de medicamentos;
- Revisión de métodos anticonceptivos después de la intervención;
- Cómo usar y completar la lista de verificación de competencias, incluido un plan para la práctica regular de destrezas entre los proveedores utilizando las listas de verificación.

Después del taller, los administradores de programas deben:

- Organizar visitas para brindar supervisión de apoyo a los proveedores de servicios a fin de agilizar el traspaso adecuado de las destrezas adquiridas en la capacitación a los ámbitos clínicos;
- Cuando sea necesario, facilitar la asistencia técnica a distancia por parte de los facilitadores mediante el uso de teléfonos móviles o videoconferencias.

3. Tran, Nguyen Toan, Alison Greer, Talemoh Dah, Bibiche Malilo, Bergson Kakule, Thérèse Faila Morisho, Douglass Kambale Asifiwe, et al. "Strengthening Healthcare Providers' Capacity for Safe Abortion and Post-Abortion Care Services in Humanitarian Settings: Lessons Learned from the Clinical Outreach Refresher Training Model (S-CORT) in Uganda, Nigeria, and the Democratic Republic of Congo". *Conflict and Health* 15, no. 1 (6 de abril de 2021): 20. doi.org/10.1186/s13031-021-00344-x.

Tiempo:

45 minutos

Objetivos de la unidad:

Al finalizar esta unidad, los participantes:

- Se familiarizarán entre sí, así como con la descripción general y los objetivos del curso.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA UNIDAD

TIEMPO Y METODOLOGÍA

- 15 minutos: Actividades para romper el hielo/ Presentaciones
- 15 minutos: Análisis grupal: Aspectos generales, reglas básicas, expectativas y temario
- 15 minutos: Evaluación de los conocimientos*



*Nota: Para ahorrar tiempo, los participantes pueden comenzar la evaluación de los conocimientos durante la inscripción y terminarla durante esta primera sesión.

PREPARACIÓN

- Imprima, descargue y reúna los materiales que se indican más abajo
- Prepare papel para rotafolios con el *temario* y el cronograma del curso, y papel para rotafolios en blanco
- Prepare una copia con el *Temario del curso* que incluya información detallada sobre las unidades del curso, subtemas y el cronograma
- Prepare trozos de papel pequeños con números escritos, uno para cada participante

IMPRIMA:

Copias impresas, un juego por participante:

- ☐ Temario del curso
- ☐ Prueba al inicio de la capacitación

Libro de actividades para participantes:

- ☐ *Objetivos del curso*

DESCARGUE:

Presentación:

- ☐ Diapositivas 1 a 5

REÚNA:

- ☐ Proyector y computadora con audio
- ☐ Papel para rotafolios
- ☐ Trozo largo (3-4 metros) de papel de color brillante, con diferentes años escritos en la parte superior
- ☐ Hojas de papel de color por la mitad, por lo menos una por participante
- ☐ Marcadores, bolígrafos o crayones
- ☐ Cint

GUÍA DETALLADA DE LA SESIÓN

PRESENTACIÓN/ACTIVIDAD PARA ROMPER EL HIELO

Salude a los participantes con calidez. “Bienvenidos a este curso para brindar servicios de evacuación uterina con medicamentos a las mujeres en contextos de crisis. Este curso está destinado a proveedores de atención de la salud que tienen conocimientos de atención de la salud sexual y reproductiva y que pueden tener o no experiencia en evacuación uterina con mifepristona y/o misoprostol”.

Preséntese y **describa** en forma resumida sus cualificaciones. **Mencione** que usted tiene la firme convicción de que debe brindarse a las mujeres atención clínica de alta calidad para la evacuación uterina y que le entusiasma trabajar con el grupo. **Agradezca** a los participantes por asistir al curso a pesar de las complicaciones de horarios, el cansancio y las circunstancias difíciles. **Presente** la actividad como una oportunidad para conocerse mejor y aprender qué lugar ocupan los miembros del grupo en el panorama general del trabajo en contextos afectados por crisis. Si aún no lo hizo, **cuelgue** la **línea de tiempo** en la pared donde todos los participantes puedan verla.

Pida a todos que piensen en cuándo se incorporaron a su organización o comenzaron a trabajar en relación con crisis humanitarias, según corresponda. **Pida** a cada persona que tome una **hoja de papel de color por la mitad** y **dibuje** un símbolo o una imagen o **escriba** una palabra que refleje algo de cómo se involucró en este trabajo o con su organización. **Dé** un ejemplo: “Yo podría dibujar un gorro de enfermera porque estaba trabajando como enfermera en una clínica de salud para mujeres cuando me pidieron que me sumara a este proyecto” o “Yo podría dibujar un periódico porque cuando leí sobre una determinada situación en el periódico sentí que quería ayudar”. **Haga hincapié** en que no se trata de hacer una gran obra de arte. Las personas pueden dibujar figuras de palo o escribir palabras si lo prefieren. **Pídale** a cada participante que **firmé** el papel con su nombre y la primera letra de su apellido. **Asigne** tres minutos para este trabajo individual, luego **concentre** nuevamente la atención en el grupo en general.

Pida que las personas que se incorporaron a su organización o comenzaron a trabajar en crisis en el último año se acerquen a la línea de tiempo. **Pida** que las personas **digan** sus nombres, cuál es su papel en la organización/campo y cuenten en una o dos oraciones cómo se involucraron o qué escribieron en el papel. **Pídales** que **peguen con cinta** su papel en la línea de tiempo debajo del año correspondiente.

Repita este proceso con los que comenzaron en los últimos cinco años, diez años, etcétera. Especialmente si se trata de un grupo grande, **aliente** a los participantes a ser breves.

Resuma la actividad observando cuánta experiencia colectiva parece haber en la sala. Las personas que han estado en su organización o involucradas en trabajos en contextos de crisis

durante mucho tiempo tienen mucha memoria y experiencia institucional. Las otras que son más nuevas aportan una perspectiva y energía renovadas. Todas las organizaciones y campos necesitan tanto la experiencia de quienes trabajan hace mucho tiempo como a personas que aporten una nueva perspectiva.

ANÁLISIS GRUPAL: ASPECTOS GENERALES, REGLAS BÁSICAS, EXPECTATIVAS Y TEMARIO

Pregunte a los participantes qué esperan aprender en el curso y **escriba** sus expectativas en una hoja de **rotafolios** con el título “Expectativas del curso”.

Pegue en la pared la hoja del **rotafolios** preparada con el título “Temario del curso” y **revise** el cronograma de capacitación. **Consulte** el temario a lo largo del curso para mantenerse en tema y ajustarse al cronograma. **Remítase** a la copia impresa: **Temario del curso**.

Vuelva a **remitirse** a las expectativas de los participantes pegadas en la pared y **marque con un círculo** qué se cubrirá en este curso y qué podría quedar fuera del alcance de la capacitación. **Conserve** la lista para **revisarla** con los participantes al final del curso para **asegurarse** de que se hayan cumplido las expectativas realistas.

Muestre la **diapositiva 4**: Objetivos del curso.



Nota: Estos objetivos del curso son de carácter general. Al comienzo de cada unidad se hará un repaso de objetivos de aprendizaje más detallados. Solicite a los participantes que se turnen para leer los objetivos en voz alta.

Indique a los participantes dónde quedan los sanitarios y recomiéndeles que, si necesitan abandonar la sala, lo hagan en silencio. **Mencione** que habrá pausas durante la mañana y la tarde, y en el medio el almuerzo, e indique dónde se realizarán. **Señale** la información sobre seguridad pertinente, como áreas seguras y teléfonos disponibles.



Nota: Piense en crear un grupo de WhatsApp o una plataforma grupal similar para comunicarse con todos los participantes. Esto será útil para compartir información importante sobre la capacitación y la seguridad.

Pegue una hoja en blanco de **rotafolios** y **dibuje** una flor en la parte superior. **Explique** que durante el curso, cualquier pregunta que no pueda abordarse en ese momento será colocada en el “jardín” donde pueda crecer. Durante el curso, el facilitador hará mención a estas preguntas y las abordará cuando resulten pertinentes.

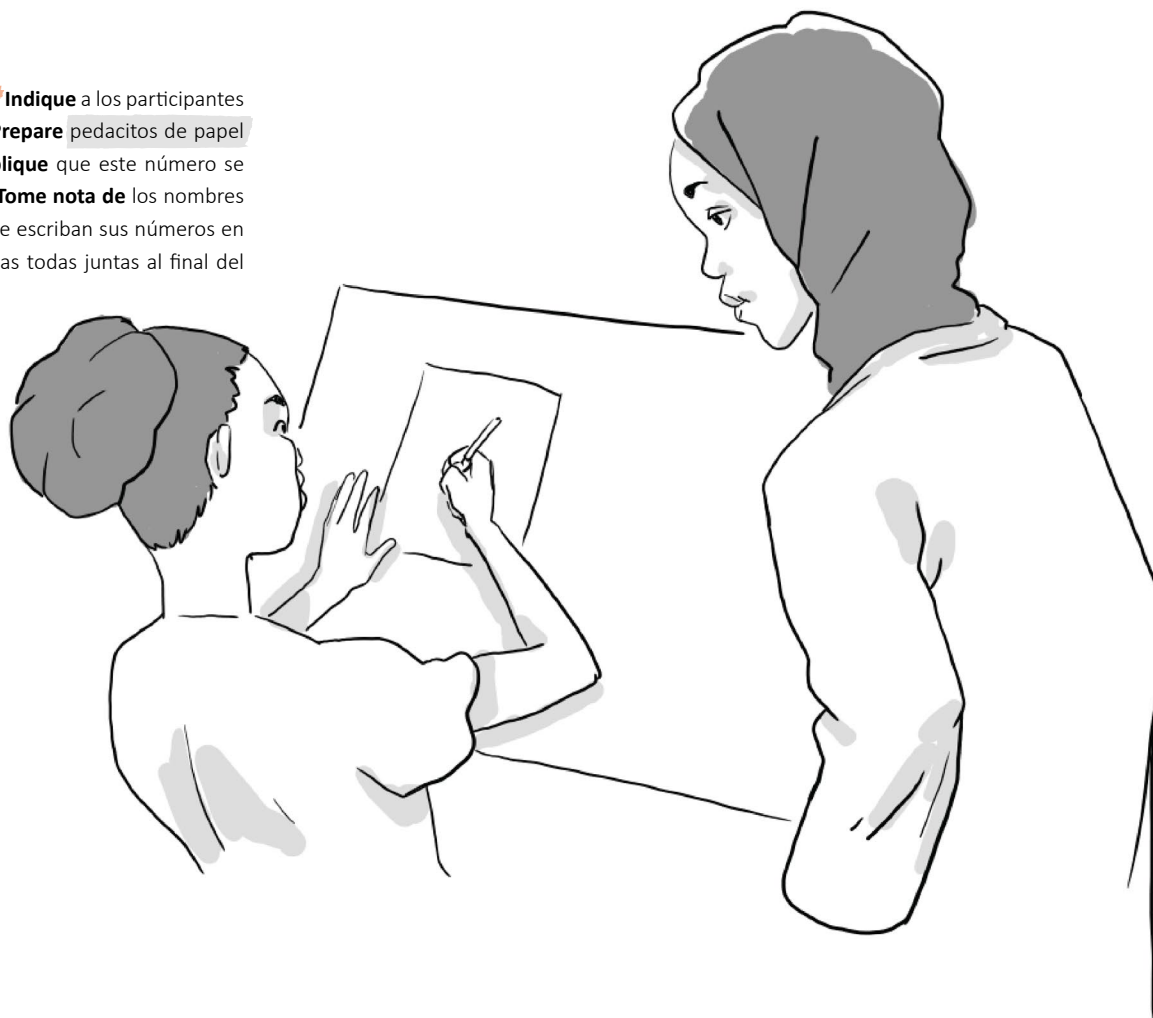
Pegue una hoja en blanco de **rotafolios** con el título “Reglas básicas”. **Explique** que las reglas básicas son pautas acordadas entre todos para que el grupo funcione bien, para crear un ambiente de aprendizaje seguro y respetuoso y para poder cumplir las tareas de manera eficiente. **Solicite** a los participantes que sugieran reglas básicas. Las reglas básicas posibles pueden ser, entre otras, participar, escuchar con respeto, hablar de a uno por vez, apagar celulares y bípens y mantener la confidencialidad. **Escriba** sus sugerencias en el **rotafolios**.

EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS



Nota: Para ahorrar tiempo, puede distribuir la prueba al inicio de la capacitación durante la inscripción. Los participantes pueden comenzar a responder las preguntas y terminar una vez que las actividades antes mencionadas se hayan completado.

Distribuya las copias impresas de la **prueba al inicio de la capacitación**. **Indique** a los participantes que tienen alrededor de 15 minutos para responder las preguntas. **Prepare** pedacitos de papel con números. **Solicite** a cada participante que elija un número. **Explique** que este número se usará para las pruebas y otras evaluaciones durante la capacitación. **Tome nota de** los nombres y números de los participantes, y luego solicite a los participantes que escriban sus números en sus pruebas. **Deles** 15 minutos para completar las pruebas y recójalas todas juntas al final del tiempo asignado. Así, los resultados se mantendrán anónimos.



Tiempo:

60 minutos (1 hora)

Objetivos de la unidad:

Al finalizar la unidad, los participantes podrán:

- Explicar por qué la evacuación uterina es una parte esencial de los servicios de salud reproductiva en contextos de crisis.
- Expresar su nivel de comodidad al debatir, defender y brindar servicios de evacuación uterina.
- Explicar cuál es la legislación vigente en materia de aborto en su contexto y de qué modo se relaciona con los servicios que se prestan y la forma en que se brindan.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA UNIDAD

TIEMPO Y METODOLOGÍA

- 15 minutos: Presentación del facilitador y análisis grupal
- 30 minutos: Actividad de aclaración de valores: Cruzar la línea
- 15 minutos: Presentación del facilitador y casos prácticos

IMPRIMA:

Libro de actividades para participantes:

- ☐ Legislación en materia de aborto
- ☐ Referencia del PSIM

DESCARGUE:

Bibliografía:

- ☐ *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, revisión de 2018*

Presentación:

- ☐ Diapositivas 6 a 17

REÚNA:

- ☐ Proyector y computadora con audio
- ☐ Rotafolios y marcadores
- ☐ Cinta de color o un trozo de cuerda o cordón, 2-3 metros de largo
- ☐ Marcadores, bolígrafos o crayones
- ☐ Cinta

PREPARACIÓN

- Imprima, descargue y reúna los materiales que se indican más abajo
- Investigue la legislación y políticas vigentes en materia de aborto en su contexto y prepare una presentación breve (15 minutos o menos) sobre el tema
- Vuelque el texto de la legislación vigente en una diapositiva, escríbalo en una hoja de rotafolios o prepare una copia impresa
- Revise las siguientes secciones del *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* de 2018:
 - Capítulo 8 Atención integral del aborto, Sección 8.3.2 Evaluación de necesidades (pág. 151-3)
 - Capítulo 8 Atención integral del aborto, Sección 8.4 Consideraciones legales y de derechos humanos (pág. 165-6)
- Tome nota de toda información que sea aplicable a su contexto de capacitación y comparta esta información con los participantes
- Utilizando un trozo largo de cinta o cuerda, trace una línea en el suelo, en el medio de un área lo suficientemente grande para que quepan todos los participantes y que tengan lugar para moverse
- Revise y adapte las *Afirmaciones del ejercicio Cruzar la línea*, si es necesario

GUÍA DETALLADA DE LA SESIÓN

PRESENTACIÓN DEL FACILITADOR Y ANÁLISIS GRUPAL

Analice las diapositivas 8 a 11: *La evacuación uterina es un elemento importante de la salud reproductiva en contextos de crisis.* Mostrando la diapositiva 8, **escriba** los siguientes números en una hoja en blanco del rotafolios:

- 5
- 25,100,000
- 8%
- 99%
- 55,700,000
- 193,000

Inicie un debate. **Haga** a los participantes las siguientes preguntas:

Pregunte: ¿Cuántos embarazos en todo el mundo terminan en un aborto?

- **Dibuje un círculo** alrededor de 55.700.000 en el rotafolios. La Organización Mundial de la Salud calcula que se han producido 55,7 millones de abortos cada año entre 2010 y 2014.

Pregunte: ¿Cuántos abortos se practican cada año que se consideran inseguros según la definición de la Organización Mundial de la Salud?

- **Dibuje un círculo** alrededor de 25.100.000 en el rotafolios. En todo el mundo, se estima que se realizan 25,1 millones de abortos inseguros cada año; el 45 % de todos los abortos son inseguros. Esto significa abortos que son realizados por personas que carecen de las habilidades necesarias o en entornos que no cumplen con los estándares médicos mínimos, o ambos⁴.

Dibuje un círculo. **Pregunte:** ¿Qué porcentaje de las muertes maternas son causadas por abortos inseguros?

- **Dibuje un círculo** alrededor de 8 %. **Dibuje**, pero no complete, 8 % en el círculo del rotafolios. A nivel mundial, los abortos inseguros provocan el 8 % de las muertes maternas; es la 5.a entre las principales causas de mortalidad materna⁵.

Pregunte: ¿Cuánto (qué porcentaje) de ese 8 % creen que tiene lugar en países de ingresos bajos y medianos?

- **Complete** la porción correspondiente al 8 % dejando únicamente una parte muy pequeña sin llenar. Dibuje una flecha que parta del 8 % del círculo y conecte con el 99% escrito en el rotafolios. Diga el 99 % de las muertes maternas por abortos inseguros ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

Muestre la diapositiva 9: *Embarazos más seguros.* **Explique** que hacer que los embarazos sean más seguros incluye la prestación de servicios de aborto seguro o la derivación hacia esos servicios con el máximo alcance permitido por la ley. También incluye el manejo oportuno y adecuado de los abortos inseguros y espontáneos para todas las mujeres.

Pregunte: ¿Por qué será que las mujeres y niñas que se encuentran en contextos de crisis enfrentan un riesgo mayor de embarazo no deseado y aborto inseguro? **Escriba** respuestas en el rotafolios. Asegúrese de que incluyan:

- Es posible que las mujeres hayan perdido o agotado sus métodos anticonceptivos durante el desplazamiento.
- Es posible que las familias deseen retrasar la maternidad hasta que su seguridad y su subsistencia estén aseguradas, pero no tengan acceso a métodos anticonceptivos debido a alteraciones en los servicios de salud.
- Suelen documentarse violaciones y otras formas de violencia sexual en contextos de crisis.

Explique a los participantes que en 2003, la Organización Mundial de la Salud publicó una guía técnica y de políticas para fortalecer la capacidad de los sistemas de salud a fin de que brindaran servicios de aborto seguro y atención posterior al aborto (APA). Esta guía fue actualizada y publicada nuevamente en 2012⁶. En 2014, la Organización Mundial de la Salud publicó una guía para la prestación clínica de servicios de aborto⁷ y, en 2018, publicó una nueva guía sobre el manejo médico del aborto⁸. En 2022, la OMS publica nuevas Directrices sobre el aborto, que actualizaban y sustituían las orientaciones de todo lo anterior.³¹

En la hoja del rotafolios **escriba** “APA” y el número “5”. **Solicite** a los participantes que levanten la mano si están familiarizados con el término APA. **Solicite** a un voluntario que lo explique. **Explique** que la atención posterior al aborto (APA) es una estrategia global para reducir las muertes y el sufrimiento asociados con complicaciones que son resultado de abortos inseguros y espontáneos. **Pregunte** a los participantes si saben de qué modo se relaciona el número cinco (5) con la APA. **Explíqueles** que la APA tiene cinco componentes⁹.

Muestre las diapositivas 10 y 11: Elementos de la APA. **Solicite** a los participantes que levanten la mano si están familiarizados con el término “AIA”. **Solicite** a un voluntario que brinde una explicación. **Explique** que AIA significa atención integral del aborto. Incluye todos los elementos de la APA con un agregado importante: aborto inducido seguro para todos los supuestos legales.

Dibuje un círculo alrededor de 193.000 en el rotafolios. Explique a los participantes que la incorporación del aborto seguro a la atención de la salud sexual y reproductiva puede mejorar la salud física y mental de 25,1 millones de mujeres cada año y salvarles la vida a 193.000 mujeres cada año. Ahora, **escriba**: APA + AIA = ↓ muertes maternas. **Explique** que, combinadas, la APA y la AIA contribuyen a reducciones en la mortalidad materna.

4. Ganatra, B., Gerdts, C., Rossier, C., Johnson Jr, B.R., Tuncalp, O., Assifi, A., ... Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortion safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian hierarchy. *Lancet*, 390, 2372-81.

5. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tuncalp, O., Moller, A., Daniels, J., ... Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*, 2, e323-33.

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

7. Organización Mundial de la Salud. (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra: Ediciones de la OMS.

8. Organización Mundial de la Salud. (2018). Tratamiento médico del aborto. Ginebra: Ediciones de la OMS.

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

ACTIVIDAD DE ACLARACIÓN DE VALORES: CRUZAR LA LÍNEA

Presente la actividad sobre Cruzar la Línea. **Explique** que esta actividad requiere que los participantes reflejen sus opiniones sobre el aborto y el modo en que el estigma afecta las opiniones individuales y de la sociedad sobre el aborto.

Solicite a todos los participantes que se paren del mismo lado de la línea. **Explique** que leerá una serie de afirmaciones. Si las afirmaciones se aplican a sus experiencias o creencias, deben **pararse** por completo de un lado de la línea. Los participantes deben pararse de un lado de la línea o el otro; no hay posibilidad de estar en el medio. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Lea una afirmación de práctica fácil, como “Que cruce la línea el que haya comido fruta en el desayuno esta mañana”. Una vez que algunas personas hayan cruzado la línea, **dé** a los participantes la oportunidad de que observen quiénes cruzaron la línea y quiénes no. **Agradézcales** y pídale a todos que regresen a uno de los lados.

Lea la primera *afirmación del ejercicio Cruzar la Línea*. Una vez que algunas personas hayan cruzado la línea, **dé** a los participantes la oportunidad de que observen quiénes cruzaron la línea y quiénes no. **Invite** a los participantes a que presten atención a lo que se siente al estar en el lugar en el que se encuentran. **Solicite** a alguien que haya cruzado la línea y a alguien que no lo haya hecho que se ofrezcan para explicar brevemente sus respuestas a la afirmación. Si alguna persona es la única que cruzó o no cruzó la línea, **pregúntele** qué se siente. **Invítelos** a que vuelvan a pararse de un solo lado de la línea.

Repita el proceso con las demás afirmaciones. Después de terminar con todas las afirmaciones, pida a los participantes que regresen a sus asientos. Inicie un debate sobre la experiencia. Algunas posibles preguntas son:

- ¿Cómo se sintieron con la actividad?
- ¿Qué aprendieron respecto de sus propias opiniones y las de los demás sobre el aborto?
- ¿Hubo ocasiones en las que sintieron la tentación de moverse con la mayoría del grupo? ¿Se movieron o no? ¿Cómo se sintieron?
- ¿Qué aprendieron de esta actividad?
- ¿Qué nos enseña esta actividad sobre el estigma en torno al aborto?
- ¿Cómo puede afectar ese estigma la experiencia emocional de las mujeres con el aborto? ¿Cómo afectaría a los familiares?
- ¿De qué modo podría afectar el estigma la experiencia de los trabajadores de la salud y los proveedores que trabajan en el ámbito de la atención para el aborto?

Haga preguntas, en particular, sobre la última afirmación. Si todas las personas del grupo cruzaron la línea, **hable** sobre este punto en común. Si no todos cruzaron la línea, hable sobre cómo estas

opiniones diferentes afectan el trabajo de las personas en el campo de la atención del aborto y el clima social general relativo al aborto en ese contexto.

AFIRMACIONES DEL EJERCICIO CRUZAR LA LÍNEA PARA FACILITADORES

Diga: Que cruce la línea:

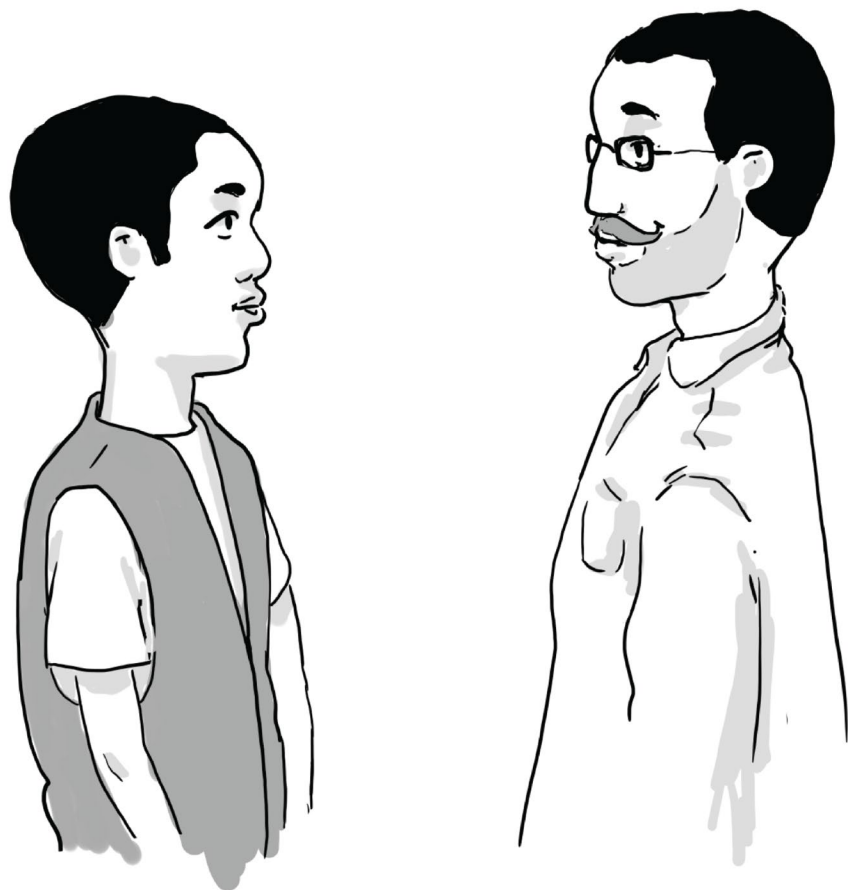
- El que haya sido educado para creer que el aborto no es un tema del que debe hablarse abiertamente.
- El que en algún momento de su vida creyó que el aborto estaba mal.
- El que alguna vez evitó el tema del aborto para evitar conflictos con los demás.
- El que haya sido educado para creer que el aborto es un derecho de las mujeres.
- A quien le hayan pedido que mantenga en secreto que alguien se sometió a un aborto.
- El que se haya sentido incómodo al hablar del aborto.
- El que alguna vez escuchó a un político hablar de manera despectiva sobre las mujeres que se han sometido a abortos.
- El que alguna vez escuchó a un amigo o familiar hablar de manera despectiva sobre las mujeres que se someten a abortos.
- El que se haya sometido a un aborto o conozca a alguien cercano que lo haya hecho.
- El que se sienta cómodo con que se brinden servicios de evacuación uterina en su establecimiento.
- El que se sienta cómodo hablando sobre la evacuación uterina con colegas en el trabajo.
- El que se sienta cómodo hablando sobre la evacuación uterina fuera de su ámbito laboral.
- El que se sienta cómodo realizando una evacuación uterina (o asistiendo en su realización si no está autorizado a realizarla).
- El que se sienta cómodo respecto de que la evacuación uterina se utilice para tratar un aborto espontáneo incompleto.
- El que se sienta cómodo respecto de que la evacuación uterina se utilice para tratar un aborto incompleto de una mujer que indujo su propio aborto.
- El que se sienta cómodo respecto de que adolescentes y mujeres jóvenes soliciten servicios de evacuación uterina.
- El que crea que las mujeres solteras deberían recibir un método anticonceptivo después de la evacuación uterina, si desean uno.
- El que se sienta cómodo promoviendo el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro.
- El que crea que todas las mujeres merecen tener acceso a servicios de aborto seguros de alta calidad.

PRESENTACIÓN DEL FACILITADOR Y CASOS PRÁCTICOS

Presente las diapositivas 13 a 16: *Revisión de la legislación sobre aborto* utilizando las notas de análisis incluidas en la presentación de diapositivas.

Muestre la diapositiva 17: *Casos prácticos*. **Lea** los siguientes tres escenarios en voz alta. **Facilite** un debate sobre cómo puede tratarse a cada mujer en la máxima medida que lo admita la ley. Si el tiempo lo permite, **divida** a los participantes en grupos pequeños para el **debate**. **Designe** a alguien en cada grupo para que transmita los puntos clave al grupo en general, luego **facilite** un debate entre todo el grupo. Las recomendaciones y estrategias variarán en función de cada contexto.

Asegúrese de **abordar** situaciones en las que el aborto seguro pueda ser legal pero haya requisitos adicionales respecto del consentimiento, asesoramiento y el período en que se permite su práctica. Analice atentamente cualquier requerimiento. No dude en **crear** los escenarios que aborden mejor las complejidades legales y representen los desafíos físicos, sociales y emocionales de su contexto específico.



ESCENARIOS DE CASOS PRÁCTICOS

Escenario 1: Una mujer de 16 años acude a la clínica. Han pasado diez semanas desde su último período menstrual (UPM). Mediante el examen bimanual se confirma que el útero tiene un tamaño que corresponde a un embarazo de diez semanas. Está sola y no quiere que su familia —que vive en un espacio hacinado en el contexto de crisis— se entere de que está embarazada. Han estado viviendo en este asentamiento por más de seis meses. Contó que la obligaron a tener relaciones sexuales cuando se dirigía al baño hace alrededor de tres meses, y que dejó de tener sus períodos y comenzó a vomitar mucho. Teme que la golpeen si se descubre que está embarazada.

Escenario 2: Una mujer de 25 años acude a la clínica implorando que le vacíen el útero. Han pasado nueve semanas desde su UPM. Mediante un examen bimanual se confirma esta edad gestacional. Está acompañada de cuatro hijos desnutridos. Su esposo ha sido apresado por fuerzas enemigas y lleva desaparecido más de un mes. No tiene medios para mantenerse ni para mantener a sus hijos. Dice que si la clínica no puede ayudarla, tendrá que hacer algo ella misma porque sabe que no puede mantener a otro hijo. Su último parto fue muy difícil y sufrió complicaciones. Teme no sobrevivir a otro parto en estas condiciones. Es la única persona de quien pueden depender sus hijos.

Escenario 3: Una trabajadora humanitaria de 28 años acude con un embarazo de ocho semanas, confirmado mediante examen bimanual. Está muy callada, tensa y triste. Dice que es un embarazo no deseado. Desea quedarse en el asentamiento un año más y seguir trabajando para mejorar las condiciones. Dice que no tiene intenciones de ser madre en sus actuales circunstancias.

Tiempo:

90 minutos (1 hora 30 minutos)

Objetivos de la unidad:

Al finalizar la unidad, los participantes podrán:

- Describir las diversas opciones de evacuación uterina y explicar por qué la AVM y la mifepristona y el misoprostol son particularmente útiles en contextos de crisis.
- Describir la seguridad, la eficacia y las posibles complicaciones de la aspiración de vacío y de la mifepristona y del misoprostol.
- Explicar la importancia de la evacuación uterina con aspiración de vacío como método de respaldo para la evacuación uterina con medicamentos.
- Debatir sobre la elegibilidad médica para métodos anticonceptivos particulares posteriores al aborto, incluidos los anticonceptivos de emergencia.
- Obtener consentimiento informado antes de proceder con la evacuación uterina.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA UNIDAD

TIEMPO Y METODOLOGÍA

- 20 minutos: Presentación del facilitador y análisis grupal
- 30 minutos: Trabajo en grupos pequeños: Casos prácticos
- 20 minutos: Presentación del facilitador y análisis grupal
- 20 minutos: Casos prácticos: Otras consideraciones especiales

PREPARACIÓN

- Imprima, descargue y reúna los materiales que se indican más abajo
- Coordine el envío o lleve consigo muestras de mifepristona, misoprostol y de métodos anticonceptivos, cerciorándose de que pasen por el control de aduanas y otros posibles obstáculos a tiempo para la capacitación
- Revise los casos prácticos incluidos y compruebe que sean adecuados para el contexto de capacitación

IMPRIMA:

Libro de actividades para participantes:

- ☐ Cuadro de opciones de tratamiento de evacuación uterina
- ☐ Cuadro de ventajas y desventajas de la intervención con medicamentos en comparación con la aspiración de vacío
- ☐ Casos prácticos de asesoramiento sobre opciones de métodos de evacuación uterina
- ☐ Elegibilidad médica para métodos anticonceptivos posteriores al aborto
- ☐ Lista de verificación de habilidades para la consejería anticonceptiva
- ☐ Consideraciones especiales para la consejería anticonceptiva

DESCARGUE:

Presentación:

- ☐ Diapositivas 18 a 65

REÚNA:

- ☐ Proyector y computadora con audio
- ☐ Muestras de métodos anticonceptivos aprobados para ser usados después de una evacuación uterina
- ☐ Papel para rotafolios
- ☐ Marcadores, bolígrafos o crayones
- ☐ Cinta

GUÍA DETALLADA DE LA SESIÓN

PRESENTACIÓN DEL FACILITADOR Y ANÁLISIS GRUPAL

Muestre las diapositivas 18 a 43 y **haga hincapié** en las notas y actividades indicadas debajo de las diapositivas sobre *Opciones de métodos de evacuación uterina*.

Haga una pausa en la diapositiva 32: *Posibles complicaciones de la AVM*, y **lea** los siguientes párrafos en voz alta:

[1] Al igual que en cualquier evacuación uterina, pueden producirse una o más de las siguientes situaciones durante el procedimiento o después de él: reacción vasovagal, evacuación incompleta, lesión o perforación uterina o cervical, infección pélvica, hemorragia o hematómetra agudo. Las complicaciones graves, como sangrado que requiere transfusiones o una lesión uterina que requiere reparación quirúrgica, son muy inusuales y ocurren en un porcentaje muy inferior al 1 % de las veces. No obstante, cuando se producen, algunas complicaciones pueden conducir a infertilidad secundaria, lesiones graves o la muerte.

[2] Antes de realizar una evacuación uterina, debe tratarse de inmediato cualquier condición que suponga un riesgo para la vida. Esto incluye: shock, hemorragia, infección pélvica grave, septicemia, perforación o lesión abdominal, como puede suceder con los abortos incompletos o clandestinos.

[3] No obstante, la evacuación uterina suele ser un componente importante del manejo definitivo en estos casos. Una vez estabilizada la paciente, el procedimiento no debe demorarse. La existencia de antecedentes de discrasia sanguínea puede ser un factor para la atención de la mujer. La evacuación uterina no debe realizarse hasta que se determine el tamaño y la posición del útero y el cuello uterino. Los fibromas grandes o las anomalías uterinas pueden dificultar la determinación del tamaño del útero y la realización de procedimientos intrauterinos, incluida la AVM.

Mientras muestra la diapositiva 35: *Aplicaciones clínicas de la mifepristona (combinada con misoprostol)*, **coloque** una hoja en blanco del rotafolios. **Pregunte:** En algunos casos, es posible que las pacientes prefieran métodos de evacuación uterina con medicamentos si esa opción se encuentra disponible. ¿Por qué consideran que algunas pacientes pueden preferir métodos con medicamentos en lugar de la aspiración de vacío? **Registre** las respuestas en el rotafolios.

Muestre las diapositivas 36 a 39 y analice lo que dicen usando las instrucciones incluidas en la presentación. Mientras muestra la diapositiva 40: *Posibles complicaciones de los métodos con medicamentos*, **coloque** una hoja en blanco del rotafolios. **Pregunte:** ¿Cuáles son las posibles complicaciones de la evacuación uterina inducida con medicamentos?

Registre las respuestas en el rotafolios. Las respuestas deben incluir:

- incapacidad de los medicamentos de evacuar el útero, incluido el bajo riesgo de malformaciones fetales en caso de continuación del embarazo después del uso de misoprostol
- sangrado/hemorragia prolongados o muy abundantes
- infección
- alergia
- posible necesidad de aspiración de vacío

Los participantes pueden responder nombrando los efectos esperados o efectos secundarios del misoprostol, incluidos dolores/calambres, náuseas/vómitos, fiebre/escalofríos o diarrea.

Reconozca que estos son efectos esperados del tratamiento con misoprostol y algo que debe hablarse con las mujeres antes de su uso. **Comunique** a los participantes que el tratamiento de las complicaciones y el asesoramiento que debe brindarse a las mujeres para manejar los efectos esperados y los efectos secundarios serán abordados en la próxima sección.

Pase a las diapositivas 42 y 43 sobre *Asesoramiento sobre opciones de métodos de evacuación uterina*. **Indique** a los participantes que consulten el *Cuadro de opciones de tratamiento de evacuación uterina* y el *Cuadro de ventajas/desventajas de la intervención con medicamentos en comparación con la aspiración de vacío* en el *Libro de actividades para participantes*.

TRABAJO EN GRUPOS PEQUEÑOS: CASOS PRÁCTICOS

Muestre la diapositiva 44: *Asesoramiento sobre opciones de métodos de evacuación uterina: Casos prácticos*. **Solicite** a un participante que lea cada uno de los Casos prácticos de *asesoramiento sobre opciones de métodos de evacuación uterina* al grupo. **Solicite** al grupo que explique por qué piensa que cada mujer podría elegir un método de evacuación uterina específico. Según el tamaño del grupo, podría ser conveniente **dividirlo** en grupos pequeños, de a tres o de a dos, para facilitar más el debate. Se recomienda hacer copias de los casos para distribuir a los grupos. Es posible que los participantes quieran consultar las copias impresas del *Cuadro de opciones de tratamiento de evacuación uterina* y *Cuadro de ventajas y desventajas de la intervención con medicamentos en comparación con la aspiración de vacío* en su *Libro de actividades para participantes*.

Pregunte: ¿Qué otras preguntas les harían a las mujeres en las siguientes situaciones para ayudarlas a decidir qué método de evacuación uterina sería mejor?

Proceso grupal: En cada uno de estos escenarios, la mujer podría elegir un método por sobre otro. Es importante no hacer suposiciones sobre cuál sería más conveniente, menos doloroso o más apropiado para una mujer. En cambio, haga preguntas que sirvan para aclarar, para ayudarla a tomar su propia decisión.

CASOS PRÁCTICOS DE ASESORAMIENTO SOBRE OPCIONES DE MÉTODOS DE EVACUACIÓN UTERINA:

Caso práctico 1: Una mujer de 28 años, madre de tres niños pequeños, acude por un aborto incompleto. Han pasado diez semanas desde su último período menstrual (UPM). Está muy consternada porque creía que todo iba bien en el embarazo y de repente dejó de tener náuseas y comenzó a sangrar. Acaba de enterarse de que el embarazo ya no es viable, y llegó al centro de salud acompañada de dos de sus hijos pequeños.

Caso práctico 2: Una estudiante de 17 años acude por un aborto incompleto. Han pasado ocho semanas desde su último período menstrual. Se enteró de que estaba embarazada hace aproximadamente una semana y no quiere hablar sobre por qué tiene sangrado vaginal y algunos calambres. Vive con sus padres, pero está sola en el centro de salud. Se mostró incómoda durante los exámenes con espéculo y bimanual que le hicieron durante la evaluación. Era la primera vez que le hacían estos exámenes. Parece nerviosa respecto de un procedimiento de evacuación uterina.

Caso práctico 3: Una mujer de 19 años, madre de un niño de un año, está embarazada y no quiere tener otro hijo. Han pasado nueve semanas desde su último período menstrual. Está acompañada por su hermana mayor. Parece tener prisa por volver a casa para estar con su hijo. Admite que tomó algunos medicamentos la semana pasada, pero le parece que no funcionaron.

CASOS PRÁCTICOS DE ASESORAMIENTO SOBRE MÉTODOS DE EVACUACIÓN UTERINA: RESPUESTAS

Caso práctico 1: Esta mujer puede preferir tomar misoprostol porque quedarse en la clínica a esperar que le hagan la aspiración de vacío podría demorar más tiempo. También podría estar preocupada por no tener a nadie que cuide a sus hijos durante un procedimiento, especialmente si tuviera una complicación. Otra posibilidad es que pueda preocuparle el dolor y el sangrado que se producen con el misoprostol, especialmente si no tiene a nadie que la ayude en casa cuando utilice el medicamento. Podría preocuparle tener que regresar al centro de salud y preferir una AVM para tratar su condición de manera rápida y eficaz. Podría interesarle comenzar a usar un método anticonceptivo o podría querer intentar volver a quedar embarazada. Con dos hijos pequeños, regresar otro día para obtener un método anticonceptivo puede ser difícil.

Caso práctico 2: Esta mujer puede estar nerviosa por un procedimiento uterino y nadie la acompaña para apoyarla durante un procedimiento. El misoprostol podría generarle menos ansiedad. Sin embargo, tal vez le preocupe tener sangrado y calambres más intensos en casa, especialmente si desea que las personas con las que vive no se enteren del embarazo y del aborto. Es posible que haya usado medicamentos para provocar el sangrado vaginal y que prefiera un procedimiento para saber que el proceso de aborto está completo antes de ir a casa. Puede estar nerviosa por la posibilidad de que su familia descubra un método anticonceptivo, como las píldoras, y preferir algo que pueda ocultarse más fácilmente. Podría interesarle un DIU, especialmente si quisiera retrasar la maternidad hasta después de que termine la escuela, y a la vez tal vez sienta ansiedad por someterse a otro procedimiento uterino para la colocación del método.

Caso práctico 3: Tener un aborto inducido con medicamentos podría permitir que esta mujer vaya a su casa más pronto, algo en lo que parece tener sumo interés. Sin embargo, es posible que no confíe en las píldoras si ya intentó tomar un medicamento para provocar un aborto que no tuvo efecto. La aspiración de vacío puede ser una opción atractiva dado que está acompañada de una persona, y estaría segura de que se completó el aborto al final del procedimiento. Asimismo, dado que no quiere tener otro hijo esta vez, es posible que prefiera que le coloquen un DIU inmediatamente después de la aspiración de vacío, en lugar de regresar al centro de salud más adelante para la colocación del DIU.

PRESENTACIÓN DEL FACILITADOR: OPCIONES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSTERIORES AL ABORTO

Remita a los participantes a las copias impresas de sus libros de actividades: *Elegibilidad médica para métodos anticonceptivos posteriores al aborto*, *Lista de verificación de habilidades para la consejería anticonceptiva* y *Consideraciones especiales para la consejería anticonceptiva*.

Muestre las diapositivas 45 a 49 y **analice** lo que dicen usando las notas y actividades incluidas en la presentación sobre *Métodos anticonceptivos posteriores al aborto*.

Haga una pausa en la diapositiva 49 e **indique** a los participantes que lean la copia impresa *Criterios de elegibilidad médica para anticonceptivos posteriores al aborto* en sus libros de actividades. **Explique** que va a hacer algunas preguntas sobre los criterios de elegibilidad médica para los anticonceptivos posteriores al aborto. Luego de leer cada pregunta, **pida** a los participantes que den la respuesta correcta. Es aconsejable que tenga pequeños premios disponibles para la primera persona que responda correctamente cada pregunta. Si los participantes no pueden responder las preguntas, **recuérdelos** que toda la información necesaria se incluye en las copias impresas.

Reanude la presentación y pase a las diapositivas 50 a 55. Haga una pausa en la diapositiva 52: *Brinde píldoras de anticonceptivos de emergencia (AE)*. **Pregunte**: ¿Por qué resulta particularmente importante ofrecer AE antes o además del método anticonceptivo elegido?

Las respuestas deben incluir:

- Puede utilizarse como método de respaldo en caso de falla de los anticonceptivos, como cuando el preservativo se rompe.
- Puede utilizarse si la mujer se olvida de utilizar su método anticonceptivo regular o si se le acaba.
- Puede utilizarse luego de las relaciones sexuales sin protección.
- Puede utilizarse cuando las relaciones sexuales no son consentidas.

Refiera a los participantes a la *Lista de verificación de habilidades para la consejería anticonceptiva*.

Explique que esta lista de verificación puede utilizarse como referencia para brindar asesoramiento sobre anticoncepción de alta calidad, que ayude a que las mujeres tengan la oportunidad de elegir de manera informada su método anticonceptivo.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LA ELEGIBILIDAD MÉDICA DESPUÉS DEL ABORTO

Pregunta: ¿Cuándo puede una mujer comenzar a usar en forma segura un método basado en el conocimiento de la fertilidad, como el método del calendario o de contar los días?

Respuesta: Después de su primer período menstrual normal. Recuerde a los participantes que se debe proporcionar un método anticonceptivo provisorio si la mujer requiere anticoncepción eficaz antes de que se reanude la menstruación, dado que la mayoría de las mujeres ovulan antes de su primera menstruación después de un aborto. Asimismo, en algunas mujeres, es posible que la menstruación no se reanude durante seis a ocho semanas.

Pregunta: ¿Cuáles son los dos motivos por los que puede ser necesario retrasar un procedimiento de esterilización tras un aborto?

Respuesta: En casos de aborto séptico o infección pélvica, las mujeres deben recibir tratamiento con los antibióticos correspondientes y la esterilización debe retrasarse hasta tanto se resuelva la infección. En casos de sangrado excesivo, es posible que deba retrasarse la esterilización si la mujer está demasiado anémica para que se le practique el procedimiento de esterilización en forma segura. Es importante proporcionar a las mujeres un método anticonceptivo provisorio hasta tanto se pueda realizar la esterilización.

Pregunta: ¿Cuándo puede colocarse un DIU después de un aborto?

Respuesta: Un DIU puede colocarse inmediatamente después de una aspiración de vacío sin complicaciones. En las mujeres que se realizan una evacuación uterina inducida con medicamentos en la que la expulsión del embarazo se produce en un establecimiento de atención de la salud, puede colocarse un DIU inmediatamente después. En el caso de las mujeres en las que la expulsión del embarazo se produce en la casa, puede colocarse un DIU cuando existe la certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada, por lo general en una visita de seguimiento. En casos de aborto séptico o cervicitis purulenta franca, las mujeres deben recibir tratamiento con los antibióticos correspondientes y la inserción del DIU debe retrasarse hasta que se resuelva la infección. Se debe proporcionar a las mujeres un método provisorio para que utilicen hasta tanto pueda colocarse el DIU.

CASOS PRÁCTICOS: OTRAS CONSIDERACIONES ESPECIALES

Muestre la **diapositiva 56**: *Consideraciones especiales: Mujeres en contextos de refugio y desplazamiento*. **Explique**: Las mujeres refugiadas y desplazadas pueden estar experimentando muchas presiones emocionales distintas relacionadas con cuestiones de seguridad física y material: violencia institucional, social y personal; desplazamiento de la familia, la cultura y el hogar; falta de alimento y otras necesidades, falta de acceso a atención médica integral e inseguridad acerca del futuro. Muchas mujeres pueden haber experimentado violencia durante el período inicial de desplazamiento, mientras que muchas otras continúan experimentando violencia en su ubicación actual. Al brindar asesoramiento a mujeres refugiadas y desplazadas, resulta importante permitirles guiar el proceso de asesoramiento. El proveedor debe estar atento a las diferencias idiomáticas entre el proveedor y la mujer y contar con la presencia de un hablante nativo del idioma de la mujer para que traduzca, de ser posible.

Solicite a los participantes que intercambien ideas sobre algunas de las complejidades que pueden encontrarse al brindar asesoramiento sobre anticonceptivos a mujeres en contextos de crisis.

En la **diapositiva 57**: *Métodos anticonceptivos: Consideraciones especiales*, haga una pausa y **facilite** un debate sobre métodos anticonceptivos disponibles y problemas de suministro y acceso en el contexto de crisis. El asesoramiento sobre anticonceptivos debe comenzar con lo que continuará estando disponible y debe considerar la probabilidad de que la mujer permanezca en ese contexto o se mude a otro lugar dentro de un plazo determinado. Es posible que las mujeres hayan estado utilizando un método antes del desplazamiento y deban reconsiderar qué métodos funcionarán mejor en sus nuevas circunstancias de vida. Considere la falta de lugar de guardado y privacidad personales y hable sobre el riesgo de violación y violencia, especialmente para las adolescentes.

Asegúrese de abordar los siguientes puntos generales:

- Los altos niveles de violencia sexual (incluida la coerción sexual a cambio de alimento, protección y albergue), las alteraciones en los servicios médicos y de anticoncepción, y la incertidumbre general de la vida de las personas refugiadas exponen a las mujeres refugiadas a un mayor riesgo de relaciones sexuales sin protección y embarazos no deseados.
- Es posible que los contextos médicos de las personas refugiadas o desplazadas no cuenten con toda la gama de suministros anticonceptivos; el asesoramiento basado en los métodos disponibles es altamente beneficioso.
- En situaciones en las que la huida de una guerra, el movimiento migratorio de la población, la repatriación o la reubicación sean inminentes, se aconseja a los asesores que desarrollen un protocolo que aborde las necesidades de largo plazo de quienes consulten sobre anticonceptivos. El proveedor y la paciente pueden hablar sobre los beneficios y desventajas de cada método según las preferencias y circunstancias individuales de la mujer.
- La pobreza, la alta densidad poblacional y el suministro limitado de medicamentos pueden contribuir con un mayor riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual (ETS)

y VIH. La migración de la población, el aumento de la violencia y los movimientos de tropas militares se combinan con estos factores y crean un alto riesgo de exposición a las ETS y al VIH para las mujeres refugiadas y desplazadas. Resulta importante el asesoramiento sobre las necesidades de métodos de barrera de las pacientes.

- Las adolescentes se encuentran entre las más vulnerables en los contextos de refugio o desplazamiento. Debe hacerse todo lo posible para que las adolescentes cuenten con información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos.
- Los asesores deben tener conocimiento de la provisión de AE en el contexto de refugio o desplazamiento y asesorar a las mujeres sobre la disponibilidad de píldoras de AE, las instrucciones de uso y la provisión de suministros. Debe desarrollarse un protocolo para brindar estas píldoras con anticipación, de ser posible.

Explique: Existen algunas consideraciones especiales que los proveedores deben tener en cuenta al brindar asesoramiento sobre anticonceptivos. **Solicite** a los participantes que **revisen** la información brindada bajo el título *Consideraciones especiales para la consejería anticonceptiva* de su libro de actividades para conocer de qué modo los proveedores pueden satisfacer las necesidades específicas de anticonceptivos de las pacientes en estas circunstancias.

Solicite a un participante que lea los siguientes casos prácticos breves de las **diapositivas 59 a 62** en voz alta. **Analícelos** de a uno por vez.



Nota: Los casos cubren tres de las poblaciones especiales indicadas en las copias impresas. Puede desarrollar otros casos prácticos para sustituir los casos incluidos a continuación o para sumar un nuevo caso según las consideraciones especiales que se presentan con mayor frecuencia en su contexto local.

ESCENARIOS DE CASOS PRÁCTICOS

Caso práctico 1:

Violencia: Una mujer de 22 años casada y con un hijo revela que su esposo a menudo la golpea. La última golpiza tuvo lugar cuando estaba embarazada. Llegó al establecimiento con mucho sangrado vaginal y calambres. Tiene miedo de hablar sobre anticonceptivos con su esposo.

- Si la mujer no puede controlar las circunstancias de su actividad sexual, se le debe brindar asesoramiento sobre métodos que no requieran la participación de su pareja, como anticonceptivos inyectables, implantes, DIU y AE.
- Si la violencia es consecuencia de su uso de anticonceptivos, la mujer puede considerar un método que no pueda ser detectado por otros, como un DIU, implante o anticonceptivos inyectables.
- Se le debe brindar asesoramiento sobre el modo de acceder a AE y su uso.
- Brindar píldoras de AE con anticipación puede resultar beneficioso.
- Deben ofrecerse derivaciones a las mujeres que sufran violencia.

Caso práctico 2:

VIH: Una mujer de 28 años con dos hijos ingresa a la clínica muy enferma y se entera de que es VIH positivo. Su única pareja sexual ha sido su esposo. Desea evitar otro embarazo hasta que reciba tratamiento para el VIH y se sienta mejor.

- Asegúrese de que tenga información correcta sobre el VIH y cómo cuidar su salud y reducir la velocidad de los efectos de la enfermedad.
- Analice de qué modo pueden interactuar los anticonceptivos con los medicamentos para el VIH y qué métodos pueden resultar mejores para ella.
- Las píldoras anticonceptivas orales pueden interactuar con algunas drogas antirretrovirales, y esto puede disminuir la efectividad de la anticoncepción.
- El acetato de depo medroxiprogesterona (DMPA) puede utilizarse con antirretrovirales sin que se reduzca su eficacia.
- Las mujeres que se encuentren estables con antirretrovirales pueden ser elegibles para el uso de un DIU.
- Debe alentarse a las mujeres que tomen medicamentos antirretrovirales con anticonceptivos orales a que usen preservativos para evitar la transmisión del VIH y compensar cualquier reducción en la eficacia de los anticonceptivos orales.

Caso práctico 3:

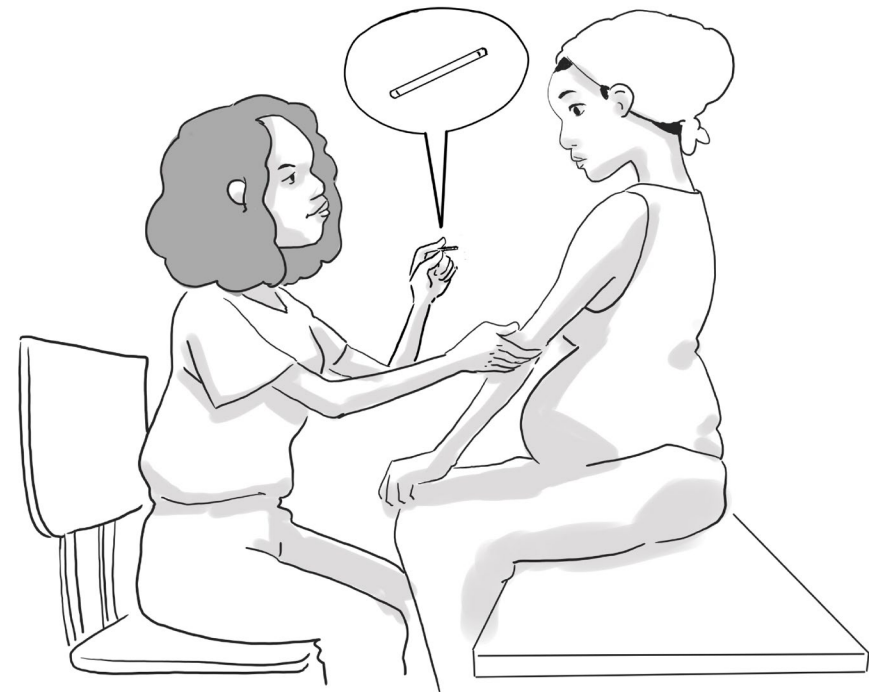
Mujeres jóvenes: Una mujer de 16 años tiene relaciones sexuales con su novio. Utilizan el método de interrupción del coito porque ella no se siente cómoda con pedirle que use preservativos. Quiere utilizar algo más efectivo pero tiene miedo de que su familia se disguste si la ven tomando píldoras anticonceptivas. Intentó obtener anticonceptivos inyectables con anterioridad, pero una enfermera de un centro de salud se negó a dárselos porque no está casada.

- Se deben determinar sus necesidades de privacidad e identificar los obstáculos que puede enfrentar al utilizar diferentes métodos anticonceptivos, a fin de ayudarla a elegir la opción más adecuada para ella.
- Es posible que algunas mujeres jóvenes deseen quedar embarazadas de inmediato y no requieran anticonceptivos. Al igual que con cualquier mujer, se le debe preguntar cuál es su plan reproductivo inmediato y de largo plazo.
- Debe incluirse información básica sobre su ciclo menstrual, fertilidad, el modo en el que se producen los embarazos y cómo prevenirlos, de ser necesario.
- Debe explicarse cómo funciona todo anticonceptivo en el que esté interesada, incluidos su eficacia, los efectos secundarios posibles y las implicancias clínicas de largo plazo de los efectos secundarios, para disipar los temores sobre la posibilidad de que los anticonceptivos causen enfermedades o infertilidad futura permanente.

- Debe ofrecerse que lleve al menos una dosis de AE al abandonar el establecimiento, además del método anticonceptivo que ella elija.
- Las pautas de elegibilidad clínica son iguales para las mujeres jóvenes y las mujeres adultas.
- Las mujeres jóvenes tienen mayores probabilidades de experimentar arrepentimiento luego de la esterilización.
- Los métodos que no requieren un régimen diario pueden ser más efectivos para algunas mujeres jóvenes. Se ha descubierto que los anticonceptivos reversibles de acción prolongada –como el DIU y los implantes– son más efectivos y brindan mayor satisfacción que las píldoras para las mujeres jóvenes en lo que se refiere a la prevención de futuros embarazos.
- El DIU sería particularmente beneficioso para ella porque no resultaría evidente para su familia.

En todos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, no existen inquietudes respecto del reabastecimiento y no hay posibilidad de que ella los use de forma inadecuada.

Concluya la presentación con un debate sobre Consentimiento informado utilizando las diapositivas 63 a 65.



UNIDAD 4

MEDICAMENTOS PARA EL ABORTO INDUCIDO CON MEDICAMENTOS Y ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO

Tiempo:

175 minutos (2 horas 55 minutos)

Objetivos de la unidad:

Al finalizar la unidad, los participantes podrán:

- Describir los requisitos de elegibilidad y las contraindicaciones del aborto inducido con medicamentos y la atención posterior al aborto con mifepristona y/o misoprostol.
- Explicar los regímenes recomendados de mifepristona y/o misoprostol.
- Explicar la información esencial que debe brindarse a las mujeres que se someten a evacuación uterina con mifepristona y/o misoprostol.
- Explicar los efectos esperados, los efectos secundarios y los signos de alerta de la evacuación uterina con mifepristona y/o misoprostol.
- Describir las posibles complicaciones de la evacuación uterina con mifepristona y/o misoprostol y el manejo de complicaciones.
- Describir la atención posterior al procedimiento y el seguimiento relativo a la evacuación uterina con mifepristona y/o misoprostol.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA UNIDAD

TIEMPO Y METODOLOGÍA

- 75 minutos: Presentación del facilitador y análisis grupal
- 60 minutos: Demostración y dramatizaciones
- 10 minutos: Presentación del facilitador y análisis grupal
- 10 minutos: Trabajo en grupos pequeños: Caso práctico
- 20 minutos: Presentación del facilitador y análisis grupal

PREPARACIÓN

- Imprima, descargue y reúna los materiales que se indican más abajo
- Prepare hojas de rotafolios para la actividad *Identificación y manejo de las complicaciones de la evacuación uterina con medicamentos*

IMPRIMA:

- *Determinación de fechas y Laboratorio y otros estudios del Manual de práctica clínica de la OMS*
- *Materiales informativos, educativos y de comunicación sobre aborto inducido con medicamentos*

Libro de actividades para participantes:

- *Presentación de estudios de casos sobre la atención posterior al aborto*
- *Referencia de bolsillo sobre regímenes de medicamentos para evacuación uterina*
- *Lista de verificación de habilidades para evacuación uterina con mifepristona y/o misoprostol*

- *Lista de verificación para la administración de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto*
- *Escenarios de dramatización sobre evacuación uterina con mifepristona y/o misoprostol*
- *Casos prácticos de identificación y manejo de las complicaciones de la evacuación uterina con medicamentos*

DESCARGUE:

Presentación:

- Diapositivas 66 a 134

REÚNA:

- Proyector y computadora con audio
- Papel para rotafolios
- Marcadores, bolígrafos o crayones
- Cinta

GUÍA DETALLADA DE LA SESIÓN

PRESENTACIÓN DEL FACILITADOR Y CASOS PRÁCTICOS

Muestre las diapositivas 66 a 80 y analice lo que dicen usando las notas y actividades incluidas en la presentación.

Muestre la diapositiva 81: *Evaluación clínica: Consideraciones para la atención posterior al aborto*. **Coloque** una hoja en blanco del rotafolios y **escriba** “Servicios de atención posterior al aborto” en la parte superior. **Pregunte**: ¿Cuáles son los motivos por los que las mujeres precisan servicios de atención posterior al aborto? **Escriba** las respuestas en el rotafolios y agrúpelas en las tres siguientes categorías:

- Aborto inseguro, posiblemente autoinducido
- Complicaciones derivadas de un aborto seguro
- Aborto espontáneo

Solicite que un participante diferente lea cada uno de los *Casos prácticos de atención posterior al aborto* en voz alta. **Pregunte**: ¿Qué tienen en común estas descripciones?

Explique: Estas son circunstancias típicas en las que las mujeres pueden presentarse para recibir servicios de atención posterior al aborto. En la mayoría de los casos, las mujeres que necesitan atención posterior al aborto no se encuentran en situación de emergencia.

Pase a las diapositivas 82 a 88. Deténgase en la diapositiva 89.

Explique a los participantes que, en la siguiente actividad, **presentará** un caso clínico y les dará algunos minutos para que lo analicen. Luego, pídale que **voten** si consideran que la mujer es elegible para el uso de medicamentos o no. También puede **distribuir** pedazos pequeños de papel rojo, amarillo y verde a cada participante. **Pídales** que **sostengan** en alto el papel verde si consideran que la mujer es elegible; el rojo, si no y el amarillo, si no están seguros o quisieran contar con información adicional. Después de **votar**, **solicite** a los participantes que compartan sus recomendaciones clínicas. **Pida** a los participantes que consideraron que la mujer era elegible y a los que consideraron que no lo era que **expresen** los motivos de sus recomendaciones. Utilice una hoja de **rotafolios** para **anotar** sus respuestas. Utilice los puntos clave para **resumir** cada caso práctico en las diapositivas 90 a 95.

Pase a las diapositivas 96 a 115 sobre *Modo de uso de la mifepristona y/o el misoprostol, efectos esperados, efectos secundarios y signos de alerta*.

CASOS PRÁCTICOS DE ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO

Caso práctico 1: Una mujer de 18 años ingresa en la clínica sujeta al brazo de su pareja para estabilizarse y afirma sentirse enferma. Tiene sangrado vaginal moderado y muchos calambres. Su pareja solicita ayuda inmediata.

Caso práctico 2: Una mujer de 28 años ingresa al hospital sin signos visibles de dolor ni sufrimiento. Informa que ha tenido sangrado vaginal y calambres durante más de 10 días y no sabe por qué no se detuvo. En los últimos dos días, el sangrado se volvió más abundante y los calambres, muy fuertes.

Caso práctico 3: Una mujer de 34 años ingresa al establecimiento de atención de la salud y, a primera vista, pareciera que puede tener gripe. Tiene fiebre y escalofríos y se la ve pálida. Luego de ser interrogada, informa que ha estado sangrando de forma abundante durante las últimas 4 horas y tiene oleadas de dolor abdominal. Tiene dificultades para hablar cuando se producen los calambres.

DEMOSTRACIÓN Y DRAMATIZACIONES: EVACUACIÓN UTERINA CON MIFEPRISTONA Y/O MISOPROSTOL

Explique a los participantes que ahora van a practicar la prestación de servicios de evacuación uterina inducida con medicamentos. **Remita** a los participantes a las copias impresas: *Lista de verificación de habilidades para la evacuación uterina con medicamentos* y *Lista de verificación de administración de misoprostol para el aborto incompleto* y los *Materiales informativos, educativos y de comunicación sobre aborto inducido con medicamentos*. Los participantes también pueden consultar la *Lista de verificación de habilidades para la consejería anticonceptiva* que utilizaron en la última unidad.

Explique que estas listas de verificación pueden utilizarse como guía mientras aprenden los pasos para hablarles a las mujeres sobre la evacuación uterina con medicamentos. Estas listas de verificación pueden utilizarse para monitorear la calidad de los servicios y orientar la supervisión asistida de los proveedores. Los materiales de información, educación y comunicación (IEC) sobre aborto inducido con medicamentos proporcionan instrucciones sencillas para inducir el aborto con pastillas de manera segura y se diseñaron como recursos que los proveedores de salud puedan compartir con sus pacientes.

Explique que la próxima actividad demuestra la transmisión de información sobre evacuación uterina inducida con medicamentos. **Pídales** a un voluntario que pase al frente de la sala y que **actúe** como una mujer que ha acudido al establecimiento de salud para solicitar una evacuación uterina. Usted **actuará** como proveedor de atención de la salud y **demostrará** buenas habilidades para transmitir información. **Recuerde** a los participantes que debido a que las mujeres suelen utilizar

mifepristona y/o misoprostol por su propia cuenta y fuera del ámbito de un establecimiento de salud, **proporcionar** información clara sobre lo que pueden esperar, incluidos signos de alerta respecto de cuándo buscar atención adicional, puede ayudarlas a sentirse preparadas para lo que experimentarán y calmar la ansiedad que puedan sentir.

Comparta una dramatización de los *Escenarios de dramatización sobre evacuación uterina con medicamentos* con la persona que se ofreció como voluntaria/mujer. Pídale a los participantes que observen la demostración utilizando sus listas de verificación y que estén preparados para hacer comentarios sobre lo que estuvo bien y lo que puede haber faltado o no se analizó adecuadamente.

ESCENARIOS DE DRAMATIZACIÓN SOBRE EVACUACIÓN UTERINA CON MEDICAMENTOS

ABORTO

Clienta N.º1: Usted es una mujer casada de 30 años, con dos hijos menores de seis años. Tiene un atraso de tres semanas. No está en condiciones de tener otro hijo en este momento, pero usted y su esposo pertenecen a una religión que prohíbe el aborto. Está decidida a tener un aborto, pero se siente más cómoda utilizando medicamentos que sometiéndose a un procedimiento. Sin embargo, tiene miedo de que su esposo u otros familiares se enteren. Después del aborto, quiere comenzar a usar un método anticonceptivo que su esposo no detecte, porque cree que él no lo aprobará.

Clienta N.º2: Usted es una mujer casada de 35 años, con tres hijos. Junto con su esposa, han estado en una vivienda temporal durante varios meses. Recientemente se le terminó su método de control de la natalidad. Obtuvo un resultado positivo en una prueba de embarazo que se hizo hace dos semanas cuando no tuvo su período. Quiere abortar. Su esposo no sabe sobre el embarazo. Usted piensa que él no aprobaría un aborto y por eso nunca lo ha hablado con él. Usted se ocupa del cuidado de los niños, los quehaceres domésticos y algunas tareas agrícolas. Su esposo está desempleado. Después de escuchar sus opciones, ha elegido los medicamentos.

Clienta N.º3: Usted es una mujer de 25 años que vive con su novio. Está embarazada y tuvo su último período hace 7 semanas. Peleó con su novio porque usted quería tener un aborto. Él la golpeó, y durante 3 días tuvo sangrado vaginal, que se detuvo hace varios días. Tiene la esperanza de haber perdido el embarazo, pero aún tiene síntomas relacionados con el embarazo, como náuseas y vómitos. Le tiene miedo a su novio. Ha elegido usar medicamentos.

Clienta N.º4: Usted es una mujer de 18 años que vive con sus padres y tiene dos hermanas que viven cerca. Tuvo su último período hace 10 semanas. Estudia en la escuela y no está en condiciones de tener un hijo en este momento. Usted y su novio se separaron

a causa de este embarazo, por lo que no prevé tener relaciones sexuales nuevamente por un tiempo. No quiere que sus padres sepan del embarazo. Después de escuchar sus opciones, elige los medicamentos.

Clienta N.º5: Usted es una mujer de 20 años que tuvo un aborto inducido previo. En ese momento, se sometió a un procedimiento y le resultó muy doloroso. Tuvo su último período hace 12 semanas. Su novio apoya su decisión. Acudió a este centro de salud porque escuchó que tienen píldoras para provocar un aborto. Prefiere esta opción porque no quiere someterse a otro procedimiento de aborto.

ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO

Clienta N.º1: Usted es una mujer de 35 años que cursa un embarazo no deseado. Tuvo su último período hace 10 semanas. Comenzó a sangrar hace pocos días, y su sangrado recientemente se volvió más abundante, con algunos calambres fuertes ocasionales. Tiene el cuello uterino abierto, y el tamaño del útero coincide con el de un embarazo de 8 semanas. Comparte el lugar donde vive, y un único baño, con varias familias más. Después de escuchar las opciones de tratamiento, preferiría usar misoprostol.

Clienta N.º2: Usted es una joven de 15 años que acude al establecimiento de salud con un embarazo no deseado. Acudió a la partera del pueblo hace dos días, quien la ayudó a interrumpir el embarazo usando un instrumento quirúrgico. Ha tenido sangrado leve y algunos calambres moderados desde entonces. No está segura de cuándo tuvo su último período. En el examen, se observa que el cuello uterino está levemente dilatado y que el sangrado es mínimo. No hay signos de lesión ni infección, y el tamaño del útero corresponde a aproximadamente 9 semanas de embarazo. Usted y su novio, que la acompañó a la visita hoy, están muy asustados, en especial por la posibilidad de que tenga que someterse a otro procedimiento vaginal. No le ha contado a su familia sobre el embarazo, pero en general muestran una actitud afectuosa y comprensiva.

Clienta N.º3: Usted es una mujer de 17 años que en ocasiones practica sexo transaccional. Tuvo su último período hace 12 semanas. Intentó interrumpir el embarazo usted misma hace 4 semanas cuando se dio cuenta de que tenía un atraso. Usó algunas píldoras que le dio una amiga, y tuvo sangrado leve durante dos días, que luego se detuvo. Hace dos días, comenzó a tener sangrado abundante con coágulos. Su examen revela que tiene el orificio del cuello uterino abierto, sangrado del cuello uterino y que el tamaño del útero corresponde a un embarazo de 11 semanas. Decide tomar misoprostol.

Clienta N.º4: Usted es una mujer de 26 años. Ha tenido tres abortos espontáneos anteriores. Está felizmente casada y quiere formar una familia. Se alegró al saber que estaba embarazada y se disgustó cuando comenzó a tener calambres y sangrar hoy. Su examen revela que tuvo un aborto espontáneo y que probablemente haya retenido

tejido en el útero, cuyo tamaño corresponde a un embarazo de 8 semanas. Después de escuchar sus opciones, prefiere usar misoprostol dado que se sometió a un procedimiento de aspiración de vacío con un aborto espontáneo anterior, y fue muy doloroso.

Clienta N.º 5: Usted es una mujer de 20 años que interrumpió legalmente un embarazo hace 3 semanas usando misoprostol. Aún tiene sangrado y sensibilidad en los senos. Su examen indica que el tamaño del útero corresponde a un embarazo de 9 semanas. Después de que le explican sus opciones, decide volver a tomar misoprostol.

Realice la demostración durante aproximadamente 10 minutos. **Intente** que la demostración sea lo más realista posible. **Háblele** al voluntario como si fuera una paciente que solicita atención en su establecimiento de salud. Si bien en esta demostración usted no brindará asesoramiento sobre opciones de evacuación uterina, asegúrese de **preguntarle** a la persona que se ofreció como voluntaria sobre cualquier problema médico que pudiera impedir que tomara los medicamentos en forma segura, como una alergia. Junto con la voluntaria, **elabore** un plan respecto de cuándo y cómo utilizará los medicamentos en función de su situación personal. **Pregúntele** sobre sus intenciones de quedar embarazada en el futuro y el método anticonceptivo que prefiere, si lo desea. **Asegúrese** de que reciba el método elegido o de que se elabore un plan para que reciba el método elegido.

Después de concluir la demostración, **pida** a los participantes que hagan comentarios utilizando las listas de verificación. **Pídale** a la persona que se ofreció como voluntaria que comente cómo se sintió durante la interacción y si entendió lo que se le explicaba. **Pida** que hagan preguntas sobre la demostración o la evacuación uterina con medicamentos en general. **Responda las preguntas e inicie un debate** sobre las cuestiones planteadas.

Tras la demostración, **informe** a los participantes que ahora tendrán la oportunidad de **practicar** mediante dramatizaciones. **Divida** a los participantes en grupos de tres personas. Una persona **interpretará** al proveedor, otra interpretará a la paciente y la tercera persona será el observador que utilizará las listas de verificación. Cada grupo hará tres dramatizaciones, de modo que cada participante tenga la oportunidad de interpretar cada papel durante el ejercicio. **Asigne** tres escenarios de dramatización de los *Escenarios de dramatización sobre evacuación uterina con medicamentos* a cada grupo.

Indíqueles a los participantes que realizarán tres dramatizaciones. Tendrán aproximadamente 10 minutos para cada dramatización, y alrededor de 5 minutos para que el observador **haga** los comentarios. **Indíquele** al observador que utilice las listas de verificación para **hacer** observaciones y brindar comentarios. **Recuerde** a los participantes que esta es su oportunidad de **practicar** el asesoramiento sobre evacuación uterina con medicamentos y alíentelos a tomar nota de cualquier pregunta que tengan.

Durante las dramatizaciones, **recorra** la sala para **observar** a los grupos y **haga** aportes, si es necesario. Al cabo de 10 minutos, **señale** al grupo que es momento de hacer los comentarios sobre la primera dramatización. Después de otros cinco minutos, **señale** al grupo que es momento de que **cambien** los papeles y **comiencen** la siguiente dramatización. **Haga** esto dos veces más, hasta que todos los grupos hayan completado las tres dramatizaciones.

Vuelva a reunir al grupo para hacer un resumen y debate del ejercicio. **Pregúnteles** a los participantes qué salió bien y qué les resultó difícil sobre el ejercicio. Otras preguntas para incluir podrían ser las siguientes:

- ¿Qué les resultó más difícil al interpretar al proveedor?
- ¿Qué fue lo más difícil de explicar?
- ¿Cuáles fueron las preguntas de la mujer que resultaron más difíciles de responder?

Asegúrese de **preguntarles** a los participantes qué preguntas tienen antes de **concluir** la sesión.

PRESENTACIÓN DEL FACILITADOR Y ANÁLISIS GRUPAL

Muestre las *diapositivas 117 a 126* sobre *Manejo de las complicaciones de la evacuación uterina con medicamentos* y **analice** lo que dicen usando las notas y actividades incluidas en la presentación.

TRABAJO EN GRUPOS PEQUEÑOS: CASO PRÁCTICO DE COMPLICACIONES

Explique que en la próxima actividad, los participantes **utilizarán** casos prácticos para pensar en diversas complicaciones clínicas que pueden surgir al utilizar medicamentos para la evacuación uterina.

Recuerde a los participantes que estas complicaciones son muy poco frecuentes y que es importante analizar los casos porque es posible que no se topen con estas complicaciones muy a menudo.

Divida a los participantes en grupos pequeños y **asigne** un caso práctico de la copia impresa *Casos prácticos de identificación y manejo de las complicaciones de la evacuación uterina con medicamentos* a cada grupo. **Indique** a cada grupo que **designe** a alguien para que tome notas y a alguien que **transmita** las apreciaciones al grupo general. **Proporcione** a cada grupo una hoja de **papel para rotafolios** y algunos **marcadores**. **Pida** al grupo que **informe** su diagnóstico, qué síntomas presentes tomaron en cuenta para hacer el diagnóstico y sus recomendaciones de tratamiento o acción a seguir.

Dé a los grupos cinco minutos para que debatan el caso práctico. **Vuelva a reunir** al grupo. Pida a cada vocero que **repase** su caso práctico y las conclusiones a las que llegó el grupo. **Pida** a todo el grupo que hagan preguntas y brinden comentarios. **Aborde** cualquier punto no tratado utilizando las respuestas de la actividad.

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DE LA EVACUACIÓN UTERINA CON MEDICAMENTOS: CASOS PRÁCTICOS Y RESPUESTAS

Caso práctico 1

(Atención posterior al aborto): Una mujer de 19 años, que cursa un embarazo de aproximadamente 7 semanas, intentó interrumpir el embarazo por su cuenta. Llega al establecimiento de salud para obtener ayuda porque tuvo sangrado leve pero constante durante dos semanas y sospecha que no expulsó completamente el contenido uterino. Reunía los requisitos para la administración de misoprostol para tratar el aborto incompleto, que utilizó en su casa. Se pone en contacto con el centro de salud 12 días después de usar las píldoras porque continúa teniendo sangrado vaginal. Tuvo sangrado y calambres intensos el día en que tomó el misoprostol y menor sangrado con algo de manchado después. Está preocupada porque ahora está usando tres toallas sanitarias por día para el sangrado. El flujo de sangrado alterna entre el de un período leve a moderado, pero las toallas sanitarias no quedan saturadas. El sangrado general es más leve de lo que ha sido durante este proceso. No se siente aturdida ni mareada, pero está muy preocupada por haber estado sangrando durante casi un mes desde que intentó interrumpir por primera vez el embarazo.

Respuestas al caso práctico 1

Sangrado prolongado: El diagnóstico es sangrado prolongado. A muchos médicos, y a veces a las propias mujeres, les preocupa el sangrado prolongado, especialmente si no estaba previsto. La duración del sangrado varía cuando se usa misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, pero puede continuar por hasta 14 días. En algunas mujeres, el sangrado leve o manchado puede continuar incluso por más tiempo. Esta mujer necesita que le confirmen que está teniendo sangrado variable, que es algo normal en su tratamiento. No tiene signos de hipovolemia ni de infección por retención de productos de la concepción. Siempre que el patrón general de sangrado disminuya con el tiempo, es algo normal. Recomiende el consumo de alimentos ricos en hierro y proporcione comprimidos de hierro, si hay disponibles.

Se debe informar a esta mujer que tiene tres opciones para manejar el problema del sangrado prolongado:

1. Manejo expectante.
2. Una dosis adicional de misoprostol para ayudar a la contracción uterina y a expulsar el tejido residual (si lo hubiera). Si bien se utiliza mucho una segunda dosis de misoprostol para este fin, su eficacia no se ha estudiado específicamente. Si se le da a la mujer una dosis adicional de misoprostol para el sangrado prolongado, es necesario volver a ponerse en contacto con ella y volver a evaluarla aproximadamente una semana después para determinar si el sangrado ha disminuido.
3. Aspiración de vacío.

Caso práctico 2

(Atención posterior al aborto): Una mujer joven le llama a la medianoche, dos horas después de tomar misoprostol por un aborto espontáneo a 8 semanas del último período menstrual. Está alarmada porque tiene sangrado más abundante que durante el período. Empapa 1 toalla sanitaria por hora y elimina coágulos de sangre muy grandes que estima son del tamaño de un limón. Tiene calambres intensos. Teme necesitar servicios de emergencia.

Respuestas al caso práctico 2

Proceso de evacuación uterina normal: La información integral antes de la administración de misoprostol podría haber ayudado a esta mujer a evitar la ansiedad innecesaria y que realizara llamada telefónica fuera del horario de atención. Su sangrado (más abundante que el del período, empapa 1 toalla por hora) es normal después de tomar misoprostol, y es común ver coágulos de sangre grandes. Confirmele que estos signos son indicaciones de que el medicamento está funcionando según lo previsto y que es parte del proceso para vaciar el útero. Recuérdele los signos de alerta ante los cuales debería llamarle. Si puede, coordine hablar nuevamente con ella en dos horas para evaluar el sangrado. En la mayoría de los casos, contar con una persona con experiencia que brinde tranquilidad es todo lo que se necesita. Recuérdele que el ibuprofeno suele aliviar los calambres que siente, y que puede usarlo según las indicaciones. Aplicar una almohadilla térmica, bolsa de agua caliente o paños tibios en el abdomen o la parte baja de la espalda también puede ayudar.

Caso práctico 3

(Atención posterior al aborto): Una mujer de 20 años que lleva 9 semanas de gestación utilizó mifepristona y misoprostol en el hogar para inducir un aborto. Después de usar los medicamentos, tuvo sangrado más abundante que el del período durante una semana, y notó coágulos de sangre, que nunca había tenido con la menstruación. Tuvo calambres que describió como intensos, pero no tomó ningún analgésico. Se presenta ahora en el centro de salud para un control de seguimiento 2 semanas después de su primera cita. El útero no es sensible a la palpación y no tiene el tamaño correspondiente a un embarazo. Sin embargo, la prueba de embarazo en orina da un resultado positivo.

Respuestas al caso práctico 3

Aborto eficaz: Un resultado positivo en una prueba de embarazo no brinda información útil 2 semanas después de usar mifepristona y/o misoprostol. Su nivel de la hormona del embarazo hCG en orina habría descendido rápidamente tras un aborto eficaz, pero está en su pico alrededor de las 8 a 9 semanas. Incluso con un aborto eficaz (como indican todos los signos clínicos) es posible que su prueba de embarazo arroje un resultado positivo. En otras palabras, un resultado negativo brindaría una confirmación, pero un resultado positivo no es muy relevante. Las pruebas de embarazo después de la administración de medicamentos para la evacuación uterina suelen aportar confusión, no certeza, al seguimiento.

Caso práctico 4

(Atención posterior al aborto): Una mujer de 22 años regresa al establecimiento de salud el día después de solicitar misoprostol para interrumpir un embarazo de 8 semanas. Tomó dos dosis de misoprostol sublingual en la casa ayer por la noche, y ha tenido sangrado abundante desde entonces (empapó más de 2 toallas sanitarias por hora durante varias horas). Dice que se ha sentido mareada por momentos hoy, pero que puede ser porque estuvo levantada gran parte de la noche ocupándose del sangrado. Tiene el pulso ligeramente elevado y se observa sangrado en el examen con espéculo.

Respuestas al caso práctico 4

Hemorragia: Esta mujer tiene pérdida excesiva de sangre o hemorragia. Requiere atención médica de inmediato. Necesita aspiración de vacío y rehidratación, y posiblemente una transfusión si su estado actual empeora. Si esto no es posible, debería ser trasladada a otro centro donde puedan tratar la hemorragia.

Caso práctico 5

(Atención posterior al aborto): Una mujer de 28 años refiere sensibilidad abdominal cuatro días después de tomar misoprostol. Lo notó por primera vez cuando tenía a su hijo pequeño sentado en su regazo. Ahora está preocupada porque el dolor se ha vuelto intenso. Ha tenido fiebre y es evidente que siente malestar. Tuvo fiebre leve y escalofríos después de tomar misoprostol, pero le dijeron que se trataba de un efecto secundario.

Respuestas al caso práctico 5

Infección: Los síntomas coinciden con una infección uterina o endometritis. La sensibilidad abdominal y la fiebre persistente no son efectos secundarios característicos del misoprostol. La fiebre transitoria asociada con el uso de misoprostol no debería durar más allá del día en que la mujer toma misoprostol. Debe ser evaluada y recibir los antibióticos correspondientes y una aspiración de vacío.

Caso práctico 6

(Atención posterior al aborto): Una mujer de 17 años llevaba 11 semanas desde el último período menstrual en el momento en que intentó inducir un aborto con hierbas y medicamentos. Recibió misoprostol por un aborto incompleto en un establecimiento de salud una semana después. Vuelve para su visita de seguimiento 2 semanas después. Tuvo sangrado muy abundante el día que utilizó misoprostol, pero el sangrado se redujo en forma constante después de eso. Retomó sus actividades normales el día posterior a usar misoprostol. Siente que ya no está embarazada, pero refiere calambres continuos. El útero tiene el tamaño de alguien que no está embarazada y no es sensible a la palpación. Su sangrado es como el de un período leve. Hay un resto visible de coágulo y tejido en el orificio cervical.

Respuestas al caso práctico 6

Tejido atrapado: En ocasiones, es posible que quede atrapado un coágulo grande o tejido en el orificio cervical. Esto puede ser muy doloroso y a menudo se siente como un calambre persistente. Para su visita de seguimiento a las 2 semanas, las mujeres por lo general ya no tienen calambres. Con una pinza de anillo o instrumento de sujeción similar, intente retirar el tejido del cuello uterino. Si no es posible retirar el tejido, un masaje uterino puede ayudar. Otra opción es tratar a la mujer con otra dosis de misoprostol, que puede ablandar el cuello uterino y provocar contracciones para expulsar el coágulo, o con aspiración de vacío. Si da otra dosis de misoprostol, siempre que los calambres cedan en el término de un día y la mujer se sienta bien, no será necesario que regrese para otra visita de seguimiento.

Caso práctico 7

(Atención integral del aborto): Una mujer de 26 años que cursaba un embarazo de 6 semanas cuando recibió el aborto inducido con misoprostol regresa para un seguimiento a las dos semanas. Tuvo un poco de sangrado después de tomar misoprostol e indica que tomó todos los medicamentos según las indicaciones. No tiene dolor, pero tiene sensibilidad en los senos. Usted hace un examen pélvico y nota que el útero está más grande que en su primera visita.

Respuestas al caso práctico 7

Falla de los medicamentos: Estos síntomas indican una falla del aborto inducido con medicamentos; el examen pélvico sugiere que el embarazo sigue su curso. Se recomienda realizar aspiración de vacío. Es importante que se realice el procedimiento antes de superar cualquier límite legal o funcional a la posibilidad del aborto. El misoprostol conlleva un bajo riesgo de provocar malformaciones fetales. Se le debe asesorar al respecto si decidiera continuar con el embarazo. El embarazo ectópico es otra consideración importante, especialmente si existen dudas de que el útero se haya agrandado con el tamaño previsto con un embarazo en desarrollo. El misoprostol no sirve para tratar el embarazo ectópico. Si tras la evacuación uterina se obtiene tejido del embarazo, se puede descartar el embarazo ectópico.

Caso práctico 8

(Atención integral del aborto): Una mujer de 35 años cursa un embarazo de aproximadamente 8 semanas según los cálculos desde el último período menstrual. Quiere hacerse un aborto con medicamentos. Tiene algo de manchado y quiere saber si está teniendo un aborto espontáneo. En el examen pélvico, usted palpa un útero retroverso con un tamaño correspondiente a un embarazo de entre 6 y 8 semanas. En el examen con espéculo, ve el orificio cervical cerrado y no observa sangre. Recibió los medicamentos para un aborto inducido con medicamentos. Regresa al centro de salud tres días después, y refiere que ha tenido muy poco sangrado después de usarlos. Mientras estaba en la sala de espera, comenzó a tener dolor pélvico y se pregunta si tal vez finalmente comenzó a tener el aborto.

Respuestas al caso práctico 8

Posible embarazo ectópico: Estos síntomas indican un posible embarazo ectópico. La mujer necesita atención médica inmediata. Es posible que el examen pélvico inicial haya sido difícil debido a la posición del útero y puede producirse cierto aumento del tamaño del útero con un embarazo ectópico. El dolor y la falta de antecedentes de expulsión del embarazo (calambres y sangrado escasos) sugieren que no se trata de un embarazo intrauterino. Es posible que pueda palpar una masa anexial en el examen, si bien este es un hallazgo poco frecuente en mujeres con un embarazo ectópico.

La ruptura de un embarazo ectópico es una emergencia ginecológica que puede suponer un riesgo para la vida. Requiere intervención quirúrgica inmediata. Las mujeres respecto de las cuales se tienen sospechas de embarazo ectópico deben ser tratadas o trasladadas a la mayor brevedad posible a un establecimiento que pueda confirmar el diagnóstico y comenzar el tratamiento. El diagnóstico y tratamiento temprano del embarazo ectópico salva las vidas de las mujeres y ayuda a preservar su fertilidad.

PRESENTACIÓN DEL FACILITADOR Y ANÁLISIS GRUPAL

Muestre las diapositivas 128 a 134 sobre *Seguimiento de evacuación uterina con mifepristona y/o misoprostol* y **analice** lo que dicen usando las notas y actividades incluidas en la presentación.

Tiempo:
30 minutos

Objetivos de la unidad:

Al finalizar la unidad, los participantes podrán:

- Identificar signos y síntomas de complicaciones graves relacionadas con el aborto, incluido el shock.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA UNIDAD

TIEMPO Y METODOLOGÍA

- 30 minutos: Presentación del facilitador y análisis grupal

PREPARACIÓN

- Imprima, descargue y reúna los materiales que se indican más abajo

IMPRIMA:

Libro de actividades para participantes:

- ☐ *Lista de verificación de habilidades para el manejo de complicaciones (APA)*

DESCARGUE:

Presentación:

- ☐ Diapositivas 135 a 159

REÚNA:

- ☐ Proyector y computadora con audio

GUÍA DETALLADA DE LA SESIÓN

PRESENTACIÓN DEL FACILITADOR Y ANÁLISIS GRUPAL

Muestre las diapositivas 135 a 159 y **analice** lo que dicen usando las notas y actividades incluidas en las presentaciones sobre *Evaluación inicial rápida y control del shock* y *Evaluación secundaria para detectar causas subyacentes del shock*.

Haga una pausa en la diapositiva 140: *Signos de shock*. Explique que el shock puede producirse en cualquier momento durante la atención posterior al aborto, especialmente si no se detectaron lesiones subyacentes durante la evaluación inicial. Una vez estabilizado el shock, es necesario determinar la causa subyacente. El shock en la atención posterior al aborto, por lo general, puede ser hemorrágico o septicémico.

Pregunte: ¿Cómo se estabiliza una situación de shock? **Las respuestas deben incluir:**

- Asegurarse de que las vías aéreas estén abiertas
- Elevar las piernas
- Dar oxígeno
- Proporcionar rápidamente una infusión de cristaloides (Ringers lactato o solución salina normal)
- Proporcionar un segundo litro si los signos vitales siguen siendo anormales
- Transfundir si los signos vitales siguen siendo inestables
- Mantener a la paciente abrigada
- Colocar catéter urinario
- Monitorear la ingesta y eliminación de fluidos, incluida la pérdida de sangre en curso
- Obtener pruebas de laboratorio, incluidos el grupo sanguíneo y la compatibilidad, determinación de hematocritos y hemoglobina, hemocultivos y pruebas químicas, de encontrarse disponibles
- Monitorear y registrar los signos vitales cada 15 minutos
- Realizar los preparativos para el traslado de emergencia si la mujer no puede ser tratada en el establecimiento



Nota: Este tema no está cubierto en profundidad en este material. Es posible que los participantes se apoyen en otra capacitación clínica para estas respuestas.

Detenga la presentación en la diapositiva 159. **Indique** a los participantes que consulten la *Lista de verificación de habilidades para el manejo de complicaciones (APA)*. **Pregunte** si los participantes tienen preguntas sobre el manejo de complicaciones antes de pasar a la siguiente unidad.

Tiempo:
30 minutos

Objetivos de la unidad:

Al finalizar la unidad, los participantes podrán:

- Describir el monitoreo y su importancia para mejorar los servicios relacionados con el aborto.
- Describir los pasos generales para la integración de los servicios relacionados con el aborto a los programas existentes de salud sexual y reproductiva.
- Comprender y aportar al desarrollo de un plan de trabajo para asegurar el abastecimiento y reabastecimiento de instrumentos, medicamentos e insumos; la sostenibilidad de los servicios de evacuación uterina; y las necesidades de capacitación/mentoría continuas.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA UNIDAD

TIEMPO Y METODOLOGÍA

- 30 minutos: Presentación del facilitador y análisis grupal



Nota:

- El contenido y los métodos de esta unidad variarán según el contexto y la etapa del plan de monitoreo/integración/sostenibilidad.
- Antes de enseñar el contenido de esta unidad, el facilitador debe evaluar cómo se monitorea la calidad de la atención a la paciente y con qué sistemas de datos (si los hubiere) se cuenta.
- Los facilitadores deben trabajar con autoridades del lugar para establecer por escrito un plan de monitoreo y un plan de trabajo de integración/sostenibilidad.

PREPARACIÓN

- Imprima, descargue y reúna los materiales que se indican más abajo
- Identifique el rotafolios con la palabra Monitoreo y escriba los *Elementos de un plan de monitoreo/sustentabilidad para los servicios de evacuación uterina en contextos de crisis* en la diapositiva 162
- Familiarícese con todas las prácticas de monitoreo que existan en los establecimientos de los participantes
- Prepare en forma anticipada ejemplos de monitoreo para servicios relacionados con el aborto
- Revise las calculadoras para aborto inducido con medicamentos y AVM
 - Calculadora para aborto inducido con medicamentos: www.ipas.org/supply-calculators/ma
 - Calculadora para AVM: www.ipas.org/supply-calculators/mva
- Consulte la Base de datos de productos básicos para el aborto inducido con medicamentos en <https://medab.org/>

IMPRIMA:

- COPE® for Comprehensive Abortion Care Handbook para que los participantes lo consulten

Libro de actividades para participantes:

- Ejemplos de monitoreo de los servicios de aborto
- Planilla de preparación preliminar para la implementación de servicios de aborto seguro

- Lista de verificación de suministros y equipos para la atención integral del aborto en el primer trimestre (<13 semanas)
- Cuadro de abastecimiento y reabastecimiento para AVM

DESCARGUE:

- Presentación:
 - Diapositivas 160 a 181

REÚNA:

- Proyector y computadora con audio
- Papel para rotafolios
- Marcadores, bolígrafos o crayones

GUÍA DETALLADA DE LA SESIÓN

PRESENTACIÓN DEL FACILITADOR Y ANÁLISIS GRUPAL



Nota: El plan de monitoreo debe supervisar la calidad de la atención de la evacuación uterina. El plan de sostenibilidad debe proporcionar instrucciones sobre cómo integrar los servicios de evacuación uterina en el contexto de crisis, asegurar la sostenibilidad y apoyar la capacitación continua, la orientación por parte de mentores y la supervisión asistida, si es necesario.

En algunos ámbitos ya se habrá comenzado a elaborar un plan de monitoreo/sostenibilidad incipiente, y la atención estará puesta en solicitar el aporte de opiniones de los proveedores durante la capacitación. En otros casos, es posible que ya haya un plan en vigencia y este deba revisarse. Es posible que sea beneficioso obtener las opiniones/comentarios de los proveedores para destacar cualquier área del plan que necesite mejorarse. Si el establecimiento acaba de elaborar su primer plan escrito, la capacitación es una excelente oportunidad para presentárselo al personal.

Comience revisando en qué parte del proceso de elaboración de un plan de monitoreo/sostenibilidad se encuentra el establecimiento actualmente. En todos los contextos de crisis en los que se proporcionan servicios de evacuación uterina, es importante tener un plan que apoyen todos los proveedores y el personal de atención de la salud, con el que se comprometan activamente y al que revisen para implementar mejoras.

OPCIONAL: Si el tiempo lo permite y cuenta con internet, después de analizar:

- **Diapositiva 174,** diríjase a medab.org para realizar una visita/demostración rápida y busque productos básicos disponibles en el país en el que ofrece la capacitación. Asegúrese de estar familiarizado con la Base de datos de productos básicos para el aborto inducido con medicamentos antes de la capacitación.
- **Diapositiva 177,** haga clic en el enlace para abrir la calculadora para aborto inducido con medicamentos y realice una visita/demostración rápida.
- **Diapositiva 179,** haga clic en el enlace para abrir la calculadora para AVM y realice una visita/demostración rápida.

Asegúrese de estar familiarizado con todos estos recursos antes de la capacitación.

Muestre las **diapositivas 160 a 181** y **analice** lo que dicen usando las notas y actividades incluidas en la presentación. **Haga una pausa** en la **diapositiva 180: Calculadora para AVM** para participantes. **Repase** el **Cuadro de abastecimiento inicial y reabastecimiento para AVM**. **Solicite** a los participantes que calculen su volumen diario promedio de casos de AVM y luego utilice el cuadro para determinar la cantidad de dispositivos de AVM necesarios como existencias activas y la cantidad necesaria en reserva.



Tiempo:

55 minutos

Objetivos de la unidad:

Al finalizar la unidad, los participantes podrán:

- Explicar de qué manera la capacitación cumplió con sus expectativas y los objetivos del curso.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA UNIDAD

TIEMPO Y METODOLOGÍA

- 20 minutos: Presentación del facilitador y análisis grupal
- 10 minutos: Evaluación del curso
- 15 minutos: Evaluación de los conocimientos
- 10 minutos: Ceremonia de cierre

PREPARACIÓN

- Imprima, descargue y reúna los materiales que se indican más abajo
- Complete los nombres de los participantes en los certificados de finalización

IMPRIMA:

Copias (1 un juego por participante):

- ☐ *Certificado de finalización*
- ☐ *Prueba final de conocimientos*
- ☐ *Evaluación del curso*

DESCARGUE:

Presentación:

- ☐ Diapositivas 182 a 187

REÚNA:

- ☐ Proyector y computadora con audio
- ☐ La hoja de rotafolios “Expectativas del curso” del comienzo de la capacitación

GUÍA DETALLADA DE LA SESIÓN

PRESENTACIÓN DEL FACILITADOR Y ANÁLISIS GRUPAL

Repase las diapositivas 182 a 184: *Objetivos del curso*. **Repase** todos los objetivos, **recordando** a los participantes las actividades y los métodos empleados para incrementar el conocimiento, adquirir habilidades y modificar o fortalecer conductas. **Vuelva** a la *hoja de rotafolios* con la lista de las expectativas de los participantes. **Asegúrese** de que todas las expectativas hayan sido abordadas.

EVALUACIÓN DEL CURSO

Agradezca a los participantes por su atención y su participación en este breve curso. **Distribuya** el *Formulario de evaluación del curso*. **Solicite** a los participantes que se tomen 10 minutos para completar la Evaluación del curso y **brinden** comentarios sobre qué áreas de la capacitación fueron satisfactorias y cuáles podrían mejorarse. **Recuerde** a los participantes que sus comentarios son fundamentales para mejorar el curso.

EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS

Distribuya y solicite a los participantes que completen la *Prueba final* de conocimientos, la cual abarca contenidos de todo el curso. **Solicite** a los participantes que se tomen 15 minutos para completar la prueba. Los participantes deben usar el mismo número que eligieron al comienzo de la capacitación y no indicar sus nombres. Los resultados, así como su participación y la práctica de habilidades durante las dramatizaciones de los casos prácticos, ayudarán a determinar si los participantes están preparados para brindar servicios de evacuación uterina con medicamentos.

CEREMONIA DE CIERRE

Entregue a cada participante su *certificado de finalización* del curso previamente preparado y felicítelos.



ANEXO 1: TEMARIO MODELO DE CURSO PARA CAPACITACIÓN INDEPENDIENTE

El siguiente es un temario modelo de curso para una capacitación independiente de un día sobre evacuación uterina con medicamentos. Esta plantilla supone que los participantes ya ha realizado un taller de aclaración de valores y transformación de actitudes (*values clarification and attitude transformation*, VCAT). Por lo tanto, solo se incorpora un ejercicio de VCAT como actividad grupal temprana en el temario. Si los participantes no han realizado un taller de VCAT previo, se recomienda agregar, si es posible, un taller de VCAT de un día antes de comenzar los módulos de evacuación uterina.

EVACUACIÓN UTERINA CON MEDICAMENTOS EN CONTEXTOS DE CRISIS: CAPACITACIÓN INDEPENDIENTE

Unidad	Duración	Índice	Método de capacitación
Duración total del taller: 8 horas 50 min			
1	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Presentación del facilitador • Actividades para romper el hielo 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad grupal
1	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Temario del curso • Expectativas de los participantes • Objetivos del curso (opcional) • Aspectos generales/área de estacionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Intercambio de ideas
1	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de conocimientos al inicio de la capacitación 	
2	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la evacuación uterina en contextos de crisis 	<ul style="list-style-type: none"> • Debate asistido
2	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • Aclaración de valores 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad grupal: Cruzar la línea
2	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la legislación sobre aborto 	<ul style="list-style-type: none"> • Casos prácticos • Proceso en grupos pequeños o con el grupo general
	15 min	RECESO	
3	30 min	Opciones de métodos de evacuación uterina	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación interactiva
3	30 min	Asesoramiento sobre opciones de métodos de evacuación uterina	<ul style="list-style-type: none"> • Casos prácticos • Proceso en grupos pequeños o con el grupo general
3	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos anticonceptivos posteriores al aborto • Consideraciones especiales para mujeres en contextos de refugio y desplazamiento • Consentimiento informado 	<ul style="list-style-type: none"> • Repaso de copias • Casos prácticos
4	45 min	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación clínica • Determinación de la elegibilidad para la evacuación uterina con medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación interactiva • Casos prácticos y análisis grupal

Unidad	Duración	Índice	Método de capacitación
Duración total del taller: 8 horas 50 min			
	1 hora	ALMUERZO	
4	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • Modo de uso de la mifepristona y/o el misoprostol, efectos esperados, efectos secundarios y signos de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación
4	1 hora	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de evacuación uterina con mifepristona y/o misoprostol 	<ul style="list-style-type: none"> • Demostración • Dramatizaciones
	15 min	RECESO	
4	40 min	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de las complicaciones de la evacuación uterina con medicamentos • Seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en grupos pequeños
5	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de shock y causas subyacentes en la atención posterior al aborto 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación
6	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de un plan de monitoreo para garantizar la calidad de la atención y mantener los servicios de evacuación uterina 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación
6	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de un plan de trabajo para integrar la evacuación uterina en contextos de crisis 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad con planilla
7	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de cierre • Revisión de los objetivos del curso • Revisión de las expectativas de los participantes • Puntos resumidos • Evaluación del curso 	
7	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba final de conocimientos 	
7	10 min	<ul style="list-style-type: none"> • Ceremonia de entrega de certificados de finalización 	

ANEXO 2: RESPUESTAS PARA LA PRUEBA AL INICIO DE LA CAPACITACIÓN Y LA PRUEBA FINAL DEL PARTICIPANTE

1. ¿Cuáles son los métodos recomendados para el aborto inducido antes de las 13 semanas de gestación según la Organización Mundial de la Salud?
 - a) **Mifepristona más misoprostol**
 - b) Legrado instrumental
 - c) **Aspiración de vacío**
 - d) **Misoprostol**
2. ¿Cuáles son los métodos de evacuación uterina recomendados para el tratamiento del aborto incompleto con un tamaño uterino de menos de 13 semanas, según la Organización Mundial de la Salud?
 - a) Mifepristona más misoprostol
 - b) Legrado instrumental
 - c) **Aspiración de vacío**
 - d) **Misoprostol**
3. ¿Cuáles de las siguientes son contraindicaciones al uso de misoprostol para el tratamiento de abortos incompletos?
 - a) **Sospecha de embarazo ectópico**
 - b) VIH/SIDA
 - c) **Alergia al misoprostol**
 - d) Lactancia
4. Durante el examen bimanual, el útero es más pequeño que lo esperado en función del último período menstrual. ¿Qué podría indicar esto?
 - a) Fibromas uterinos
 - b) **Embarazo ectópico**
 - c) **Aborto incompleto en el que se han expulsado algunos o la mayoría de los productos de la concepción**
 - d) **Inexactitud en la fecha del último período menstrual**
5. ¿Cuáles de los siguientes son efectos esperados del uso de misoprostol?
 - a) **Calambres uterinos más fuertes que los del período**
 - b) Secreción vaginal con mal olor
 - c) Picazón que por lo general se resuelve pocas horas después de tomar misoprostol
 - d) Mareos que por lo general se resuelven pocas horas después de tomar misoprostol
 - e) **Sangrado vaginal generalmente más abundante que el del período y a menudo acompañado de coágulos**
6. ¿Cuáles son los signos de alerta de complicaciones al usar mifepristona y/o misoprostol para la evacuación uterina?
 - a) Fiebre el día en que se administra misoprostol
 - b) Sangrado vaginal que incluye coágulos de sangre o tejido
 - c) **Sangrado vaginal que empapa más de 4 toallas sanitarias extra grandes en 2 horas**
 - d) **Secreción vaginal con mal olor**
7. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos pueden comenzarse a usar al mismo tiempo que se comienzan a usar los medicamentos para la evacuación uterina?
 - a) Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, como el método del calendario
 - b) **Anticonceptivos orales combinados**
 - c) **Inyección anticonceptiva**
 - d) **Implante anticonceptivo**
 - e) Dispositivo intrauterino
8. Al usar mifepristona y/o misoprostol, una mujer debería avisar a su proveedor de atención de la salud si tiene sangrado que...
 - a) **...empapa más de dos toallas sanitarias extra grandes por hora durante más de dos horas seguidas.**
 - b) ...está acompañado de la eliminación de coágulos de sangre grandes.
 - c) ... comienza dentro de la primera hora desde la ingesta del misoprostol.
 - d) **...está acompañado de aturdimiento o mareo.**
9. El aborto incompleto...
 - a) **...muy a menudo se presenta con dolor uterino y sangrado vaginal.**
 - b) **...puede presentarse con complicaciones graves como septicemia o hemorragia.**
 - c) **...puede progresar hasta provocar un shock en cualquier momento.**
 - d) **...puede tratarse con aspiración de vacío o medicamentos.**
10. ¿Cuáles de las siguientes pruebas/exámenes se recomiendan para todas las mujeres que reciben tratamiento por un aborto incompleto?
 - a) Pruebas de factor Rh
 - b) Hemoglobina/hematocritos
 - c) Ecografía
 - d) **Evaluación inicial rápida para detectar shock**
 - e) **Examen bimanual**

11. ¿Cuáles de los siguientes son abordajes útiles para el control del dolor durante la evacuación uterina con medicamentos?
- a) **Bolsa de agua caliente, almohadilla térmica o paños tibios en el abdomen o la parte baja de la espalda**
 - b) **Antiinflamatorios no esteroideos como ibuprofeno**
 - c) Sedación intravenosa con medicamentos narcóticos y ansiolíticos
 - d) **Analgésicos narcóticos**
 - e) Paracetamol
12. ¿Cuáles son algunos signos de que una mujer puede seguir embarazada después de usar mifepristona y/o misoprostol para el aborto inducido con medicamentos?
- a) Tuvo sangrado abundante con coágulos el día posterior a usar misoprostol
 - b) **Siente sensibilidad en los senos y náuseas dos semanas después de usar los medicamentos**
 - c) **No tuvo sangrado después de usar misoprostol**
 - d) Dos semanas después de usar los medicamentos, su útero es pequeño y no es sensible a la palpación en el examen bimanual
13. ¿Cuáles de las siguientes son ventajas de usar aspiración de vacío para la evacuación uterina en lugar de medicamentos?
- a) Indolora
 - b) **Más eficaz**
 - c) **Permite la inspección de los productos de la concepción**
 - d) Menos invasiva
14. ¿Cuáles de las siguientes opciones indican una evacuación uterina con medicamentos exitosa?
- a) **Tamaño del útero menor que en la visita inicial**
 - b) Tamaño del útero mayor que en la visita inicial
 - c) **La mujer cree que la evacuación uterina fue exitosa**
 - d) La mujer niega tener sangrando vaginal después del uso de misoprostol
 - e) **Los síntomas de embarazo de la mujer han mejorado**
15. Es importante entender los signos y síntomas de embarazo ectópico porque...
- a) **...puede ser difícil diagnosticar un embarazo ectópico.**
 - b) **...el embarazo ectópico es una condición que implica un riesgo para la vida.**
 - c) ...los métodos de evacuación uterina con medicamentos pueden tratar el embarazo ectópico, pero la aspiración de vacío no puede hacerlo.
 - d) **...el embarazo ectópico puede presentarse de manera similar a un aborto incompleto.**

ANEXO 3: REFERENCIAS Y RECURSOS RECOMENDADOS

1. Barnard, Sharmani, Caron Kim, Min Hae Park, y Thoai D Ngo. “Médicos o profesionales de nivel medio para el aborto”. Editado por *Cochrane Fertility Regulation Group*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 27 de julio de 2015. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011242.pub2>.
2. Centro de Derechos Reproductivos. “The World’s Abortion Laws”. Consultado el 19 de noviembre de 2020. <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>
3. Corbett, Maureen R. y Katherine Turner. “Essential Elements of Postabortion Care: Origins, Evolution and Future Directions”. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 29, n.º 3 (septiembre de 2003). <https://doi.org/10.1363/iffp.29.106.03>
4. Cureless, Melanie S., Chandrakant S. Ruparelia, Elizabeth Thompson y Polly A. Trexler. *Infection Prevention and Control: Reference Manual for Health Care Facilities with Limited Resources*. Baltimore, Maryland: Jhpiego, 2018. <http://resources.jhpiego.org/resources/infection-prevention-and-control-reference-manual-health-care-facilities-limited-resources>.
5. EngenderHealth. *COPE Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services*. Nueva York, NY: EngenderHealth, 2003.
6. EngenderHealth, e Ipas. *COPE for Comprehensive Abortion Care: A Toolbook to Accompany the COPE Handbook*, 2009. <https://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/cope-for-abortion-care.pdf>
7. Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, 2018. <https://iawg.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-Spanish-web.pdf>
8. Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. *Módulo de Aprendizaje a Distancia del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva (SSR)*, 2019. <https://iawg.net/es/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module>.
9. Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. “MISP Considerations Checklist for Implementation During COVID-19”, 2020. <https://iawg.net/resources/misp-considerations-checklist-for-implementation-during-covid-19>.
10. Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. “Referencia rápida para el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva (SSR)”, 2018. <https://iawg.net/es/resources/misp-reference>.
11. Ipas. *Transformación de actitudes respecto al aborto: un juego de herramientas para la aclaración de valores para públicos humanitarios*. Chapel Hill, NC, 2018. <https://www.ipas.org/resource/transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto-un-juego-de-herramientas-para-la-aclaracion-de-valores-para-publicos-humanitarios/>.
12. Ipas. “Uso de las pastillas de aborto en las primeras 12 semanas desde la última regla: mifepristona y misoprostol en el cachete”, 2020. <https://www.ipas.org/resource/uso-de-las-pastillas-de-aborto-en-las-primeras-12-semanas-desde-la-ultima-regla-mifepristona-y-misoprostol-en-el-cachete/>.
13. Ipas. “Uso de las pastillas de aborto en las primeras 12 semanas desde la última regla: mifepristona y misoprostol debajo de la lengua”, 2020. <https://www.ipas.org/resource/uso-de-las-pastillas-de-aborto-en-las-primeras-12-semanas-desde-la-ultima-regla-mifepristona-y-misoprostol-debajo-de-la-lengua/>.
14. Ipas. “Uso de las pastillas de aborto en las primeras 12 semanas desde la última regla: misoprostol en el cachete”, 2020. <https://www.ipas.org/resource/uso-de-las-pastillas-de-aborto-en-las-primeras-12-semanas-desde-la-ultima-regla-misoprostol-en-el-cachete/>.
15. Ipas. “Uso de las pastillas de aborto en las primeras 12 semanas desde la última regla: misoprostol debajo de la lengua”, 2020. <https://www.ipas.org/resource/uso-de-las-pastillas-de-aborto-en-las-primeras-12-semanas-desde-la-ultima-regla-misoprostol-debajo-de-la-lengua/>.
16. Ipas. “Actualizaciones clínicas en salud reproductiva de Ipas 2020”, 2020. <https://ipasorg.azurewebsites.net/actualizaciones-clinicas/>.
17. Ipas. “MA Supply Guidance Tool”, 2016. <https://www.ipas.org/resource/ma-supply-guidance-tool-zip/>.
18. Ipas. *Calculadora de AMEU*, sin fecha. <https://www.ipas.org/resource/calculadora-de-ameu/>.
19. Ipas. “Protocolos para el aborto con medicamentos”, 2019. <https://www.ipas.org/resource/protocolos-para-el-aborto-con-medicamentos/>.
20. Ipas. “Lista de verificación de suministros y equipos para la atención integral del aborto en el primer trimestre (<13 semanas)”, 2019.
21. Ipas. *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición*. Chapel Hill, NC, 2015. <https://www.ipas.org/resource/la-atencion-integral-del-aborto-centrada-en-la-mujer-manual-de-referencia-segunda-edicion/>.
22. Ipas. *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de capacitación, segunda edición*. Chapel Hill, NC, 2014. <https://www.ipas.org/resource/la-atencion-integral-del-aborto-centrada-en-la-mujer-manual-de-capacitacion-segunda-edicion/>.
23. IPPF. “Medical Abortion Commodities Database”. Consultado el 22 de diciembre de 2020. <https://www.medab.org/>.
24. JSI e Ipas. “MVA Initial Supply and Re-Supply”, 2009.

25. Tran, Nguyen Toan, Alison Greer, Talemoh Dah, Bibiche Malilo, Bergson Kakule, Thérèse Faila Morisho, Douglass Kambale Asifiwe, y otros. “Strengthening Healthcare Providers’ Capacity for Safe Abortion and Post-Abortion Care Services in Humanitarian Settings: Lessons Learned from the Clinical Outreach Refresher Training Model (S-CORT) in Uganda, Nigeria, and the Democratic Republic of Congo”. Publicación preliminar. En revisión, 26 de octubre de 2020. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-45342/v1>.
26. Tran, Nguyen Toan, Kristen Harker, Wambi Maurice E. Yameogo, Seni Kouanda, Tieba Millogo, Emebet Dlasso Menna, Jeevan Raj Lohani, y otros. “Clinical Outreach Refresher Trainings in Crisis Settings (S-CORT): Clinical Management of Sexual Violence Survivors and Manual Vacuum Aspiration in Burkina Faso, Nepal, and South Sudan”. *Reproductive Health Matters* 25, n.º 51 (30 de noviembre de 2017): 103-13. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405678>.
27. UNFPA. *Inter-Agency Emergency Reproductive Health Kits for Use in Humanitarian Settings: Manual*, sexta edición, 2019.
28. División de Población de las Naciones Unidas | Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. “World Abortion Policies”, 2013. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.asp>.
29. Wegs, Christina, Katherine Turner y Betsy Randall-David. *Effective Training in Reproductive Health: Course Design and Delivery. Reference Manual*. Chapel Hill, NC: Ipas, 2011. <https://www.ipas.org/resource/effective-training-in-reproductive-health-course-design-and-delivery-reference-manual/>.
30. Organización Mundial de la Salud. *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Organización Mundial de la Salud, 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=95B72F1966D80EE6E2D3514D4FE7C6C1?sequence=1.
31. Organización Mundial de la Salud. *Abortion Care Guideline*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>.
32. Organización Mundial de la Salud. *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto*. Organización Mundial de la Salud, 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204374/9789243549262_spa.pdf?sequence=1.
33. Organización Mundial de la Salud. *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Quinta edición, 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44710/9789243563886_spa.pdf;jsessionid=95B72F1966D80EE6E2D3514D4FE7C6C1?sequence=1.
34. Organización Mundial de la Salud. *Tratamiento médico del aborto*. Organización Mundial de la Salud, 2018. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/es/>.
35. Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Organización Mundial de la Salud, 2012. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1.

Cita sugerida:

Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis e Ipas. Evacuación uterina con medicamentos en contextos de crisis. Nueva York: 2022.

© 2022 Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis

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

Ipas es una organización sin fines de lucro registrada que se constituyó conforme al artículo 501(c)(3). Todas las contribuciones a Ipas son deducibles de impuestos en la máxima medida permitida por la ley.

Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis
Training Partnership Initiative
Women's Refugee Commission
15 West 37th Street, Nueva York, NY 10018
info.iawg@wrcommission.org
www.iawg.net



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises

Ipas