

EVACUACIÓN UTERINA CON MEDICAMENTOS EN CONTEXTOS DE CRISIS

LIBRO DE ACTIVIDADES PARA PARTICIPANTES

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. La guía 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

INTRODUCCIÓN	4
CÓMO UTILIZAR ESTE LIBRO DE ACTIVIDADES	6
UNIDAD 1: DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CURSO	7
UNIDAD 2: EVACUACIÓN UTERINA EN CONTEXTOS DE CRISIS	8
UNIDAD 3: MÉTODOS DE EVACUACIÓN UTERINA Y ANTICONCEPTIVOS POSTERIORES AL ABORTO	14
UNIDAD 4: MEDICAMENTOS PARA EL ABORTO INDUCIDO CON MEDICAMENTOS Y ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO	26
UNIDAD 5: EVALUACIÓN DE SHOCK Y CAUSAS SUBYACENTES EN LA ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO	40
UNIDAD 6: PRESTACIÓN DE SERVICIOS	44
UNIDAD 7: EVALUACIÓN Y CIERRE	50

INTRODUCCIÓN

EL PSIM PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LAS CEACS

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 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*. Al utilizarlos en combinación, los módulos proporcionan capacitación en ambas tecnologías de evacuación uterina para los contextos de crisis. Visite www.iawg.net/scorts para acceder a todas las capacitaciones de la serie y a más información sobre su uso.

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

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>.

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 las personas que viven con discapacidad en las comunidades donde prestan servicios y, en especial, las necesidades de interpretación y movilidad y otras necesidades de accesibilidad que puedan tener quienes participen en estas capacitaciones.

- **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 en relación con la salud sexual y reproductiva.

Los participantes de CEACS deben tener en cuenta estas consideraciones inclusivas de género, edad, discapacidad y diversidad al momento de asistir a 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. También deben alentar a colegas, amigos y a su comunidad a hacer lo mismo. Los talleres de aclaración de 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.

OBJETIVO

Esta capacitación incluye una presentación 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. Las pruebas al inicio y al final de la capacitación permiten evaluar los conocimientos adquiridos. Las listas de verificación de habilidades se utilizan para evaluar el desempeño de los participantes durante las dramatizaciones o en una práctica clínica.

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.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA CAPACITACIÓN

Evacuación uterina con medicamentos en contextos de crisis es 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 prerrequisitos 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. Este curso está destinado a talleres presenciales en contextos de crisis con recursos limitados.

PAQUETE DE SERVICIOS INICIALES MÍNIMOS PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios

iawg.net/IAFM

OBJETIVO PREVENIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y DISCAPACIDAD EN POBLACIONES AFECTADAS POR CRISIS

OBJETIVO 6: PLANIFICAR QUE LOS SERVICIOS DE SSR INTEGRALES FORMEN PARTE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE. TRABAJAR CON LOS SOCIOS DEL SECTOR/GRUPO DE SALUD PARA ABORDAR LOS SEIS ELEMENTOS CENTRALES DEL SISTEMA DE SALUD:

- Prestación de servicios
- Personal de salud
- Sistema de información sanitaria
- Material médico
- Financiamiento
- Gobernanza y liderazgo

OBJETIVO 5: PREVENIR EMBARAZOS NO DESEADOS:

- Asegurar la disponibilidad de una gama de métodos anticonceptivos de acción prolongada reversibles y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos, donde ya se usan, y anticoncepción de emergencia) en los establecimientos de atención de salud primaria a fin de satisfacer la demanda.
- Proporcionar información, incluidos los materiales informativos, educativos y de comunicación existentes, y consejería anticonceptiva que enfatice la elección informada y el consentimiento, la eficacia, la privacidad y la confidencialidad del cliente, la equidad y la no discriminación.
- Asegurarse de que la comunidad esté consciente de la disponibilidad de anticonceptivos para mujeres, adolescentes y hombres.

Bot. ISR 1 Bot. ISR 3 Bot. ISR 4

Bot. ISR 8

Otra prioridad: también es importante asegurar que la atención segura al aborto esté disponible, en toda la extensión de la ley, en los centros de salud y en los centros hospitalarios.

OBJETIVO 1: GARANTIZAR QUE EL SECTOR/GRUPO DE SALUD IDENTIFIQUE UNA ORGANIZACIÓN QUE LIDERE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM. LA ORGANIZACIÓN LÍDER EN SSR:

- Designa a un coordinador de SSR para que brinde apoyo técnico y operativo a todos los organismos que prestan servicios de salud.
- Organiza reuniones periódicas con todos los actores interesados para facilitar una acción coordinada que asegure la implementación del PSIM.
- Informa al grupo de salud, al subgrupo de VG y/o a las reuniones de coordinación nacional de VIH sobre cualquier asunto relacionado con la implementación del PSIM.
- En conjunto con los mecanismos de coordinación de salud/VG/VIH, asegura el mapeo y análisis de los servicios de SSR existentes.
- Comparte información sobre la disponibilidad de servicios y productos de SSR.
- Asegura que la comunidad esté informada de la disponibilidad y la ubicación de los servicios de salud reproductiva.

OBJETIVO 2: PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS SOBREVIVIENTES:

- Trabajar con otros grupos, especialmente con el subgrupo de protección o de violencia de género, para establecer medidas preventivas a nivel comunitario, local y de distrito, incluidos centros de salud, a fin de proteger de la violencia sexual a las poblaciones afectadas, en particular a mujeres y niñas.
- Poner a disposición de las personas sobrevivientes de violencia sexual atención clínica y derivación a otros servicios de apoyo.
- Establecer espacios confidenciales y seguros dentro de los establecimientos de salud para recibir y proporcionar a las personas sobrevivientes de violencia sexual atención clínica adecuada y derivación a otros establecimientos.

Bot. ISR 3 Bot. ISR 5 Bot. ISR 8 Bot. ISR 9

OBJETIVO 3: PREVENIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y DE OTRAS ETS Y REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEBIDO A ESTAS ENFERMEDADES:

- Establecer el uso seguro y racional de las transfusiones de sangre.
- Asegurar la aplicación de las precauciones estándares.
- Garantizar la disponibilidad de preservativos masculinos lubricados gratuitamente y, cuando proceda (p. ej., si ya los utiliza la población), garantizar el suministro de preservativos femeninos.
- Apoyar el suministro de antirretrovirales (ARV) para continuar el tratamiento de las personas que estaban inscritas en un programa de terapia antirretroviral (TAR) antes de la emergencia, incluidas las mujeres que estaban inscritas en programas de prevención de la transmisión materno-infantil.
- Proveer PPE a las sobrevivientes de violencia sexual según sea apropiado y por exposición ocupacional.
- Apoyar el suministro de profilaxis con cotrimoxazol para las infecciones oportunistas en pacientes que se ha descubierto que tienen VIH o que ya han sido diagnosticados con el virus.
- Asegurar la disponibilidad en los establecimientos de salud del diagnóstico sintómic y el tratamiento de las ETS.

Bot. ISR 1 Bot. ISR 3 Bot. ISR 5 Bot. ISR 12

Precauciones estándares complementarias de los botiquines 2, 4, 6, 8, 9, 11

OBJETIVO 4: PREVENIR EL EXCESO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL:

- Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de parto higiénico y seguro, de atención neonatal esencial y de atención obstétrica y neonatal de emergencia (AONE) que pueden salvar vidas, incluido lo siguiente:
 - o A nivel de los hospitales que reciben derivaciones: personal médico capacitado y suministros para la gestión de la atención obstétrica y neonatal de emergencia integral (AONEI).
 - o A nivel de los establecimientos de salud: asistentes de parto calificados y suministros para partos vaginales y prestación de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica (AONEB).
 - o A nivel comunitario: suministro de información a la comunidad sobre la disponibilidad de servicios de parto seguro y de AONE, y sobre la importancia de buscar atención en centros de salud. Se deben proporcionar botiquines de parto en condiciones higiénicas a las mujeres visiblemente embarazadas y a las parteras para promover partos higiénicos en el hogar en los casos en que no sea posible el acceso a un centro de salud.
- Establecer un sistema de derivación las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para posibilitar el transporte y la comunicación entre la comunidad, el centro de salud y el hospital.
- Asegurar la disponibilidad de atención postaborto que salve vidas en los centros de salud y hospitales.
- Garantizar la disponibilidad de suministros y productos para el parto en condiciones higiénicas y la atención inmediata del recién nacido cuando el acceso a un centro de salud no es posible o no es confiable.

Bot. ISR 2 Bot. ISR 6 Bot. ISR 8 Bot. ISR 9 Bot. ISR 10 Bot. ISR 11 Bot. ISR 12



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises

El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para salud sexual y reproductiva (SSR) es un conjunto de servicios y actividades prioritarias de SSR que salvan vidas y que se implementan al inicio de cada emergencia

humanitaria para prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad relacionada con la salud sexual y reproductiva. Todas las actividades de prestación de servicios del PSIM deben llevarse a cabo simultáneamente mediante acciones coordinadas con todos los asociados pertinentes.

El PSIM constituye el punto de partida para la programación de la SSR y la calidad de la atención debe ser respetuosa desde el principio. Es importante señalar que los componentes del PSIM constituyen un requisito mínimo y deben aplicarse en todas las circunstancias. Estos servicios deben ser sostenidos y construidos tan pronto como sea posible (idealmente de 3 a 6 meses) con servicios y suministros integrales de SSR durante las crisis prolongadas y la recuperación.

Principios fundamentales para la programación de la SSR en entornos humanitarios

- Trabajar conformando alianzas respetuosas con las personas que reciben atención, los proveedores y los socios locales e internacionales.
- Garantizar la equidad satisfaciendo las diversas necesidades de SSR de salud sexual y reproductiva de las personas y asegurar que los servicios y los suministros sean asequibles o gratuitos, accesibles para todas las personas y de alta calidad.
- Proporcionar información y opciones integrales, con base empírica y accesibles sobre los suministros y servicios disponibles.
- Asegurar la participación eficaz y significativa de los afectados, y brindar atención centrada en la persona que reconozca el poder de los pacientes para tomar decisiones autónomas, así como las diversas opciones de servicios y productos básicos que tienen a su disposición.
- Asegurar que se proteja la privacidad y confidencialidad de todas las personas y que todas ellas reciban un trato digno y respetuoso.
- Promover la igualdad con respecto a la edad, sexo, género e identidad de género, estado civil, orientación sexual, ubicación (p. ej., ámbito rural o urbano), discapacidad, raza, color, idioma, religión, opinión política o de otra naturaleza, nacionalidad, grupo étnico o grupo social; patrimonio, nacimiento u otras características.
- Reconocer y abordar dinámicas de género y poder en los establecimientos de atención de la salud para garantizar que, al recibir o brindar servicios de salud, no haya coerción, discriminación ni violencia/maltrato/falta de respeto/abuso.
- Lograr la participación y la movilización de la comunidad, incluidas poblaciones que suelen estar marginadas, como los adolescentes, en iniciativas de extensión a la comunidad para informar a esta sobre la disponibilidad y la ubicación de los servicios y los productos básicos del PSIM.
- Monitorear los servicios y suministros, y compartir información y los resultados con el objetivo de mejorar la calidad de la atención.

Nivel comunitario/Puesto de salud: Los botiquines para el nivel comunitario/puestos de salud están destinados al uso de los proveedores de salud que brindan servicios de SSR en el nivel de atención de salud comunitaria. Cada botiquín está diseñado para cubrir las necesidades de 10 000 personas durante un período de tres meses. Los botiquines contienen, principalmente, medicamentos y artículos descartables.

Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB): Los botiquines para establecimientos de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica) contienen materiales tanto descartables como reutilizables y están destinados al uso de proveedores de atención de la salud capacitados que sean idóneos para realizar partos y cuenten con otras habilidades específicas de obstetricia y neonatales en el nivel del centro de salud u hospital. Estos botiquines están diseñados para cubrir las necesidades de una población de 30 000 personas durante un período de tres meses. Estos botiquines pueden ordenarse para poblaciones de menos de 30 000 personas, lo cual significa que los insumos durarán más tiempo.

NÚMERO DEL BOTIQUÍN	NOMBRE DEL BOTIQUÍN	CÓDIGO DE COLOR
Bot. 1A	Preservativos masculinos	Rojo
Bot. 2	Para partos higiénicos (A y B)	Azul marino
Bot. 3	Tratamiento luego de una violación	Rosa
Bot. 4	Métodos anticonceptivos orales e inyectables	Blanco
Bot. 5	Tratamiento de ETS	Turquesa
NÚMERO DEL BOTIQUÍN	NOMBRE DEL BOTIQUÍN	CÓDIGO DE COLOR
Bot. 6	Insumos para asistencia clínica del parto y obstetricia (A y B)	Marrón
Bot. 8	Manejo de complicaciones por abortos espontáneos o de otro tipo	Amarillo
Bot. 9	Reparación de desgarros vaginales y del cuello uterino	Morado
Bot. 10	Parto asistido con extracción con ventosa	Gris

Hospital que recibe derivaciones (AONEI): Los botiquines para hospitales que reciben derivaciones (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral) contienen tanto insumos descartables como reutilizables para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral en el nivel de las derivaciones (obstetricia quirúrgica). En contextos de crisis humanitaria aguda se deriva a los pacientes de las poblaciones afectadas al hospital más cercano, para lo cual es posible que se necesite asistencia en cuanto a equipos e insumos, a fin de poder brindar los servicios necesarios ante este mayor volumen de casos. Se calcula que un hospital en este nivel atiende a una población de aproximadamente 150 000 personas. Los insumos proporcionados en estos botiquines servirían para abastecer a esta población durante tres meses.

NÚMERO DEL BOTIQUÍN	NOMBRE DEL BOTIQUÍN	CÓDIGO DE COLOR
Bot. 11	Botiquín para cirugías obstétricas y complicaciones obstétricas graves (A y B)	Verde fluorescente
Bot. 12	Transfusión de sangre	Verde oscuro

NOTA: Los Botiquines ISR se clasifican en tres niveles, para cada uno de los tres niveles de prestación de servicios de salud. Los botiquines están diseñados para su uso durante un período de tres meses con un determinado tamaño de población. Los productos básicos complementarios pueden pedirse según el contexto y las capacidades de los proveedores de atención de la salud. Los Botiquines ISR no son específicos para un contexto ni tampoco exhaustivos. Las organizaciones no deben depender solamente de esos botiquines y deben planificar para integrar la adquisición de insumos de SSR en sus sistemas de compras de salud de rutina tan pronto como sea posible. Esto no solo asegurará la sostenibilidad de los insumos sino también que los servicios de SSR puedan ampliarse y pasar del PSIM a una atención integral.

* La nueva estructura del Bot. solo estará disponible a finales de 2019

NIVEL	PARA COMPLEMENTAR	ÍTEM
Coordinación	Todos los Bot.s	Bot. 0 - Administración y capacitación
Establecimiento de atención primaria de la salud - AONEB	Bot. 1	Bot. 1B - Preservativos femeninos
	Bot. 2A	Clorhexidina
	Bot. 2B	Misoprostol (también complementa los Botiquines 6B y 8)
	Bot. 4	Acetato de depo-medroxiprogesterona - Subcutáneo (DMPA-SC)
Hospital que recibe derivaciones - AONEI	Bot. 4	Bot. 7A - Dispositivo intrauterino (DIU)
	Bot. 4	Bot. 7B - Implante anticonceptivo
	Bot. 6A	Prendas no neumáticas antishock
	Bot. 6B	Oxitocina
	Bot. 8	Mifepristona
	Bot. 10	Sistema de parto asistido con ventosa manual

Los productos básicos complementarios son artículos descartables y consumibles que pueden ordenarse en determinadas circunstancias para complementar los botiquines principales:

- cuando los proveedores o la población están capacitados para utilizar el producto básico;
- cuando los insumos eran aceptados y utilizados antes de la emergencia;
- después de hacer un pedido rápido de insumos de SSR, en situaciones prolongadas o luego de una emergencia, mientras se hace todo lo posible por fortalecer o establecer líneas locales de suministro de productos básicos médicos sostenibles (incluidos canales de compras locales o regionales); y
- cuando el uso de los insumos está permitido en la máxima medida por las leyes nacionales.

Las oficinas del UNFPA en cada país o la Oficina Humanitaria del UNFPA en Ginebra pueden proporcionar información sobre los conjuntos de materiales de SRI y la asistencia necesaria para realizar los pedidos. Los Kits de SRI pueden ser ordenados a la Agencia de Servicios Públicos de Salud del UNFPA en Copenhague a través de una oficina del UNFPA en el país o de la Oficina Humanitaria del UNFPA; también puede comunicarse con el grupo de trabajo/subcoordinador del subsector de SSR para facilitar la adquisición coordinada de los kits de SRI.

Oficina Humanitaria del UNFPA

UNFPA
A la atención de:
Humanitarian Office Palais
des Nations Avenue de la
paix 8-14
1211, Geneva 10, Switzerland

Correo electrónico:
Humanitarian-SRHsupplies@unfpa.org

Subdivisión de Servicios de Adquisición del UNFPA

UNFPA Procurement Service
Branch
Marmovej 51
2100 Copenhagen, Denmark

Correo electrónico:
procurement@unfpa.org
Sitio web: unfpaprocurement.org

Antes de hacer un pedido, discuta con el grupo de coordinación de SSR y/o la oficina del UNFPA en el país para determinar qué es lo que ya se está ordenando y si los pedidos pueden combinarse.

EVACUACIÓN UTERINA Y EL PSIM

El PSIM para la Salud Sexual y Reproductiva es parte del *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, que se revisó en 2018.

El PSIM 2018 incluye los siguientes servicios relacionados con la evacuación uterina:

- **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.
- **Objetivo 2:** Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes
 - La atención clínica para sobrevivientes de violencia sexual incluye pruebas de embarazo, información sobre opciones con respecto al embarazo y servicios de aborto seguro/derivación para un aborto seguro, en la máxima medida que lo admita la ley.
- **Objetivo 4:** Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal
 - Asegurar la disponibilidad de atención posterior al aborto en centros de salud y hospitales.

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.

NOTAS:

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.

NOTAS:

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.

NOTAS:

5 ELEMENTOS DE LA ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO

1.

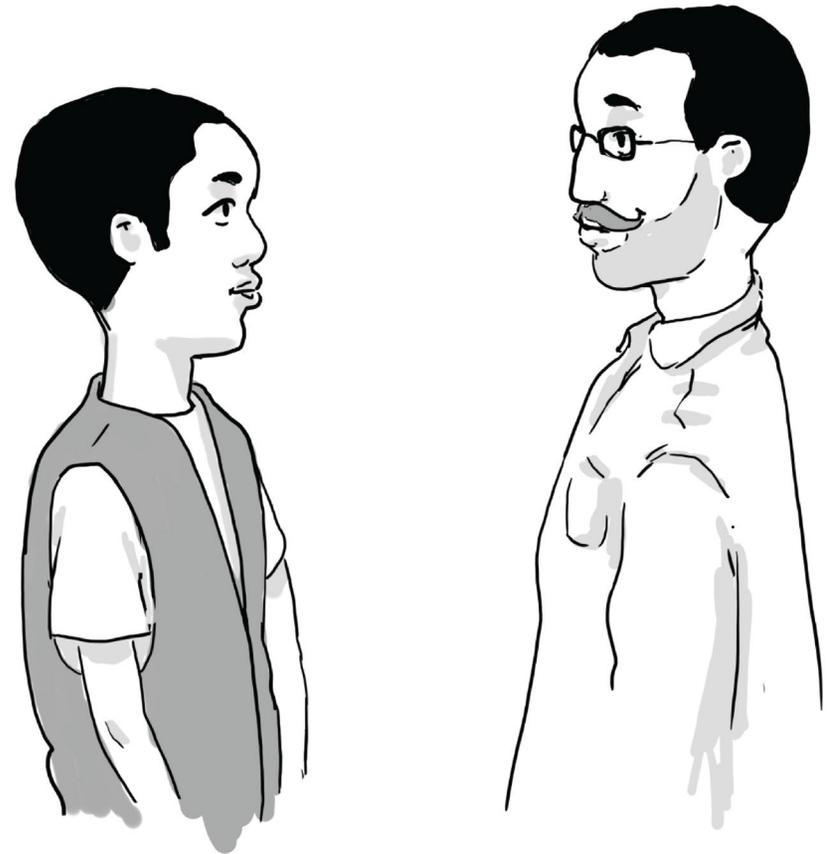
2.

3.

4.

5.

AIA ES



UNIDAD 3

MÉTODOS DE EVACUACIÓN UTERINA Y ANTICONCEPTIVOS POSTERIORES AL ABORTO

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

POSIBLES COMPLICACIONES DE LA EVACUACIÓN UTERINA INDUCIDA CON MEDICAMENTOS:

OPCIONES DE TRATAMIENTO DE EVACUACIÓN UTERINA²

1. Aborto inducido			
	Aspiración de vacío	Aborto inducido con mifepristona y misoprostol	Aborto inducido con misoprostol solo
¿Qué es?	Un procedimiento que utiliza instrumentos de succión eléctrica o manual para evacuar el útero.	Dos medicamentos que, al tomarse juntos, hacen que el útero expulse el contenido uterino.	Un medicamento que hace que el útero expulse el contenido uterino.
¿Cómo funciona?	Se extrae el contenido uterino mediante un tubo (cánula) con la succión que genera una bomba eléctrica o un aspirador de mano. El procedimiento demora entre dos y diez minutos. Se confirma de inmediato que se ha completado el procedimiento y solo se requiere una visita al establecimiento.	La mifepristona hace que el contenido uterino se desprenda de la pared del útero, ablanda el cuello uterino y hace que el útero sea más sensible al misoprostol. El misoprostol provoca contracciones uterinas que expulsan el contenido uterino. La mifepristona se administra por vía oral. El misoprostol se coloca debajo de la lengua, en la cavidad de la mejilla o en la vagina uno o dos días después. El aborto por lo general se produce dentro de las cuatro a seis horas, pero puede demorar varios días.	El misoprostol provoca contracciones uterinas que expulsan el contenido uterino. El misoprostol se coloca debajo de la lengua o en la vagina, y puede repetirse varias veces hasta que se expulse el contenido uterino.
¿Cuándo puede utilizarse?	Habitualmente, puede realizarse desde la detección del embarazo hasta las 13 semanas del último período menstrual (UPM), o hasta las 15 semanas del UPM si los proveedores han sido especialmente capacitados y cuentan con las cánulas del tamaño adecuado.	Puede usarse tanto antes como después de las 13 semanas de embarazo. La dosis y el momento de administración de misoprostol pueden ajustarse de acuerdo con la edad gestacional.	Puede usarse tanto antes como después de las 13 semanas de embarazo. La dosis y el momento de administración de misoprostol pueden ajustarse de acuerdo con la edad gestacional.

2. Usado con autorización de Ipas.

¿Dónde puede utilizarse?	En un establecimiento de atención de la salud.	La mifepristona puede tomarse en el hogar o en un establecimiento de salud. Las mujeres con embarazos de hasta 10 semanas pueden utilizar misoprostol en el hogar o en un establecimiento de salud. Las mujeres con embarazos de más de 10 semanas deben utilizar misoprostol en un establecimiento de salud.	Las mujeres con embarazos de hasta 10 semanas pueden utilizar misoprostol en el hogar o en un establecimiento de salud. Las mujeres con embarazos de más de 10 semanas deben utilizar misoprostol en un establecimiento de salud.
¿Cuál es su eficacia?	98-100 % de eficacia	95-98 % de eficacia	85 % de eficacia
¿Es seguro y eficaz para mujeres jóvenes y adultas?	Sí	Sí	Sí
¿Cuáles son los efectos secundarios?	Sangrado y calambres	Los efectos esperados son sangrado y calambres. Los posibles efectos secundarios incluyen náuseas/vómitos, diarrea, fiebre/escalofríos o mareos.	Los efectos esperados son sangrado y calambres. Los posibles efectos secundarios incluyen náuseas/vómitos, diarrea, fiebre/escalofríos o mareos.
¿Cuáles son las posibles complicaciones?	Las complicaciones poco frecuentes incluyen lesión en el cuello uterino o el útero, infección, hemorragia, acumulación dolorosa de sangre en el útero (hematometra) o aborto incompleto. El aborto fallido ocurre en menos del 1 % de los casos, especialmente cuando es realizado por un proveedor calificado.	Las complicaciones poco frecuentes incluyen alergia al medicamento, sangrado excesivo o prolongado, infección o aborto incompleto. El aborto fallido (continuidad del embarazo) ocurre en menos del 2 % de las mujeres. Alrededor del 5 % de las mujeres requieren aspiración de vacío por algún motivo.	Las complicaciones poco frecuentes incluyen alergia al medicamento, sangrado excesivo o prolongado, infección o aborto incompleto. El aborto fallido (continuidad del embarazo) le ocurre a entre el 3 y el 10 % de las mujeres. Alrededor del 15 % de las mujeres requieren aspiración de vacío por algún motivo.
¿Qué ocurre si falla el aborto?	Se repite el procedimiento.	Se realiza aspiración de vacío. Si la aspiración no está disponible, puede ofrecerse una segunda dosis de misoprostol con seguimiento de cerca.	Se realiza aspiración de vacío.
¿Cuándo se puede comenzar a usar un método anticonceptivo?	Tras una aspiración de vacío sin complicaciones, todos los métodos anticonceptivos modernos pueden usarse de inmediato; los dispositivos intrauterinos (DIU) pueden colocarse inmediatamente después del procedimiento. No se recomiendan los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad hasta tanto se reanude el patrón menstrual normal.	Los DIU pueden colocarse cuando se tenga la certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada. Todos los demás métodos modernos (como píldoras, inyectables e implantes) pueden iniciarse con la primera píldora del régimen de aborto. No se recomiendan los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad hasta tanto se reanude el patrón menstrual normal.	Los DIU pueden colocarse cuando se tenga la certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada. Todos los demás métodos modernos (como píldoras, inyectables e implantes) pueden iniciarse con la primera píldora del régimen de aborto. No se recomiendan los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad hasta tanto se reanude el patrón menstrual normal.

2. Atención posterior al aborto

	Aspiración de vacío	Misoprostol	Tratamiento expectante
¿Cómo funciona?	Se extraen los productos de la concepción mediante un tubo (cánula) con la succión que genera una bomba eléctrica o un aspirador de mano. El procedimiento demora entre dos y diez minutos. Se confirma de inmediato que se ha completado el procedimiento.	El misoprostol provoca contracciones uterinas que expulsan los productos de la concepción. El misoprostol se traga, o bien, se coloca debajo de la lengua o en la vagina, y puede repetirse.	Se expulsan los productos de la concepción mediante contracciones uterinas espontáneas sin intervención del proveedor.

¿Cuál es su eficacia?	98-100 % de eficacia	91-99 % de eficacia	Hasta 85 % de eficacia
¿Cuál es su seguridad?	Las complicaciones poco frecuentes incluyen lesión en el cuello uterino o el útero, infección, hemorragia, acumulación dolorosa de sangre en el útero (hematometra) o aborto incompleto.	Las complicaciones poco frecuentes incluyen alergia al medicamento, sangrado excesivo o prolongado, infección o aborto incompleto.	Las complicaciones poco frecuentes incluyen sangrado excesivo o prolongado, infección o aborto incompleto.
¿Dónde puede utilizarse?	En un establecimiento de atención de la salud.	En el hogar o en un establecimiento de atención de la salud.	En el hogar. El acceso a la atención de emergencia es importante en caso de complicaciones, como infección o sangrado excesivo o prolongado.
¿Por qué algunas mujeres eligen este método?	Resolución rápida del aborto, menos sangrado, deseo de colocación inmediata del DIU.	Se evita el procedimiento, es más activo que el tratamiento expectante, es privado.	Se evitan los medicamentos y el procedimiento, es privado y es más natural.
¿Cuándo se puede comenzar a usar un método anticonceptivo?	Tras una aspiración de vacío sin complicaciones, todos los métodos anticonceptivos modernos pueden usarse de inmediato; los DIU pueden colocarse inmediatamente después del procedimiento. En casos de aborto séptico, la colocación debe retrasarse. No se recomiendan los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad hasta tanto se reanude el patrón menstrual normal.	Los DIU pueden colocarse cuando se tenga la certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada. Todos los demás métodos modernos (como píldoras, inyectables e implantes) pueden iniciarse con la primera píldora del régimen de aborto. No se recomiendan los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad hasta tanto se reanude el patrón menstrual normal.	Los DIU pueden colocarse cuando se tenga la certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada. Todos los demás métodos modernos (como píldoras, inyectables e implantes) pueden iniciarse con la primera píldora del régimen de aborto. No se recomiendan los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad hasta tanto se reanude el patrón menstrual normal.

CUADRO DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA INTERVENCIÓN CON MEDICAMENTOS EN COMPARACIÓN CON LA ASPIRACIÓN DE VACÍO³

	Intervención con medicamentos	Aspiración de vacío
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Se evitan el instrumental y la anestesia • Más natural, como la menstruación • Menos doloroso para algunas mujeres • Más fácil desde el punto de vista emocional para algunas mujeres • Puede ser realizado por personal de nivel medio • La mujer puede tener mayor control y estar más involucrada 	<ul style="list-style-type: none"> • Más rápido • Ofrece mayor certeza • Menos doloroso para algunas mujeres • Más fácil desde el punto de vista emocional para algunas mujeres • Puede ser realizado por personal de nivel medio • Controlado por el proveedor • La mujer puede estar menos involucrada
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado, calambres, náuseas (reales o temor a tenerlos) • Espera, incertidumbre • Según el protocolo, más visitas a la clínica o visitas más prolongadas • Costo 	<ul style="list-style-type: none"> • Invasivo • Riesgo bajo de lesión uterina o cervicouterina • Riesgo bajo de infección • Pérdida de privacidad y autonomía

3. Usado con autorización de Ipas.

CASOS PRÁCTICOS DE ASESORAMIENTO SOBRE OPCIONES DE MÉTODOS DE EVACUACIÓN UTERINA

Para cada caso práctico a continuación, piense por qué cada mujer podría elegir un método de evacuación uterina específico. Esté preparado para explicar su razonamiento.

NOTAS:

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.

NOTAS:

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.

NOTAS:

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.

NOTAS:

ELEGIBILIDAD MÉDICA PARA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSTERIORES AL ABORTO⁴

	Esterilización	Dispositivo intrauterino (DIU)	Implante	Anticonceptivos inyectables*	Píldoras hormonales, parche y anillo combinados	Píldoras de progestina sola	Métodos de barrera	Conocimiento de la fertilidad
Evacuación uterina sin complicaciones (aspiración o con medicamentos)	1	1	1	1	1	1	1	Retrasar el uso del método*
Evacuación uterina con complicaciones	Retrasar el uso del método*	4*	1	1	1	1	1	Retrasar el uso del método*

*Ver aclaraciones a continuación.

Categorías de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud:

(1) Una condición para la que no hay restricciones para el uso del método anticonceptivo;

(2) Una condición en la cual las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados;

(3) Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método;

(4) Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

INFORMACIÓN ADICIONAL RELACIONADA CON MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ESPECÍFICOS

Esterilización: Puede realizarse inmediatamente después de una evacuación uterina sin complicaciones. En casos de aborto séptico o infección pélvica, las mujeres deben recibir tratamiento con los antibióticos correspondientes y la esterilización debe retrasarse hasta que se resuelva la infección. En casos de pérdida excesiva de sangre, es posible que deba retrasarse la esterilización si la mujer está muy anémica. Si bien la esterilización es un método adecuado para las mujeres independientemente de su edad, se deben tomar precauciones especiales con las mujeres jóvenes debido a que existe mayor riesgo de arrepentimiento.

Dispositivo intrauterino (DIU): En comparación con los métodos de acción corta, los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP), como el DIU y los implantes, presentan tasas de continuidad más altas y tasas de embarazo y aborto más bajas. La colocación del DIU inmediatamente después de una aspiración de vacío sin complicaciones es segura y práctica. No hay aumento en la tasa de eventos adversos graves, como infección o perforación uterina, cuando el DIU se coloca inmediatamente después de la aspiración de vacío. Existe un riesgo ínfimamente mayor de que el DIU colocado inmediatamente después de un procedimiento de aspiración de vacío sea expulsado. Cuando las mujeres que desean utilizar un DIU no pueden acceder a su colocación inmediatamente después de la aspiración de vacío, y en cambio deben regresar al centro de salud en otro momento para obtener el DIU o son remitidas a un establecimiento de salud distinto para la colocación del DIU, es mucho menos probable que reciban el DIU. Tras la evacuación uterina inducida con medicamentos,

es posible colocar el DIU tan pronto como se tenga la certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada. En mujeres que utilizan métodos con medicamentos y expulsan el contenido uterino en un establecimiento de salud, el DIU puede colocarse después de la expulsión. En el caso de mujeres que expulsan el contenido uterino en el hogar o en otro lugar, el DIU puede colocarse en una visita de seguimiento.

En casos de aborto séptico o en mujeres que tienen cervicitis purulenta en el momento de la evacuación uterina, las mujeres deben recibir tratamiento con los antibióticos correspondientes y la colocación del DIU debe retrasarse hasta que se resuelva la infección. Se les debe proporcionar un método anticonceptivo provisorio. Si una mujer contrae una enfermedad de transmisión sexual después de que se le coloca el DIU o si desarrolla una infección uterina o pélvica con un DIU colocado en el útero, debe ser tratada con los antibióticos correspondientes para resolver la infección. No es necesario retirar el DIU.

Implantes: El implante puede colocarse en el momento de la aspiración de vacío o, en el caso de mujeres que utilizan medicamentos para la evacuación uterina, en el momento en que se recetan, suministran o administran los medicamentos. Cuando la colocación de un implante se demora hasta una visita posterior o cuando las mujeres son derivadas a un establecimiento de salud distinto para su colocación, es menos probable que reciban el implante.

Inyección de progestina sola: El acetato de depo medroxiprogesterona (DMPA) es clasificado por la Organización Mundial de la Salud como un anticonceptivo de categoría 2 (una condición en la que las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados)

4. Organización Mundial de la Salud. (2015). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición. WHO Press: Ginebra

para mujeres menores de 18 años debido a las preocupaciones teóricas respecto de la densidad mineral ósea.

Píldoras hormonales, parche o anillo combinados: Las mujeres pueden comenzar con las píldoras combinadas o el parche combinado en el momento de la aspiración de vacío o, si utilizan medicamentos para la evacuación uterina, en el momento en que comienzan a usar los medicamentos. Las mujeres pueden comenzar a usar un anillo anticonceptivo hormonal combinado una semana después de la evacuación uterina mediante aspiración de vacío o con medicamentos, si lo desean, debido al sangrado vaginal relacionado con el aborto.

Métodos de barrera: En las mujeres que han tenido alguna lesión genital, es posible que el proveedor deba determinar si pueden usarse métodos de barrera femeninos.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: El uso del método debe retrasarse hasta que la mujer tenga al menos una menstruación después del aborto.



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:

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

Respuesta:

Pregunta:

¿Cuándo puede colocarse un DIU después de un aborto?

Respuesta:

¿POR QUÉ OFRECER ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA (AE)?

LISTA DE VERIFICACIÓN DE HABILIDADES PARA LA CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA⁵

Instrucciones para el observador: Observe y evalúe en silencio la sesión de asesoramiento. No interactúe con la mujer ni con el proveedor. Marque “sí” o “no” para indicar si el proveedor demostró o no la habilidad durante la sesión de asesoramiento y escriba sus comentarios. Ofrezca su evaluación y comentarios al proveedor al final de la sesión.

Habilidad	Sí	No	Comentarios
Establece una buena relación			
Saluda a las clientas de una manera amigable, demostrando interés y preocupación			
Asegura privacidad y confidencialidad			
Pide permiso antes de incluir a otras personas en la sesión			
Evalúa las necesidades de la mujer			
Hace preguntas abiertas sobre las circunstancias y necesidades de la mujer			
Sin juzgar, explora los factores que llevaron a necesitar un aborto			
Si la mujer estaba usando un anticonceptivo, evalúa las razones por las cuales el método falló			
Explica la reproducción humana (si es necesario)			
Determina si la mujer desea aplazar o evitar el embarazo			
Explora el deseo actual de la mujer de aplazar o evitar el embarazo			
Proporciona información sobre los beneficios que tiene el espaciamiento de los embarazos para la salud de la mujer			
Evalúa la situación de cada mujer			
Evalúa la situación clínica y personal de la mujer			
Analiza las posibles barreras para el uso eficaz de los anticonceptivos y las maneras de superarlas			
Explica las características de los métodos disponibles y eficaces			
Analiza las contraindicaciones y los métodos para los cuales la mujer es médicamente elegible			
Ofrece toda la gama de métodos disponibles en el establecimiento y en el lugar donde la mujer buscará reabastecimiento			
Explica cuándo se pueden proporcionar anticonceptivos en relación con su método y proceso de evacuación uterina			

5. Fuente: Ipas. “Lista de verificación de habilidades para la consejería anticonceptiva”. En La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de capacitación, segunda edición, 143-45. Chapel Hill, NC, 2014. <https://www.ipas.org/resource/la-atencion-integral-del-aborto-centrada-en-la-mujer-manual-de-capacitacion-segunda-edicion/>.

Habilidad	Sí	No	Comentarios
Explica la eficacia, las características, el uso y los efectos secundarios de los métodos para los cuales la mujer es elegible, desde el más eficaz hasta el menos eficaz			
Si la mujer necesitará reabastecimiento, le explica dónde puede obtenerlo			
Muestra los métodos y utiliza herramientas educativas, folletos, imágenes o modelos anatómicos			
Ayuda a la mujer a elegir el método			
Apoya a la mujer en la selección del método más eficaz para su situación			
Asegura la elección informada del método			
Asegura la comprensión total del método elegido			
Se asegura de que la mujer entienda bien cómo usar el método que eligió			
La ayuda a planificar para el uso continuo y se asegura de que la mujer entienda dónde y cuándo reabastecerse o cambiar de método si es necesario			
Proporciona el método elegido o un método provisional si el método elegido no está disponible			
Proporciona AE e instrucciones para usarla como método de respaldo, si está disponible			
Deriva a la mujer a otros servicios según sea necesario			
Maneja las necesidades especiales			
Tiene a mano listas de otros servicios a donde puede derivar a la cliente			
Si no puede ofrecer asesoramiento o servicios especializados ni atender las necesidades anticonceptivas de la mujer, la deriva a los servicios correspondientes			

Métodos anticonceptivos de acción prolongada

Los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada, como los dispositivos intrauterinos (DIU) o los implantes, son seguros, eficaces y beneficiosos para las mujeres jóvenes. Estos métodos son más eficaces para evitar el embarazo en cualquier mujer que otros métodos modernos, incluidas las píldoras y los preservativos. Además, debido a que las mujeres que usan el DIU o los implantes no necesitan acordarse de tomar las píldoras todos los días, comprar más pastillas u obtener una inyección cada tres meses, no existe la posibilidad de falla del método anticonceptivo debido a problemas con su uso. Las mujeres jóvenes tienen mayor dificultad para usar métodos de acción corta que las mujeres adultas, lo cual da por resultado tasas de embarazo que duplican las de las mujeres adultas que utilizan métodos de acción corta. Por lo tanto, la facilidad de uso que ofrecen el DIU y los implantes puede beneficiar especialmente a las mujeres jóvenes. Por último, las mujeres que utilizan el DIU y los implantes están satisfechas con estos métodos, lo cual propicia una mayor continuidad de uso que la de las píldoras o inyectables. Debido a que los embarazos no deseados ocurren cuando las mujeres dejan de usar un método o lo cambian, la satisfacción con el método y la continuación de su uso son factores clave de la eficacia del DIU y los implantes.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Las mujeres jóvenes reúnen los criterios médicos de elegibilidad para usar el DIU. No existen contraindicaciones médicas exclusivamente en función de la edad. En algunos países, la probabilidad de que las mujeres jóvenes escojan el DIU es menor que la de las mujeres adultas. No es claro si esto se debe en parte a la reticencia de los proveedores a ofrecer el DIU a las mujeres jóvenes, o a que las mujeres se muestran renuentes a usarlo aun después de haber recibido información completa y objetiva acerca del método. En estudios que han analizado el uso del DIU entre mujeres jóvenes, cuando las jóvenes recibieron asesoramiento no prescriptivo y el DIU sin costo, las tasas de aceptación y continuidad del DIU fueron comparables con las de las mujeres adultas. El uso del DIU por parte de mujeres jóvenes reduce las tasas de embarazo, natalidad y aborto inducido en este grupo.

Inyectables

Los inyectables incluyen fórmulas de progestina sola y de estrógeno y progestina (“combinadas”), incluidos Depo-Provera (DMPA), y Mesigyna y Norigynon (NET-EN). Ha existido cierta preocupación respecto de que el uso de DMPA en mujeres jóvenes pueda reducir de manera permanente la densidad mineral ósea (DMO), dado que sí reduce temporalmente la DMO y las adolescentes aún no han alcanzado su nivel máximo de masa ósea. Un estudio realizado específicamente en adolescentes determinó que todas ellas presentaban una recuperación completa de la DMO en el término de 12 meses de la interrupción, y que el tiempo de uso del DMPA no afectaba esta recuperación. Sin embargo, las recomendaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a los criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos indican que la mayoría de los estudios han hallado que las mujeres recuperan la DMO después de dejar de usar el DMPA, pero no queda claro si su uso en las mujeres jóvenes afectará que alcancen su nivel máximo de masa ósea. Por este motivo, se encuentra indicado como método de Categoría 2 (“en general, usar el método”) para mujeres menores de 18 años. Para fines de comparación, la Categoría 1 significa “usar el método en cualquier circunstancia”.

MUJERES CON VARIOS ABORTOS

Si una mujer no desea quedar embarazada y ha tenido varios embarazos no deseados y abortos, el proveedor debe ayudarla a identificar cualquier dificultad que pueda tener con el uso o acceso a métodos anticonceptivos y trabajar con ella para resolver esas dificultades.

Al analizar métodos anticonceptivos con una mujer que tuvo varios abortos:

- Analice con la mujer sus antecedentes de uso de métodos anticonceptivos. Si no ha estado utilizando métodos anticonceptivos, pregúntele al respecto, empleando un lenguaje sin prejuicios.
- Si ha estado utilizando métodos anticonceptivos, determine y resuelva cualquier dificultad que haya tenido con el método elegido o ayúdela a elegir otro método que sea más indicado para ella.
- Si ha tenido dificultades con el reabastecimiento del método elegido, ayúdela a identificar un método que pueda obtener de manera más sistemática.
- Asesore a la mujer respecto de cómo acceder a anticonceptivos de emergencia (AE) y utilizarlos si mantiene relaciones sexuales sin protección o si el método anticonceptivo falla. Si es posible, suminístrele píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE).

MUJERES QUE HAN VIVIDO VIOLENCIA

Al ayudar a una mujer que ha vivido violencia a elegir un método anticonceptivo adecuado, pídale que considere si hay alguna relación entre la violencia y su uso de métodos anticonceptivos. Si la violencia es resultado del uso de métodos anticonceptivos, ayúdela a considerar un método que no pueda ser detectado por otras personas. Si la mujer no puede controlar las circunstancias de su actividad sexual, asesórela sobre el uso de métodos que no requieran participación de la pareja, como inyectables, DIU e implantes y también sobre cómo acceder a AE y utilizarlos. Es posible que sea beneficioso suministrarle PAE con anticipación.

MUJERES QUE VIVEN CON VIH

Al hablar sobre métodos anticonceptivos con mujeres VIH positivo, se les debe ofrecer la siguiente información:

- Los preservativos masculinos y femeninos ayudan a proteger de la transmisión del VIH y deben usarse correctamente cada vez que se mantengan relaciones sexuales.
- Si la mujer mantiene relaciones sexuales sin protección con una pareja VIH positivo, puede exponerse a una cepa diferente de VIH o a otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Se recomienda la doble protección. Esta práctica consiste en el uso simultáneo, correcto y sistemático de preservativos masculinos o femeninos para protegerse contra las ETS/VIH con otro método anticonceptivo más eficaz para la prevención del

embarazo, o con PAE como método de respaldo para la prevención del embarazo. Las mujeres que reciben tratamiento para el VIH necesitan información sobre opciones anticonceptivas en relación con sus regímenes de tratamiento.

MUJERES QUE REALIZAN TRABAJO SEXUAL

Al hablar sobre métodos anticonceptivos con mujeres que realizan trabajo sexual, se les debe ofrecer la siguiente información:

- Los proveedores deben recomendar el uso de doble protección mediante el uso simultáneo de preservativos y otro método, a modo de protección contra las ETS y el embarazo no deseado. Si el uso de preservativos masculinos no es factible para la mujer, se recomienda que considere utilizar preservativos femeninos, si están disponibles.
- Se debe informar a la mujer cómo acceder a las PAE y sobre cómo utilizarlas. Es posible que sea beneficioso suministrar a la mujer PAE con anticipación.

MUJERES CON DISCAPACIDADES COGNITIVAS Y DEL DESARROLLO Y/O CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

El proveedor debe comenzar evaluando el nivel de conocimientos y experiencia de la mujer en cuanto a la anticoncepción. El proveedor puede luego ayudarla a determinar qué método es el más adecuado preguntándole con quién tiene relaciones sexuales y en qué circunstancias. Al analizar los métodos anticonceptivos con mujeres que tienen discapacidades cognitivas y/o problemas de salud mental, se debe considerar la siguiente información:

- Es posible que la mujer tenga dificultad para recordar cómo o cuándo usar determinados métodos, como tomar una píldora todos los días. Sin embargo, estos métodos pueden ser de todos modos una buena opción si se dan instrucciones claras y la mujer tiene a alguien que la cuide y que pueda recordarle integrar el método a su rutina diaria o mensual.
- Algunas mujeres con discapacidades del desarrollo pueden tener dificultades con las habilidades de motricidad fina. En esos casos, es posible que determinados métodos, como los diafragmas, no sean aconsejables.
- Las mujeres que pertenecen a este sector de la población deben recibir indicaciones sobre cómo usar los métodos de barrera y negociar su uso. Los proveedores deben hacer hincapié en que deben usarse cada vez que mantiene relaciones sexuales si desea evitar embarazos y ETS.
- El proveedor debe mostrar el método —utilizando preservativos, diafragmas o capuchones cervicales reales— y/o utilizar instrucciones ilustrativas.
- Los proveedores también deben darle a la mujer instrucciones escritas y/o ilustrativas para llevarse a casa y otras herramientas útiles, como un calendario.
- En el caso de mujeres que no saben con anticipación cuándo mantendrán relaciones sexuales, puede ser aconsejable la entrega anticipada de píldoras anticonceptivas de emergencia, con instrucciones específicas.

- En ninguna circunstancia se debe practicar ni entregar un método sin el consentimiento explícito de la mujer. Las mujeres con alguna discapacidad cognitiva y/o problema de salud mental tienen el mismo derecho que las demás mujeres a hacer elecciones respecto de la maternidad.
- Respecto del consentimiento informado, los proveedores deben saber que la mujer puede ser o no su propia tutora. Si la mujer realmente puede tomar decisiones sobre su propia atención, el proveedor debe hacer un esfuerzo extra para cerciorarse de que ella entienda claramente a qué presta su consentimiento y cuáles son sus opciones.

MUJERES QUE HAN EXPERIMENTADO MUTILACIÓN GENITAL

Se deben tener en cuenta el tipo de mutilación genital de una mujer y sus preferencias en cuanto a la desinfibulación y reinfibulación al acompañarla en la elección de su método anticonceptivo preferido. Un análisis reciente de la evidencia no muestra un aumento en la incidencia de infección por VIH entre mujeres que han experimentado mutilación genital femenina. Al igual que con todas las mujeres, aliente el uso de métodos de barrera, como los preservativos masculinos y femeninos, para reducir el riesgo de contraer VIH.

MUJERES CON PAREJAS DE SEXO FEMENINO

Los proveedores no deben hacer suposiciones en relación con la anticoncepción de mujeres que indican que tienen parejas sexuales mujeres. Las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres también pueden mantener relaciones sexuales con hombres, tener riesgo de ETS/VIH y embarazos no deseados, desear un futuro embarazo y/o necesitar métodos anticonceptivos e información al respecto. Los proveedores deben entablar un diálogo abierto con todas las mujeres para determinar sus riesgos y necesidades.

NOTAS:

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.

NOTAS:

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.

NOTAS:

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.

NOTAS:

NOTAS:

UNIDAD 4

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

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.

NOTAS:

CASOS PRÁCTICOS DE ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO

Caso práctico 1:

Una mujer de 18 años ingresa en la clínica sujetada 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.

CASOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA EVACUACIÓN UTERINA CON MEDICAMENTOS

Caso práctico 1 (APA)

- Mujer de 38 años con calambres dolorosos y sangrado vaginal durante 5 días
- Buena apariencia
- 8 semanas desde su última menstruación
- 5 partos anteriores
- Ligadura tubárica previa

NOTAS:

Caso práctico 2 (APA)

- Mujer de 25 años con escalofríos, dolor abdominal y sangrado vaginal durante 2 días
- Nervios, pálida y con sudor frío; se mareó al levantarse de la silla para pasar a la camilla
- 14 semanas desde su último período menstrual (UPM).
- 5 partos anteriores
- Frecuencia cardíaca 116, presión arterial 80/50, temperatura 39 °C
- Tamaño uterino de 11 semanas, sensibilidad del fondo y el cuello uterino, orificio cervical abierto
- Sangre visible en la vagina y sangre roja brillante en el orificio cervical

NOTAS:

Caso práctico 3 (APA)

- Mujer de 32 años con sangrado moderado durante 10 días y dolor pélvico similar a las contracciones
- Buena apariencia
- 12 semanas desde su último período menstrual
- 2 partos anteriores
- Frecuencia cardíaca 88, presión arterial 120/90, afebril
- Tamaño uterino de 8 semanas, sin sensibilidad uterina y sensibilidad al movimiento del cuello uterino.
- Orificio cervical abierto, secreción con mal olor

NOTAS:

Caso práctico 4 (AIA)

- Una mujer de 20 años ingresa a la clínica seis semanas después de su último período menstrual.
- No estaba utilizando ningún método anticonceptivo y normalmente tiene períodos menstruales regulares cada 28-30 días.
- Ha estado sintiendo náuseas leves y sensibilidad en los senos.
- Le realiza un examen bimanual y encuentra que el útero se condice con un tiempo de seis semanas desde el último período menstrual. No encuentra masas ni sensibilidad.
- La mujer oyó sobre el aborto con medicamentos y pregunta si puede tomar píldoras ese día o si requiere una ecografía.

NOTAS:

REFERENCIA DE BOLSILLO SOBRE REGÍMENES DE MEDICAMENTOS PARA EVACUACIÓN UTERINA⁷

Aborto Inducido con Mifepristona y Misoprostol	Aborto Inducido con Misoprostol Solo	Tratamiento con Medicamentos Para el Aborto Incompleto, Aborto Espontáneo o Muerte Fetal Intrauterina (Atención Posterior al Aborto)
<p>Hasta 10 semanas de gestación (70 días desde el último período menstrual [UPM]):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mifepristona 200 mg por vía oral • Misoprostol 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal 1 o 2 días después de la mifepristona <p>10-13 semanas de gestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mifepristona 200 mg por vía oral • Misoprostol 600 mcg por vía sublingual u 800 mcg por vía vaginal 1 o 2 días después de la mifepristona, luego misoprostol 400 mcg por vía sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión • Alternativamente, se puede utilizar mifepristona 200 mg por vía oral, seguida de misoprostol 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal 1 o 2 días después. La dosis de misoprostol puede repetirse para lograr un aborto eficaz <p>A partir de las 13 semanas de gestación (13-24 semanas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mifepristona 200 mg por vía oral • Misoprostol 400 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal 1 o 2 días después de la mifepristona, luego cada tres horas hasta expulsar el feto y la placenta • Si la mujer está estable y es conveniente para ella hacerlo, los proveedores deben esperar al menos cuatro horas después de la expulsión del feto para que expulse la placenta 	<p>Antes de las 13 semanas de gestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Misoprostol 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión <p>A partir de las 13 semanas de gestación (13-24 semanas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Misoprostol 400 mcg por vía sublingual o vaginal cada tres horas hasta expulsar el feto y la placenta. La dosis vaginal es más eficaz que la dosis sublingual en mujeres nulíparas. • Si la mujer está estable y es conveniente para ella hacerlo, los proveedores deben esperar al menos cuatro horas después de la expulsión del feto para que expulse la placenta 	<p>Tamaño uterino menor a 13 semanas de gestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aborto incompleto <ul style="list-style-type: none"> · Misoprostol 600 mcg por vía oral en una única dosis o 400 mcg en una única dosis por vía sublingual o, en caso de ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal • Aborto espontáneo <ul style="list-style-type: none"> · Misoprostol 600 mcg por vía sublingual o, en caso de ausencia de sangrado vaginal, 800 mcg por vía vaginal cada 3 horas hasta que se produzca la expulsión (por lo general, entre 1 y 3 dosis) · Si hay disponible, agregue tratamiento previo con mifepristona 200 mg por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol <p>Tamaño uterino de 13 o más semanas de gestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aborto incompleto <ul style="list-style-type: none"> · Misoprostol 400 mcg por vía bucal, sublingual o, en caso de ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada tres horas hasta que se produzca la expulsión • Muerte fetal intrauterina (hasta las 24 semanas): <ul style="list-style-type: none"> · Misoprostol 400 mcg por vía sublingual o, en caso de ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada 4-6 horas hasta que se produzca la expulsión · Si hay disponible, agregue tratamiento previo con mifepristona 200 mg por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol

7.Fuente: Ipas. "Protocolos para el aborto con medicamentos" 2019. <https://www.ipas.org/resource/protocolos-para-el-aborto-con-medicamentos/>.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE HABILIDADES PARA LA EVACUACIÓN UTERINA CON MEDICAMENTOS⁸

Instrucciones: Verifique si hubo un buen desempeño de la habilidad (Sí/No) y agregue comentarios.

Primera visita a la clínica	Sí	No	Comentarios
Asegura la privacidad durante la visita.			
Saluda a la mujer de manera cordial y respetuosa.			
Utiliza un lenguaje sencillo adecuado para la edad, que la mujer comprende.			
Proporciona información básica sobre concepción, embarazo y opciones con respecto al embarazo, si es necesario.			
Confirma con la mujer que desea interrumpir su embarazo, y que su decisión es voluntaria.			
Explora qué tipo de fundamento tiene para su decisión.			
Pregunta si concurre acompañada, y si quisiera que esa persona esté con ella durante la sesión de información/asesoramiento.			
Determina si alguien puede acompañarla y ofrecerle apoyo durante el proceso del aborto con medicamentos.			
Explica qué esperar durante la visita a la clínica.			
Pregunta sobre su salud general y cualquier afección médica.			
Pregunta sobre sus antecedentes de salud reproductiva.			
Pregunta si tiene alguna alergia a medicamentos.			
Determina la elegibilidad médica para el aborto inducido con medicamentos.			
Si forma parte de la rutina de los protocolos locales, determina el factor Rh y administra inmunoglobulina Rh a mujeres Rh negativo.			
Si forma parte de la rutina de los protocolos locales, realiza una determinación de hemoglobina y hematocritos, si se indica y está disponible (<i>Nota: esto puede ser parte de los protocolos locales pero es posible que no sea viable o habitual en muchos contextos</i>).			
Realiza un examen bimanual para confirmar la edad gestacional.			
Explica qué métodos de aborto hay disponibles, incluidas sus características, efectividad y qué es lo que probablemente experimente.			
Explora opiniones sobre opciones de métodos de aborto y qué método es mejor para ella.			

8. Usado con autorización de Ipas.

Primera visita a la clínica	Sí	No	Comentarios
Si elige el aborto inducido con medicamentos, proporciona información adicional en un lenguaje sencillo que la mujer entienda.			
Aclara cómo se siente respecto de tener sangrando abundante y calambres en el hogar.			
Explica cómo y cuándo tomar mifepristona y/o misoprostol.			
Explica qué esperar después de tomar mifepristona y/o misoprostol.			
Explica los efectos secundarios comunes de la mifepristona y/o el misoprostol.			
Explica cómo tomar analgésicos y sugiere otros métodos para aliviar el dolor (como la aplicación de una bolsa de agua caliente en el abdomen).			
Explica los signos de advertencia que indican la necesidad de buscar atención adicional.			
Se asegura de que la mujer comprenda los efectos esperados, los efectos secundarios y los signos de alerta de la evacuación uterina con mifepristona y/o misoprostol.			
Explica qué hacer en caso de preguntas o problemas en el hogar.			
Proporciona información de contacto si surge un problema o emergencia.			
Explica la probabilidad de que el aborto inducido con medicamentos pueda fallar, y los demás pasos que serán necesarios para interrumpir el embarazo.			
Explica el riesgo mínimo de defectos congénitos asociados con el misoprostol si el aborto falla.			
Pregunta si la mujer tiene preguntas y las responde.			
Obtiene el consentimiento informado.			
Analiza la información sobre la recuperación de la fertilidad y la reanudación de la actividad sexual.			
Pregunta sobre las intenciones de futuros embarazos y la necesidad/deseo de métodos anticonceptivos.			
Analiza métodos anticonceptivos, si lo desea.			

Primera visita a la clínica	Sí	No	Comentarios
Proporciona asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, si lo desea (<i>consulte</i> la Lista de verificación de habilidades para la consejería anticonceptiva <i>para obtener más información</i>).			
Proporciona mifepristona y/o misoprostol en la clínica o para llevar a la casa (según el protocolo).			
Proporciona información y, si es necesario, hace derivaciones a otros servicios, incluidos los relacionados con VIH, detección de cáncer, y prevención y atención de la violencia.			
Programa una cita de seguimiento para la mujer si ella lo desea. <i>Sin embargo, el seguimiento no es necesario después de un aborto con mifepristona y misoprostol o con misoprostol solo, a menos que la mujer lo quiera o surjan complicaciones.</i>			
Visita de seguimiento (si es necesario)	Sí	No	Comentarios
Asegura la privacidad durante la visita.			
Saluda a la mujer de manera cordial y respetuosa.			
Explica qué esperar durante la visita de seguimiento.			
Le pregunta a la mujer cómo se siente.			
Le pregunta a la mujer sobre su experiencia con el proceso de aborto.			
Le pregunta a la mujer si piensa que el aborto fue eficaz.			
Evalúa el estado del aborto:			
• Preparando una historia clínica del proceso de aborto (cantidad y duración del sangrado, calambres).			
• Pregunta sobre los calambres y el sangrado actuales.			
• Pregunta sobre los síntomas actuales relacionados con el embarazo.			
• Realiza un examen bimanual.			
Si no está claro si la mujer aún está embarazada, analiza las opciones:			
• Hacer que otro médico o un médico más experimentado evalúe a la mujer.			
• Hacer una ecografía, si está disponible.			
• Si corresponde, pedirle a la mujer que regrese en una semana para volver a evaluarla.			
• Realizar aspiración de vacío.			

Visita de seguimiento (<i>si es necesario</i>)	Sí	No	Comentarios
Si el aborto fue eficaz, proporciona: <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre cómo comunicarse con el centro de salud si tiene alguna pregunta o inquietud. • Información sobre recuperación de la fertilidad, reanudación de la menstruación y anticoncepción. • Asesoramiento sobre anticoncepción y un método, si se desea y no se ofreció en una visita anterior. 			
Si el sangrado es prolongado o más abundante de lo habitual, analiza opciones: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento expectante, si corresponde. • Una dosis adicional de misoprostol. • Aspiración de vacío. 			
Si la mujer aún está embarazada, analiza y realiza una aspiración de vacío o hace una derivación para su realización.			
Proporciona información y, si es necesario, hace derivaciones a otros servicios, incluidos los relacionados con VIH, detección de cáncer, y prevención y atención de la violencia.			
Pregunta a la mujer si tiene alguna otra pregunta, inquietud o necesidad.			

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL PARA EL ABORTO INCOMPLETO⁹

Instrucciones: Verifique si hubo un buen desempeño de la habilidad (Sí/No) y agregue comentarios.

Primera visita a la clínica	Sí	No	Comentarios
Asegura la privacidad durante la visita.			
Saluda a la mujer de manera cordial y respetuosa.			
Utiliza un lenguaje sencillo adecuado para la edad, que la mujer comprende.			
Pregunta a la mujer el motivo de su visita.			
Pregunta a la mujer si cree que estuvo o está embarazada.			
Prepara una historia clínica adecuada, que incluya: <ul style="list-style-type: none"> • Último período menstrual. • Antecedentes de cualquier sangrado y patrón de sangrado. Pregunta si eliminó coágulos, tejido o si tuvo sangrado como un período abundante. • Pregunta si tuvo dolor o calambres. • (Si corresponde) Pregunta si tuvo un procedimiento de aborto, ha usado medicamentos o ha hecho algo para interrumpir el embarazo. 			
Pregunta sobre su salud general y cualquier afección médica.			
Pregunta sobre sus antecedentes de salud reproductiva.			
Pregunta si tiene alguna alergia a medicamentos.			
Explica qué esperar durante la visita a la clínica.			
Realiza un examen bimanual para determinar el tamaño del útero.			
Si forma parte de la rutina de los protocolos locales, determina el factor Rh y administra inmunoglobulina Rh a mujeres Rh negativo.			
Si forma parte de la rutina de los protocolos locales, realiza una determinación de hemoglobina y hematocritos, si se indica y está disponible. <i>(Nota: esto puede ser parte de los protocolos locales pero es posible que no sea viable o habitual en muchos contextos).</i>			
Pregunta si concurre acompañada, y si quisiera que esa persona esté con ella durante la sesión de información/asesoramiento.			
Determina si alguien puede acompañarla y ofrecerle apoyo durante el proceso de evacuación uterina.			

9. Usado con autorización de Ipas.

Primera visita a la clínica	Sí	No	Comentarios
Explica qué métodos de evacuación uterina hay disponibles, incluidas sus características, efectividad y qué es lo que probablemente experimente.			
Explora opiniones sobre opciones de métodos de aborto y qué método es mejor para ella.			
Si elige el aborto inducido con medicamentos, proporciona información adicional en un lenguaje sencillo que la mujer entienda.			
Determina la elegibilidad médica para la evacuación uterina con misoprostol.			
Aclara cómo se siente respecto de que la evacuación uterina ocurra en el hogar, y qué apoyo o inconvenientes podría tener allí.			
Explica cómo y cuándo tomar misoprostol.			
Explica qué esperar después de tomar misoprostol.			
Explica los efectos secundarios comunes del misoprostol.			
Explica cómo tomar analgésicos y sugiere otros métodos para aliviar el dolor (como la aplicación de una bolsa de agua caliente en el abdomen).			
Explica los signos de alerta que indican la necesidad de buscar atención adicional.			
Se asegura de que la mujer comprenda los efectos esperados, los efectos secundarios, y los signos de alerta de la evacuación uterina con misoprostol.			
Explica qué hacer en caso de preguntas o problemas en el hogar.			
Proporciona información de contacto si surge un problema o emergencia.			
Explica que si la evacuación uterina con misoprostol falla, deberá realizarse una aspiración de vacío.			
Pregunta si la mujer tiene preguntas y las responde.			
Obtiene el consentimiento informado.			
Analiza la información sobre la recuperación de la fertilidad y la reanudación de la actividad sexual.			
Pregunta sobre las intenciones de futuros embarazos y la necesidad/deseo de métodos anticonceptivos.			
Analiza métodos anticonceptivos, si lo desea.			
Proporciona asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, si lo desea (<i>consulte</i> la Lista de verificación de habilidades para la consejería anticonceptiva <i>para obtener más información</i>).			
Proporciona misoprostol en la clínica o para llevar a la casa (según el protocolo).			
Proporciona información y, si es necesario, hace derivaciones a otros servicios, incluidos los relacionados con VIH, detección de cáncer, y prevención y atención de la violencia.			
Informa a la mujer que puede recibir atención de seguimiento si lo necesita o lo desea.			

Visita de seguimiento (<i>si es necesario</i>)	Sí	No	Comentarios
Asegura la privacidad durante la visita.			
Saluda a la mujer de manera cordial y respetuosa.			
Explica qué esperar durante la visita de seguimiento.			
Le pregunta a la mujer cómo se siente.			
Le pregunta a la mujer sobre su experiencia con el proceso de evacuación uterina.			
Le pregunta a la mujer si piensa que el proceso de evacuación fue eficaz.			
Evalúa el estado de la evacuación uterina:			
<ul style="list-style-type: none"> Preparando una historia clínica del proceso (cantidad y duración del sangrado, calambres). Preguntando sobre los calambres y el sangrado actuales. Preguntando sobre los síntomas actuales relacionados con el embarazo. Realizando un examen bimanual. 			
Si no está claro si el proceso fue eficaz, analiza las opciones:			
<ul style="list-style-type: none"> Hacer que otro médico o un médico más experimentado evalúe a la mujer. Hacer una ecografía, si está disponible. Realizar aspiración de vacío. 			
Si el aborto fue eficaz, proporciona:			
<ul style="list-style-type: none"> Información sobre cómo comunicarse con el centro de salud si tiene alguna pregunta o inquietud. Información sobre recuperación de la fertilidad, reanudación de la menstruación y anticoncepción. Asesoramiento sobre anticoncepción y un método, si se desea y no se ofreció en una visita anterior. 			
Si el tratamiento no es eficaz, analiza las opciones de tratamiento: tratamiento expectante, administración adicional de misoprostol o aspiración de vacío.			
Proporciona información y, si es necesario, hace derivaciones a otros servicios, incluidos los relacionados con VIH, detección de cáncer, y prevención y atención de la violencia.			
Pregunta a la mujer si tiene alguna otra pregunta, inquietud o necesidad.			

ESCENARIOS DE DRAMATIZACIÓN SOBRE EVACUACIÓN UTERINA CON MEDICAMENTOS

ABORTO

Clienta 1: 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 2: Usted es una mujer casada de 35 años, con tres hijos. Junto con su esposo, 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 3: 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 4: 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 5: 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 1: 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 2: 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 3: 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 4: 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 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.

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

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.

NOTAS:

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.

NOTAS:

Caso práctico 3

Atención integral del 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.

NOTAS:

Caso práctico 4

Atención integral del 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.

NOTAS:

Caso práctico 5

Atención integral del 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.

NOTAS:

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.

NOTAS:

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.

NOTAS:

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.

NOTAS:

UNIDAD 5

EVALUACIÓN DE SHOCK Y CAUSAS SUBYACENTES EN LA ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO

Al finalizar la unidad, los participantes podrán:

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

SIGNOS VRC

V _____
R _____
C _____
C _____
C _____

SIGNOS DE SHOCK

CÓMO ESTABILIZAR UNA SITUACIÓN DE SHOCK

HEMORRAGIA

ATONÍA UTERINA

LACERACIONES O LESIONES DEL CUELLO UTERINO O VAGINALES

INFECCIONES Y SEPTICEMIA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE HABILIDADES PARA EL MANEJO DE COMPLICACIONES (APA)¹⁰

Habilidad	Sí	No	Comentarios
Realiza una evaluación inicial rápida para detectar si hay shock			
Pide ayuda y activa los procedimientos de emergencia.			
Realiza los pasos iniciales para el manejo de shock			
Se asegura de que las vías respiratorias estén abiertas.			
Le voltea la cabeza hacia un lado.			
Le eleva las piernas.			
Administra oxígeno, 5 litros/minuto con máscara o cánula nasal.			
Introduce una o dos vías intravenosas de calibre ancho; administra rápidamente 1 litro de infusión de cristaloides.			
Transfunde si los signos vitales siguen siendo inestables.			
Mantiene a la mujer abrigada.			
Coloca un catéter urinario.			
Monitorea y registra los signos vitales cada 15 minutos.			
Monitorea la ingesta y eliminación de fluidos.			
Envía las pruebas de laboratorio.			
Realiza los preparativos para el traslado de emergencia si la mujer no puede ser tratada en el establecimiento.			
Realiza una evaluación secundaria para detectar causas subyacentes del shock			
Realiza un examen bimanual y con espéculo para determinar los signos y síntomas de aborto incompleto o laceración del cuello uterino o vaginal, perforación uterina, atonía uterina, infección o septicemia.			
Aborto incompleto			
Administra antibióticos según lo indicado.			
Realiza el procedimiento de evacuación uterina según lo indicado.			
Laceraciones del cuello uterino o vaginales			
Aplica nitrato de plata o aplica presión colocando una pinza de anillos cuando se trata de laceraciones menores.			
Realiza suturas según sea necesario.			

10. Fuente: Ipas. "Lista de verificación de habilidades para el manejo de complicaciones (APA)". En *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de capacitación, segunda edición*, 398-400. Chapel Hill, NC, 2014. <https://www.ipas.org/resource/la-atencion-integral-del-aborto-centrada-en-la-mujer-manual-de-capacitacion-segunda-edicion/>.

Habilidad	Sí	No	Comentarios
Perforación uterina			
Ingresa a la mujer y observa si la perforación sucedió durante la evacuación uterina, y si se encuentra estable y no hay otras heridas.			
Utiliza la laparotomía y laparoscopia para el diagnóstico y manejo si la mujer está inestable y/o si hay signos de lesión intraabdominal.			
Estabiliza y traslada a la mujer si el establecimiento no puede manejar la complicación.			
Atonía uterina			
Comienza con un masaje bimanual.			
Administra medicamentos uterotónicos.			
Realiza una aspiración uterina.			
Infección o septicemia			
Manejo del shock, según lo indicado.			
Comienza con antibióticos de amplio espectro.			
Evacuación uterina o manejo quirúrgico, según sea indicado.			
Maneja otras complicaciones			
Hematómetra			
Realiza una aspiración uterina.			
Reacción vasovagal			
La trata cambiando de posición a la paciente.			
Administra una inyección de atropina si la reacción se prolonga.			
Dolor persistente			
Evalúa a la mujer para determinar si presenta retención de productos de la concepción, embarazo ectópico o infección.			
Retira tejido atrapado en el orificio cervical.			
Ofrece manejo del dolor adecuado o deriva a la mujer para que se hagan más evaluaciones.			
Reacciones alérgicas			
Brinda tratamiento para reacciones alérgicas según lo indicado.			

EJEMPLOS DE MONITOREO DE LOS SERVICIOS DE ABORTO¹¹

Tipos de servicios	Indicadores	Fuentes de información	Listas de verificación, cuestionarios y entrevistas de egreso
¿Qué servicios deben ser monitoreados?	¿Qué parámetros utilizaremos para medir nuestras actividades?	¿Dónde podemos obtener esta información?	¿Qué tipo de preguntas deberíamos hacer?
Prevención de infecciones	Porcentaje de casos en que se cumplió con las prácticas de prevención de infecciones	Observación de los servicios utilizando listas de verificación del desempeño de tareas	¿Se efectuó la técnica de no tocar? ¿Se procesó debidamente el instrumental de AVM?
Gestión y organización de los servicios	Promedio de tiempo que las clientas pasan en el establecimiento Promedio de tiempo entre la llegada y el procedimiento Horas de disponibilidad de los servicios	Revisión de informes financieros, del personal y del inventario de la clínica Observación y evaluación del flujo de pacientes Revisión de expedientes clínicos y entrevistas con el personal	¿Durante qué horas del día es mayor el tiempo de espera de las clientas?
Asesoramiento	Número y porcentaje de mujeres que reciben servicios de asesoramiento de alta calidad	Observación de los servicios de asesoramiento, usando una lista de verificación Revisión de casos recientes en los libros de registros clínicos	¿Se derivó a las mujeres con necesidades especiales cuando fue necesario?
Asesoramiento y servicios de anticoncepción	Cantidad y tipo de anticonceptivos entregados en el lugar Cantidad y porcentaje de mujeres que recibieron asesoramiento sobre anticonceptivos Cantidad y porcentaje de mujeres que deseaban usar un método anticonceptivo y lo recibieron	Observación de los servicios de asesoramiento, usando listas de verificación Entrevistas con las mujeres antes de su egreso Revisión de casos recientes en los libros de registros clínicos	¿Qué tan bueno fue el asesoramiento acerca de los métodos anticonceptivos disponibles? ¿La mujer dejó el establecimiento con la información o el método deseado? ¿Tuvo que ir a otro establecimiento para recibir un método anticonceptivo?
Satisfacción de las clientas	Porcentaje de mujeres que indican que recibieron atención respetuosa Porcentaje de mujeres que creen que los costos de los servicios son razonables	Entrevistas con las mujeres antes de su egreso Revisión de los registros financieros	¿Cree usted que la trataron con respeto? ¿Cree usted que el costo de los servicios fue razonable?

11. Fuente: Ipas. "Cuadro 5-2: Ejemplos de monitoreo de los servicios de aborto". En *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición*, 66. Chapel Hill, NC, 2015. <https://www.ipas.org/resource/la-atencion-integral-del-aborto-centrada-en-la-mujer-manual-de-referencia-segunda-edicion/>.

PLANILLA: PREPARACIÓN PRELIMINAR E IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE ABORTO SEGURO (SAS)¹²

¿SU ESTABLECIMIENTO...	PREPARACIÓN PRELIMINAR				IMPLEMENTACIÓN		
	Sí	No	No está seguro	Nota / Próximos pasos	Problemas / Desafíos	Posibles soluciones	¿Qué precisa?
Analizó el contexto legal con las autoridades locales y el personal de todos los niveles?							
Realizó actividades de aclaración de valores con el personal de todos los niveles?							
Brindó orientación en todo el establecimiento sobre servicios de atención para el aborto seguro con todo el personal del lugar?							
Difundió y analizó la política interna del organismo respecto de la atención para el aborto seguro?							
Consideró el flujo de pacientes en el establecimiento por cuestiones de eficiencia y para garantizar la privacidad?							
Se decidió por un sistema para el monitoreo de la calidad de los programas y servicios?							
Desarrolló capacidades clínicas y de administración relativas a la atención para el aborto seguro?							
Estableció procesos y sistemas de mentoría clínica y supervisión asistida?							
Planeó cómo integrar o combinar la atención para el aborto seguro con los servicios de salud sexual y reproductiva existentes? (P. Ej., Servicios de anticoncepción; violencia de género; etc.)							
Planeó un abastecimiento adecuado y sostenible de insumos para los servicios de aborto mediante aspiración de vacío manual y con medicamentos?							
Estableció un sistema de derivación a un nivel de atención superior, atendiendo incluso a la capacidad del establecimiento de derivación y el sistema de transporte de emergencia?							
Identificó promotores locales de los sas y posibles socios en los ministerios locales?							
Estableció contactos con grupos de mujeres y otros grupos comunitarios existentes que podrían contribuir a promover e informar sobre los servicios disponibles entre la población?							

12. Ipas. Chapel Hill, NC. 2018.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SUMINISTROS Y EQUIPOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO EN EL PRIMER TRIMESTRE (<13 SEMANAS)¹³

Esta lista de verificación debe utilizarse para ayudar a planear la implementación de servicios de atención integral del aborto de alta calidad —tanto con medicamentos como mediante aspiración de vacío manual— para gestaciones de menos de 13 semanas. Muchos de los elementos que se enumeran a continuación no son exclusivos de la atención integral del aborto y ya pueden encontrarse disponibles en el establecimiento. Los elementos esenciales para realizar el aborto y garantizar la seguridad deben encontrarse disponibles antes de la iniciación del servicio, mientras que otros insumos pueden obtenerse a lo largo de la prestación de servicios. Los elementos marcados con un asterisco (*) son necesarios para la prevención de infecciones.

ESTABLECIMIENTO

- Área privada para brindar asesoramiento (idealmente privacidad visual y auditiva)
- Baños con inodoros a los cuales tengan acceso fácil todas las mujeres que reciban servicios relacionados con el aborto
- Estaciones para el lavado de manos *
- Agua potable para beber y vasos
- Capacidad para transporte/derivación de emergencia
- Formularios de derivación
- Libro de registro de servicios prestados
- Formularios de consentimiento para los servicios de aborto
- Sala de procedimientos (AVM solamente)
- Área de recuperación (AVM solamente)
- Caja/recipiente seguro para objetos punzocortantes*
- Contenedores de colores para la separación de residuos/desechos*
- Folletos y materiales educativos (para mujeres adultas y jóvenes)
- Taburete para la sala de examen/cuarto de procedimiento
- Armarios con cerradura para guardar los medicamentos
- Herramientas de apoyo para el trabajo: tarjeta sobre el régimen de medicamentos para AM, póster sobre el procesamiento del instrumental*, guía de gestión de insumos de AM/AVM, rueda de AM, etc.

EQUIPOS/INSUMOS/MEDICAMENTOS

- Métodos anticonceptivos disponibles, incluidos DIU/SIU, implantes y equipo asociado
- Tensiómetro
- Termómetro
- Estetoscopio

- Barreras de protección personal (para el procesamiento del instrumental: guantes resistentes, cubiertas de botas/zapatos, protección facial, bata/delantal; para el procedimiento/examen: guantes limpios y estériles, bata/delantal, cubiertas de botas/zapatos, protección ocular)*
- Toallas sanitarias
- Desinfectantes*
- Carrito de instrumental, bandeja de instrumental, tambores/contenedores para almacenamiento de paquetes de instrumental de AVM esterilizado en autoclave*, riñoneras (grandes y medianas), vasija
- Mesa para el examen pélvico
- Lámpara para el examen pélvico
- Cubierta/tela para cubrir las piernas de la usuaria
- Insumos de laboratorio
 - (opcional) Ecógrafo y sus accesorios
 - (opcional) Pruebas urinarias de β -hCG y recipientes para orina
 - (varía según el país) Pruebas de Rh e inmunoglobulina Anti-D
 - No obligatorios para los servicios de aborto pero opcionales si se realizan otras pruebas de salud preventivas: detección de cáncer cervical, pruebas de ETS, pruebas de VIH, detección de anemia, vacunaciones.
- Medicamentos
 - Mifepristona, según la disponibilidad, o paquetes combinados
 - Misoprostol
 - Antibióticos (profilaxis y dosis de tratamiento)
 - Medicamentos para efectos secundarios (p. ej. medicamentos antieméticos)
 - Analgésicos
 - AINE
 - Narcóticos/ansiolíticos y agentes antagonistas
- Insumos para la AVM
 - Tenáculo atraumático o pinzas vulsellum
 - Pinzas portaesponjas o pinzas de anillos (Foerster)
 - Gasa
 - Betadine® (povidona yodada) y recipiente*
 - Aspirador Ipas AMEU Plus
 - Cánulas Ipas EasyGrip
 - Espéculos de autorretención de diferentes tamaños
 - Dilatadores Denniston o Pratt
 - Contenedor para productos de la concepción, lámpara, recipiente transparente, colador
 - Cubo con solución líquida para el remojo*
 - Insumos para el bloqueo paracervical y anestésico local
 - Jeringa de 10-20 ml y aguja de calibre 21 o 23 de 3 cm (1 pulg.) como mínimo
 - Lidocaína al 1,0 %

13. Fuente: Ipas. "Lista de verificación de suministros y equipos para la atención integral del aborto en el primer trimestre (<13 semanas)", 2019.

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@wrccommission.org
www.iawg.net



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises

Ipas