

Elementos clave
para la atención a
MUJERES
en situación
de aborto

México, 2019.

Elementos clave
para la atención a
MUJERES
en situación
de aborto

México, 2019.

Índice

Ipas: ¿quiénes somos?

Nuestras prioridades estratégicas

Introducción

BLOQUE I: MARCO JURÍDICO

Normatividad para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva	09
Aborto y derechos reproductivos	
Normativa federal y servicios de aborto	
Causales legales para la prestación de servicios de aborto	
Cuando el embarazo es producto de violencia sexual	
Cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer	
Cuando el embarazo afecta la salud de la mujer	
Cuando se diagnostican malformaciones congénitas o genéticas en el producto de la concepción	
Por razones socioeconómicas graves	
Por aborto imprudencial	
Causales legales por estado	17
Resumen de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005	18
Violencia familiar, sexual y contra las mujeres	18
Criterios para la prevención y atención	18
Tratamiento específico de la violación sexual	
Aviso al Ministerio Público	
Consejería y seguimiento	
Resumen de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA-2015, para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad	20
Objetivo y campo de aplicación	
Objeción de conciencia	
Secreto profesional	
- Respecto al acompañamiento de madre, padre o tutor	
- Salud sexual y reproductiva y provisión de anticonceptivos	

Derechos sexuales y reproductivos para adolescentes	25
Algunas disposiciones generales encontradas en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico	27

BLOQUE II: MARCO SOCIAL

Estigma relacionado con el aborto	31
El estigma que viven los profesionales de la salud en la prestación de servicios de aborto	32
El estigma que viven las mujeres por parte de los profesionales de la salud	32
Consejería para mujeres en situación de aborto	33
Técnicas de consejería	33
Escucha activa	
Parafrasear	
Formular preguntas significativas	
Identificar sentimientos	
Dar validez a la usuaria	
Brindar información útil, veraz y objetiva	
Resumir y consensuar planes	
Imprecisiones comunes del lenguaje	35

BLOQUE III: MARCO CLÍNICO

Prevención de infecciones	39
Lavado de manos	
Uso de barreras de protección personal	
Manejo y eliminación de objetos punzocortantes	
Preparación antiséptica	
Técnica de no tocar	
Uso de instrumental debidamente procesado	
Limpieza del medio ambiente	
Confirmación del embarazo y diagnóstico diferencial	41
Examen pélvico	
Métodos de evacuación endouterina recomendados para el aborto seguro	42

Aborto con medicamentos	42
Uso de medicamentos para el tratamiento del aborto inducido	
Interrupción legal del embarazo por causales (ILE)	
Aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol combinados	
Aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo	
Uso de medicamentos para el tratamiento del aborto incompleto, aborto diferido o muerte fetal intrauterina.	
Atención postaborto (APA)	
Manejo del dolor durante el aborto con medicamentos	45
Efectos esperados del uso de misoprostol	
Eficacia y seguridad	
Confirmación del aborto y seguimiento	
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	47
Profilaxis antibiótica	
Régimen recomendado de antibióticos	
Preparación cervical	
Manejo del dolor con bloqueo paracervical en la AMEU	
Técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	51
Inspección de restos ovulares	
Información antes del alta médica	
Efectos esperados	
Consideraciones adicionales	
Signos de alarma	
Disco de Criterios Médicos de elegibilidad para el Uso de Métodos anticonceptivos	55
Procesamiento del equipo de AMEU	59
Desinfección de Alto Nivel (DAN)	
Esterilización	
Eventos adversos	62
Manejo de la perforación uterina	
Manejo de la hemorragia postaborto	
Puntos claves sobre la atención de alta calidad en los servicios de aborto	64
Uso de ultrasonido previo y posterior a un aborto	

Evacuación endouterina cuando la mujer tiene
Dispositivo Intrauterino (DIU) colocado
Uso de fentanilo antes del procedimiento de AMEU

Registro de la información para los procedimientos de evacuación uterina	65
Llenado correcto de la hoja de hospitalización	69
Claves del cuadro básico nacional para la solicitud de insumos para evacuación endouterina	70

Anexos

Referencias bibliográficas

Ipas ¿quiénes somos?

Ipas es una organización internacional sin fines de lucro que trabaja desde **17 países** en **4 continentes** para **expandir el acceso al aborto seguro y acabar con los procedimientos inseguros de aborto**. Trabajamos con socios y gobiernos para **abogar a favor del aborto seguro y legal**, para que la **anticoncepción esté ampliamente disponible y para acercar a las mujeres información basada en evidencia**, que les permita acceder a servicios seguros de salud reproductiva y tomar decisiones libremente.

Para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de mujeres, niñas y adolescentes, nos enfocamos en:

- ➔ **Mejorar la calidad de los servicios de salud para ellas**, aumentar el acceso a los mismos y expandir sus derechos sexuales y reproductivos.
- ➔ **Capacitar a las/los trabajadoras/es de la salud** y llevar a cabo investigaciones para contribuir a la disponibilidad de mejor atención de alta calidad basada en evidencia.
- ➔ **Colaborar con organizaciones comunitarias** para ampliar la información de las mujeres y sus comunidades sobre sus derechos.
- ➔ **Abogar por la legalidad de procedimientos de aborto seguro** y apoyar defensoras/es locales en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Nuestras prioridades estratégicas:



Aborto seguro, legal y disponible

Las mujeres y las niñas no pueden determinar su propio futuro sin leyes y políticas que respalden el acceso al aborto seguro y la anticoncepción. **Abogamos en todo el mundo por el aborto legal y seguro.**



Atención a la salud, segura y de calidad

El aborto seguro y la anticoncepción salvan vidas. Por eso capacitamos a los proveedores de servicios de aborto y apoyamos los sistemas de salud para garantizar que haya servicios de aborto y anticoncepción seguros de alta calidad disponibles, accesibles y aceptables para las mujeres y las niñas.



Mujeres, niñas y adolescentes, al frente del control de sus vidas

Las mujeres y las niñas requieren saber dónde y cómo acceder al aborto seguro y la anticoncepción. También necesitan sentirse respaldadas en sus decisiones y tener la confianza para acceder a los servicios cuando ellas los necesitan. Mantenemos y fortalecemos nuestras alianzas con organizaciones que trabajan directamente con mujeres y niñas en sus comunidades.



Audaces, efectivas y eficaces

Mantenemos un **alto estándar de calidad en nuestras operaciones internas y de supervisión** para garantizar eficiencia y eficacia en la implementación de nuestros programas y responder adecuadamente a las necesidades de nuestra sociedad.



Socias valiosas para nuestras contrapartes

Nos esforzamos por aportar valor en todas nuestras intervenciones, asociaciones, colaboraciones y proyectos. Tenemos un gran compromiso con nuestros socios globales y locales, cuyas aportaciones nos permiten continuar con nuestro gran proyecto a favor de las mujeres, niñas y adolescentes.

Introducción

El tema del **aborto** ha sido, por años, un tema polémico entre la comunidad y los proveedores de servicios de salud. Las personas que se oponen a dicho procedimiento han difundido información médica errónea, complicaciones y secuelas a largo plazo sin ningún fundamento científico. Por esta razón, se elabora el siguiente documento como un recurso que ofrece **información puntual, basada en evidencia científica y avalada por instituciones internacionales** como la **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)**, la **International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)**, **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)** y la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**.

Según la **OMS**, el aborto inseguro es una de las primeras cinco causas de muerte materna a nivel mundial.¹ En México la situación es similar, se estima que 68.5% de las muertes maternas fueron a causa de embarazos que terminaron en abortos, la gran mayoría en procedimientos inseguros; lo cual, ubica al aborto inseguro como la tercera causa de muerte a nivel nacional; según los datos que se tienen hasta la segunda semana de agosto de 2018.²



“... el aborto inseguro es una de las primeras cinco causas de muerte materna a nivel mundial...”

El mes de **abril del 2007** marcó un antes y un después en el ejercicio del derecho de las mujeres para decidir sobre su cuerpo. Con la aprobación de la ley que despenalizó el aborto hasta las 12 semanas de gestación, las mujeres en la Ciudad de México pueden tener acceso a servicios seguros, gratuitos y legales de interrupción del embarazo.

El aborto en el resto del país es legal cuando existe un riesgo de afectación a la salud de la mujer y en circunstancias específicas, llamadas “**causales específicas por estado**”. Existen **ocho causales** a lo largo del país, algunos estados contemplan dos causales y otros, seis. La **causal violación**, cuando el embarazo es producto de violencia sexual, es considerada en todo el país como una razón permitida para acceder al aborto legal. No

¹ Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. (Ginebra: OMS, 2018) Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

² Secretaría de Salud. Informe semanal de vigilancia epidemiológica, defunciones maternas: Información hasta la semana 30 de 2018. (Ciudad de México: SINAVE, 2018) Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2018-sem-epidemiologica-30>

obstante, la falta de información provoca que se criminalice a la mujer, que las víctimas de violencia sexual sean expuestas a embarazos no deseados, a lesiones físicas, psicológicas e infecciones de transmisión sexual, como se señala en la **Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA)**.

Según datos del **Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)**, de enero de 2009 al 30 de junio de 2016, se recibieron 70, 630 denuncias por violación sexual en las procuradurías generales de justicia locales y en la **Procuraduría General de la República**; tales cifras contrastan con el número de procedimientos de aborto por violación que las secretarías de salud locales, **IMSS** e **ISSSTE**, reportan haber realizado durante el mismo periodo, solo 61 procedimientos.³

Con respecto a las niñas y las adolescentes mexicanas, la violencia sexual y las uniones forzadas son factores asociados a la alta tasa de embarazos durante los 10 a 19 años. Además de las implicaciones en la salud, el embarazo en niñas y adolescentes acarrea implicaciones de orden psicosocial; por ejemplo, rezago educativo, desigualdad en el acceso a oportunidades de desarrollo, barreras para obtener un empleo que implique mayor formación académica y experiencia, así como necesidad de apoyos gubernamentales, muerte prematura, etcétera.⁴

En México, el **artículo 35 de la Ley General de Víctimas** establece que se debe garantizar el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima.⁵

Es urgente que las autoridades de salud conozcan y apliquen la normativa vigente en materia de acceso a servicios de interrupción del embarazo por violencia sexual y así garanticen los derechos humanos de las mujeres: a la vida, a la salud, a la intimidad, a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación y a una vida libre de violencia.

Uno de los principales retos para los servicios de salud ha sido **institucionalizar los servicios de interrupción del embarazo y atención postaborto**, de manera que estos estén disponibles para las mujeres

³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. (Ciudad de México: INEGI, 2017) Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/default.html>

⁴ Ipas México. Violencia sexual y embarazo infantil en México, un problema de salud pública y derechos humanos. (Ciudad de México: Ipas México, 2018) Recuperado de <https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2018/06/Brochure%20Violencia%20Sexual%20y%20Embarazo%20Infantil%20en%20Me%CC%81xico,%20un%20problema%20de%20salud%20pu%CC%81blica%20y%20derechos%20humanos.pdf>

⁵ Diario Oficial de la Federación. Artículo 35 del Decreto por el que se reforman, derogan y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Víctimas; y se reforma el primer párrafo del artículo 182-R del Código Federal de Procedimientos Penales. (Ciudad de México, 2013) Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5297901&fecha=03/05/2013

independientemente de los cambios políticos o de la administración que esté a cargo de los servicios de salud.

La elaboración o actualización de normas ha sido un medio eficaz para institucionalizar estos y otros servicios relacionados con el cuidado de la salud sexual y reproductiva, además de reconocer el derecho del personal de salud a declararse objetor de conciencia (posibilidad de no cumplir con la ley por considerar que esta es contraria a sus creencias religiosas o principios morales o personales), sin embargo, lo anterior no los exime de proporcionar información verás y oportuna a las mujeres que solicitan el servicio, o bien, a hacer una adecuada referencia de los casos. Las unidades de salud pública están obligadas a proporcionar servicios de manera gratuita en los casos de aborto voluntario en CDMX y por causales legales específicas de cada estado.⁶

En suma, **Ipas México** trabaja para mejorar la atención de la salud reproductiva en todo el país; capacita a profesionales jurídicos y de la salud; ayuda a los hospitales a formar equipos de alta calidad en la atención a la salud reproductiva; y aboga por políticas públicas para mejorar la atención y ampliar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto y para proteger el derecho de las mujeres a decidir sobre la interrupción del embarazo de forma legal y segura.

Comprometidos con la institucionalización de servicios de interrupción del embarazo en un marco que respete los derechos humanos y comprometidos con la capacitación del personal de salud que atiende a las mujeres, **Ipas México** desarrolla este documento para aportar información sobre mejores prácticas de cuidado y salud sexual y sobre el marco legal para la prestación de estos servicios.

Esperamos que esta guía sirva al personal de salud para resolver, con más confianza y con base en fundamentos científicos, las situaciones conflictivas de la práctica diaria; asimismo, que contribuya a continuar abogando por el derecho de las mujeres a decidir de manera informada sobre la maternidad y sobre su propio cuerpo sin prejuicios.

⁶ Flores, E., & Amuchástegui, A. "Interrupción Legal del Embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal". Género y Salud en Cifras, (vol.10, núm. 1, 2012): 21-30. Recuperado de <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/RevistaGySenC/EneAbr12.pdf>

Elementos clave
para la atención a
MUJERES
en situación
de aborto

México, 2019.

Bloque 1.
Marco Jurídico

Elementos clave
para la atención a
MUJERES
en situación
de aborto

México, 2019.

Normatividad para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva

“si en alguna norma, ya sea local o internacional, se determinan criterios diferentes para el ejercicio del mismo derecho humano, la autoridad está obligada a preferir aquella que implique menos requisitos o barreras para ejercer el mismo derecho...”

Para construir el marco normativo que rige la obligación de los servicios del Estado en materia de aborto (interrupción del embarazo), se debe partir de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)**: es decir, de los **derechos y garantías establecidos en la Constitución**. En el artículo 1, se estipula el principio pro-persona, en el cual se establece que las normas relativas a los derechos humanos se deben interpretar favoreciendo en todo momento a las personas, otorgándoles la protección más amplia. Esto quiere decir que si en alguna norma, ya sea local o internacional, se determinan criterios diferentes para el ejercicio del mismo derecho humano, la autoridad está obligada a preferir aquella que implique menos requisitos o barreras para ejercer el mismo derecho.






Con la **Reforma Constitucional en Derechos Humanos (RCDH)**, publicada en 2011, los derechos humanos reconocidos en cualquier instrumento internacional se integraron al catálogo de derechos vigentes y exigibles a nivel nacional. Asimismo, la **RCDH** establece que, para la interpretación de estos derechos, se deben tomar en cuenta los criterios, los comentarios y las observaciones que realizan los **Comités de Expertos**, encargados de dar seguimiento al cumplimiento de los derechos por parte de los Estados. Además, la **RCDH** introduce principios de interpretación que suponen cambios en la manera de explicar y aplicar los derechos en el territorio nacional.

En relación con los derechos humanos, la **RCDH** también incorpora como obligaciones del Estado promover campañas informativas que empoderen a las personas para tomar decisiones libres y ejercer plenamente sus derechos. De igual forma, el Estado tiene la obligación de proteger y respetar estos derechos, al abstenerse de llevar a cabo conductas, implementar políticas o programas que puedan limitarlos o violentarlos. Finalmente, el Estado está obligado a garantizar que se destinen los recursos materiales y humanos necesarios para dar cumplimiento a sus obligaciones, además de contemplar los mecanismos de exigencia y reparación cuando algún derecho se encuentre afectado o violentado por alguna autoridad estatal. Es importante mencionar que el término Estado, implica no solo a las instituciones que prestan un servicio público, sino también a todas las personas que colaboran prestando dicho servicio.

| Aborto y derechos reproductivos

Según la **CPEUM**, en el **artículo 1**, todas las personas somos iguales ante la ley y está prohibida la discriminación por origen étnico, edad, sexo y género, entre otros. Por otra parte, en el **artículo 4** de la misma, se establece que todas las personas somos libres para decidir el número y el espaciamiento de los hijos.⁷

Entre estas disposiciones, encontramos garantizados varios derechos humanos que están íntimamente relacionados con la prestación de servicios de aborto, tales como:

-  El **derecho a la vida**, interpretado en el contexto reproductivo, hace referencia a **prevenir muertes evitables**; es decir, que pueden ser ocasionadas por violencia, condiciones económicas o sociales precarias y deficientes políticas de salud. Debe impedirse que cualquier evento o padecimiento relativo a la reproducción coloque a las mujeres en riesgo de muerte.
-  **Derecho a la salud**, entendida como el **estado completo de bienestar físico, mental y social de las personas** y no solamente como la ausencia de enfermedades o dolencias.
-  **Derecho a la libertad**, el cual implica el **reconocimiento de que las personas están en plena aptitud de tener y expresar creencias, opiniones e ideas diversas**. Este derecho asegura que las personas tomen decisiones sin que el Estado ni sus agentes emprendan persecución o discriminación alguna.
-  **Derecho a la autonomía y a la intimidad**, entendidas como tener la **capacidad de decidir por y para el beneficio propio** en un ámbito de certidumbre y libertad.
-  **Derecho a la información**, la cual debe ser **objetiva, veraz e imparcial** sobre las opciones de procedimientos, posibles riesgos y efectos. Esta información debe aportar elementos suficientes para que las mujeres tomen decisiones de manera libre e informada.

⁷ Diario Oficial de la Federación. Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Ciudad de México, 2016) Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>

➔ **Derecho a una vida libre de violencia**, en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. Este derecho **garantiza la toma de decisiones libres de coacción, maltrato, estigma o discriminación**.

➔ **Derecho a estar libre de tratos inhumanos, crueles y/o degradantes**, como la negación de servicios de aborto a una mujer víctima de violencia sexual.

Normativa federal y servicios de aborto

La **Ley General de Salud** es la norma federal que regula el derecho humano a la salud y el acceso a los servicios de salud en México. Reconoce los servicios de atención materno-infantil como prioritarios⁸ y, en consecuencia, como parte de los servicios de salud básicos.⁹

La **Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)** ha reconocido que la protección del derecho a la salud de las mujeres conlleva la provisión de servicios de aborto necesarios para preservar su salud durante el embarazo, como parte de los servicios de atención al embarazo. Por lo tanto, ha señalado que con fundamento en la **Ley General de Salud** todas las instituciones de salud, públicas, privadas y sociales, en el país tienen la obligación de brindar servicios de aborto por razones de salud.¹⁰

El mayor desarrollo de la normativa federal en materia de aborto se encuentra relacionado con la provisión de servicios de interrupción del embarazo por violación. Esta causal es la única que existe en todos los estados del país y permite a las mujeres tomar la decisión de interrumpir el embarazo cuando es producto de violencia sexual.

La **Ley General de Víctimas**, en su artículo 29, establece que es obligación de todas las instancias públicas de salud *“dar atención de emergencia de manera inmediata a las víctimas que lo requieran, con independencia de su capacidad socioeconómica o nacionalidad y sin exigir condición*

⁸ Artículo 61 Ley General de Salud. Recuperado de <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=yfVZCh0lzykxs2HBZO2TH966H6/8SZd562N+2A2evET2x0/JMjak02e2a/Juplak>.

⁹ Artículo 27, fcc. IV Ley General de Salud. Recuperado de <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=yfVZCh0lzykxs2HBZO2TH966H6/8SZd562N+2A2evET2x0/JMjak02e2a/Juplak>.

¹⁰ SCJN, Amparo en revisión 1388/2015, Primera Sala de Justicia de la Nación, Sentencia, Versión pública de borrador para visto bueno, votada por unanimidad en sentido positivo en sesión del 15 de mayo de 2019. Recuperado de https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2019-04/AR%201388-2015%20-%20190404.pdf

previa para su admisión”, mientras que en el **artículo 30**, establece que los servicios de emergencia médica consisten, entre otros, en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en los casos permitidos por la ley, con respeto irrestricto a la voluntad de la víctima de violación.¹¹

El **Reglamento de la Ley General de Salud para la Prestación de Servicios de Atención Médica** regula la prestación de servicios de atención emergencia médica previstos en la **Ley General de Víctimas**. Respecto de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo y de salud sexual y reproductiva el Reglamento señala que estos deberán ser brindados con independencia de la capacidad socioeconómica o nacionalidad de las personas y sin que se pueda condicionar su prestación a la presentación previa de una **denuncia o querrela**.¹²

Causales legales para la prestación de servicios de aborto

Cuando el embarazo es producto de violencia sexual

Esta causal está reconocida en los **32 estados del país**. El aborto en estas circunstancias es legalmente considerado un **servicio de atención médica de urgencia**.

La posibilidad de presentar o no una denuncia penal contra el agresor debe ser una **decisión de la mujer** y no del personal de salud, lo cual no condiciona la provisión del aborto.

Existe un marco normativo federal (de aplicación obligatoria en todos los servicios de salud públicos estatales) que regula la provisión del aborto por violación, que incluye la **Ley General de Víctimas** y la **NOM 046**. Estas normas se formularon con base en el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres y el objetivo de garantizar la prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo de manera inmediata a las víctimas sin imponer a las mujeres la obligación de denunciar el delito y de esperar a que una instancia otorgue una autorización para acceder a los servicios de salud requeridos.

¹¹ Diario Oficial de la Federación. Artículo 29 de la Ley General de Víctimas. (Ciudad de México, 2013) Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_030117.pdf

¹² Diario Oficial de la Federación. Artículo 29 de la Ley General de Víctimas. (Ciudad de México, 2013) Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_030117.pdf

La **NOM 046** establece que las instancias de salud públicas que brinden servicios a las víctimas deberán actuar de buena fe y prestar los servicios de aborto por violación de manera inmediata y con respeto a los derechos humanos de las mujeres.

Cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer

Esta causal es **reconocida en 24 estados de la República mexicana** y aplica cuando, en caso de continuar con el embarazo, **la vida de la mujer entra en riesgo**. Se entiende el riesgo como la posibilidad de que exista un daño o afectación a la salud de la mujer, aun cuando el peligro no sea inmediato.

El **artículo 4 constitucional** establece que **el Estado es el principal obligado a respetar, proteger y garantizar la vida de hombres y mujeres**. En ese sentido, debe garantizar que ningún proceso reproductivo, incluyendo el embarazo, coloque a las mujeres en riesgo de muerte. En caso de que sea así, es obligación del Estado garantizar el acceso a la información necesaria, tecnología y tratamientos disponibles, para que la mujer pueda tomar una decisión libre sobre su salud. Esto incluye la interrupción del embarazo como una opción para preservar su vida. Dado que el peligro de muerte es un diagnóstico que solo el personal capacitado puede realizar, resulta importante que el personal de salud brinde a la mujer información basada en evidencia y no en criterios personales. Cada estado del país establece requisitos específicos en esta causal.

Cuando el embarazo afecta la salud de la mujer

Esta causal es únicamente reconocida en 16 estados de la República mexicana. Sin embargo, la SCJN ha señalado que el aborto motivado por riesgos a la salud, y su adecuada y oportuna provisión, integran el ámbito normativo del derecho a la salud y su protección pues se trata de una intervención terapéutica recomendada cuyo objetivo primordial es preservar o restaurar la salud de la persona embarazada, incluida la consecución de un estado de bienestar físico, mental y social y, por lo tanto, se debe garantizar el acceso oportuno a estos servicios cuando las mujeres enfrenten riesgos asociados con el embarazo que comprometan su salud física, mental o social.¹³

¹³ Amparo en revisión 1388/2015, Primera Sala de Justicia de la Nación, Sentencia, Versión pública de borrador para visto bueno, votada por unanimidad en sentido positivo en sesión del 15 de mayo de 2019. Disponible en https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2019-04/AR%201388-2015%20-%2020190404.pdf

Por ello, la **SCJN** ha concluido que, con fundamento en la **Ley General de Salud**, todas las instituciones de salud del país (públicas, privadas y sociales) son responsables de ofertar servicios de aborto por razones de salud, los cuales forman parte de la **atención médica materno-infantil prioritaria** reconocida como servicios de salud básicos en México.¹⁴

La interrupción del embarazo por razones de salud busca evitar que se afecte la salud de la mujer o que se le genere un daño. La mujer embarazada puede acceder a un procedimiento de aborto legal cuando existe la probabilidad de que la continuación del embarazo genere un resultado adverso en su bienestar físico, mental o social o cuando existe un factor que aumente esta probabilidad.¹⁵



“...el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades...”

Resulta de suma importancia entender el término salud como lo define la **OMS**: *“el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.¹⁶ Esta interpretación hace necesario que el profesional de la salud evalúe el riesgo, tomando en cuenta las condiciones generales que rodean a la mujer, analizando sus características físicas, pero también sus circunstancias personales y la forma en que el embarazo podría afectar su salud física, mental e impactar en su bienestar social.

Resulta entonces importante entender el riesgo como una posibilidad de daño, y no como la certeza de que el daño ocurrirá. No se debe actualizar la afectación a la salud de la mujer para la procedencia del servicio, es suficiente que exista una probabilidad de afectación a su salud o un factor que aumente la probabilidad.

La determinación de cuándo existe un riesgo de afectación de salud es una discusión médica, y la opción de afrontarlo o no es una decisión personal que requiere, para tomarse, información científica y médica.¹⁷

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos, Suplemento de la 45ª edición. (Ginebra: OMS, 2006) Recuperado de www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

¹⁷ *Ibidem*.

Es necesario que el profesional de la salud que realiza el proceso de consejería entregue a la mujer la información de la evaluación del riesgo de manera objetiva, basándose en hechos y en la práctica de la medicina con sustento en la evidencia. Asimismo, se debe considerar de qué manera el medio puede agravar o disminuir los riesgos para que la mujer sea quien decida cuánto riesgo está dispuesta a soportar.




Ningún código penal del país establece límite en la edad gestacional para la interrupción legal del embarazo por peligro de muerte o por riesgo a la salud de la mujer.

Cuando se diagnostican malformaciones congénitas o genéticas en el producto de la concepción

Esta causal **existe en 16 entidades federativas**. Es procedente cuando se diagnostican alteraciones o malformaciones genéticas o congénitas graves en el producto.

No existe un catálogo de condiciones genéticas o congénitas clasificadas como graves.

La mayoría de los códigos penales de los estados del país establece los siguientes requisitos para la interrupción legal del embarazo cuando el producto presenta **malformaciones genéticas o congénitas**:

-  Que el diagnóstico de las malformaciones sea emitido por dos médicos especialistas.
-  Que se cuente con el consentimiento de la mujer embarazada.
-  En algunos estados, la ley requiere que las malformaciones sean incompatibles con la vida extrauterina.

Igual que en los supuestos de riesgo a la salud, la consejería es sumamente importante en este caso y debe proporcionar a la mujer información clara, objetiva y veraz sobre el padecimiento, el impacto, los pronósticos y la calidad de vida posible que tendrá el producto. No solo deberá tomarse en cuenta la sobrevivencia, sino que deberá informarse a la mujer sobre la calidad de vida, las condiciones y el apoyo que requerirá en caso de decidir continuar con el embarazo.

Por razones socioeconómicas graves

Esta causal **existe solo en dos estados del país. Michoacán y Yucatán** contemplan como causal lícita de aborto que la mujer enfrente una situación **socioeconómica precaria**. El Código de Michoacán establece que esta interrupción deberá realizarse dentro de las primeras 12 semanas de gestación, cuando la mujer lo solicite y atraviese una *“precaria situación económica”*.¹⁸ Por otra parte, el Código Penal de Yucatán estipula que la interrupción del embarazo es legal si obedece a *“causas económicas graves y justificadas y siempre que la mujer embarazada tenga ya al menos tres hijos”*.¹⁹

Cuando el aborto se da de manera imprudencial

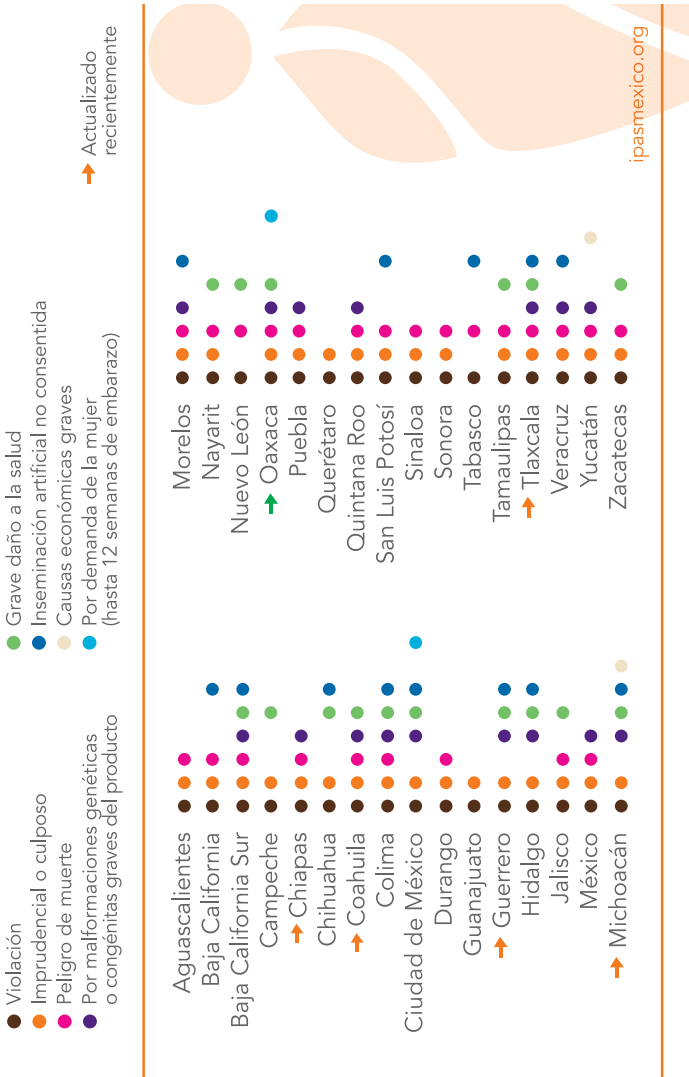
Esta causal está **vigente en 30 estados de la República mexicana**. El aborto imprudencial o culposo se presenta cuando la mujer realiza una acción o la omite lo cual tiene como consecuencia la interrupción del embarazo sin que la mujer tenga la intención de ese resultado. Al personal de salud le corresponde brindar servicios de atención postaborto a la mujer.

¹⁸ Periódico Oficial del Estado de Michoacán. Artículo 146, fracción I del Código Penal del Estado de Michoacán. (Morelia, 2016) Recuperado de <http://www.educacion.michoacan.gob.mx/wp-content/uploads/2016/08/CO%2%A6%C3%BCDIGO-PENAL-PARA-EL-ESTADO-DE-MICHOACA%2%A6%C3%BCN-DE-OCAMPO.pdf>

¹⁹ Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán. Artículo 393, fracción IV del Código Penal del Estado de Yucatán. (Mérida, 2018) Recuperado de <https://www.poderjudicialyucatan.gob.mx/digestum/marcoLegal/03/2012/DIGESTUM03002.pdf>

Causales legales por estado

Es responsabilidad del personal de salud orientar a la mujer sobre la existencia de centros de apoyo en los cuales puede tener acceso a servicios de atención, protección y defensa, así como informarla sobre el derecho que tiene a denunciar los hechos violentos.



Resumen de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005.

Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Criterios para la prevención y atención

"todas las disposiciones contenidas en la norma son de observancia obligatoria para las instituciones, así como para los prestadores de servicios de salud tanto de ámbitos públicos como privados..."

La **violencia familiar y sexual se considera un problema de salud pública** debido a sus altos niveles de prevalencia, así como a las consecuencias negativas psicológicas, físicas y emocionales que esta conlleva; lo cual representa un obstáculo para mantener una adecuada convivencia social y el ejercicio de los derechos humanos.

La **NOM 046** tiene como objetivo establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las usuarias y a los usuarios de los servicios de salud en general y, en particular, a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de estos casos.²⁰ Establece que todas las disposiciones contenidas en la norma son de observancia obligatoria para las instituciones, así como para los prestadores de servicios de salud tanto de ámbitos públicos como privados, que formen parte del sistema nacional de salud.

Se considera violencia contra las mujeres, cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público. La violencia sexual implica todo acto sexual forzado, la tentativa de consumir un acto sexual sin consentimiento de la víctima, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona por la coacción de alguien más, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

²⁰ Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005: Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. (Ciudad de México, 2009) Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016

Se entiende entonces que **el personal de los servicios de salud deberá proporcionar atención integral a la mujer**, lo cual incluye el manejo médico y psicológico de las consecuencias de la violencia familiar y sexual, así como los servicios de acompañamiento y consejería; lo cual contempla un análisis detallado del caso, para que el personal de salud pueda ofrecer información y apoyo a la mujer de acuerdo a su situación específica y así ella pueda tomar una decisión libre e informada.

El **personal de servicios de salud** tiene la obligación de proporcionar atención médica y consejería a las mujeres en situación de violencia, refiriéndolas a otras unidades médicas u organismos con más capacidad resolutoria, que logren dar continuidad al tratamiento, rehabilitación o seguridad de la mujer, así como que puedan brindarle apoyo psicológico y legal. De igual forma, se debe registrar tanto la entrevista como el examen físico de la mujer afectada en el expediente clínico, de forma clara, detallada y precisa. Debe incluir los datos personales como nombre, temporalidad de la violencia, estado físico y mental de la mujer y, de ser posible, los datos del presunto responsable. **Se recomienda que las instituciones cuenten con personal capacitado para brindar consejería**, para así facilitar el proceso de comunicación y análisis de la mujer, y así ella pueda tomar decisiones voluntarias, informadas y conscientes.

Tratamiento específico de la violación sexual

Los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata.

Cuando el embarazo es producto de una violación, las instituciones encargadas de prestar servicios de salud deberán otorgar la atención médica solicitada por la víctima. **Las mujeres deben solicitar el servicio de aborto por causal violación mediante escrito libre bajo protesta de decir verdad de que el embarazo es producto de violación. Las adolescentes mayores de 12 años pueden solicitar los servicios de aborto por causal violación de manera autónoma.**²¹ El personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo no está obligado a verificar el dicho de la solicitante, debe basarse en el principio de buena fe al que se hace referencia en la **Ley General de Víctimas en su artículo 5**.

Las víctimas deben recibir toda la información, objetiva y veraz, relacionada con los posibles riesgos y consecuencias de los procedimientos médicos a fin de que tomen decisiones de manera consciente e informada.

²¹ 6.4.2.7, Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005: Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016

Aviso al Ministerio Público

Las **instituciones de salud** que otorguen **atención médica a las víctimas** deberán dar aviso al **Ministerio Público** conforme al **formato de la NOM 046** (aviso no es sinónimo de denuncia).

Si se trata de una **víctima con discapacidad mental**, corresponde al responsable del establecimiento de salud dar aviso al Ministerio Público y no al médico tratante, el cual solo debe dejar una copia de la descripción de los hechos en el expediente clínico.

La provisión de los servicios de salud a las víctimas **no deberá ser condicionada** a la presentación del aviso al Ministerio Público.

Consejería y seguimiento

Es responsabilidad del personal de salud orientar a la mujer sobre la existencia de centros de apoyo en los cuales puede tener acceso a servicios de atención, protección y defensa, así como informarla sobre el derecho que tiene a denunciar los hechos violentos.

Resumen de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA-2015, para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad

Existe un marco jurídico especializado en materia de derechos de las personas menores de 18 años integrado por la **Convención sobre los Derechos del Niño**, la **Convención Americana sobre Derechos Humanos** y la **Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes** que establece la obligación del Estado mexicano de garantizar el derecho a la salud de las personas de este grupo de edad.

De acuerdo a dicho marco legal, el Estado mexicano debe considerar en su modo de actuar cuatro principios fundamentales para garantizarles a las personas menores de 18 años el goce de sus derechos humanos: **no discriminación, interés superior, reconocimiento de las capacidades evolutivas y el derecho a ser escuchado**. Todo esto, en función de sus intereses y necesidades.

| Objetivo y campo de aplicación

La **NOM 047** establece los criterios a seguir para proporcionar atención a la salud integral, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en este grupo de edad, siempre con perspectiva de género, pertenencia cultural y respeto a los derechos fundamentales. El cumplimiento de estas disposiciones es obligatorio en todo el territorio nacional y para todo el personal de salud de instituciones públicas, sociales y privadas del país.

La norma incluye regulación específica en materia de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y de prevención y atención a la violencia para el grupo etario.

“Se recomienda emprender acciones sobre los factores de género y crear condiciones de cambio que permitan avanzar en la consecución de la igualdad de género...”

La atención integral para la salud de las personas del grupo etario de 10 a 19 años debe llevarse a cabo con un enfoque en derechos humanos, de género e intercultural, que incluya acciones por parte de las instituciones del sector público y privado del **Sistema Nacional de Salud**, las cuales deberán brindar atención sin discriminación, con el fin de promover y proteger la salud, basándose también en la perspectiva de género. Esto quiere decir que deben tener mecanismos que permitan identificar, cuestionar y valorar la desigualdad y la exclusión, que en ocasiones se pretende justificar con base en diferencias biológicas. Se recomienda emprender acciones sobre los factores de género y crear condiciones de cambio que permitan avanzar en la consecución de la igualdad de género.

Los sitios de atención deben ser amigables, esto significa que la atención debe brindarse con calidad, considerando la edad, el desarrollo evolutivo, cognoscitivo y la madurez de la persona, para facilitar la toma de decisiones libre, responsable e informada en materia de salud sexual y reproductiva.

Objeción de conciencia

La **objeción de conciencia** del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento es aceptable en los servicios de interrupción del embarazo. No obstante, esta decisión es siempre personal, nunca institucional; por esta razón, la negativa del proveedor solo se puede ejercer en situaciones que puedan retrasarse y es inexpresable frente al peligro de muerte o cuando se trata de una emergencia médica, **como en los casos de violencia sexual**.²² En caso de que se haga en estas situaciones, puede incurrirse en responsabilidad profesional de tipo administrativa, civil y/o penal, dependiendo del resultado de la negación.

Es responsabilidad de las instituciones de salud **contar con médicos y enfermeras capacitados en los servicios de atención de aborto no objetores de conciencia**. Si en el momento de la solicitud del servicio este no puede brindarse adecuadamente, se deberá referir a la usuaria a una unidad de salud con capacidad resolutive, tanto por el personal como por la infraestructura de este.²³

El ejercicio de la objeción no debe derivar en ningún tipo de discriminación laboral.²⁴

Secreto profesional

El personal de salud puede decidir legalmente **proteger la intimidad de la mujer**, aun en casos de aborto inducido.



“... toda la información debe ser tratada y resguardada por las instituciones de salud como confidencial...”

Toda la información que las usuarias de los servicios de aborto proporcionan en el contexto de la provisión de los servicios relacionada

²² Artículo 10 BIS, Ley General de Salud. Recuperado de <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=yfVZCh0lzyksx2HBZO2TH966H6/8SZd562N+2A2evET2x0/JMjak02e2a/Juplak>.

²³ 6.4.2.8, Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005: Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016

²⁴ Artículo 10 BIS, Ley General de Salud. Recuperado de <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=yfVZCh0lzyksx2HBZO2TH966H6/8SZd562N+2A2evET2x0/JMjak02e2a/Juplak>.

con su identidad personal y con su estado de salud, así como las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se registran e incorpora en el expediente clínico debe ser tratada y resguardada por las instituciones de salud como **confidencial**. Esta información solo deberá estar disponible para el personal involucrado en la atención médica.²⁵

Asimismo, existe una obligación ética y legal de guardar el secreto profesional respecto de la información que el personal médico y psicológico obtiene en el ejercicio de su profesión la cual solo podrá ser de conocimiento público con autorización del titular de la información, en este caso la mujer que recibe los servicios de aborto.²⁶



Respecto al acompañamiento de madre, padre o tutor

En el caso de **menores de edad** la provisión de servicios de atención médica de urgencia, como el aborto por causal violación y los servicios de salud sexual y reproductiva a víctimas de violencia sexual, no puede ser condicionada a la presencia u autorización de padre, madre o tutor.

Ante la ausencia de responsables legales únicamente se incluirá una nota en el expediente clínico, la cual deberá ser rubricada por el responsable del servicio.²⁷

Durante la consejería en materia de salud sexual y reproductiva, las personas de 10 a 19 años podrán elegir estar acompañados de su madre, padre o tutor legal o manifestar recibir la información sin acompañamiento; de ser así, se notificará la elección en el expediente clínico, a través del formato contenido en el **Apéndice C de la NOM 047**.²⁸

²⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=5272787&fecha=15/10/2012&cod_diario=248792

²⁶ Artículo 362, Código Nacional de Procedimientos Penales. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5334903&fecha=05/03/2014

²⁷ Artículo 81, Reglamento de la Ley General de Salud para la Prestación de Servicios de Atención Médica. Recuperado de <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=Dj1h0FIB72MnMhaziBSSKxecYadWl7X5/c3En+fZTmdauBSJAYUbLqW22a1DKR0K> y 5.8.1 Norma Oficial Mexicana Nom-047-Ssa2-2015, Para La Atención A La Salud Del Grupo Etario De 10 A 19 Años De Edad. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015.

²⁸ 6.8.6., NOM-047-SSA2-2015: Para la atención a la salud en el Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015



Salud sexual y reproductiva y provisión de anticonceptivos

Se deben realizar acciones de información, comunicación, educación, prevención y promoción de la salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y SIDA, prevención y atención de la violencia, conforme a la edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez de la persona.

Los servicios de salud enfocados al grupo de edad de entre 10 a 19 años deberán tener una estructura flexible, ser amigables y garantizar la confidencialidad y la privacidad, así como el respeto a la dignidad, la inclusión y la no discriminación, considerando la edad, el desarrollo evolutivo, cognoscitivo y la madurez.

La **consejería** en cuanto a salud sexual y reproductiva se entiende como **el proceso de comunicación entre el personal de salud y la persona del grupo etario**. Esta comunicación que se brinda en las unidades de salud se caracteriza por ser un intercambio de información, análisis y deliberación con perspectiva de género y derechos humanos, en la que se toma en cuenta la edad, el desarrollo cognoscitivo y la madurez de la persona del grupo etario.

Las personas del grupo etario podrán solicitar, directamente al personal de salud, consejería en materia de planificación familiar, salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, prevención del embarazo no planeado y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS.²⁹

Los únicos métodos anticonceptivos que requieren la autorización de representante legal para su provisión (OTB) son los métodos permanentes que incluyen la Oclusión Tubaria Bilateral y la vasectomía.³⁰

En casos identificados de violencia sexual, se deberá ofrecer la prueba de detección de VIH, tratamiento profiláctico, antirretrovirales, así como la pastilla de anticoncepción de emergencia. Esta última deberá brindarse durante los primeros días posteriores a la relación sexual y hasta un periodo máximo de 120 horas. **El personal de salud deberá proceder conforme a lo establecido en la NOM 046.**

²⁹ NOM-047-SSA2-2015: Para la atención a la salud en el Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015

³⁰ NORMA Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4699269&fecha=30/05/1994&cod_diario=202530

Derechos sexuales y reproductivos para adolescentes

DERECHO	CONSTITUCIÓN POLÍTICA EUM	INSTRUMENTOS INTERNACIONALES	LEYES FEDERALES	NORMAS OFICIALES MEXICANAS
1. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad	Artículo 1º 4º 17º 24º	Convención de Belem do Pará: Art. 4º Convención de los Derechos del Niño: Art. 3º; 4º y 5º Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH): Art. XXII Programa de Acción (PdA) de la CIPD: Capítulo IV Par. 4.1; Capítulo VII 7.2 y 7.3 Plataforma de Acción (PdA) de la 4ª CMM: Objetivo estratégico C. Par. 95	Ley General de Salud (LGS); Capítulo V, art. 63; Título 9º, art. 167; 168; 170; 171; 268 Bis1 Reglamento de la Ley General de Población (LGP): Art. 13; 14; 18; 20; 24 Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA): Art. 3º y 4º Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPEDE): Art. 9º inciso VI	NOM-005-SSA2-1993: Numerales 1; 4.1.4 y 4.4
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente nuestra sexualidad	Artículo 1º y 4º	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC): Art. 12.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH): Art. 25 PdA de la CIPD: Capítulo VII. PdA de la 4ª CMM: Objetivo estratégico C. Par. 89, 94 y 96 Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo: Medida Prioritaria B. Apartado 12.	LGS: Art. 2º Reglamento de la LGP: Sección II Planificación Familiar, Art. 15 y 17	NOM-046-SSA2-2005: Numeral 4.3 NOM-005-SSA2-1993: Numeral 5.1.1
3. Derecho a manifestar públicamente nuestros afectos	Artículo 6º y 7º	Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José): Art. 13 DUDH: Art. 18 y 19 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: Art. 19.2	Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPEDE): Art. 9º	
4. Derecho a decidir libremente con quién o quienes relacionamos afectiva, erótica y socialmente	Artículo 4º y 6º	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP): Art. 23.3 Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW): Art. 6; 16.1 y 16.2 DUDH: Art. 16.1 PdA de la 4ª CMM: Par. 274 inciso E PdA de la CIPD: Par. 4.21; 7.2	LGS: Art. 2º Reglamento de la LGP: Sección II Planificación Familiar, Art. 15 y 17	NOM-046-SSA2-2005: Numeral 4.3 NOM-005-SSA2-1993: Numeral 5.1.1
5. Derecho a que se respete nuestra privacidad e intimidad	Artículo 6º 16º 24º	PIDCP: Art. 17 Pacto de San José: Art. 11.2 y 11.3 DUDH: Art. 12 DADDH: Art. V PdA de la 4ª CMM: Par. 93; 106, inciso F	LGS: Art. 74 Bis, inciso VIII; Art. 77 Bis 37, inciso III, VII y X; Art. 103 Bis 3 y 321 Bis LFPEDE: Art. 73, inciso I y II LGP: Art. 113 Reglamento de la LGP: Art. 83; 84 y 85 Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTIAIPG): Art. 13, 18, 19, 20, 21 y 22. Código Federal de Procedimientos Penales (CFFP): Art. 278 Bis; 243 y 243 Bis	NOM-004-SSA3-2012: Numerales 1; 2; 5.3; 5.4; 5.5 y 5.1 NOM-010-SSA2-1993: Numerales 6.3; 6.4; 6.7
6. Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual	Artículo 1º 4º 16 17 21	PIDCP: Art. 6.1; 7; 9; 17.1 y 20.1 PIDESC: Art. 3º y 4º CEDAW: Art. 6º Convención sobre los Derechos del Niño: Art. 19.1 Pacto de San José: Art. 4º; 5º y 11º Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Completo)	Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV): completa LGS: Art. 171 LGDNNA: Art. 46; 47; 48; 49 y 50 Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGMH): Art. 39, inciso III y 42, inciso I Ley del Instituto Nacional de las Mujeres: Art. 4º Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia: Art. 1º Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura: Art. 1º Ley General de Víctimas (LGV): Art. 1º; 33 y 34 Reglamento de la LGS: Capítulo IX Bis, art. 215 Bis 2, Bis 3 y Bis 4 Reglamento de la LGP: Art. 24	NOM-046-SSA2-2005: Numeral 4.3; 6.4.2.7

7. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva	Artículo 4º	CEDAW: Art. 14.2, inciso B; Art. 16.1, inciso E PdA de la CIPD: Capítulo VII, par. 4.1; 7.2; 7.3 PdA de la 4ª CMM: par. 95	LGDNNA: Art. 50, inciso XIV; Art. 103 LGS: Art. 3º; 67 y 68 LFPED: Art. 9, inciso VI Reglamento de la LGP: Art. 14; 15; 16; 17; 18; 20 y 24	NOM-005-SSA2-1993- Numerales 4.4.1.5; 5.1.1; 5.3.1.1 y 5.7.4
8. Derecho a la igualdad, a vivir libres de prejuicios y estereotipos de género	Artículo 1º 4º	Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos: Art. 3, 26 Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Art. 2.2, 3 CEDAW: Art. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 10º y 15.1 DUDH: Art. 2º, 7º Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre: Art. 2º PdA de la CIPD: Princ. 1, 4, 4.4, 4.20	LGIMH: Art. 1º, 3º, 4º, 5º, 6º, 26, 41, 42 LGDNNA: Art. 4º, 17, 36, 37, 38, 53, 57, 61, 116 Ley General de Educación: Art. 32, 33 LFPED: Art. 1º, 2º, 5º, 9º, 15 Bis, 15 Reglamento de la LGP: Art. 24, 25	
9. Derecho a vivir libres de discriminación	Artículo 1º y 4º	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: Art. 24 Convención sobre los Derechos del Niño DUDH: Art. 2º Consenso de Montevideo: Art. 7º	LFPED: Art. 1º, III LGDNNA: Art. 4º, 6º, 13, 39, 40, 41, 42, 50, 57, 67, 80, 85, 116	
10. Derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad	Artículo 4º 6º 24	PIDCP: Art. 19.2 CEDAW: Art. 10, 14.2, 16.1 Pacto de San José: Art. 13.1 Protocolo de San Salvador: Art. 10.2 DUDH: Art. 19 DADDH: Art. 4º PdA de la CIPD: Princ. 6.15, 7.2, 7.3, 7.6, 8.25 PDA de la 4ª CMM: Princ. 93, 106 h), m)	LGDNNA: Art. 11, 28, 43 LFPED: Art. 2º, 9º, VI LGS: Art. 68.I, 68.III, 77 bis 37 Reglamento de la LGP: Art. 14, 15, 16, 18, 19, 20, 23	NOM-005-SSA2-1993- Numerales 4.1.1; 4.1.2, 4.2; 4.3; 4.4.1.1; 4.4.1.2, 4.4.1.3 NOM-010-SSA2-1993- Numerales 5.1; 5.3; 5.3.1; 5.3.2; 5.3.3; 5.3.4; 5.3.5; 5.3.6; 5.3.7
11. Derecho a la educación integral en sexualidad	Artículo 4º 24	Convención de los Derechos del Niño: Art. 24, 28, 29, 30 Pacto de San José: Art. XII PdA de la CIPD: Cap E p35 b) PdA de la 4ª CMM: 30; 3.1, 3.6, Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo: 11	LGS: Art. 69, 71, 93, 112, 113 Ley General de Educación: Art. 5º, 7º, 8º LGIMH: Art. 35, 36 LGP: Art. 3º LGDNNA: Art. 21, 32, 50, 57, 58	NOM-010-SSA2-1993- Numerales: 5.2; 5.5; 5.5.1; 5.5.2; 5.5.3; 5.5.4; 5.5.5; 5.5.6; 5.5.7
12. Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva	Artículo 4º	CEDAW: 25c. PdA de la 4ª CMM: 92, 94, 95, 96, 106, 108, 223, 281 Beijing +5: 72 a), b), d), 79 a), f), h) PdA de la CIPD: Principio 8 Cairo+5: 5.2, 5.6, 70, 73. Declaración de Compromisos en la lucha contra el SIDA: 53, 60. Consenso de Montevideo: Medida Prioritaria B par. 12	LGDNNA: Art. 50 LGP: Art. 3º LGS: Art. 2º, 3º, 23, 51, 51 BIS, 67, 68, 134, 170 Reglamento de la LGP: Art. 15, 16, 17, 20	NOM-005-SSA2-1993- Numerales: 4.3; 4.4.1.1; 4.4.1.2; 5.3.1.1 NOM-039-SSA2- Numerales: 64
13. Derecho a la identidad sexual	Artículo 1º	PIDCP: Art. 2º, 16, 26 PIDESC: Art. 2º Pacto de San José: Art. 1º, 3º, 23.1, 23.2, 24 DUDH: Art. 1º; 2º; 6º Declaración sobre Orientación Sexual e Identidad de Género de las Naciones Unidas: Art. 3º Declaración del Foro Global de Juventud de Bali para la Revisión de la CIPD (Declaración de Bali): 5.2	LGDNNA: Art. 50 LGP: Art. 3º LGS: Art. 2º, 3º, 23, 51, 51 BIS, 67, 68, 134, 170 Reglamento de la LGP: Art. 15, 16, 17, 20 LFPED: Art. 1º, 2º, 4º, 6º, 7º, 9º	
14. Derecho a la participación en las políticas sobre sexualidad y reproducción	Artículo 6º 8º 9º	Pacto de San José: Art. 22 Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo: Medida Prioritaria B para. 8 PdA de la 4ª CMM: 13, 19 Declaración de Bali: 5.2	LGP: Art. 3º	

Algunas disposiciones generales encontradas en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico

El expediente clínico se define como el **conjunto único de información y datos personales de un paciente**, el cual se integra dentro de cualquier tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado. El personal de salud es responsable de hacer los registros, las anotaciones y, en caso de ser necesario, otorgar las constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica proporcionada.

Los expedientes clínicos **son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera**. El paciente tiene los derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros mediante la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de personal médico debidamente autorizado por el paciente.

Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; deberán expresarse en **lenguaje técnico-médico**, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado. En el caso de la historia clínica, los datos mínimos que se deben de incluir en el interrogatorio son los siguientes:

Ficha de identificación (nombre, sexo, edad y domicilio del paciente o la paciente); en caso de ser necesario, grupo étnico; antecedentes heredofamiliares; antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia al tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas) y no patológicos; padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales); interrogatorio acerca de los aparatos y sistemas de su cuerpo; resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, de gabinete y otros diagnósticos o problemas clínicos; pronóstico e indicación terapéutica; nota de evolución, diagnósticos o problemas clínicos; tratamiento e indicaciones médicas; en el caso del uso de medicamentos, señalar como mínimo la dosis, la vía de administración y la periodicidad, así como también la nota de interconsulta.

En el caso de la nota médica en urgencias, se debe incluir lo siguiente:

Fecha y hora en que se otorga el servicio, signos vitales, motivo de la atención, resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental. Y en caso de ser necesario, resultados relevantes de los estudios realizados como servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento solicitados previamente; diagnósticos o problemas clínicos; tratamiento y pronóstico, nota de evolución, así como la nota de referencia/traslado.

Para la nota preoperatoria se debe incluir:

Fecha de la cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados, plan terapéutico preoperatorio, pronóstico, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico posoperatorio, nota de egreso, fecha de ingreso/egreso, motivo del egreso, diagnósticos finales, resumen de la evolución y el estado actual de salud.

En el expediente se deben incluir otros documentos como la carta de consentimiento informado, entendida como el proceso continuo y gradual que se da entre el paciente y el personal de salud. Todo esto se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o por el familiar más cercano en vínculo, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, de rehabilitación, paliativos o de investigación, una vez que se recibe información de los riesgos y beneficios esperados.

El consentimiento informado debe incluir:

Lugar y fecha en que se emite, acto autorizado, nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite; en caso contrario, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal; nombre completo y firma del personal médico que proporciona la información, nombre completo y firma de dos testigos.

Elementos clave
para la atención a
MUJERES
en situación
de aborto

México, 2019.

Bloque 2. Marco Social

Elementos clave
para la atención a
MUJERES
en situación
de aborto

México, 2019.

Estigma relacionado con el aborto

El **estigma** relacionado con el aborto se refiere al **proceso social a través del cual las personas colocan atributos o connotaciones negativas a todo lo relacionado con el tema del aborto**: al procedimiento como tal, a la persona que lo vive, a quien lo lleva a cabo, a quien acompaña el procedimiento o a quien lo avala. Cualquier persona involucrada en el proceso de aborto puede ser etiquetada o devaluada.

Existen **dos creencias sociales principales que el aborto desafía** y por las cuales está muy estigmatizado.

Primera creencia

La **primera creencia** es que las mujeres, antes que nada, deben de ser madres y, por tanto, se tiene la idea de que una mujer que interrumpe el embarazo va en contra de “*su naturaleza*”. Esta creencia sobre las mujeres y su naturaleza procreadora está relacionada con el sistema patriarcal, en el cual se piensa que la mujer es la encargada del proceso de reproducción de la familia y del hogar, y que debe permanecer sometida a la voluntad de su pareja.

Segunda creencia

La **segunda creencia** tiene que ver con cuestiones filosóficas, éticas y de derechos humanos, pues consideran al feto como un ser humano con derechos, que siente y piensa, y que debe ser reconocido como una persona; por tanto, desde esa idea, interrumpir el embarazo se entiende como sinónimo de cometer homicidio.

Para quienes comparten esta creencia, los derechos de las mujeres se contraponen con los “*derechos del embrión*”, lo que provoca una situación de desprotección para las mujeres. Es importante mencionar que las legislaciones que contemplan la interrupción del embarazo como legal consideran que, si bien la vida en gestación merece la protección de la ley, en etapas tempranas del embarazo, el Estado está obligado a garantizar servicios de salud que permitan a las mujeres decidir sobre la continuación o no del embarazo en un ámbito de certidumbre y libertad y con acceso a servicios de salud seguros, incluyendo los de aborto cuando la mujer lo decida.

El estigma que viven los profesionales de la salud en la prestación de servicios de aborto

Existen varios estudios³¹ que han mostrado cómo **las personas que trabajan en servicios de aborto también se enfrentan a estigmas**. El aborto ha sido relacionado con el “*trabajo sucio*”; es decir, con una actividad que es necesaria en la sociedad, pero que nadie quiere hacer.

El personal de salud sufre el **estigma social** relacionado con el aborto por parte de diferentes grupos; por ejemplo, colegas que laboran en otros servicios de salud, familiares y grupos conservadores. Además, pese a que son proveedores de servicios de aborto, también tienen actitudes y comportamientos que estigmatizan a las mujeres que atienden.

El estigma que viven las mujeres por parte de los profesionales de la salud

El estigma **se agudiza en contextos donde existen mayores restricciones legales para la provisión del aborto**, y es frecuente que los profesionales de la salud proporcionen el servicio bajo amenazas o denigrando a las mujeres que lo solicitan. Es común que, dentro del servicio de salud, se asuma que la mujer hizo algo previamente para interrumpir el embarazo de forma premeditada, lo cual intensifica las actitudes de estigma y discriminación hacia las mujeres. Sin embargo, el estigma hacia el aborto tiene consecuencias graves para la salud de las mujeres, pues se convierte en un factor importante para que las mujeres retrasen la búsqueda del servicio en situaciones de urgencia, poniendo en peligro su salud y su vida.

La **penalización** y la **sobrerregulación** del aborto es la barrera estructural más evidente a la que se enfrenta el equipo médico y la mujer cuando busca servicios de atención para la interrupción del embarazo.

El estigma hacia el aborto se traduce en **barreras estructurales que no permiten que las mujeres accedan a este servicio**, ya sea por las restricciones en la ley; por la ausencia de servicios de calidad; por la falta de personal calificado o por la falta de información sobre dónde y cómo acceder al servicio. Por ello es necesario adoptar estrategias para mitigar los efectos del estigma hacia el aborto.³²

³¹ Harris, L., & Martin, L., et. al. "Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox". *Contraception* 87, 2013, pp. 11–16; Harris, L., & Debbink, M., et. al. Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the providers share workshop. *Soc Sci Med* 2011;73:1062-70; O'Donnell, J., & Weitz, T., et. al. Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Soc Sci Med*, 2011;73:1357-64.

³² Ipas México. *Estigma*. (Ciudad de México: Ipas México, 2017) Recuperado de <https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2017/12/revistaEstigma-junio7.pdf>

Consejería para mujeres en situación de aborto

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

En ocasiones, la consejería suele confundirse con la necesidad de dar consejos; sin embargo, su función consiste en **acercar la información para que la usuaria pueda tomar decisiones libres e informadas y así ejercer sus derechos humanos**, sin que se sienta presionada o juzgada.³³

La consejería debe incluir un **proceso de análisis y comunicación personal**, entre los prestadores de servicios y las usuarias potenciales y activas, mediante el cual se brinden elementos para que las mujeres puedan tomar **decisiones voluntarias, conscientes e informadas** acerca de su vida sexual y reproductiva. Así como también para que puedan seleccionar el método anticonceptivo más adecuado según sus necesidades individuales y así asegurar que se haga un uso correcto y satisfactorio de este.

Técnicas de consejería



Escucha activa

Involucra la **comunicación no verbal**; es decir, una actitud y comportamiento empático.



Parafrasear

Consiste en **repetir con otras palabras lo que la usuaria ha informado acerca de sus emociones y temores**. El profesional de la salud deberá mostrarle a la mujer que la escucha y la comprende.



Formular preguntas significativas

Realizar **preguntas que permitan recabar información importante** y estimular a las usuarias a hablar sobre su situación en contextos específicos.

³³ Ipas México. Acompañamiento y consejería a mujeres en situación de aborto: Manual para fortalecer los servicios públicos de salud. (Ciudad de México: Ipas México, 2017) Recuperado de https://www.ipasmexico.org/biblioteca/aborto_mortalidad_materna/Manual-de-Consejer%C3%ADa-a-mujeres-en-situacion-de-aborto-2017.pdf



Identificar sentimientos

Al observar y escuchar a la mujer, la persona encargada de brindar el servicio de consejería podrá **identificar cuáles son los sentimientos y la situación que experimenta la mujer**; por ende, deberá mostrar empatía, comprensión y ayudar en la contención en caso de crisis.



Dar validez a la usuaria

Implica **creer en ella** y evitar la influencia de los prejuicios en la consejería.



Brindar información útil, veraz y objetiva

Proporcionar **información adecuada** a la usuaria permitirá que tome una decisión completamente libre, responsable e informada.



Resumir y consensuar planes

El plan de acción sobre la evacuación endouterina y la selección de un método anticonceptivo deberá estar enfocado en la **implementación de la decisión tomada por la usuaria**. El personal de salud deberá tomar el papel de mediador y expresar fielmente la decisión de la mujer.

Imprecisiones comunes del lenguaje

Para proporcionar consejería es necesario **utilizar un lenguaje adecuado**, así como **expresiones apropiadas** para **fomentar confianza** entre el profesional de la salud y la usuaria, sin realizar juicios de valor.



IMPRESIONES COMUNES DEL LENGUAJE

LENGUAJE CORRECTO

- Persona agredida, mujer en situación de violencia, usuaria de los servicios de salud. ✓
- Mujer en situación de aborto, usuaria de los servicios de aborto seguro. ✓
- Mujer, nombre propio de la persona. ✓

LENGUAJE INCORRECTO

- La violada, la golpeada, la enfermita. ✗
- La del aborto, la abortadora, la del abortito. ✗
- Madre, madrecita, mamita, pacientita, mujercita. ✗
- Chiquita, nena, pequeña, mi'ja, niña, (aplicados a mayores de edad). ✗

→ MANUAL PARA FORTALECER LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

ipas INSTITUTO PANATECO DE DEFENSA JURÍDICA



"... brindar información a la usuaria, la cual le permita seleccionar un método de evacuación endouterina y un método anticonceptivo..."

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

La persona que realiza la consejería requiere tener conocimientos teóricos y prácticos acerca de los procedimientos de evacuación endouterina; de temas de salud sexual y reproductiva; de técnicas de consejería y entrevistas guiadas; así como contar con conocimiento sobre métodos anticonceptivos, ventajas, desventajas, efectos secundarios y costos. Asimismo, deberá tener aptitudes que le faciliten su desempeño; por ejemplo, empatía, respeto, tolerancia, escucha activa, lenguaje corporal adecuado; es decir, evitar gestos, sentarse correctamente, mirar a la usuaria a los ojos, etcétera. De tal manera que la consejería en salud sexual y reproductiva sea un **proceso organizado**, que permita, a través del intercambio de información entre el prestador de servicios y la usuaria, que las mujeres puedan hacer un análisis para tomar la mejor decisión de acuerdo con sus necesidades.³⁴

Al ofrecer consejería a la mujer, recuerda siempre **asegurar la confidencialidad**, mantener el contacto cara a cara y la objetividad; es decir, separar las creencias, ideologías y experiencias personales de la labor profesional; conocer los procedimientos a realizar y explicarlos procurando la precisión en el lenguaje para evitar incongruencias y discriminación.

³⁴ Jiménez, A., & Pérez, I., et. al., La visión de la consejería en el embarazo adolescente. (Ciudad de México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia-UNAM, 2018)

Elementos clave
para la atención a
MUJERES
en situación
de aborto

México, 2019.

Bloque 3.
Marco Clínico

Elementos clave
para la atención a
MUJERES
en situación
de aborto

México, 2019.

Prevención de infecciones

La mayoría de los trabajadores de salud conoce bien las técnicas de prevención de infecciones. Es responsabilidad de cada prestador de salud **tomar las medidas correctas y sistemáticas** para impedir la propagación de infecciones, como asegurar la higiene y aplicar las técnicas y medidas para la prevención de infecciones.

Este es un breve repaso sobre la aplicación de los principios y las medidas estándar para prevenir infecciones en los lugares donde se prestan servicios de aborto.

Lavado de manos

Las manos son la vía más común de transmisión de infecciones. El lavado de manos es uno de los elementos más esenciales que se debe llevar a cabo; no obstante, es el que menos se practica para prevenir infecciones en los servicios de salud. El lavado de manos debe hacerse de manera rutinaria antes y después de entrar en contacto con cada usuaria, cuando se realiza un procedimiento, después de tener contacto con el entorno y después del contacto con fluidos o con objetos potencialmente contaminados, incluso si se usan guantes.

Uso de barreras de protección personal

Los prestadores de salud deben usar barreras de protección personal como **guantes, batas, lentes, cubrebocas** o **protectores** para así disminuir el riesgo de infección al limitar las posibilidades de entrar en contacto con los microorganismos.

Manejo y eliminación de objetos punzocortantes

Los **objetos punzocortantes** representan un **riesgo especial de infección para el personal de salud**, ya que pueden perforar la piel e introducir patógenos directamente al torrente sanguíneo. Dichas perforaciones ocurren más a menudo cuando se vuelve a tapar la aguja, cuando se limpia o se desecha la aguja indebidamente.

Preparación antiséptica

La **infección post procedimiento de aspiración manual** puede ser ocasionada por la introducción de la flora vaginal habitual de la mujer en el útero. Por tanto, antes de introducir un instrumento es sumamente importante eliminar los microorganismos que normalmente viven en la vagina y el cuello uterino con soluciones antisépticas.

Técnica de no tocar

Con la finalidad de evitar la introducción de patógenos, es imprescindible **usar la técnica de “no tocar”** durante los procedimientos quirúrgicos y durante la manipulación de los instrumentos estériles, como las agujas hipodérmicas y las cánulas, es decir, **ningún instrumento que se introduzca en el útero de la mujer debe entrar en contacto con superficies contaminadas** antes de su inserción a través del cuello uterino.

Las puntas de la pinza, la cánula o el dilatador **no deben tocar** los guantes del prestador de servicio, ni las paredes vaginales de la mujer, ni las zonas no estériles del área donde se coloca el instrumental.

Uso del instrumental debidamente procesado

Los microorganismos pueden permanecer vivos en los instrumentos y los materiales usados durante los procedimientos de aborto. **Se debe garantizar que se eliminen los microorganismos de los instrumentos, equipos y materiales contaminados** a través de un adecuado procesamiento para así evitar infectar a otras mujeres. (*Lea el apartado “Procesamiento del equipo de AMEU”, p. 41*).

Limpieza del medio ambiente

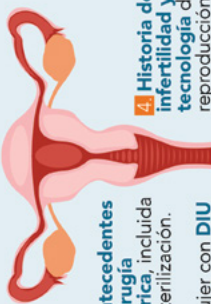
Debido a que los trabajadores de salud pueden propagar infecciones al tocar las superficies clínicas y a las pacientes, **es importante que todo el entorno clínico se mantenga limpio y seco**, incluido el instrumental y el equipo.³⁵

³⁵ Ipas. La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia. (Carolina del Norte: Ipas, 2014) Recuperado de <https://ipas.azureedge.net/files/ACREFS14-LaAtencion%CC%81nIntegralDelAbortoCentradaEnLaMujer.pdf>

Confirmación del embarazo y diagnóstico diferencial

DESCARTAR UNA IMPLANTACIÓN ECTÓPICA

Mediante el uso del ultrasonido, descartar la posibilidad de embarazo ectópico (EE) en mujeres con factores de riesgo como:



1. Antecedentes de cirugía tubárica, incluida la esterilización.

2. Mujer con DIU colocado.

4. Historia de infertilidad y tecnología de reproducción asistida.

5. Historia de infecciones genitales o pélvicas, múltiples parejas, inicio temprano de la vida sexual.

6. Fumar.



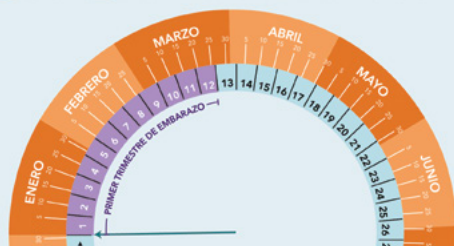
DETERMINAR DE LA EDAD GESTACIONAL

■ Corroborar el embarazo

■ El profesional de la salud deberá calcular la edad gestacional para determinar el método ideal en cada caso.

■ El profesional de la salud debe usar el ultrasonido cuando existan dudas sobre el cálculo de la edad gestacional o implantación ectópica.

■ La edad gestacional se calcula a partir de la última fecha de menstruación.



→ MANUAL PARA FORTALECER LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

| Examen pélvico

El **examen pélvico** es un paso rutinario antes de todo procedimiento intrauterino recomendado por la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014)**. Este examen proporciona información sobre la comodidad de la usuaria, el estado del embarazo, la edad gestacional, la presencia de alguna infección, anomalías anatómicas y la posición uterina; **todo esto influye en el manejo de los procedimientos intrauterinos**. Se puede realizar un ultrasonido, pero este no sustituye la realización del examen bimanual antes de un procedimiento intrauterino.

| Métodos de evacuación endouterina recomendados para el aborto seguro

Tanto la **aspiración por vacío** como el **aborto con medicamentos** están recomendados por la **OMS** y la **Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia**. Para la interrupción del embarazo y la atención postaborto se prefieren la **Evacuación Endouterina (EEU)** en lugar del **Legrado Uterino Instrumental (LUI)**, pues este último ya no es un procedimiento recomendado por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**.

| Aborto con medicamentos

Uso de medicamentos para el tratamiento del aborto inducido. Interrupción legal del embarazo por causales (ILE)

Para el aborto con medicamentos **durante las primeras 12 semanas de gestación**, la **OMS** recomienda el **régimen combinando de mifepristona y misoprostol**, ya que esta combinación es más eficaz que el régimen de misoprostol solo (96% contra 85% respectivamente). Cuando no se dispone de mifepristona, se puede utilizar el régimen de misoprostol solo.

Buscar material desprendible, Protocolos para el Aborto con Medicamentos en el anexo.

Aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol combinados

Antes de las 10 semanas de gestación

✓ Eficacia: 97%

[70 días desde la Fecha de la Última Menstruación (FUM)]:

- 200 mg de mifepristona por vía oral.
- 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal, entre 1 y 2 días después de la mifepristona.

De 10 a 13 semanas de gestación:

✓ Eficacia: 96%

- 200 mg de mifepristona por vía oral.
- 800 mcg de misoprostol por vía vaginal entre 1 y 2 días después de la mifepristona o 600 mcg de misoprostol por vía sublingual, y luego misoprostol 400 mcg por vía sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión.

Como alternativa, se puede utilizar 200 mg de mifepristona por vía oral seguida 1 o 2 días después de 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal; se puede repetir la dosis de misoprostol para finalizar el aborto.

De 13 semanas o más de gestación (13-24 semanas):

✓ Eficacia: 95% en 48 horas

- 200 mg de mifepristona por vía oral.
- 400 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal, 1 y 2 días después de la mifepristona, luego cada 3 horas hasta la expulsión fetal y placentaria.

Si la mujer está estable y es conveniente para ella hacerlo, los proveedores deben permitirle al menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que la placenta sea expulsada.

Aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo

Antes de 13 semanas de gestación:

✓ Eficacia: 85%

- 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal, cada 3 horas hasta la expulsión.

A las 13 semanas o más de gestación (de 13 a 24 semanas):

✓ Eficacia: **64% en 24 horas**

- 400 mcg de misoprostol por vía vaginal o sublingual, cada 3 horas hasta la expulsión fetal y placentaria. La vía vaginal es más eficaz que la sublingual para las mujeres nulíparas.

Si la mujer está estable, y es conveniente para ella hacerlo, los proveedores deben permitirle al menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que la placenta sea expulsada.

Uso de medicamentos para el tratamiento del aborto incompleto, aborto diferido o muerte fetal intrauterina. Atención postaborto (APA)

Tamaño uterino menor de 13 semanas:

Aborto incompleto:

✓ Eficacia: **del 80% al 99%**

- Una dosis única de 600 mcg de misoprostol por vía oral o una dosis única de 400 mcg por vía sublingual o por vía vaginal (en ausencia de sangrado vaginal).

Aborto diferido:

✓ Eficacia: **del 88% al 92%**

- 600 mcg de misoprostol por vía sublingual u 800 mcg por vía vaginal (en ausencia de sangrado) cada 3 horas hasta la expulsión (generalmente 1-3 dosis).

Cuando está disponible, añadir pretratamiento con mifepristona 200 mg vía oral, 1-2 días antes del misoprostol.

Tamaño uterino mayor de 13 semanas:

- Misoprostol en una dosis de por lo menos 200 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal, cada 6 horas hasta la expulsión.
- El tratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral, 1 o 2 días antes del misoprostol podría reducir el intervalo desde la inducción hasta la expulsión.

Aborto incompleto:

✓ Eficacia: **78% al 100% en 48 horas**

- Misoprostol 400 mcg vía bucal, sublingual o vaginal (en ausencia de sangrado vaginal) cada tres horas hasta la expulsión.

Muerte fetal intrauterina (hasta 24 semanas):

- Misoprostol 400 mcg por vía sublingual o vaginal (en ausencia de sangrado vaginal) cada 4-6 horas hasta la expulsión.

Cuando esté disponible, añadir pretratamiento con mifepristona 200 mg por vía oral 1-2 días antes del misoprostol.

Manejo del dolor durante el aborto con medicamentos

A todas las mujeres que reciben servicios de aborto con medicamentos se les debe ofrecer medicamentos para el dolor.

A las 13 semanas o menos de gestación:

- Se recomienda el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como ibuprofeno, ya que ofrecen un alivio similar tanto si se toman de manera profiláctica, como si se consumen cuando empiezan los cólicos.
- También se pueden usar analgésicos, narcóticos y tomar medidas no farmacológicas para el manejo del dolor que proporcionen confort a la mujer, por ejemplo, la almohadilla caliente. Es necesario dar información sobre el dolor y el sangrado que pueden ocurrir.
- El paracetamol o acetaminofén NO se recomiendan, a menos de que la mujer presente alergia o contraindicación a los AINE.

A las 13 semanas o más de gestación:

- Los **medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE)** son recomendados para todas las pacientes y se debe iniciar con el misoprostol.
- Es posible usar analgésicos, narcóticos y ansiolíticos, además de **AINE**. De preferencia se debe iniciar con el tratamiento al mismo tiempo que se utiliza el misoprostol. De ser necesario y si esta disponible, se puede ofrecer anestesia regional y anestesia controlada a la paciente.

Efectos esperados del uso de misoprostol

- ➔ **Sangrado**, el cual normalmente inicia el mismo día en que se toma el medicamento. El sangrado es de leve a moderado y puede continuar con sangrado mayor al de una menstruación.
- ➔ **Dolor o cólicos** que inician dentro de las primeras horas posteriores a la toma del medicamento, pueden aliviarse con **AINES**.
- ➔ **Síntomas gastrointestinales**, como diarrea, náusea y vómito, se pueden presentar, pero son transitorios.
- ➔ **Fiebre y escalofríos** pueden presentarse, pero no se mantienen por más de 24 horas.

Eficacia y seguridad

La **tasa de eficacia** (aborto completo) del régimen de mifepristona seguida de misoprostol para inducir el aborto con medicamentos **hasta las 10 semanas de gestación** es **superior al 95%**; mientras que las tasas de continuación del embarazo son menores al 2% y las de complicaciones de menos del 1%.³⁶ Entre las 10 y 13 semanas de gestación, se estiman las mismas tasas de eficacia y de continuación del embarazo, solo existe un incremento en la tasa de complicaciones, pero no es significativo (de 1 a 3%). En el caso del régimen de **misoprostol solo**, se reporta una **tasa de eficacia de 85%**, una tasa de continuación del embarazo de 3 al 10% y una tasa de complicaciones del 1 al 4% hasta las 13 semanas.

| Confirmación del aborto y seguimiento

Se han examinado múltiples estrategias para confirmar un aborto con medicamentos completo y para identificar la rara continuación del embarazo cuando se utiliza el régimen combinado de mifepristona y misoprostol; con base en esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que no es necesario el seguimiento de rutina después del aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol.³⁷

En el caso de utilizar el régimen de misoprostol solo, se recomienda asistir a una consulta de seguimiento con un profesional de la salud, el cual ayude a confirmar que la mujer tuvo una interrupción del embarazo completa, a partir de la evaluación de la historia clínica de la paciente y al realizar un examen bimanual, si está indicado.

Cuando se tiene disponible, se puede realizar un ultrasonido para confirmar un aborto completo. Sin embargo, esto puede aumentar el costo y la complejidad del procedimiento del aborto con medicamentos; sobre todo cuando los prestadores de servicios de salud no tienen experiencia en el manejo de estudios de imagenología. Por tanto, el ultrasonido no se considera un proceso obligatorio en la consulta de seguimiento,³⁸ sólo es útil cuando hay duda en cuanto a la continuación del embarazo.

| Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

Así como el **aborto con medicamentos**, la **aspiración por vacío** se considera un **procedimiento de primera elección**, está recomendado por la **OMS** y la **Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)**, para evacuar el contenido del útero **antes de las 13 semanas de gestación**. Cabe mencionar que se ha documentado que profesionales con mayor experiencia realizan la evacuación **hasta las 14 semanas de gestación**. Se recomienda que ambos procedimientos **sustituyan el Legrado Uterino Instrumentado (LUI)**. La **Evacuación Endouterina (EEU)** con aspiración por vacío tiene **éxito en el 98%** de los casos y reduce significativamente el riesgo de complicaciones, la pérdida de sangre y el dolor asociado con el legrado. Dentro de las opciones disponibles están la **Aspiración Manual Endouterina (AMEU)** o la **aspiración por vacío con bomba de succión eléctrica**.

³⁶ Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. (Carolina del Norte: Ipas, 2018) Recuperado de <https://www.ipas.org/actualizaciones-clinicas/>

³⁷ Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. (Ginebra: OMS, 2014) Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=8E5A067EA9F28CD084BA4B713ECEB1FB?sequence=1

³⁸ Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. (Carolina del Norte: Ipas, 2018) Recuperado de <https://www.ipas.org/actualizaciones-clinicas/>

Profilaxis antibiótica

Existe **evidencia objetiva** que demuestra que las **tasas de infección postaborto** después de un procedimiento de aspiración por vacío efectuado antes de las 13 semanas de gestación varían entre **0.01 y 2.44%**. Aunque el riesgo de una infección postoperatoria es bajo, se recomienda la administración de antibióticos profilácticos a todas las mujeres a quienes se les efectúa el procedimiento de aspiración endouterina. Sin embargo, la falta de antibióticos no debe constituir una barrera para la prestación de servicios de aborto.

Es necesario **administrar la dosis de antibióticos indicada** para el tratamiento a las personas que presentan signos o síntomas de infección de transmisión sexual; también las parejas de personas con infección de transmisión sexual requieren tratamiento. No obstante, el tratamiento no debe retrasar la evacuación endouterina.

Régimen recomendado de antibióticos³⁹

Regímenes comunes

200 mg de doxiciclina por vía oral antes del procedimiento.

500 mg de azitromicina por vía oral antes del procedimiento.

500 mg de metronidazol por vía oral antes del procedimiento.

Preparación cervical



Se recomienda la preparación del cérvix después de las primeras 12 a 14 semanas de gestación. Antes de 12 a 14 semanas de gestación, se podría considerar la preparación del cérvix, pero no se debe realizar como procedimiento de rutina.

³⁹ Planned Parenthood Federation of America, Inc. 2015-2016 Annual Report: Planned Parenthood 100 years. (New York: PPFA, 2016). Recuperado de https://www.plannedparenthood.org/uploads/filer_public/18/40/1840b04b-55d3-4c00-959d-11817023ffc8/20170526_annualreport_p02_singles.pdf.

Los métodos recomendados para la preparación cervical son:

400 mcg de misoprostol por vía vaginal o bucal,
3 horas antes del procedimiento.

Dilatadores osmóticos colocados en el cérvix,
de 6 a 24 horas antes del procedimiento.

200 mg de mifepristona por vía oral,
1 o 2 días antes del procedimiento.

Manejo del dolor con bloqueo paracervical en la AMEU

Igual que con el aborto con medicamentos, a todas las mujeres que estén en el **proceso de aspiración por vacío** deben ofrecerles **medicamentos para manejar el dolor**. Se recomienda el uso de **antiinflamatorios no esteroideos (AINES)** de 30 a 45 minutos antes de iniciar el procedimiento, además de la colocación de bloqueo paracervical. También las medidas de acompañamiento durante el procedimiento reducen de forma importante el dolor y las crisis de ansiedad que puede experimentar la mujer. Si se cuenta con diferentes opciones se pueden llevar a cabo otras medidas para el manejo del dolor no farmacológico; por ejemplo, apoyo físico y verbal, un ambiente tranquilo, aromaterapia, acupuntura, musicoterapia, etcétera.

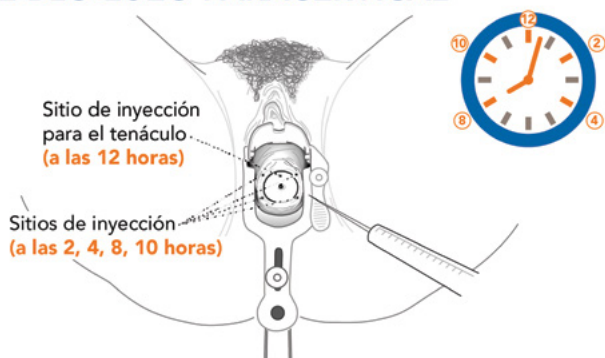


...las medidas de acompañamiento durante el procedimiento reducen de forma importante el dolor y las crisis de ansiedad que puede experimentar la mujer...

El bloqueo paracervical con anestesia local es un método eficaz para el manejo del dolor y debe ser parte de todos los procedimientos de aspiración por vacío, colocación de dilatadores osmóticos, dilatación y evacuación (D y E). Sin embargo, no es eficaz para manejar el dolor asociado con la expulsión fetal durante el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación. Dentro de las pautas recomendadas para la anestesia local en el bloqueo paracervical, se recomienda inyectar 20 ml de solución de lidocaína al 1%, a una profundidad de 3 cm en cuatro puntos paracervicales. Si no se dispone de solución de lidocaína al 1%, esta se puede sustituir con 10 ml de lidocaína al 2%, aunque la evidencia que apoya el uso de lidocaína al 2% es escasa. Se debe utilizar una técnica de inyección paracervical de dos (4 y 8) o cuatro puntos. Cuando esté disponible y donde los prestadores de servicios hayan sido capacitados para ello, se puede agregar bicarbonato de sodio (1 ml de bicarbonato de sodio a 8.4% por cada 10 ml de solución anestésica) al bloqueo paracervical.

1. Prepare la jeringa con lidocaína utilizando 20 ml de solución de lidocaína al 1% y una aguja con una longitud de 3 cm (1 pulgada).
2. Coloque el espéculo y realice la preparación antiséptica cervical.
3. Inyecte 2 ml de lidocaína superficialmente en el labio anterior del cérvix, en el sitio donde se colocará el tenáculo (a las 12 horas).
4. Sujete el cérvix con el tenáculo a las 12 horas.
5. Inyecte la lidocaína restante en cantidades iguales en la unión cervicovaginal a las 2, 4, 8 y 10 horas. (4 y 8 si son dos puntos)
6. Inicie el procedimiento sin demora.

TÉCNICA DE BLOQUEO PARACERVICAL



Inicie el procedimiento sin demora

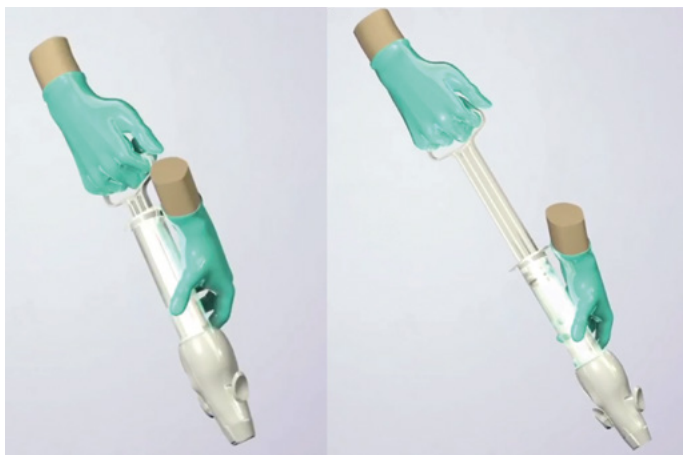
Los analgésicos narcóticos y ansiolíticos pueden ser útiles para el manejo del dolor; sin embargo, su beneficio no está del todo claro. La sedación intravenosa se considera una opción eficaz para controlar el dolor durante el procedimiento, es segura cuando es administrada por personal capacitado y con un monitoreo adecuado.

Técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

1. **Determinar el número de cánula** que se utilizará con base en el tamaño del útero, según las semanas de gestación y mediante el examen pélvico. Introducir en el útero bajo la técnica de no tocar.

Tamaño uterino (semanas desde la FUM)	Tamaño de cánula sugerido (mm)
4-6	4-7
7-9	5-10
9-12	8-12
12-14	10-14

2. **Preparar el equipo.** Oprima los botones del aspirador de AMEU hacia adentro y hacia adelante hasta que sienta que encajan en su lugar. Luego cargue el aspirador tirando del émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se enganchen en los lados anchos de la base del cilindro. Una vez que los brazos del émbolo se encuentren en esta posición, el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitirles deslizarse dentro del cilindro, con la posibilidad de inyectar el contenido del aspirador dentro del útero de nuevo. Nunca sujete el aspirador por los brazos del émbolo.



Para realizar correctamente el procedimiento de aspiración es necesario **tener un plan para el manejo del dolor y adaptarlo a las necesidades específicas de la mujer y a su estado clínico**, deben combinarse entre medidas farmacológicas y acompañamiento.

Previo al procedimiento y de manera oportuna administre los medicamentos para el dolor y antibióticos profilácticos, 30 minutos antes (aunque no se disponga de antibióticos, se puede realizar el procedimiento de aspiración manual endouterina, **AMEU**).

3. Aspirar el contenido uterino:

- Solicite a la mujer que vacíe la vejiga y pida permiso para iniciar.
- Lleve a cabo el lavado de manos y coloque barreras de protección personal.
- Asegúrese de que cuenta con el equipo y todos los insumos necesarios; todos deben estar listos.
- Realice un examen pélvico para confirmar posición y tamaño del útero y descartar masas anexiales.
- Introduzca suavemente el espéculo y realice la asepsia del cérvix con soluciones antisépticas.
- Coloque la pinza pozzi para rectificar el útero, aplique el bloqueo paracervical.
- Introduzca suavemente la cánula por el orificio interno o bien desplace la cánula lentamente hacia dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo del útero y después retírela levemente, recuerde emplear en todo momento la técnica de “no tocar”.
- Una el aspirador de vacío con la cánula, sostenga el tenáculo y el extremo de la cánula en una mano y el aspirador o el adaptador en la otra mano.
- Para facilitar la inserción de la cánula, aplique movimientos de rotación a medida que ejerce una presión suave.
- No introduzca la cánula de manera forzada, ya que los movimientos forzados pueden ocasionar perforaciones uterinas o lesiones en el cuello uterino, los órganos pélvicos o los vasos sanguíneos.

- Libere el vacío oprimiendo los botones y la aspiración comenzará de inmediato.
- Inicie la succión cuando la punta de la cánula esté en la porción media del útero; como el útero se contrae, las paredes del útero se sentirán más firmes y el fondo descenderá.
- Evacúe el contenido del útero girando cuidadosa y lentamente la cánula a 180° en cada dirección. La sangre y el tejido serán visibles a través de la cánula. No retire la abertura de la cánula más allá del orificio cervical, porque la succión se perderá.
- Si el aspirador se llena, separar el aspirador de la cánula y dejar la cánula en el útero; vaciar el aspirador en un recipiente apropiado y restablecer el vacío. Repetir este procedimiento hasta que el útero esté vacío.
- Permanezca alerta durante todo el procedimiento a los signos que puedan indicar la presencia de una perforación y detenga la aspiración de inmediato si se presentan.

Los siguientes signos indican que el útero está vacío:

- Aparece espuma de color rojo o rosa y no se ve pasar más tejido a través de la cánula.
- Se percibe una sensación arenosa cuando la cánula pasa a lo largo de la superficie del útero evacuado.
- El útero se contrae alrededor de la cánula.
- La mujer siente que los cólicos o el dolor se intensifican, lo que indica que el útero se contrae.

| Inspección de restos ovulares

Buscar lo siguiente:

- Por medio de luz directa, verificar cantidad y presencia de productos de la concepción: vellosidades, decidua y saco/membranas adecuadas, según la edad gestacional. Después de las 9 semanas de gestación, las partes del feto son visibles.

- La presencia de vellosidades hidrópicas en forma de racimo de uvas sugiere un embarazo molar.
- Si la inspección visual no es concluyente, el tejido se debe filtrar, debe colocarse en un recipiente transparente, sumergirse en agua o vinagre y verse con luz desde abajo. Cuando se considere necesario, en un caso de hallazgos anormales, la muestra de tejido también se puede enviar a un laboratorio de patología.

| Información antes del alta médica

Efectos esperados:

- **Sangrado:** presencia de sangrado vaginal que puede ir y venir durante varios días o semanas, puede ser tan abundante como una menstruación durante la primera semana.
- **Dolor:** cólicos que mejoran con el uso de **AINES**.
- **Congestión mamaria:** ocurre durante un periodo muy corto. La mujer debe evitar extraerse la leche o estimular los senos. Usar sostén con soporte, colocar hielo en los senos y el uso de **AINES** puede disminuir las molestias.

Consideraciones adicionales:

La mujer puede volver a quedar embarazada muy pronto, por ejemplo, a las dos semanas. Todos los métodos anticonceptivos pueden iniciarse inmediatamente después de una interrupción del embarazo sin complicaciones.

Se debe reanudar la actividad sexual hasta que se resuelvan las complicaciones (si es que las hubo) y/o hasta que el método anticonceptivo que eligió surja efecto.

Puede reanudar sus actividades habituales tan pronto se sienta lista para hacerlo.

Signos de alarma

La mujer debe acudir al médico cuando:

- No presenta sangrado después de haber tomado las dos dosis del medicamento. (Descartar embarazo ectópico).

- Continúe con la sintomatología del embarazo.
- Tenga sangrado abundante, equivalente a dos toallas sanitarias nocturnas en un periodo de una hora y que se mantenga así por dos horas consecutivas.
- Presente dolor o cólicos intensos que no se pueden manejar con analgésicos orales.
- Presente signos de infección (fiebre por más de 24 horas, dolor que no puede manejarse con **AINES** o secreción con olor fétido).
- Detecte cualquier otra preocupación significativa, por ejemplo, dificultad respiratoria o dolor de pecho.
- Tenga fiebre mayor a 38° por más de 24 horas.

Disco de Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos⁴⁰

En 2015 la **OMS** publica **Criterios Médicos de Elegibilidad** para el uso de Anticonceptivos, en el cual plantea un sistema de clasificación de cuatro categorías para el uso de los métodos anticonceptivos.

Buscar material desprendible, Rueda con los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos en anexo.

Las categorías 1 y 4 determinan el uso general del método anticonceptivo o la oposición para que se utilice del método. Para las categorías 2 y 3, se requiere de mayor criterio clínico y un seguimiento atento.

Categoría	Con criterio clínico
1	Use el método en cualquier circunstancia.
2	En general, use el método.
3	El uso del método no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.
4	No se debe usar el método.

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 5ª edición. (Ginebra: OMS, 2015) Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=1

Para la **anticoncepción postaborto**, se consideran adecuados todos los métodos que están dentro de la **categoría 1**; es decir, aquellos que pueden usarse inmediatamente de forma segura después de un aborto por aspiración, realizado antes de las 13 semanas de gestación sin presentar complicaciones. Las recomendaciones no difieren por el tipo de procedimiento utilizado para realizar la interrupción del embarazo. La esterilización femenina es clasificada como aceptable después de un aborto sin complicaciones.

Asimismo, este documento considera que todos los métodos anticonceptivos de la **categoría 1** pueden usarse inmediatamente de forma segura, luego de un aborto realizado después de las 13 semanas de gestación sin presentar complicaciones, con excepción del DIU. Debido a que existe mayor riesgo de expulsión cuando se utiliza el DIU posterior a la interrupción del embarazo a las 13 semanas o más de gestación. El DIU es clasificado en la **categoría 2**, lo cual significa que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos. La esterilización femenina es clasificada como aceptable después de la interrupción del embarazo sin complicaciones cuando esta se realiza a las 13 semanas o más de gestación.

Existe una **rueda interactiva** (Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos)⁴¹ con algunas condiciones clínicas de mayor afluencia que nos facilitan el acceso conciso y adecuado a la información, los métodos anticonceptivos que se muestran en la rueda interna, deben coincidir con las características o condiciones médicas específicas que se muestran en el borde externo. Los números que se muestran en el espacio de visualización indican si la mujer que tiene alguna característica o condición médica conocida puede comenzar a utilizar el método anticonceptivo. Los **superíndices** con letra marcan condiciones específicas para cada caso, su significado viene en la parte posterior de la rueda.

En pocas excepciones, todas las mujeres pueden usar de forma segura la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los anticonceptivos conductuales. El uso reiterado de la anticoncepción de emergencia es una indicación de que la mujer requiere más orientación sobre otras opciones anticonceptivas.

⁴¹ Ipas México. Disco con criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. (Ciudad de México: Ipas México, 2019) Recuperado de <https://www.ipasmexico.org/disco/index.html>

Las condiciones que son **categoría 1 y 2** para todos los métodos (en general es posible usar el método).⁴²



⁴² Ipas México. Disco con criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. (Ciudad de México: Ipas México, 2019) Ver disco interactivo en: <https://www.ipasmexico.org/disco/index.html>

Condiciones del aparato reproductor	Condiciones médicas	Otros
Enfermedad benigna de la mama o nódulo sin Dx	Depresión	Adolescente
Tumores benignos en los ovarios, incluyendo quistes	Epilepsia	Historia familiar de cáncer de mama
Dismenorrea	VIH sin síntomas o enfermedad clínicamente estable	Historia familiar de tromboembolismo venoso
Endometriosis	Anemia ferropénica	Alto riesgo de VIH
Historia de diabetes gestacional	Anemia drepanocítica y talasemia	Cirugía sin inmovilización prolongada
Historia de hipertensión arterial durante el embarazo	Malaria	Tratamiento con antibióticos
Historia de cirugía de pelvis, incluida cesárea	Cirrosis leve	
Sangrado menstrual irregular, abundante o prolongado (explicado)	Esquistosomiasis (esquistosoma)	
Embarazo ectópico previo	Trastornos venosos superficiales, incluidas las várices	
Enfermedad pélvica inflamatoria previa	Trastornos tiroideos	
Posterior a un aborto (sin sepsis)	Tuberculosis (no pélvica)	
Posparto > 6 meses	Valvulopatía cardíaca no complicada	
	Hepatitis viral (portadora o crónica)	

Solo el uso correcto y sistemático de los preservativos masculinos o femeninos protege contra la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Si existe riesgo, se recomienda el uso de preservativos.

*Buscar material desprendible,
Tabla resumen de anticonceptivos en anexo.*

| Procesamiento del equipo de AMEU

En casos en los que por alguna circunstancia no se pueda cumplir con el requerimiento de la COFEPRIS con respecto al uso único y exclusivo de las cánulas y sea necesario su reutilización, las recomendaciones y opciones para el correcto procesamiento del aspirador AMEU Plus son las siguientes:

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

Paso 1. Preparación para el momento de uso.

- Inmediatamente después del procedimiento, todos los aspiradores **ipas AMEU Plus** y todas las cánulas **ipas EasyGrip** que vayan a ser reutilizados deben mantenerse mojados hasta que se laven. Remoje o enjuague el instrumental con agua o jabón enzimático (en México no hay rociador).
- No utilice cloro ni solución salina. (OMS y OPS, 2016)

PRECAUCIÓN: Los aspiradores y las cánulas no deben manejarse con las manos sin guantes hasta su limpieza.

Paso 2. Lavado y desarmado

- Lave las superficies de todos los instrumentos minuciosamente con agua tibia y detergente, use guantes y una mascarilla protectora.
- Si hay restos ovulares o sangre seca en el interior de la cánula, enjuáguela a presión con agua varias veces o use un hisopo de algodón o paño suave para secar el material.
- Lave las grietas y el interior del cilindro, las piezas de la válvula y el émbolo con un cepillo de cerdas suaves, con cuidado de no salpicar.

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

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

Paso 3. Opciones para el procesamiento

Desinfección de Alto Nivel (DAN)

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

NOTA: Si se utilizaron agentes químicos para la **DAN**, sacar el material, enjuagar todas las piezas con agua estéril y secar con compresa estéril.

Esterilización

- **Esterilización con glutaraldehído potencializado**
Sumerja el instrumental completamente en una solución de glutaraldehído potencializado durante 60 minutos. Siguiendo las instrucciones del fabricante, se debe diluir 60 ml por litro de agua tibia.

- **Esterilización con glutaraldehído al 2%**

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

NOTA: Si se utilizaron agentes químicos para la **DAN**, se debe sacar el material, enjuagar todas las piezas con agua estéril y secar con una compresa estéril. Si en su servicio cuenta con otras marcas o porcentajes de glutaraldehídos, favor de seguir las indicaciones del fabricante para **DAN** o **esterilización**.

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

Todas las piezas del aspirador y las cánulas pueden esterilizarse a vapor a 121° C (250° F). Las piezas no deben tocarse entre sí y el aro de seguridad debe retirarse completamente del cilindro.

Las cánulas, especialmente las de menor tamaño, podrían ponerse curvas en la autoclave a vapor. Para evitar que esto, envuélvalas en tela o papel y coloque el paquete en la parte inferior de la autoclave.

Procese los instrumentos durante 30 minutos a 121°C y deje enfriar antes de utilizarlos.

PRECAUCIÓN: No utilizar "ciclos flash" en autoclave de vapor, ya que el equipo puede sufrir daños.

Paso 4. Almacenamiento del instrumental

- Los aspiradores y adaptadores pueden ser secados, el anillo-O lubricado y el instrumental rearmado y guardado en un área limpia y seca hasta su uso. No es necesario que el aspirador permanezca desinfectado a alto nivel o esterilizado en el momento de utilizarse y puede ser colocado en un área limpia o guardado en conformidad con las normas locales.
- Las cánulas deben permanecer estériles o desinfectadas a alto nivel hasta su próximo uso. Guarde las cánulas en recipientes estériles o desinfectados a alto nivel para conservar el nivel en que fueron procesadas. Maneje las cánulas por el extremo de la base.
- Los instrumentos que hayan sido procesados con métodos mojados deben ser reprocesados a diario.⁴³

⁴³ 2019, Ipas Chapel Hill " Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip® "

Eventos adversos

Los **Eventos Adversos (EA)** son causados por el tratamiento médico y no se deben directamente a la condición previa de la mujer al llegar a la unidad de salud.

Un **Evento Adverso Serio (EAS)** tiene como consecuencia: la muerte, una lesión que pone la vida en peligro, hospitalización, una discapacidad permanente, o que requiere una intervención médica o quirúrgica para evitar una discapacidad permanente.

Algunos ejemplos de EAS son:

- **Perforación** que requiere cirugía.
- **Complicación relacionada con la anestesia** que requiere hospitalización o que ocasiona convulsiones.
- **Sangrado** que requiere una transfusión sanguínea y/o ingreso a la unidad de salud.
- **Infección** que necesita la administración de antibióticos por vía intravenosa y/o ingreso al hospital.
- Una **complicación** es un problema que requiere intervención o un manejo diferente de lo que normalmente se necesita, que está relacionado con un procedimiento, anestesia o el método anticonceptivo de la paciente.⁴⁴

Manejo de la perforación uterina

Por lo general, la perforación del útero no se detecta y se resuelve sin necesidad de realizar alguna intervención. Cuando se sospecha una perforación del útero, la **observación** y el **uso de antibióticos** pueden ser lo único que se necesita. Siempre que esté disponible y sea necesaria, la laparoscopia es el método elegido para su investigación. Si la laparoscopia o el cuadro de la mujer generan alguna sospecha de daño al intestino, los vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

⁴⁴ Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. (Carolina del Norte: Ipas, 2018) Recuperado de <https://www.ipas.org/actualizaciones-clinicas/>

Manejo de la hemorragia postaborto

Cuando se sospecha que hay **hemorragia postaborto**, el profesional clínico debe evaluar y tratar a la mujer rápida y sistemáticamente. La evaluación inicial consiste en una **inspección del cérvix para detectar laceración**, un examen bimanual para detectar atonía uterina y sensibilidad a la palpación. Es necesario **repetir la aspiración o realizar un examen de ultrasonido** para detectar restos ovulares retenidos o sangre.

Una **laceración cervical** puede ser tratada con presión directa con una gasa o pinza con esponja, aplicación de agentes coagulantes tópicos (como nitrato de plata o una solución de sulfato férrico) o colocando suturas absorbibles.

La **atonía uterina** requiere una respuesta secuencial rápida, comenzando con un masaje uterino, seguido de medicamentos uterotónicos, volver a aspirar, taponamiento uterino y finalmente medidas quirúrgicas. El personal profesional de la salud debe pasar con rapidez al próximo paso si no se controla el sangrado. Cuando se utilizan medicamentos uterotónicos, pueden administrarse dosis adicionales o repetidas si el sangrado no disminuye después de la primera dosis.

Medicamentos uterotónicos y dosis

Medicamento	Dosis
Metilergonovina	0.2 mg por vía intramuscular o intracervical; repetir cada 2 a 4 horas. Evitar en mujeres con hipertensión arterial.
Misoprostol	800 mcg por vía sublingual o rectal.
Oxitocina	De 10 a 40 unidades por cada 500 ml a 1000 ml de líquido intravenoso o 10 unidades por vía intramuscular.
Taponamiento intrauterino	Gasa estéril, de 30 ml a 75 ml con balón de sonda Foley, balón obstétrico o condón inflado colocado en el útero.

Si el **taponamiento** logra detener el sangrado, el **balón de sonda Foley**, **balón obstétrico**, **gasa** o **condón inflado** debe dejarse colocado durante varias horas mientras la mujer es observada. Si la paciente continúa estable después de que se saca el balón o la gasa, se le puede dar de alta.

Las **medidas quirúrgicas**, como una **histerectomía**, **suturas de compresión uterina**, **ligadura de las arterias uterinas** o **embolización de las arterias uterinas**, pueden realizarse para tratar un sangrado grave que no puede ser controlado con otras medidas. En centros de salud sin un quirófano disponible o sin experiencia, el personal de salud debe tener protocolos claros para la reanimación y traslado de la paciente a un establecimiento de salud de nivel superior. Las mujeres en riesgo de shock requieren la colocación de una vía intravenosa, oxígeno suplementario, reanimación con líquidos y reposición de productos de sangre, según lo indicado.⁴⁵

Puntos claves sobre la atención de alta calidad en los servicios de aborto

Uso de ultrasonido previo y posterior a un aborto

Determinar la **edad gestacional** es un factor crucial en la selección del método de evacuación endouterina más apropiado.

En general, son adecuados el examen pélvico bimanual, el examen abdominal y el reconocimiento de los signos del embarazo. También pueden utilizarse análisis de laboratorio o una ecografía, si fuera necesario. No se requiere una exploración ecográfica de rutina previa al aborto. Cuando esta se realiza, el grosor del endometrio varía considerablemente después de un aborto con medicamentos, esto es similar entre las mujeres que tuvieron un aborto completo y las que tuvieron un aborto con medicamentos fallido.⁴⁶

Evacuación endouterina cuando la mujer tiene Dispositivo Intrauterino (DIU) colocado

Cuando una mujer está embarazada y tiene un DIU colocado, es necesario evaluarla para determinar la presencia de embarazo ectópico. En caso negativo, se debe extraer el DIU antes de iniciar el proceso de aborto con medicamentos, debido al riesgo teórico de perforación uterina causada por las contracciones durante el aborto con medicamentos y por el posible riesgo de infección.

⁴⁵ Ídem

⁴⁶ Ipas. Memorándum clínico: elementos claves sobre la atención de alta calidad para la mujer en situación de aborto. (Carolina del Norte: Ipas, 2018)

Uso de fentanilo antes del procedimiento de AMEU

La **sedación intravenosa** con una **combinación de narcóticos y ansiolíticos** es una manera eficaz de **controlar el dolor y mejorar la satisfacción de la mujer con el procedimiento de aborto**. Sin embargo, al administrar sedación intravenosa se aumenta el costo, la complejidad y los posibles riesgos del procedimiento. Dado que la administración de sedación intravenosa de manera segura requiere un mayor grado de monitoreo, la unidad de salud debe invertir en capacitación y equipo para ello. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local o una sedación leve complementada con apoyo verbal son suficientes.

En los **abortos quirúrgicos**, la administración de tranquilizantes antes del procedimiento, como el diazepam, puede reducir el temor e inducir relajación, para que la intervención sea más fácil tanto para la mujer como para el proveedor de servicios de salud.

Cuando se maneja el dolor por vía intravenosa, sedación consciente o anestesia general, debe estar presente un proveedor de servicios de salud para vigilar los parámetros respiratorios, cardiovasculares y neurológicos, incluyendo el nivel de conciencia.

El profesional de servicios de salud que hace el manejo del dolor por vía intravenosa (IV) debe estar preparado para dar soporte respiratorio en caso de producirse un paro respiratorio. Los efectos secundarios pueden ser somnolencia, mareo, debilidad, bradicardia, disminución de la frecuencia respiratoria, pérdida de conocimiento, hipotensión o convulsiones. Debe tenerse a la mano naloxona, balón autoinflable (ambú) y oxígeno.

Registro de la información para los procedimientos de evacuación uterina

La **información en salud** es la herramienta indispensable que proporciona conocimiento y marca la diferencia en el momento de buscar estrategias y llevar a cabo acciones que impacten en la salud de la población; proporciona datos acerca de la cobertura de atención, los recursos disponibles, los servicios otorgados y los daños a la salud.

Para que cumpla esta función, **la información debe ser relevante, oportuna, homogénea y confiable**. El registro adecuado de la información proporciona a las instituciones de salud los datos necesarios para solicitar insumos y vigilancia de las principales comorbilidades atendidas, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención.

La OMS se encuentra trabajando en la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11** y está prevista su presentación en la **Asamblea Mundial de la Salud** en mayo 2019. Actualmente México utiliza la **CIE-10** para la clasificación de enfermedades. Cuando se realiza el registro de información en el área de la salud, **es importante llenar correctamente todas las variables del formulario o formato de salud**, de acuerdo con las características de la paciente, motivo por el que asiste a la consulta y el tratamiento que se le ha efectuado, para así permitir un análisis correcto de los datos.

En el caso de la **atención postaborto** en el campo de **Afección Principal del formato de egresos hospitalarios** se usan los códigos **CIE-10** del **000 al 008**, que corresponden a la categoría de embarazo terminado en aborto:

En el caso de la atención post aborto en el campo de Afección Principal del formato de egresos hospitalarios se usan los códigos CIE-10 del O00 al O08, que corresponden a la categoría de embarazo terminado en aborto:

- O00** Embarazo ectópico
- O01** Mola hidatiforme
- O02** Otros productos anormales de la concepción
- O03** Aborto espontáneo
- O04** Aborto médico
- O05** Otro aborto
- O06** Aborto no especificado
- O07** Intento fallido de aborto
- O08** Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar

Para los códigos O03 al O06 se utilizan las siguientes subdivisiones:

- .0 incompleto, complicado por infección genital y pelviana
- .1 incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía
- .2 incompleto, complicado por embolia
- .3 incompleto, con otras complicaciones y las no especificadas
- .4 incompleto, sin complicación
- .5 Completo o no especificado, complicado por infección genital y pelviana
- .6 Completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía
- .7 Completo o no especificado, complicado por embolia
- .8 Completo o no especificado, con otras complicaciones y las no especificadas
- .9 Completo o no especificado, sin complicación

En el caso de los procedimientos, se utilizan los siguientes códigos de la CIE-9-MC:

- 69.02** Dilatación y Legrado después de parto o aborto (LUI)
- 69.52** Legrado por aspiración de la cavidad uterina después del parto o aborto (AMEU)
- 75.A2** Administración de Misoprostol para terminación del aborto incompleto
- 75.A4** Administración de otro medicamento para terminación del aborto incompleto

Códigos CIE-10 y CIE-9-MC para abortos por causales legales

Existe un código de la CIE-10 para registrar los procedimientos de aborto legal, contemplados por diferentes causales en todos los estados de la República Mexicana. Este código en el campo de afección principal en el formato de egresos hospitalarios es:

004 Aborto médico

Incluye: aborto terapéutico

terminación del embarazo: legal terapéutico

En el caso de los procedimientos, los códigos de la CIE-9-MC que se emplean son:

- 69.01** Dilatación y Legrado para terminación del embarazo (LUI)
- 69.51** Legrado por aspiración de la cavidad uterina para terminación del embarazo (AMEU)
(Aborto terapéutico NEOM)
- 75.A1** Administración de Misoprostol para Interrupción legal del embarazo (ILE)
- 75.A3** Administración de otro medicamento para interrupción legal del embarazo (ILE)



www.ipasmexico.org

Claves del cuadro básico nacional para la solicitud de insumos para evacuación endouterina

CLAVES EN CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

Claves en servicios públicos de salud para la solicitud y compra de insumos médicos en salud reproductiva.



INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO CON EQUIPO AMEU

CÁNULA estéril y desechable			JERINGA de plástico, grado médico y reesterilizable 60 ml	
	Díámetro	Claves	Color	
	4 mm	060 166 0558		
	5 mm	060 166 0566		
	6 mm	060 166 0574		
	7 mm	060 166 0582		
	8 mm	060 166 0590		
	9 mm	060 166 0608		
	10 mm	060 166 0616		
	12 mm	060 166 0624		
	LÍQUIDO LUBRICANTE de silicona para jeringa de aspiración			
Clave 060 596 0129 Frasco gotero con 3 ml				

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO CON MEDICAMENTOS

MISOPROSTOL 200 mcg	
Num. Tabletas	Claves
1	010.000.6012.00
2	010.000.6012.01
4	010.000.6012.02
8	010.000.6012.03
12	010.000.6012.04
MIFEPRISTONA 200 mg	
Num. Tabletas	Clave
1	010.000.6034.00



Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en la CDMX

INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE) EN LA CDMX



En la **CDMX** existen **13 clínicas**, públicas y especializadas, que ofrecen **ILE** de manera segura, legal y confidencial.



REQUISITOS:

RESIDENTES de la CDMX

Servicio gratuito

- Identificación oficial*
- Último comprobante de domicilio*
- Hoja de gratuidad
- Acompañante con identificación oficial*



Menores de edad:

- Acta de nacimiento*
- CURP
- Credencial con fotografía reciente
- Último comprobante de domicilio*
- Ir acompañada por madre, padre, tutor o representante legal, con identificación oficial y comprobante de domicilio*



RESIDENTES de OTROS ESTADOS DE LA REPÚBLICA

Una trabajadora social te realizará un estudio socioeconómico para determinar la cuota de recuperación que deberás cubrir.

- Identificación oficial*
- Acompañante con identificación oficial*
- Comprobante de domicilio*

*Original y copia

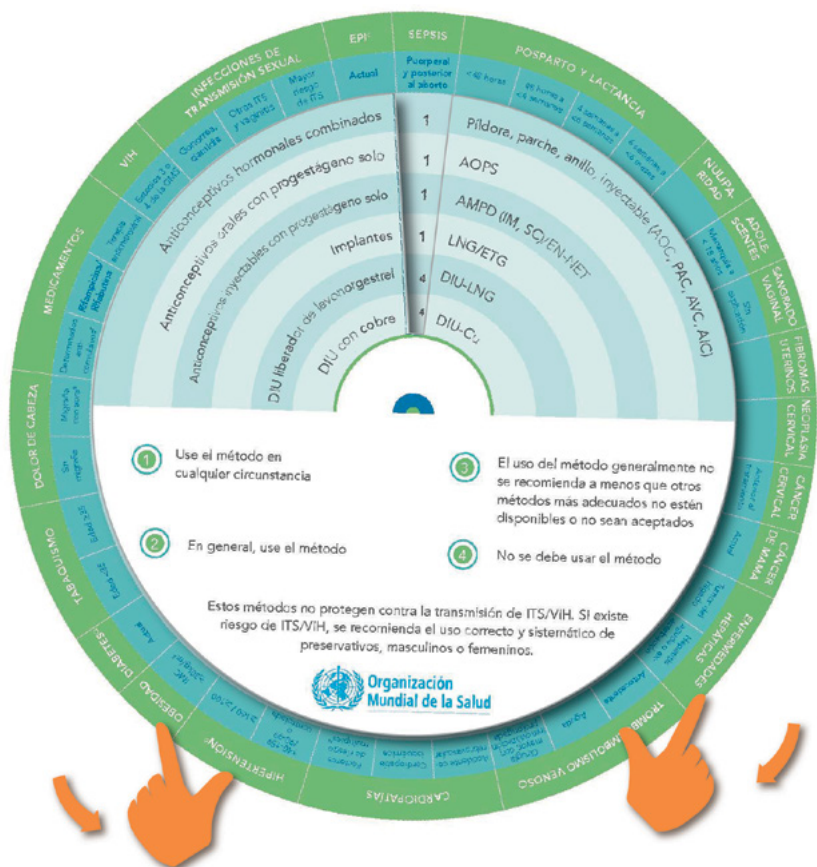


#ILE12CDMX

Fuente: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/>

Anexos

Rueda con los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos



Aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol

De hasta 10 semanas de gestación (70 días desde la fecha de la última menstruación (FUM)):

- Mifepristona: 200 mg por vía oral
- Misoprostol: 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal 1 o 2 días después de la mifepristona

De 10 a 13 semanas de gestación:

- 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 400 mcg de misoprostol por vía sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión
- Alternativa: se puede administrar una dosis de 200 mg de mifepristona por vía oral y 1 o 2 días después 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal. Se puede repetir la dosis de misoprostol para lograr aborto completo.

A las 13 semanas o más de gestación (de 13 a 24 semanas):

- 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 la expulsión del feto y la placenta
- Si la mujer se encuentra estable y le resulta conveniente hacerlo, el/la prestador/a de servicios debe concederle por lo menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que expulse la placenta

Aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo

Antes de 13 semanas de gestación:

- Misoprostol: 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión

A las 13 semanas o más de gestación (de 13 a 24 semanas):

- Misoprostol: 400 mcg por vía sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta. La administración de dosis por vía vaginal es más eficaz que por vía sublingual para mujeres nulíparas
- Si la mujer se encuentra estable y le resulta conveniente hacerlo, el/la prestador/a de servicios debe concederle por lo menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que expulse la placenta

Uso de medicamentos para el tratamiento del aborto incompleto, aborto diferido, o muerte fetal intrauterina (atención postaborto)

Con tamaño uterino menor de 13 semanas:

- Aborto incompleto
 - o Misoprostol: dosis única de 600 mcg por vía oral o dosis única de 400 mcg por vía sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal
- Aborto diferido
 - o Misoprostol: 600 mcg por vía sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, 800 mcg por vía vaginal cada 3 horas hasta la expulsión (por lo general, de 1 a 3 dosis)
 - o Cuando se disponga de mifepristona, agregar pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol

Con tamaño uterino de 13 semanas o más:

- Aborto incompleto
 - o Misoprostol: 400 mcg por vía bucal, sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada tres horas hasta la expulsión
- Muerte fetal intrauterina (hasta 24 semanas):
 - o Misoprostol: 400 mcg por vía sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada 4 a 6 horas hasta la expulsión
 - o Cuando se disponga de mifepristona, agregar pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol

Cita: Ipas. (2019). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

www.ipas.org/clinicalupdates; www.ipas.org/actualizacionesclinicas;
www.ipas.org/actualitescliniques

MADOSCARD-S19

Tabla resumen de anticonceptivos

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN

Tasa de embarazo no deseados por cada 100 mujeres entre 150 y 200 días

Entre 1 y 5 embarazos

 Entre 1 y 9 embarazos

 Entre 4 y 32 embarazos

MUY EFICACES ★★★★	 Implante hormonal Menos de 1 embarazo	 Vasectomía Oclusión tubariáica o Salpingoclasia	 Condón Masculino 3 embarazos (*)	 Condón Femenino 5 embarazos (*)	
EFICACES ★★★	 Inyectables 1 - 9 embarazos (*)	 Parche 1 - 9 embarazos (*)	 Anillo vaginal Más de 20 embarazos		
POCO EFICACES ★	 Diafragma acompañado de espermicida 6-16 embarazos	 Cajuela cervical acompañada de espermicida 9-32 embarazos (***)	 Coito interrumpido Más de 20 embarazos		

* con uso correcto y constante / ** con uso típico / *** en mujeres nulíparas

BIBLIOGRAFÍA

Medical and Service Delivery Guidance for Emergency Contraception, 4th edition, 2018. The International Consortium for Emergency Contraception (ICEC)

World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for Health Project: Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.

Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th edition, 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC5/en/

Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition, 2016. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/

www.ipasmexico.org
www.profesionalesdelsalud.ipasmexico.org
Facebook: Ipas México / Twitter: @ipasMEX
YouTube: ipas México

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN
1ª edición, Ciudad de México, México, Mayo, 2019.
Ipas México, A.C. 2019. Derechos reservados.
Desarrollo de contenidos: Guillermo Ortiz, Claudia Martínez,
Eunice Laóny Alexis Hernández.
Producción y diseño: Laura Andrade y Ana Sánchez.



ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

MÉTODO	DESCRIPCIÓN	DOSES	TIEMPO MÁXIMO	EFFECTIVIDAD	VENTAJAS	DESVENTAJAS	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS
Acetato de Ulipristal (UPA)	También conocida de Anticoncepción de Emergencia (PAE). La píldora "del día después". Para uso después del acto sexual sin protección.	1 tableta de acetato de ulipristal (UPA), 30 mg.	5 días	Menos de 1 embarazo (e)	Anticonceptivo postcoital. No requiere receta de dosis, (pildora) por año. Pueden ser utilizadas con seguridad por todas las mujeres incluidas aquellas o infértiles y las que no pueden utilizar hormonas de manera continua; independientemente de su edad, incluidas las niñas.	Los anticonceptivos de emergencia están indicados para prevenir el embarazo después de las relaciones sexuales sin protección, si se uso anticonceptivo, o si este falla. Suelen ser menos efectivos que los métodos de uso regular.	Sangrado irregular. Sensibilidad mamaria, cefalea, náusea, mareo, dolor abdominal o fatiga transitoria.
Levonorgestrel (LNG)	El primer día después de la interrupción de la ovulación.	Una dosis de 100 mcg de etillevonorgestrel (EEL) más 0.5 mg de LNG, en dos dosis idénticas 12h después.	5 días	1 embarazo (e) 2 embarazos (e)	En general, es de fácil acceso. Fácil de usar. No interfiere con las relaciones sexuales. No requiere receta ni pruebas de laboratorio para poder tomarlas.	No son efectivos si la mujer ya está embarazada.	
Régimen hormonal combinado (Vuzipal)	Diagnóstico en forma de T, penicilina y flexible que contiene una cubierta de cobre, en un tubo, su uso puede ser inmediato al acto sexual sin protección y actúa como agente tóxico para los espermatozoides, impidiendo su unión.		5 días	Menos de 1 embarazo	Es más eficaz en comparación con el método de emergencia continua que como anticonceptivo de uso regular. No se necesitan exámenes ni pruebas de laboratorio. Es seguro para todas las mujeres, independientemente de su edad, incluidas las niñas, mujeres embarazadas y niñas que no pueden usar hormonas de manera continua.	Se necesita de personal capacitado para la colocación.	Sangrado irregular, Bajo flujo de coágulo, Baja resistencia a la infección durante la colocación.

(e) Tasa de embarazos no deseados por cada 100 mujeres que tuvieron un acto sexual sin protección entre la segunda y la tercera semana del ciclo menstrual y utilizaron la AE.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Usar PAE más de una vez en el mismo ciclo menstrual es perfectamente seguro.
- Las PAE se pueden usar con la frecuencia que sea necesaria, pero no es necesario que se tomen más de una vez cada 24 horas si se producen múltiples episodios de relaciones sexuales sin protección dentro de este período de tiempo.
- UPA y LNG se pueden usar en cualquier momento del ciclo menstrual. El PAE de emergencia de emergencia debe ser usado inmediatamente después de la relación sexual.
- Las PAE pueden ser menos efectivas entre las mujeres con un índice de masa corporal (IMC) >30 kg / m², por lo que como primera elección deberá recomendarse DIU-Cu o UPA, alternativamente, se puede considerar una dosis DOBLE de LNG, pero nunca se les debe recomendar el acceso a las PAE debido a un mayor peso o un IMC.
- Durante la lactancia materna se puede usar LNG sin restricciones. Si se usan PAE, se recomendó suspender la lactancia durante una semana.
- Después de usar las PAE, una mujer debe idealmente usar un método anticonceptivo regular antes de reanudar la actividad sexual.
- Las PAE no tienen efectos adversos conocidos en un embarazo.

Independientemente del régimen utilizado, el método de anticoncepción de emergencia debe tomarse/colocarse tan pronto como sea posible, y por no más de cinco días después de la relación sexual, para maximizar el uso antes de que ocurra la ovulación.

Referencias bibliográficas

1. Diario Oficial de la Federación. Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Ciudad de México, 2016) Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>
2. Diario Oficial de la Federación. Artículo 9, 35 y 29 de la Ley General de Víctimas. (Ciudad de México, 2013) Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_030117.pdf
3. Diario Oficial de la Federación. Artículo 35 del Decreto por el que se reforman, derogan y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Víctimas; y se reforma el primer párrafo del artículo 182-R del Código Federal de Procedimientos Penales. (Ciudad de México, 2013) Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5297901&fecha=03/05/2013
4. Diario Oficial de la Federación. NOM-004-SSA3-2012: Del Expediente Clínico. (Ciudad de México, 2012) Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
5. Diario Oficial de la Federación. NOM-046-SSA2-2005: Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. (Ciudad de México, 2009) Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016
6. Diario Oficial de la Federación. NOM-047-SSA2-2015: Para la atención a la salud en el Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. (Ciudad de México, 2015) Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015
7. Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán. Artículo 393, fracción IV del Código Penal del Estado de Yucatán. (Mérida, 2018) Recuperado de <https://www.poderjudicialyucatan.gob.mx/digestum/marcoLegal/03/2012/DIGESTUM03002.pdf>
8. Flores, E., & Amuchástegui, A. "Interrupción Legal del Embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal". Género y Salud en Cifras, (vol.10, núm. 1, 2012): 21-30. Recuperado de <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/RevistaGySenC/EneAbr12.pdf>
9. Harris, L., & Debbink, M., et. al. Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the providers share workshop. Soc Sci Med 2011;73:1062-70.. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21856055>
10. Harris, L., & Martin, L., et. al. "Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox". Contraception 87, 2013, pp. 11-16. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782412007974>

11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. (Ciudad de México: INEGI, 2017) Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782412007974>
12. Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. (Carolina del Norte: Ipas, 2019) Recuperado de <https://www.ipas.org/actualizaciones-clinicas/>
13. Ipas. La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia. (Carolina del Norte: Ipas, 2014) Recuperado de <https://ipas.azureedge.net/files/ACREFS14-LaAtencion%CC%81nIntegralDelAbortoCentradaEnLaMujer.pdf>
14. Ipas. Memorándum clínico: elementos claves sobre la atención de alta calidad para la mujer en situación de aborto. (Carolina del Norte: Ipas, 2018)
15. Ipas México. Acompañamiento y consejería a mujeres en situación de aborto: Manual para fortalecer los servicios públicos de salud. (Ciudad de México: Ipas México, 2017) Recuperado de https://www.ipasmexico.org/biblioteca/aborto_mortalidad_materna/Manual-de-Consejer%C3%ADa-a-mujeres-en-situacion-de-aborto-2017.pdf
16. Ipas México. Disco con criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. (Ciudad de México: Ipas México, 2019) Recuperado de <https://www.ipasmexico.org/disco/index.html>
17. Ipas México. Estigma. (Ciudad de México: Ipas México, 2017) Recuperado de <https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2017/12/revistaEstigma-junio7.pdf>
18. Ipas México. Procesamiento del aspirador de AMEU Plus y cánulas Easy Grip, 201. (Ciudad de México: Ipas México, 2017) Recuperado de <https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2017/12/Procesamiento-del-aspirador-AMEU-Cuadernillo.pdf>
19. Ipas México. Violencia sexual y embarazo infantil en México, un problema de salud pública y derechos humanos. (Ciudad de México: Ipas México, 2018) Recuperado de <https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2018/06/Brochure%20Violencia%20Sexual%20y%20Embarazo%20Infantil%20en%20Me%CC%81xico,%20un%20problema%20de%20salud%20pu%CC%81blica%20y%20derechos%20humanos.pdf>
20. Jiménez, A., & Pérez, I., et. al. La visión de la consejería en el embarazo adolescente. (Ciudad de México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia - UNAM, 2018)
21. O'Donnell, J., & Weitz, T., et. al. Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Soc Sci Med*, 2011;73:1357-64. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782412007974>

22. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos, Suplemento de la 45ª edición. (Ginebra: OMS, 2006) Recuperado de www.who.int/governance/eb/who-constitution_sp.pdf
23. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 5ª edición. (Ginebra: OMS, 2015) Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=1
24. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. (Ginebra: OMS, 2014) Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=8E5A067EA9F28CD084BA4B713ECEB1FB?sequence=1
25. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. (Ginebra: OMS, 2018) Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
26. Periódico Oficial del Estado de Michoacán. Artículo 146, fracción I del Código Penal del Estado de Michoacán. (Morelia, 2016) Recuperado de <http://www.educacion.michoacan.gob.mx/wp-content/uploads/2016/08/CO%2%A6%C3%BCDIGO-PENAL-PARA-EL-ESTADO-DE-MICHOACA%C2%A6%C3%BCN-DE-OCAMPO.pdf>
27. Planned Parenthood Federation of America, Inc. 2015-2016 Annual Report: Planned Parenthood 100 years. (New York: PPFA, 2016). Recuperado de https://www.plannedparenthood.org/uploads/filer_public/18/40/1840b04b-55d3-4c00-959d-11817023ffc8/20170526_annualreport_p02_singles.pdf
28. Secretaría de Salud. Informe semanal de vigilancia epidemiológica, defunciones maternas: Información hasta la semana 30 de 2018. (Ciudad de México: SINAVE, 2018) Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2018-sem-epidemiologica-30>

Elementos clave para la atención a mujeres en situación de aborto.

México, 2019.

1ª edición: Noviembre, 2019.

Ipas México, AC. 2019

Elaboración de contenidos

Johana González

Diana García

Claudia Martínez

Eunice León

Fernanda Díaz de León

Alexis Hernández

Revisión clínica

Guillermo Ortíz

Revisión editorial

Laura Andrade

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

Ipas es una organización internacional sin fines de lucro que trabaja en 17 países de 4 continentes desde 1973, con el objetivo de incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente, el derecho al aborto.



Elementos clave
para la atención a
MUJERES
en situación
de aborto

México, 2019.

Elementos clave
para la atención a
MUJERES
en situación
de aborto

México, 2019.

www.ipasmexico.org

www.profesionalesdelasalud.ipasmexico.org

 Ipas México  @IpasMEX