



La atención postaborto centrada en la mujer

Jeannine Herrick, MPH
Katherine Turner, MPH
Teresa McInerney, BSN, RN
Laura Castleman, MPH, MD

Manual de referencia

ISBN: 1-882220-41-2

© 2004 Ipas. Esta publicación puede reproducirse parcial o totalmente sin la autorización previa de Ipas siempre y cuando el material reproducido se distribuya gratuitamente y se haga mención de la editorial y de las autoras

Producido en los Estados Unidos de América

Cita sugerida: Herrick, Jeannine, Katherine Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman. 2004. La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Revisión editorial: Merrill Wolf, Jill Molloy, Martha Jarrell, Kezia Scales

Diseño gráfico e ilustraciones: Stephen C. Edgerton

Diseño y producción de la portada: Valerie Holbert

Glosario: Evangeline Christie y Katherine Turner

Traducción: Lisette Silva

Revisión de la traducción: Martha Urdaneta Gutiérrez

 Impreso en papel reciclado.

Foto de la portada: Foto cortesía de la fundación David and Lucile Packard Foundation

Las ilustraciones y fotografías utilizadas en esta publicación son para fines ilustrativos únicamente. Cualquier semejanza con alguna persona real, viva o muerta, no es intencional.

La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia

Agradecimientos

Las autoras agradecen de manera especial a Mariana Abernathy, Nina Frankel y Christina Wegs por su ayuda en la redacción y revisión de las secciones de este manual. También dan las gracias a Joan Healy por su extensa orientación y revisión técnica.

Asimismo, las autoras agradecen a la Dra. Irina Jacobson por su amplia revisión del módulo Servicios de anticoncepción; a la Srta. Susheela Engelbrecht por su asistencia técnica en el tema de la mutilación genital femenina, y a la Dra. Gabrielle Ross por su asistencia técnica en el tema del aborto con medicamentos.

Este manual se fortalece considerablemente con el apoyo y los aportes de nuestras organizaciones colegas. Agradecemos específicamente a las siguientes personas por su revisión y sus comentarios:

- Sra. Lorelei Goodyear, PATH
- Sra. Kristina Graff, EngenderHealth
- Sra. Gwyn Hainsworth, Pathfinder
- Dr. Edgar Kessler, CIESAR
- Dr. Ron Magarick, JHPIEGO
- Dra. Yvonne Sidhom, antiguamente con IntrahHealth International
- Dr. Marcel Vekemans, antiguamente con IntrahHealth International

Además, agradecemos la experiencia de campo y los conocimientos técnicos aportados por los siguientes empleados y consultores de Ipas:

- Dra. Sangeeta Batra
- Sra. Maria de Bruyn
- Sra. Nadine Burton
- Dra. Barbara Crane
- Sra. Ramatu Daroda
- Sra. Alyson Hyman
- Dra. Kirti Iyengar
- Dra. Sharad Iyengar
- Dra. Sangeeta Kaul
- Sra. Aimee Lehman
- Sra. Ann Leonard
- Sra. Cari Merlos-Boram
- Sra. Mary Mukaddas
- Dr. Philip Mwalali
- Sra. Singatsho Ndhlovu
- Sra. Monica Oguttu
- Dra. Sarah Onyango
- Dr. José David Ortiz Mariscal
- Dr. Orero Solomon Otieno
- Dra. Evelise Pochmann da Silva
- Sra. Eliana Del Pozo
- Sra. Lucía Rayas
- Sra. Andrea Saldaña Rivera
- Dr. Oladapo Shittu
- Sra. Doree Trottier
- Sra. Judith Winkler

Acerca de este manual

El propósito primordial de este manual es preparar a los profesionales de la salud para la prestación de servicios de atención postaborto (APA) de alta calidad. El manual sirve de guía de enseñanza para el participante como parte de un currículo actualizado sobre la atención postaborto, que incluye la publicación acompañante, *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual del capacitador*. Organizado en 13 módulos, este manual de referencia ofrece un enfoque integral centrado en las necesidades de las mujeres:

1. Visión general y principios rectores
 2. Métodos de evacuación endouterina
 3. Datos y características del instrumental Ipas AMEU Plus
 4. Prevención de infecciones
 5. Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip®
 6. Consejería
 7. Servicios de anticoncepción
 8. Evaluación y plan de tratamiento
 9. Procedimiento de evacuación endouterina por medio del aspirador Ipas AMEU Plus
 10. Cuidados postoperatorios
 11. Cuidados de seguimiento
 12. Manejo de las complicaciones
 13. Monitoreo para mejorar los servicios
- Glosario

Recomendamos que se lean los módulos en el orden aquí consignado porque la información expuesta en los módulos iniciales es necesaria para entender la información presentada en los módulos posteriores.

El manual incluye información sobre los aspectos técnicos de la atención postaborto, y también invita a los participantes a reflexionar sobre los valores, actitudes y mitos asociados con el aborto y a retar sus propias ideas preconcebidas respecto a las mujeres que buscan servicios de aborto y de APA. La información proporcionada está destinada a cubrir no sólo las necesidades del personal médico y otros profesionales en el campo de la salud sexual y reproductiva, sino también las de una gama más amplia de capacitadores, administradores de programas, educadores en salud, trabajadores sociales y alcanza además a los líderes de la comunidad, cuyo trabajo tiene un impacto en la calidad de la atención relacionada con el aborto.

La información clínica presentada está específicamente relacionada con la APA. No se incluye información clínica fundamental, dado que se espera que todo el personal de salud que utilice este manual en sus servicios de APA ya cuente con la capacitación y los conocimientos necesarios para prestar atención ginecológica y obstétrica básica.

En el módulo Visión general y principios rectores se expone la base para todo el currículo. Este módulo sirve de introducción a los conceptos y elementos

esenciales de la APA, los derechos de las mujeres y de las pacientes y los principios de ética de los profesionales de la salud, y es un prerrequisito para los prestadores de servicios de APA. También se recomienda a todo el personal de salud que tenga contacto con las pacientes.

El manual presenta la tecnología actualizada de aspiración manual endouterina (AMEU) —el aspirador Ipas AMEU Plus y la cánula Ipas EasyGrip— y expone las razones que justifican el empleo de la AMEU como una tecnología recomendada por la Organización Mundial de la Salud para la prestación de servicios de APA. En Estados Unidos, las cánulas vienen rotuladas para un sólo uso después del cual deben ser desechadas. El presente manual también fue elaborado para utilizarse en lugares donde la reutilización del instrumental es apropiada y permitida por los reglamentos locales. En este manual se proporciona información general sobre la prevención de infecciones, así como información específica sobre el procesamiento para la reutilización del instrumental de Ipas para la AMEU.

Asimismo, se proporciona información para realizar la consejería integral de las pacientes de APA, centrada en la comunicación entre el prestador de servicios y la paciente que garantice una atención de alta calidad. Se ofrece información detallada acerca de la consejería anticonceptiva y la prestación de servicios de APA.

Tanto en el módulo de Consejería como en el de Servicios de anticoncepción se abarcan los factores únicos que se deben tener en cuenta en los sectores especiales de la población, tales como las mujeres que presentan abortos repetidos, las adolescentes, las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual, las mujeres que viven con el VIH/SIDA y otras.

Los módulos centrados en la prestación de los servicios médicos de APA están organizados en la secuencia en que las mujeres suelen recibir la atención médica, que es la siguiente: evaluación inicial de su estado de salud, evacuación endouterina por medio de la AMEU, cuidados postoperatorios y cuidados de seguimiento, y además manejo de toda complicación que surja. Por último, se incluye un módulo sobre la función del monitoreo de los servicios con el fin de mejorar la calidad de la atención.

En cada módulo se expone una lista de recursos adicionales y se ofrecen sugerencias para mejorar las alianzas entre los profesionales de la salud y la comunidad, a fin de cubrir mejor las necesidades de las mujeres.

NOTA: Cada vez que en este manual se mencionan los términos prestadores de servicios de salud, profesionales de la salud y consejeros, se refiere a profesionales tanto del sexo masculino como del sexo femenino.

BLANK

La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia

Índice

Acerca de este manual	ii
Visión general y principios rectores	1
1.0 Introducción	1
2.0 Compromiso de la comunidad internacional para disminuir la tasa de abortos de alto riesgo	2
3.0 Derechos de las pacientes	3
4.0 Protección de los derechos de las pacientes en un centro de APA	5
5.0 Resumen	6
Métodos de evacuación endouterina	11
1.0 Introducción	11
2.0 Aspiración endouterina (AEU)	12
3.0 Legrado uterino instrumental (LUI)	16
4.0 Medicamentos o métodos farmacológicos	17
5.0 Resumen	18
Apéndice A: Comparación entre los métodos de tratamiento del aborto incompleto	22
Datos y características del instrumental Ipas AMEU Plus	25
1.0 Introducción	25
2.0 Descripción del instrumental Ipas para la AMEU	26
3.0 Preparación del instrumental	27
4.0 Mantenimiento del instrumental Ipas	27
5.0 Empleo del instrumental de AMEU e información sobre precauciones	29
6.0 Resumen	31
Apéndice A: Comparación del instrumental Ipas para la AMEU	33
Prevención de infecciones	37
1.0 Introducción	37
2.0 Transmisión de infecciones	37
3.0 Elementos de la prevención de infecciones	39
4.0 Manejo de las exposiciones ocupacionales	43
5.0 Resumen	44
Apéndice A: Instrucciones para preparar una solución de cloro al 0.5%	47
Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip	49
1.0 Introducción	49
2.0 Descontaminación por remojo	50
3.0 Lavado	52
4.0 Esterilización o desinfección de alto nivel	53
5.0 Almacenamiento y rearmado del instrumental	55
6.0 Resumen	57
Apéndice A: Métodos comunes para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip	59
Consejería	63
1.0 Introducción	63
2.0 ¿Qué es la consejería?	64

3.0	La consejería en los centros de APA	65
4.0	Privacidad, confidencialidad y toma de decisiones informadas	66
5.0	Valores, actitudes y empatía de los consejeros	66
6.0	Comunicación eficaz	67
7.0	Reacciones de las pacientes	72
8.0	Remisión de las pacientes a otros servicios de salud	73
9.0	Cierre de una sesión de consejería	74
10.0	Consejería de los sectores especiales de la población en los servicios de APA	74
11.0	Resumen	78
Apéndice A: Otros sectores especiales de la población		82
Servicios de anticoncepción		89
1.0	Introducción	89
2.0	La importancia de la consejería anticonceptiva postaborto y el suministro de métodos	90
3.0	Modelos de prestación de servicios	90
4.0	Metas de fecundidad de las mujeres después de un aborto	91
5.0	Derechos a la confidencialidad, privacidad y opciones informadas	92
6.0	Participación de las parejas	93
7.0	Consejería anticonceptiva eficaz	93
8.0	Elementos esenciales de la consejería anticonceptiva	94
9.0	Criterios de aptitud médica de la paciente para el uso de la anticoncepción postaborto	95
10.0	Aspectos especiales de la consejería anticonceptiva	99
11.0	Resumen	102
Apéndice A: Factores individuales, y recomendaciones y fundamentos de la consejería		107
Apéndice B: Directrices para la selección de métodos anticonceptivos		109
Apéndice C: Consejería anticonceptiva para grupos especiales de la población		114
Evaluación y plan de tratamiento		119
1.0	Introducción	119
2.0	Identificación del aborto como un diagnóstico posible	120
3.0	Evaluación inicial rápida para determinar si hay shock	121
4.0	Evaluación clínica completa	122
5.0	Diagnóstico y tratamiento de un sangrado vaginal leve a moderado	129
6.0	Diagnóstico y manejo de las complicaciones graves del aborto	129
7.0	Consentimiento informado voluntario	130
8.0	Formulación de un plan de tratamiento	131
9.0	Sectores especiales de la población a tener en cuenta en la evaluación y el tratamiento	132
10.0	Resumen	132
Apéndice A: Ejemplos de los formularios de remisión		136
Apéndice B: Pasos clave en la evaluación y el tratamiento de las pacientes con sangrado vaginal en las etapas iniciales del embarazo		138
Apéndice C: Administración de antibióticos		140
Apéndice D: Mutilación Genital Femenina (MGF)		141
Procedimiento de evacuación endouterina por medio del aspirador Ipas AMEU Plus		143
1.0	Introducción	143
2.0	Manejo del dolor	143
3.0	Métodos no farmacológicos para el manejo del dolor	145
4.0	Métodos farmacológicos para el manejo del dolor	146
5.0	Práctica del procedimiento de AMEU	147
6.0	Cómo resolver problemas técnicos durante el procedimiento	152

7.0	Resumen	153
Apéndice A: Plan para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU		156
Apéndice B: Equipo y suministros recomendados para practicar el procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus		158
Cuidados postoperatorios		159
1.0	Introducción	159
2.0	Monitoreo físico	160
3.0	Monitoreo y apoyo psicológico	162
4.0	Cuidados de seguimiento	164
5.0	Instrucciones de alta	164
6.0	Resumen	165
Apéndice A: Hoja de información		168
Cuidados de seguimiento		171
1.0	Introducción	171
2.0	Elementos de los cuidados de seguimiento	172
3.0	Remisión	174
4.0	Vínculos a servicios de salud sexual y reproductiva	174
5.0	Resumen	175
Apéndice A: Formulario para la cita de control de APA		177
Manejo de las complicaciones		179
1.0	Introducción	179
2.0	Shock	180
3.0	Sangrado vaginal abundante	184
4.0	Sepsis	189
5.0	Lesión intraabdominal	192
6.0	Remisión a otros servicios de salud	194
7.0	Cuidados postoperatorios	195
8.0	Resumen	195
Apéndice A: Manejo del shock		198
Apéndice B: Manejo de un sangrado vaginal abundante		199
Apéndice C: Transfusión de sangre		200
Apéndice D: Manejo de la sepsis		201
Apéndice E: Manejo de una lesión intraabdominal		202
Monitoreo para mejorar los servicios		203
1.0	Introducción	203
2.0	Definición e importancia del monitoreo	203
3.0	Principios de un sistema de monitoreo eficaz	205
4.0	Las cuatro etapas de un monitoreo eficaz de programas	206
5.0	Resumen	211
Apéndice A: Formulario de consentimiento por escrito: Entrevista		213
Apéndice B: Formulario de consentimiento por escrito: Observación		214
Apéndice C: Ejemplo de una lista de verificación para efectuar la observación		215
Glosario		219

BLANK

Visión general y principios rectores

Temas clave en este módulo:

- *Los cinco elementos esenciales de la atención postaborto (APA)*
- *Acuerdos internacionales que afirman la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*
- *Principios y prácticas que protegen los derechos de las mujeres en los centros de APA*

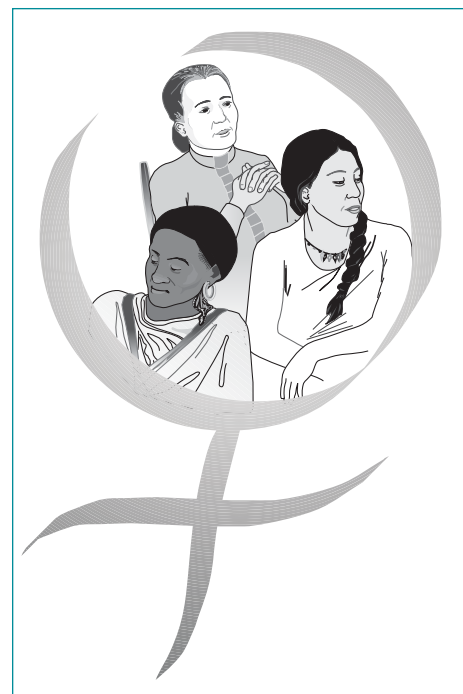
1.0 — Introducción

La atención postaborto (APA) consiste en una serie de intervenciones médicas destinadas a manejar las complicaciones del aborto, ya sea espontáneo o inducido tanto en condiciones adecuadas como en condiciones de riesgo. El objetivo de la APA es disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y mejorar la vida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El modelo de atención postaborto consta de cinco elementos:

- **Tratamiento** del aborto incompleto y de alto riesgo y de las complicaciones relacionadas con el aborto que constituyen una posible amenaza para la vida;
- **Consejería** para identificar y responder a las necesidades de salud mental y física, así como a otras inquietudes de las mujeres;
- **Servicios de anticoncepción y de planificación familiar** para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados o a practicar el espaciamiento de los embarazos;
- **Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud** que, preferiblemente, son prestados en el mismo establecimiento de salud o por medio de remisión a otros establecimientos accesibles dentro de la red de prestadores de servicios de salud;
- **Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud** para evitar embarazos no deseados y abortos de alto riesgo, para movilizar los recursos a fin de ayudar a las mujeres a recibir atención apropiada y oportuna para las complicaciones del aborto, y garantizar que los servicios de salud reflejen y cubran las expectativas y necesidades de la comunidad.

(Adaptado del Consorcio de Atención Postaborto, 2002)

La atención postaborto centrada en la mujer es un enfoque integral para cubrir las necesidades médicas y psicosociales de cada mujer durante el tratamiento de las complicaciones del aborto. Al prestar servicios de APA centrada en la mujer, los profesionales de la salud deben tomar en cuenta los factores que influyen en la necesidad de la mujer de acceder y recibir atención médica, tales como sus problemas personales o sus circunstancias de vida. Los trabajadores de salud deben prestar servicios respetuosos y confidenciales, involucrar a la mujer en su



APA centrada en la mujer

tratamiento, ofrecerle el máximo número de opciones posibles y garantizar a cada mujer la atención de alta calidad a la cual tiene derecho.

La información presentada en este módulo abarca los elementos de la atención postaborto y los acuerdos mundiales para disminuir la tasa de abortos practicados en condiciones de riesgo, así como un análisis sobre cómo los principios de derechos humanos son transformados en acciones por los profesionales de la salud, con el fin de prestar servicios de atención postaborto centrada en la mujer.

Ninguna mujer debe poner en riesgo su vida a causa de sus decisiones relacionadas con la reproducción.

La atención postaborto centrada en la mujer incluye:

- servicios seguros y oportunos adaptados a las necesidades médicas y personales de cada paciente
- atención respetuosa y confidencial
- derechos a información, a privacidad y a una toma de decisiones informadas

- **Aborto espontáneo:** pérdida del embarazo antes de la viabilidad fetal (a veces conocida como pérdida del embarazo precoz o aborto natural).
- **Aborto inducido:** interrupción del embarazo, ya sea en condiciones adecuadas o inadecuadas, antes de la viabilidad fetal.

2.0 — Compromiso de la comunidad internacional para disminuir la tasa de abortos de alto riesgo

Cada año, se practican millones de abortos de alto riesgo, ya sea “por personas que no poseen las habilidades requeridas o practicados en un ambiente que no cumple con los mínimos requisitos médicos, o ambos” (OMS, 1992). Las muertes y lesiones a consecuencia del aborto inseguro continúan siendo un grave problema de salud pública que afecta no sólo a las mujeres, sino también a los hombres, niños y niñas y a las comunidades enteras. La atención postaborto es una iniciativa mundial en respuesta al problema de la mortalidad y morbilidad maternas causadas por las complicaciones del aborto.

En los últimos años, se han logrado importantes avances para afrontar este problema. En 1994, durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), que se celebró en El Cairo, los representantes de diversos gobiernos subrayaron la necesidad de proporcionar un tratamiento oportuno para salvar la vida de las mujeres en el período postaborto, así como métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado. Casi todos los países también convinieron en que en los lugares donde la interrupción del embarazo es legal, ésta también debe ser segura.

Los gobiernos tuvieron la ocasión de reforzar este consenso en tres conferencias mundiales posteriores: la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM) celebrada en Beijing en 1995, la conferencia del estudio de cinco años de la CIPD (CIPD+5), celebrada en 1999, y CCMM+5, celebrada en el año 2000. En el Párrafo 63iii del documento de la CIPD+5, los gobiernos convinieron en que, en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud tienen la obligación de “capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible.”

Independientemente de las diversas leyes y políticas nacionales respecto al aborto inducido en condiciones adecuadas, todos los sistemas de salud son

confrontados con la realidad de mujeres que necesitan atención postaborto. El acceso de las mujeres a la APA ha sido reconocido en los acuerdos internacionales citados anteriormente como un derecho básico, y es una parte esencial de toda iniciativa de maternidad sin riesgo. Los gobiernos y los profesionales de la salud tienen la obligación ética de hacer respetar este derecho mediante la prestación de servicios de salud reproductiva compasivos y de alta calidad, incluida la atención postaborto, la cual prestada de manera competente y oportuna puede salvar la vida de las mujeres.

3.0 — Derechos de las pacientes

Todas las mujeres tienen derecho a la atención médica y consejería postaborto oportunas y de alta calidad, independientemente de que su aborto haya sido espontáneo o inducido, y de que éste sea o no sea permitido por la ley. Las mujeres también tienen derecho de recibir información sobre su estado médico y de tomar decisiones informadas respecto a sus opciones médicas y reproductivas.

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF, por sus siglas en inglés) emitió una declaración formal en la cual afirma que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de los hombres son componentes esenciales de los derechos humanos. En la Carta de la IPPF se exponen doce derechos basados en los acuerdos internacionales de los derechos humanos. La Carta utiliza el lenguaje de los tratados de derechos humanos, los cuales han sido aprobados por la comunidad internacional y tienen nivel de ley internacional, para afirmar que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos.

- El derecho a la vida: significa, entre otras cosas, que no se debe poner en riesgo la vida de ninguna mujer por motivo de un embarazo
- El derecho a la libertad y seguridad de la persona: reconoce que ninguna mujer debe ser sometida ni a la mutilación genital ni a un embarazo, a una esterilización o a un aborto forzado
- El derecho a la igualdad y a estar libre de todas las formas de discriminación: incluso en la vida sexual y reproductiva de cada persona
- El derecho a la intimidad: significa que todos los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser confidenciales y todas las mujeres tienen derecho de tomar decisiones reproductivas independientes
- El derecho a la libertad de pensamiento: incluye libertad en cuanto a la interpretación restringida de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres como herramientas usadas para limitar la libertad de pensamiento respecto a la atención en salud en aspectos sexuales y reproductivos y otros temas
- El derecho a la información y a la educación: según se relaciona con la salud sexual y reproductiva para todas las personas, incluyendo el acceso a la plena información y al consentimiento libre e informado
- El derecho de decidir casarse o no y de planificar y tener una familia
- El derecho de decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos
- El derecho a la atención médica y a la protección de la salud: incluye el derecho de las pacientes de ser atendidas con los servicios de salud de la más alta

Hechos sobre el aborto de alto riesgo

Casi 70,000 mujeres mueren cada año a consecuencia de las complicaciones del aborto practicado en condiciones de riesgo, el cual es responsable del 13 por ciento de las muertes relacionadas con el embarazo (OMS, 2001).

Se calcula que entre una cuarta y una tercera parte de todas las muertes relacionadas con el embarazo son causadas por el aborto de alto riesgo (OMS, 1993).

Cada año, hasta 19 millones de abortos son practicados en condiciones inadecuadas, una relación de aproximadamente un aborto inseguro por cada siete nacidos vivos (OMS, 2002).

Las consecuencias de las muertes maternas en una comunidad son de amplio alcance; los niños huérfanos de madre tienen una probabilidad de 3 a 10 veces mayor de morir dentro de los dos años posteriores a la muerte de su madre que los niños que viven con ambos padres (UNICEF, 2000).

Se calcula que, cada año, de 5 a 7.5 millones de mujeres experimentan problemas de salud debilitantes no mortales a consecuencia del aborto inseguro. Por cada muerte materna, de 10 a 15 mujeres presentan morbilidad. (Measham y Rachat, 1987).

calidad, y el derecho a estar libres de prácticas tradicionales que son perjudiciales para la salud

- El derecho de gozar de los beneficios de los progresos científicos: incluye el derecho de las pacientes de los servicios de salud sexual y reproductiva a beneficiarse de las nuevas tecnologías en salud reproductiva que son seguras, eficaces y aceptables
- El derecho a la libertad de reunión y de participación política: incluye el derecho de todas las personas de influir en las comunidades y los gobiernos para fijar prioridades a la salud y los derechos sexuales y reproductivos
- El derecho a una vida libre de tortura y trato inhumano: incluye los derechos de todas las personas –mujeres, hombres, adolescentes, niños y niñas— a la protección contra la violencia, explotación sexual y abuso

(Adaptado de IPPF, 2000)

Tanto la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han respaldado declaraciones similares sobre los derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, FIGO proporciona directrices éticas sobre las limitaciones apropiadas para llevar a cabo la interacción entre la paciente y el médico. El desequilibrio de poder y conocimiento entre la paciente y el médico aumenta la vulnerabilidad de las pacientes y obliga a los médicos a motivarlas a tomar decisiones independientes e informadas. Las directrices de FIGO también declaran que las relaciones sexuales y románticas entre médicos y pacientes que están recibiendo tratamiento en la actualidad son inaceptables en todos los casos hasta el momento en que la paciente deje de depender del médico en todo sentido.

Al tener en cuenta los derechos de la paciente, es importante que los profesionales de la salud entiendan que, como resultado de las normas de la sociedad, las mujeres a menudo tienen menos poder que los hombres para ejercer sus derechos reproductivos. En muchas sociedades, las mujeres tienen menos acceso que los hombres a la educación, a las finanzas, a los servicios de salud y a los servicios sociales, lo cual puede crear disparidad en cuanto a la salud. Las mujeres con frecuencia dependen financieramente de otros para cubrir sus necesidades, incluida la atención médica. Por ejemplo, las mujeres que no tienen mucho control de los recursos de su familia podrían enfrentarse con dificultades para encontrar transporte a un establecimiento de salud y para pagar por su consulta. Una demora en recibir atención médica podría llevar a malos resultados en la salud de la mujer o incluso a la muerte.

Las funciones y expectativas relacionadas con los géneros también influyen en la interacción entre las pacientes y los profesionales de la salud. Algunas mujeres se sienten avergonzadas al acudir a los establecimientos de salud en busca de servicios de salud reproductiva, particularmente si el prestador de servicios es del sexo masculino. Las pacientes a veces temen hacer o contestar preguntas o tomar decisiones en presencia de los trabajadores de salud. Es importante que ellos reconozcan las limitaciones de la sociedad que afectan a las mujeres y que las motiven a tomar sus propias decisiones sobre

su atención médica, en vez de ser ellos los que tomen las decisiones por las pacientes.

4.0 — Protección de los derechos de las pacientes en un centro de APA

Incluso los profesionales de la salud que no prestan servicios clínicos desempeñan un papel para garantizar que las mujeres reciban servicios de APA de alta calidad. Por tanto, es esencial que todos los miembros del personal de salud presten servicios basados en un entendimiento y respeto de los derechos de las pacientes. A continuación se exponen algunos de los principios y habilidades que apoyan los derechos de las pacientes en un centro de APA.

4.1 — Valores, actitudes, empatía y respeto

Los valores personales son importantes, pero como profesionales, los prestadores de servicios de salud deben sensibilizarse respecto a sus prejuicios, aprender cómo separar sus creencias personales de sus prácticas profesionales y manifestar empatía a cada paciente, independientemente de sus comportamientos y decisiones reproductivas. Las actitudes de los profesionales de la salud hacia las pacientes tienen una importancia considerable. Una interacción positiva con los prestadores de servicios de salud eleva la satisfacción de la paciente con la atención médica recibida, la motiva a seguir las instrucciones de los cuidados médicos, y aumenta la probabilidad de que confíe en los profesionales de la salud y busque atención médica en el futuro.

La empatía es la capacidad de entender los sentimientos y el punto de vista de otra persona y de comunicarle este entendimiento. Los prestadores de servicios de APA que demuestran empatía se imaginan cómo se sentirían y cómo les gustaría ser tratados si ellos mismos se encontraran en la situación de la paciente. (Para mayor información sobre estos conceptos, ver el módulo Consejería.)

Los administradores de las clínicas pueden establecer y mantener un ambiente de sensibilidad y respeto de las necesidades de las pacientes mediante la capacitación, la supervisión con apoyo, la retroalimentación proveniente de sus colegas y las evaluaciones anónimas de las pacientes. (Para mayor información, ver el módulo *Monitoreo para mejorar los servicios*.)

4.2 — Interacción y comunicación

Un trato armónico y positivo entre los profesionales de la salud y las pacientes es la base para una atención médica de alta calidad. Consideraciones sencillas, como disculparse por una larga espera u ofrecer a la paciente la opción de permanecer vestida hasta el momento de efectuar la evaluación física, pueden aminorar el enojo o la ansiedad de las pacientes y mejorar la calidad en general de la consulta. Si no se establecen relaciones positivas con las pacientes desde un principio, el resto de la consulta clínica —la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados de seguimiento— probablemente será menos eficaz.

Las habilidades de interacción y comunicación de los profesionales de la salud son particularmente importantes en los servicios de APA, dado que la aflicción física y emocional de las pacientes puede interferir con su capacidad de describir con exactitud sus afecciones físicas, de contestar preguntas o de entender la información o las instrucciones. Es importante no hacer suposiciones sobre las mujeres que acuden a los centros de APA. Desde el inicio de las interacciones

Antes de tener cualquier tipo de contacto con la paciente, los prestadores de servicios de APA deben:

- Determinar cuáles son sus propios valores y actitudes respecto a la sexualidad, la reproducción y la salud
- Separar sus valores de aquellos de las pacientes
- Reconocer cómo sus actitudes podrían tener un impacto negativo en las interacciones con las pacientes y en la calidad de la atención
- Garantizar que puedan atender a las pacientes con compasión y empatía
- Someterse a capacitación y supervisión con apoyo hasta que hayan dominado estas habilidades

clínicas, los prestadores de estos servicios deben pensar, hablar y actuar de la manera más neutral posible, y adaptar su comportamiento y lenguaje según las señas manifestadas por cada paciente.

Saber solicitar y contestar preguntas de una paciente es una habilidad importante que fomenta un mayor entendimiento por parte de la paciente respecto a su estado médico, el tratamiento recomendado y los cuidados de seguimiento. Al involucrar a las pacientes mediante el intercambio de información, los profesionales de la salud las motivan a participar al máximo en su atención médica.

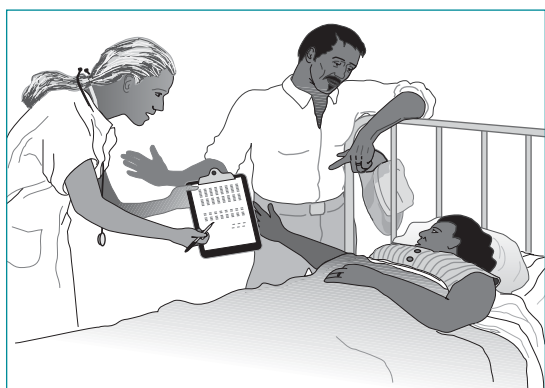
(Para mayor información sobre los principios y las habilidades de comunicación, ver el módulo *Consejería*.)

4.3 — Privacidad y confidencialidad

La consejería y el tratamiento confidencial y en privado son elementos esenciales y contribuyen considerablemente a conservar el sentido de dignidad de la mujer. Una vez que se pierde la confianza de la paciente, puede ser difícil de recobrar. Por tanto, los profesionales de la salud deben esforzarse por mantener la confianza de sus pacientes, fijando la política de confidencialidad del establecimiento de salud en las áreas de tratamiento y compartiéndola verbalmente con cada paciente. Asimismo, se puede conservar la confianza estableciendo y haciendo cumplir las políticas y los procedimientos estrictos de confidencialidad con todos los prestadores de servicios de salud que tienen acceso a los datos de las pacientes. (Para mayor información sobre la privacidad y confidencialidad, ver el módulo *Consejería*.)

4.4 — Consentimiento informado y voluntario

En los lugares donde se prestan servicios de APA, el consentimiento informado y voluntario es el proceso por el cual las mujeres toman sus propias decisiones sobre su atención médica una vez que entienden la información completa y exacta sobre los beneficios, riesgos y otras opciones de procedimientos médicos, medicamentos, métodos anticonceptivos u otros servicios de salud. Los profesionales de la salud no deben proceder a realizar las intervenciones médicas hasta que la mujer haya dado su consentimiento informado y haya firmado un formulario de consentimiento por escrito. En algunos ámbitos, es apropiado y común proporcionar consentimiento verbal frente a un testigo en vez de consentimiento por escrito. Sin embargo, en algunos casos, el tratamiento médico pasa a ser la prioridad y la obtención del consentimiento informado no debe retrasar el procedimiento urgente necesario para salvar la vida de la mujer. (Para mayor información, ver el módulo *Evaluación y plan de tratamiento*.)



Consentimiento informado y voluntario

5.0 — Resumen

- Las mujeres que presentan complicaciones de abortos espontáneos o inducidos tienen derecho de recibir atención médica de alta calidad.
- La atención postaborto (APA) está conformada por cinco elementos creados para manejar el aborto incompleto y sus complicaciones:
 - Tratamiento
 - Consejería
 - Servicios de anticoncepción y de planificación familiar

- Servicios reproductivos y otros servicios de salud
- Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios
- Varios organismos internacionales han convenido en que la APA es un servicio obstétrico esencial y un componente de toda iniciativa de maternidad sin riesgo.
- Los profesionales de la salud deben garantizar la privacidad y confidencialidad de la mujer.
- Los profesionales de la salud deben explicar a la paciente su estado médico y el plan de tratamiento en un lenguaje no técnico y obtener su consentimiento informado y voluntario antes de iniciar el tratamiento.
- Los profesionales de la salud deben entender los conceptos de los derechos de las pacientes a fin de tener interacciones profesionales y prestar atención compasiva y de alta calidad.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

- En los establecimientos de salud se pueden capacitar a los trabajadores de salud comunitarios y otros líderes con el fin de educar a las mujeres, así como a sus parejas y familias, acerca de los peligros del aborto inseguro y la importancia de acudir únicamente a prestadores de servicios de salud capacitados para recibir atención relacionada con el aborto.
- Los profesionales de la salud pueden colaborar con los líderes comunitarios para organizar juntas municipales con el fin de educar a los miembros de la comunidad sobre los aspectos de salud y los derechos sexuales y reproductivos. Un buen punto de partida es facilitar una discusión sobre cómo la Carta de la Federación Internacional de Planificación de la Familia sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos está siendo aplicada en su comunidad.
- Los profesionales de la salud y los miembros de la comunidad pueden ejercer su derecho a la libertad de reunión y de participación política organizando una campaña popular para alentar a los políticos y al gobierno a fijar prioridades a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos.
- Los profesionales de la salud pueden colaborar con los líderes comunitarios para informar a la comunidad sobre las políticas de confidencialidad de los establecimientos de salud locales y sobre sus medios para hacerlas cumplir. Los establecimientos de salud pueden establecer un sistema de información anónimo a fin de que los miembros de la comunidad puedan denunciar las violaciones de estas políticas.

Recursos adicionales

Póngase usted en el lugar de ella (Put Yourself in Her Shoes). 1997. Producido por Johns Hopkins University Population Communication Services (JHU/PCS); Programa para una Tecnología Apropiada en Salud (PATH) y los Servicios de Información de Zambia. 30 minutos. Videocasete.

La atención del aborto en condiciones adecuadas: Un imperativo para los profesionales de la salud. 2002. Producido por Ipas. 19 minutos. Videocasete.

Bibliografía

- American Medical Women's Association. 1997. *Fourth-year elective curriculum in reproductive health*. Alexandria, VA, AMWA.
- Baird, Traci, M. Virginia Chambers y Charlotte Hord. 1998. Implementando la atención postaborto. *Recursos técnicos para la atención postaborto, volumen 1*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
- Burns, A. August, Ronnie Lovich, Jane Maxwell y Katharine Shapiro. 1997. *Where women have no doctor*. Berkeley, CA, The Hesperian Foundation.
- Comisión Especial de Comunidad del Consorcio de Atención Postaborto. 2002. Elementos esenciales de la atención postaborto: Un modelo ampliado y actualizado. *APA en Acción*, No. 2. Suplemento especial.
- Creinin, Mitchell, Jill Schwartz, Richard Guido y Helen Pymar. 2001. Early pregnancy failure — Current management concepts. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 56(2): 105-13.
- Family Health International. 1999. *Contraceptive technology: Client-provider interaction: Family planning counseling*. Research Triangle Park, Carolina del Norte, FHI.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), sitio Web: www.figo.org (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región de África (IPPF/A). 1994. *Unsafe abortion and post-abortion family planning in Africa*. El Congreso de Mauricio. Nairobi, IPPF/A.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), sitio Web: www.ippf.org (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).
- Hall, J.A., D.L. Roter y N. R. Katz. 1988. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26:657-75.
- Ipas. 1997. *Health care provider training in termination of pregnancy: A curriculum guide*. Carrboro, Carolina del Norte, Ipas.
- Jarrell, Martha, José David Ortiz Mariscal y Judith Winkler, redactores. 2002. *Manual de capacitación para la atención postaborto*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
- John, Joby. 1991. Improving quality through patient-provider communication. *Journal of Health Care Marketing* 11(4):51-61.
- Measham, Anthony y Roger W. Rochat. 1987. *Slowing the stork: Better health for women through family planning*. Trabajo técnico preparado para el Congreso Internacional sobre una Mejor Salud para las Mujeres y los Niños mediante la Planificación Familiar. Nueva York, Population Council.
- Organización Mundial de la Salud. 1992. *The prevention and management of unsafe abortion: Report of a technical working group*. Ginebra, OMS. (OMS/MSM/92.5)
- 1993. *Abortion. A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion, segunda edición*. Ginebra, OMS. (OMS/FHE/MSM/93.13)
- 1994. *Clinical management of abortion complications: A practical guide*. Ginebra, OMS.
- 1995. *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra, OMS.
- 1997. *Postabortion family planning: A practical guide for programme managers*. Ginebra, OMS.
- 2001. *Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Ginebra, OMS. (OMS/RHR/01.9)
- Population reports: New GATHER guide to counseling*. 1998. Baltimore, Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins, Center for Communication Programs, Population Information Program.
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Disponible en el sitio Web: www.unesco.org/education/pdf/CAIRO_E.PDF (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Disponible en el sitio Web: www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/ (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Strong, Michael A. 1992. The health of adults in the developing world: The view from Bangladesh. *Health Transition Review* 2(2): 215-230.

Winkler, Judith y Robert E. Gringle. 1999. *Postabortion family planning: A two day curriculum for improving counseling and services*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. EE.UU., Consorcio de Atención Postaborto.

Yellen, Elaine y Gail Davis. 2001. Patient satisfaction in ambulatory surgery. *Association of Operating Room Nurses (AORN) Journal*, 74(4): 483-98.

Yordy, Laura, Ann Hogan Leonard y Judith Winkler. 1993. *Guía práctica para la aspiración manual endouterina*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.

BLANK

Métodos de evacuación endouterina

Temas clave en este módulo:

Métodos de evacuación endouterina para la atención postaborto (APA):

- aspiración endouterina (AEU)
- legrado uterino instrumental
- dilatación y evacuación

Otros métodos de evacuación endouterina:

- métodos farmacológicos
- manejo expectante

1.0 — Introducción

La evacuación endouterina es la extracción del contenido del útero. Existen varios métodos para efectuar una evacuación endouterina en el primer trimestre, tales como: la aspiración endouterina, los métodos quirúrgicos y los métodos farmacológicos. En estas categorías, se pueden utilizar diversas técnicas según las habilidades y la formación del personal de salud, así como el equipo y los agentes médicos disponibles. El estado clínico de la paciente, la altura uterina, la edad gestacional y las preferencias personales de la mujer también son factores clave que se deben tener en cuenta al determinar el método de evacuación endouterina más adecuado.

La aspiración endouterina (AEU) utiliza succión eléctrica o manual para desocupar el útero. El legrado uterino instrumental (LUI), también conocido como dilatación y curetaje, es un método quirúrgico de evacuación endouterina. Los métodos de evacuación endouterina que implican la administración de medicamentos o agentes farmacológicos interfieren en la continuación del embarazo y causan contracciones uterinas, que expulsan los restos ovulares (RO).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la aspiración manual endouterina (AMEU) es el método preferido de evacuación endouterina para el tratamiento de APA (OMS, 2000). A pesar de que la OMS recomienda que se utilice el legrado uterino instrumental (LUI) únicamente si no es posible practicar la AMEU, en muchos establecimientos de salud aún se utiliza el método del LUI.

El uso de métodos farmacológicos de evacuación endouterina, tales como la prostaglandina misoprostol, son prometedores para el tratamiento de APA. Actualmente, hay estudios en curso para evaluar mejor los mecanismos de acción y para determinar las dosis óptimas, los protocolos terapéuticos y los criterios de aptitud médica de las pacientes. Otra opción para la evacuación endouterina es el

manejo expectante, un proceso monitoreado muy de cerca que permite que el organismo de la paciente expulse naturalmente los RO. Los métodos farmacológicos y el manejo expectante se han practicado en el tratamiento del aborto espontáneo sin complicaciones en lugares donde se dispone de la tecnología de ecografía para monitorear la expulsión de los RO. Actualmente se está estudiando la aplicación de estos métodos en establecimientos con un alto índice de abortos practicados en condiciones de riesgo y con recursos limitados.

Entre los métodos de evacuación endouterina figuran:

1. aspiración endouterina (AEU):
 - eléctrica (AEEU)
 - manual (AMEU)
 - bomba accionada con el pie o con la mano
2. legrado uterino instrumental (LUI), también conocido como dilatación y curetaje (D&C)
3. medicamentos o agentes farmacológicos, tales como los medicamentos estimulantes uterinos
4. dilatación y evacuación (D&E)

Cuando la evacuación endouterina es indicada para eliminar los restos ovulares (RO), ésta suele ser un componente vital de la APA y debe practicarse rápidamente. Entre los casos clínicos que requieren una evacuación endouterina para la APA figuran el aborto inevitable, el aborto incompleto, el aborto séptico, el aborto diferido (huevo muerto y retenido) y el embarazo molar. En los casos de huevo muerto y retenido, no hay ninguna necesidad de evacuar el útero inmediatamente y, en tales casos, el procedimiento puede ser programado para una fecha posterior.

Los prestadores de servicios de salud encargados del tratamiento de las complicaciones postaborto deben tener los conocimientos clínicos para efectuar una evacuación endouterina. Diversas categorías de trabajadores de salud pueden practicar la evacuación endouterina o servir de asistentes durante ésta. La capacitación pregrado o en servicio permite que estos profesionales adquieran la aptitud clínica necesaria y dominen esta técnica que salva tantas vidas.

En este módulo se resumen los métodos de evacuación endouterina usados en los servicios de APA. Para cada método, se expone información (cuando está disponible) sobre su seguridad y eficacia clínica, el costo, el grado de aceptación por parte de las pacientes, los riesgos y los efectos secundarios.

2.0 — Aspiración endouterina (AEU)

Muchas autoridades nacionales e internacionales consideran la tecnología de AEU un servicio esencial. Por ejemplo, en 1997, la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) emitieron la siguiente declaración conjunta: "Los hospitales que están equipados adecuadamente deben... adoptar el método de aspiración [de evacuación endouterina], y seleccionar la aspiración manual y/o eléctrica según la experiencia y el conocimiento del personal de salud." (FIGO/WHO Task Force, 1997)

Descripción

La AEU, también conocida como curetaje por aspiración, es un método de evacuación del contenido uterino por medio de una cánula plástica o metálica conectada a una fuente de vacío. La principal diferencia entre las opciones de AEU es la fuente del vacío. La aspiración manual endouterina (AMEU) utiliza un aspirador manual portátil. La aspiración eléctrica endouterina (AEEU) emplea una bomba eléctrica. En esta última técnica, el vacío es creado con la ayuda de una bomba accionada con el pie o con la mano. A pesar de que todas estas fuentes proporcionan un vacío equivalente al inicio del procedimiento, el nivel de vacío retenido a lo largo del procedimiento varía. El nivel del vacío proporcionado por el aspirador de AMEU disminuye a medida que el cilindro va llenándose de sangre y tejido y disminuye la necesidad del vacío. La bomba de AEEU proporciona un nivel de succión continuo y constante. La bomba a mano o a pedal requiere un esfuerzo humano continuo para mantener el vacío.

El procedimiento de AEU consta de la dilatación del cuello uterino, si es necesaria; la introducción de la cánula en la cavidad uterina; la conexión de la cánula a la fuente de vacío; y la aspiración de los restos ovulares (RO), la cual dura entre tres y 10 minutos, según la altura uterina y la cantidad de RO.

Dilatación cervical:

En los casos de aborto inevitable o de aborto incompleto, puede que el cuello uterino esté lo suficientemente abierto como para permitir la evacuación endouterina sin la realización de una dilatación complementaria o mediante sólo una dilatación mínima. En los casos de aborto diferido, por lo general, se requiere una dilatación del cuello uterino. Para ello, se puede utilizar ya sea un dilatación metálico o plástico, o un medicamento como el misoprostol.

Evaluación de la altura uterina para determinar el método adecuado de evacuación endouterina:

En casos de aborto incompleto, de aborto diferido o de embarazo ectópico, la altura uterina establecida durante el examen bimanual puede ser inferior a la gestación determinada a partir de la FUM debido a la expulsión de los restos ovulares, a la presencia de muerte fetal o al hecho de que el embarazo es extra-uterino. Los cálculos de la altura uterina también pueden variar si existe un error en la determinación de la FUM. Por tanto, la elección de la técnica de AEU para diversos diagnósticos de APA debe basarse en un conjunto de parámetros clínicos.

Seguridad y eficacia clínica

La AEU es un método de evacuación endouterina seguro y eficaz, con una tasa de eficacia de un 95% a un 100%. Para el tratamiento de abortos incompletos, dicha tasa por lo general sobrepasa el 98%. La AEU tiene pocas complicaciones, especialmente si es practicada antes de la semana 12 de gestación calculada a partir de la FUM. En comparación con el legrado uterino instrumental (LUI), la aspiración endouterina permite disminuir considerablemente los riesgos de infección, de lesión cervical y de perforación uterina; además, con la AEU, la necesidad de dilatar el cuello uterino es menor, el sangrado no es tan abundante, la estancia hospitalaria es más corta y la necesidad de administrar medicamentos anestésicos es menor. (Para mayor información, ver el *Apéndice A: Comparación entre los métodos de tratamiento del aborto incompleto*.)

Costo

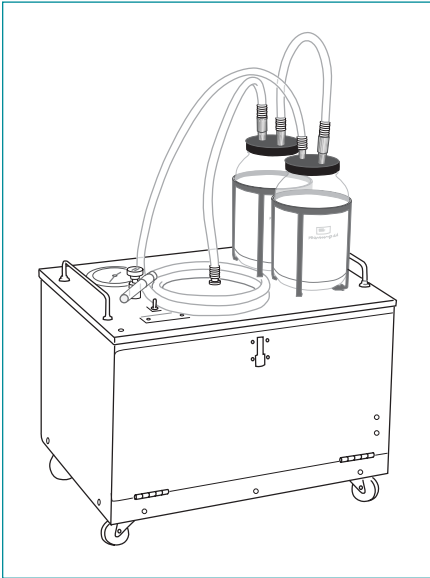
La AEU puede resultar muy rentable cuando es practicada en un ámbito de pacientes externas en clínicas o servicios ambulatorios, lo cual requiere el uso de menos recursos del establecimiento de salud, tales como personal, anestesia general, camas hospitalarias y quirófanos. Los ahorros a consecuencia del uso de la AEU pueden transmitirse del establecimiento de salud a las pacientes.

Aceptación por las pacientes

La AEU es bien aceptada por las mujeres. En la mayoría de los casos, la AEU requiere bajos niveles de manejo del dolor. Por lo general, basta con colocar anestesia local (bloqueo paracervical) y administrar analgésicos por vía oral. Además, se pueden usar palabras reconfortantes y, si es necesario, una sedación leve o superficial, lo cual permite que la paciente permanezca despierta y consciente de lo que está sucediendo durante el procedimiento. Dado que requiere niveles más bajos de medicamentos para el dolor, el tratamiento de APA con la AEU puede proporcionarse en ámbitos de pacientes externas, y las mujeres suelen preferir esta opción a una estancia hospitalaria.

2.1 — Aspiración manual endouterina (AMEU)

Respaldata por la FIGO y la Confederación Internacional de Matronas (ICM, por sus siglas en inglés), la OMS, junto con la UNFPA, el UNICEF y el Banco Mundial, considera la AMEU como una tecnología esencial para la evacuación endouterina. (Para mayor información sobre la AMEU, ver los módulos Datos y características del instrumental y Procedimiento de evacuación endouterina.)



Máquina de AEEU

En el tratamiento de APA, la AMEU es utilizada principalmente para la evacuación endouterina en el primer trimestre. Para practicar el procedimiento de AMEU, se introduce una cánula del tamaño correspondiente (según la altura uterina) en el útero. En seguida, un aspirador manual de plástico de 60 cc, que está cargado con el vacío, se conecta a la cánula. El vacío se libera al oprimir los botones en el aspirador y la cánula se gira delicada y lentamente mientras que se desplaza hacia adelante y hacia atrás en el útero. El aspirador sirve como fuente del vacío para aspirar los restos ovulares a través de la cánula hacia el interior del cilindro del aspirador.

La AMEU, recomendada por la OMS como el método preferido para el tratamiento de APA, es segura y eficaz. Dado que la AMEU no requiere electricidad, puede utilizarse en zonas rurales descentralizadas que cuentan con un suministro de electricidad intermitente, por ende aumentando el acceso de las mujeres a la atención médica. Como con la AEU en general, los servicios de AMEU pueden ser prestados en una clínica o en un servicio de pacientes externas, que requiere menos recursos y disminuye el costo del tratamiento. En lugares donde se puede reutilizar el instrumental, el costo por cada procedimiento puede ser relativamente bajo. El aumento en la disponibilidad local de la atención médica y la disminución del tiempo de espera para recibir tratamiento hacen de la AMEU un método aceptado por muchas mujeres. Asimismo, la AMEU no produce mucho ruido durante el procedimiento de evacuación endouterina, lo cual es algo que algunas mujeres encuentran más aceptable que el ruido producido por el procedimiento de AEEU.

2.2 — Aspiración manual endouterina (AEEU)

La AEEU puede ser empleada en el tratamiento de APA por personal clínico capacitado adecuadamente en el primer y segundo trimestre de la gestación. En la AEEU, una cánula (por lo general con un diámetro de 7 a 12 mm) se introduce en el útero y se conecta mediante un tubo a una bomba eléctrica o máquina de succión. Luego, se cierra la válvula de la manguera con el pulgar, se prende la máquina y se rota la cánula deslizándola hacia adelante y hacia atrás, hasta que

todos los restos ovulares (RO) son aspirados hacia el interior de un recipiente de cristal que se encuentra al final de la manguera.

Dado que el costo inicial de una máquina de AEEU es elevado; las máquinas de AEEU, por lo general, son utilizadas en lugares centralizados donde se atiende un gran número de casos. La AEEU es menos apropiada para lugares donde el suministro de electricidad es intermitente. Además, es aceptada por la mayoría de las mujeres, aunque algunas se atemorizan con el zumbido o retumbo de la bomba eléctrica.

Riesgos y efectos secundarios de los métodos de evacuación endouterina

Los posibles efectos secundarios de los procedimientos de evacuación endouterina son:

- cólicos abdominales
- náuseas leves a moderadas
- vómito
- dolor
- sangrado similar al de una menstruación

Aunque ocurren rara vez, entre las posibles complicaciones de los procedimientos de AEU y LUI figuran:

- evacuación incompleta
- reacción vagal
- lesión cervical o uterina, como perforación/laceración
- infección pélvica
- complicaciones de la anestesia
- sepsis
- hemorragia
- hematómetra aguda

Algunas de estas afecciones pueden llevar a infertilidad secundaria, graves lesiones y, en algunos casos, a la muerte.

El riesgo de complicaciones graves es más elevado para los procedimientos de evacuación endouterina en el segundo trimestre que para aquellos que se practican en el primer trimestre, aunque el tratamiento es muy seguro cuando es efectuado por profesionales de la salud capacitados y calificados.

Precauciones

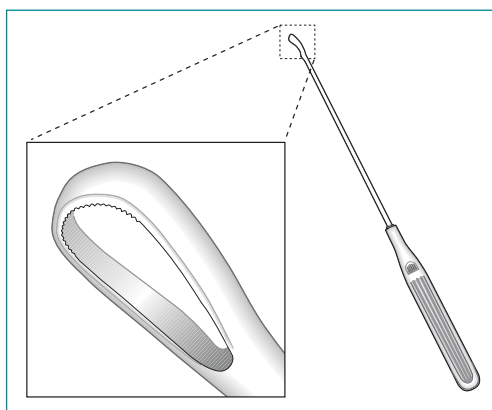
Antes de practicar el procedimiento de aspiración endouterina, debe tratarse de inmediato toda entidad que amenace la vida de la paciente, tales como shock, hemorragia, infección cervical o pélvica, sepsis, perforación y lesión abdominal, las cuales pueden presentarse en los casos de aborto incompleto o de aborto clandestino. La aspiración/evacuación endouterina suele ser un importante componente del manejo definitivo en estos casos y, una vez estabilizada la paciente, no debe postergarse dicho procedimiento. Al proporcionar atención médica a la paciente, debe tenerse en cuenta si tiene historia de discrasias sanguíneas.

Dilatación y evacuación (D&E) para el tratamiento de las complicaciones del aborto en el segundo trimestre

En los casos de tratamientos de APA suministrados en gestaciones mayores de 12 semanas a partir de la FUM, es posible que los RO ya hayan sido expulsados parcialmente o que aún se encuentren dentro del útero.

En general, la D&E requiere:

- * Más dilatación que para los procedimientos practicados en las etapas iniciales del embarazo, usando dilatadores mecánicos, medicamentos como el misoprostol, o una combinación de ambos. Por lo general, lo mejor es preparar el cuello uterino primero, si aún no está abierto.
- * Prestadores de servicios con capacitación y habilidades especiales. Una vez se haya preparado el cuello uterino y se hayan administrado los medicamentos para el manejo del dolor, los prestadores de servicios de salud con destreza para hacerlo, pueden efectuar un procedimiento de D&E en aproximadamente 10 a 30 minutos. La paciente normalmente se recupera dentro de la primera hora o un poco más y es dada de alta.
- * Manejo farmacológico del dolor, tal como sedación leve y, ocasionalmente, anestesia general.
- * Establecimientos ambulatorios solamente, lo cual permite que las mujeres no sean sometidas a largas estancias hospitalarias y disminuye los costos.



Cureta metálica

3.0 — Legrado uterino instrumental (LUI)

Descripción

El legrado uterino instrumental, también conocido como dilatación y curetaje, consiste en dilatar el cuello uterino y después utilizar una cureta metálica afilada para raspar las paredes uterinas. Durante el procedimiento, la paciente normalmente recibe anestesia general o regional, o una sedación que puede variar de superficial a profunda. En el tratamiento de las complicaciones del aborto, el LUI es utilizado tanto en el primer trimestre como en el segundo. La OMS recomienda que, dado que el legrado uterino instrumental acarrea más riesgos, debe emplearse sólo en casos que no se disponga de AEU. La OMS insta a los administradores de salud a hacer todo lo posible por sustituir el legrado uterino instrumental por la AEU.

Seguridad y eficacia clínica

Por lo general, la práctica del legrado uterino instrumental implica mayores tasas de complicaciones que la AEU, tales como hemorragia, infección pélvica, lesión cervical o perforación uterina.

Costo

El legrado uterino instrumental normalmente es practicado en un quirófano, bajo anestesia general, con estancia hospitalaria. Por tanto, resulta más costoso que la AEU. Si la sala de operaciones sólo está disponible de manera limitada para practicar los procedimientos de evacuación endouterina, los retrasos en el tratamiento de APA pueden implicar una atención médica costosa, como la administración de antibióticos por vía IV y una estancia hospitalaria prolongada. Los costos del tratamiento de un aborto incompleto son considerablemente más elevados cuando el hospital opta por emplear el legrado uterino instrumental.

Aceptación por las pacientes

La técnica de legrado uterino instrumental necesita dosis medicamentosas más elevadas para el manejo del dolor, como anestesia general. Tales dosis suelen implicar estancias hospitalarias o clínicas más largas, lo cual podría ser una inconveniencia para las mujeres. Además, los riesgos de complicaciones del método lo hacen menos aceptado por las pacientes.

Comparación entre la aspiración endouterina y el legrado uterino instrumental

Aspiración endouterina

- Uso de succión para aspirar el contenido del útero, disminuyendo el riesgo de perforación uterina
- Dilatación cervical mínima
- Se puede utilizar analgesia, palabras reconfortantes, sedación superficial y/o anestesia local
- Puede ser efectuada por un ginecólogo, un médico general, una obstetra u otro profesional de la salud capacitado
- Procedimiento ambulatorio, lo cual disminuye la necesidad de estancia hospitalaria

Legrado uterino instrumental

- Raspado con una cureta metálica grande y afilada, lo cual aumenta el riesgo de perforación uterina
- Dilatación mecánica a menudo requerida para permitir el paso de la cureta
- Con frecuencia se utiliza sedación profunda, analgesia, y/o anestesia general
- Normalmente efectuado exclusivamente por un ginecólogo o por un médico general capacitado en la técnica
- Procedimiento practicado en un quirófano, con hospitalización frecuente

4.0 — Medicamentos o métodos farmacológicos

Descripción

Creado para el tratamiento de enfermedades del tracto gastrointestinal, el misoprostol es el análogo sintético de una prostaglandina, que también tiene el efecto de ablandar o madurar el cuello uterino y estimular contracciones uterinas. Es utilizado comúnmente para inducir el trabajo de parto y es reconocido por su uso junto con la mifepristona para inducir un aborto. Actualmente, el misoprostol es el objeto de estudios para ser usado en diversas indicaciones terapéuticas tanto en obstetricia como en ginecología, incluida la APA. El misoprostol puede ser administrado por vía oral, vaginal o rectal. El producto es estable a temperatura ambiente y tiene una larga durabilidad. Estos factores lo hacen, potencialmente, un agente muy útil para la prestación de servicios de APA.

Hoy en día, el misoprostol se encuentra registrado en más de 80 países para indicaciones gastrointestinales. Aunque se supone que esté disponible hasta cierto grado en todos esos países, existen grandes disparidades regionales en su disponibilidad, con un acceso relativamente limitado en muchas partes de África y en Asia meridional.

Seguridad y eficacia clínica

Hasta la fecha, se ha mostrado que el misoprostol es eficaz para el tratamiento del aborto diferido. Asimismo, se está estudiando la seguridad y eficacia clínica de este medicamento para el tratamiento del aborto incompleto, y los resultados preliminares son positivos. No obstante, muchos de los estudios realizados hasta ahora han sido pequeños y sus resultados difíciles de comparar, y se han centrado en mujeres saludables y clínicamente estables, en lugares donde ha sido posible monitorearlas de cerca con ecografía y otra tecnología. El uso del misoprostol no es aconsejado en casos donde un retraso en el procedimiento de evacuación endouterina podría añadir considerable riesgo a la vida o salud de la mujer. En dichos casos, la AEU es el método de tratamiento preferido.

Actualmente se están estudiando los efectos secundarios y riesgos específicos del tratamiento de las complicaciones del aborto con misoprostol. Entre los efectos secundarios frecuentes figuran: vómito, náuseas, diarrea, dolor abdominal, escalofríos, temblores y fiebre. Estos efectos varían según la dosis y vía de administración. Es importante recalcar que mientras más elevada es la edad gestacional, mejor responde el útero a la acción del misoprostol.

Los prestadores de servicios de salud deben ser conscientes de que, en algunos lugares, las mujeres usan el misoprostol sin supervisión médica para interrumpir un embarazo no deseado. Las dosis excesivas tomadas en gestaciones avanzadas pueden causar ruptura uterina. Asimismo, si el embarazo continúa después que la mujer intenta inducir un aborto con misoprostol, puede que el feto desarrolle síndrome de Mobius, defectos de las extremidades u otras malformaciones congénitas.

Costo

Aún no se ha determinado el costo de usar misoprostol para el tratamiento de las complicaciones del aborto. A pesar de que el medicamento en sí no es caro, el costo será determinado por el esquema clínico específico usado, la tecnología utilizada para monitorear y confirmar la evacuación completa y el costo de repetir

Manejo expectante

Un aborto espontáneo puede llevar a una expulsión parcial de los restos ovulares (RO), o aborto incompleto. No obstante, el aborto espontáneo suele resolverse por sí solo y, con el tiempo, la expulsión se finaliza de manera natural, sin necesidad de una intervención. El acto de permitir que este proceso siga un curso natural con monitoreo de cerca para garantizar la expulsión completa de todos los RO es conocido como manejo expectante. La paciente debe tener acceso a servicios urgentes en caso de que surjan complicaciones durante este período de monitoreo.

El manejo expectante debe tomarse en consideración únicamente en casos de aborto espontáneo sin complicaciones, en lugares donde se dispone de recursos como ecografía y de un laboratorio para medir las HCG.

la evacuación del útero si es necesario. La duración del tiempo que la mujer debe permanecer en el establecimiento de salud para ser monitoreada para confirmar la obtención de una evacuación endouterina completa puede causar costos adicionales.

Aceptación por las pacientes

No hay suficientes datos para realizar sólidas conclusiones respecto a la aceptación del misoprostol para la APA. Sin embargo, los resultados preliminares de estudios recientes indican que las mujeres están satisfechas con el método. Como con cualquier otro asunto de salud reproductiva, mientras más amplia es la gama de métodos a escoger, mayor es la aceptación de la intervención.

5.0 —Resumen

- Existen varios métodos para la evacuación endouterina, tales como: la aspiración endouterina, el legrado uterino instrumental, la dilatación y evacuación y los métodos medicamentosos o farmacológicos.
- Al determinar qué método utilizarán para la evacuación endouterina, los profesionales de la salud deben tener en cuenta los siguientes factores: el estado clínico y las preferencias de la mujer; la disponibilidad de equipo, suministros y personal calificado; y las evidencias médicas y científicas actualmente disponibles.
- La AEU es el método recomendado para la evacuación endouterina en el primer trimestre.
- Siempre que sea posible, se debe usar la AEU en vez del legrado uterino instrumental.
- El misoprostol es prometedor para el tratamiento del aborto diferido. Para el tratamiento del aborto incompleto, su uso continúa siendo objeto de estudios.
- El manejo expectante puede ser un método eficaz para monitorear la progresión de una evacuación endouterina natural en lugares con recursos adecuados.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

- Los profesionales de la salud pueden movilizar a las mujeres y a los grupos comunitarios para que aboguen por que los establecimientos de salud ofrezcan servicios de APA en su comunidad y, donde sea posible, distintas opciones de tratamiento.
- Los profesionales de la salud pueden educar a los miembros de la comunidad, a los farmacéuticos y a otras personas que utilizan o preparan medicamentos acerca de las dosis recomendadas y las dosis peligrosas del misoprostol.

Recursos adicionales

Gynuity Health Projects, www.gynuity.org

Ipas. 2004. Tratamiento con el misoprostol en el primer trimestre para el huevo muerto y retenido o aborto diferido.

http://www.ipas.org/publications/es/Medical_Abortion/miso_first_tri_missed_es.pdf (última vez que fue consultado: 15 de septiembre de 2004).

Bibliografía

- Baird, Traci L. y Susan K. Flinn. 2001. *Manual vacuum aspiration: Expanding women's access to safe abortion services*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
- Baird, Traci, M. Virginia Chambers y Charlotte Hord. 1998. Implementación de la atención postaborto. *Recursos técnicos para la atención postaborto, volumen 1*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
- Baird, Traci L., Robert Gringle y Forrest Greenslade. 1995. *AMEU en el tratamiento del aborto incompleto: experiencia clínica y programática*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.
- Bahamondes, Luis. 1992. Informe inédito de viaje a la República de Nicaragua. Preparado para el Banco Mundial, Septiembre de 1992.
- Balogh, Sandor. 1983. Vacuum aspiration with the Ipas modified gynecologic syringe. *Contraception*, 27(1):63-8.
- Bird, Sheryl Thorburn, S. Marie Harvey, Mark D. Nichols y Alison Edelman. 2001. Comparing the acceptability of manual vacuum aspiration and electric vacuum aspiration as methods of early abortion. *Journal of the American Medical Women's Association*, 56(3):124-6.
- Blum, Jennifer, Surasek Taneepanichskul, Orawan Kiriwat, Andrew Weeks, Godfrey Alia, Nguyen Thi Nhu Ngoc, Kelly Blanchard, Nucharee Svirirojana y Beverly Winikoff. 2002. *Misoprostol for the treatment of incomplete abortion*. Presentado en la reunión anual de la Asociación Americana de Salud Pública (*American Public Health Association*), Filadelfia.
- Blumenthal, P.D. y Remsburg, R.E. 1994. A time and cost analysis of the management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 45:261-7.
- Cáceres, Gloria Higuera, Germán Riaño Gamboa, Marco A. Hernández y Guillermo López Escobar. 1981. *Hospital management of incomplete abortion: Comparative study of dilation and curettage versus vacuum aspiration*. Bogotá, Colombia, Corporación Centro Regional de Población.
- Cates Jr., Willard, David Grimes y Kenneth F. Schultz. 2000. Abortion surveillance at CDC: Creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventative Medicine*, 19 (Suplemento 1):12-7.
- Clark, S., J. Blum, K. Blanchard, L. Galvão, H. Fletcher y B. Winikoff. 2002. Misoprostol use in obstetrics and gynecology in Brazil, Jamaica, and the United States. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 76:65-74.
- Creinin, Mitchell. 2000. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 62:117-24.
- Dalton, Vanessa K. y Laura Castleman. 2002. Manual vacuum aspiration for treatment of early pregnancy loss. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*, 22(19): 1-6.
- Do, Hieu Trong, Ng Le Quan, Suong Bui, Thuy Thanh Le y Tri Manh Nguyen. 1998. *Use of double-valve syringe for first-trimester induced abortions at the Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital*. Inédito.
- El Kabarity, H, S. Abo Louz, A. El Etribi, M. Yehya y A. Ellian. 1985. *Suction abortion versus traditional evacuation in the management of incomplete inevitable abortions*. Trabajo inédito presentado en la Facultad Internacional de Cirujanos (International College of Surgeons), Quinta Federación Africana, El Cairo.
- FIGO/WHO Task Force, Cemicamp. 1997. *Abortion: A professional responsibility for obstetricians and gynecologists*. Campinas, Brasil: Informe Final del Taller, marzo de 1997.
- Forna, F. y A.M. Gülmezoglu. 2002. Surgical procedures to evacuate incomplete abortion (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford, Inglaterra: Update Software.
- Freedman, Mary Anne, et al. 1986. Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 76(5):550-4.
- Gabbe, Steven G., Jennifer R. Niebyl, Joe Leigh Simpson y George J. Annas. 1996. *Obstetrics: Normal and problem pregnancies, tercera edición*. Nueva York, Churchill Livingstone.

- Gabbe, Steven G. 2002. *Obstetrics: Normal and problem pregnancies, cuarta edición*. Nueva York, Churchill Livingstone.
- Geyman, John P., Lynn M. Oliver y Sean D. Sullivan. 1999. Expectant, medical, or surgical treatment of spontaneous abortion in first trimester of pregnancy? A pooled quantitative literature evaluation. *Journal of the American Board of Family Practice* 12(1):55-64.
- Goldberg, Alisa B., Mara B. Greenberg y Philip D. Darney. 2001. Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1):38-47.
- Greenslade, Forrest C., Ann H. Leonard, Janie Benson, Judith Winkler y Victoria L. Henderson. 1993. *Manual vacuum aspiration: A summary of clinical and programmatic experience worldwide*. Carboro, Carolina del Norte, IPAS.
- Grimes, David, Kenneth F. Schultz, Willard Cates Jr. y Carl W. Tyler. The joint program for the study of abortion/CDC: A preliminary report. En Hern, W. y B. Andrikopolous, revisores. *Abortion in the seventies*. Nueva York, National Abortion Federation.
- Grimes, David y Willard Cates Jr. 1979. Complications from legally induced abortion: A review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 34(3):177-91.
- Hakim-Elahi, E, Harold M. Tovell y Michael S. Burnhill. 1990. Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 76(1): 129-35.
- Hemlin, Johan y Bo Möller. 2001. Manual vacuum aspiration, a safe and effective alternative in early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(6): 563-7.
- Hill, David A. 1971. Management of incomplete abortion with vacuum curettage. *Minnesota Medicine*, Marzo: 225-8.
- Ipas. 2004. *Misoprostol for first-trimester missed abortion: Clinical practice notes*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
- Johnson, Brooke R., Janie Benson, Janet Bradley y Aurora Ordonez Rábago. 1993. Costs and resources utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science Medicine*. 36(11): 1443-53.
- Jowett, Matthew. 2000. Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 53(3): 201-28.
- King, Timothy D.N. Janie Benson y Karen Stein. 1998 *Comparing the cost of postabortion care in Africa and Latin America: The Data PAC project*. Global Meeting on Postabortion Care: Advances and Challenges in Operations Research. Del 19 al 21 de enero de 1998. Population Council, Nueva York.
- Kizza, A.P.M. y K.O. Rogo. 1990. Assessment of the manual vacuum aspiration (MVA) equipment in the management of incomplete abortion. *East African Medical Journal*, 67:812-22.
- Laufe, Leonard. 1977. The menstrual regulation procedure. *Studies in Family Planning*, 8(10):253-6.
- Lewis, Jo Ann Henderson, para Ernesto Moran Cáceres. 1979. Management of incomplete abortion: Completion by vacuum aspiration and by sharp curettage – inpatient and outpatient procedures. Preparado para el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Lukman, H.Y. y D. Pogharian. 1996. Management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration in comparison to sharp metallic curette in an Ethiopian setting. *East African Medical Journal*, 73: 598-603.
- Mahomed, K., J. Healy y S. Tandon. 1994 A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 46:27-32.
- Malla, Kasturi, Savitri Kishore, Saraswati Padhye, Richard Hughes, Monia Kerrigan, Noel McIntosh y Linda Tietjen. 1996. Establishing postabortion care services in Nepal. Baltimore, JHPIEGO.
- Marshall, Byrne R. 1971. Emergency room vacuum curettage for incomplete abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 6(4): 177-8

- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra, OMS.
- . 2000. *Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Ginebra, OMS
- . 1994. *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Maternal Health and Safe Motherhood Program, Division of Family Health. Ginebra, OMS. (WHO/FHE/MSM/94.1)
- Panadian, Z., P. Ashok, y A. Templeton. 2001. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(2):213-4.
- Peretz, A, S. Grunstein, J.M. Brandes y E. Paldi. 1967. Evacuation of the gravid uterus by negative pressure (suction evacuation). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 98(1).
- Schuler, Lavinia, Anne Pastuszak, Maria Teresa V. Sanseverino, Ieda Maria Orioli, Decio Brunoni, Patricia Ashton-Prolla, Fabricio Silva da Costa, Roberto Giugliani, Aline Mallman Couto, Suzan Brancher Brandao y Gideon Koren. 1999. Pregnancy outcome after exposure to misoprostol in Brazil: A prospective, controlled study. *Reproductive Technology*, 13(2):147-51.
- Stewart, F.H., T.A. Weitz, N. Wilcox y J. Tracey. De próxima aparición. *Abortion provider training manual*. San Francisco, UCSF Center for Reproductive Health Research and Policy.
- Vázquez J. C., M. Hickey y J. P. Neilson. 2001. Medical management for miscarriage (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Número 2*. Oxford, Inglaterra, Update Software.
- Velázquez, Jaime Fuentes, Eduardo Wrooman, Ricardo Pérez Cuevas, Braulio Otero Flores y Arturo Cardona Pérez. 2001. Evaluación de la introducción de aspiración manual endouterina en hospitales del IMSS. *Revista Médica del IMSS*, 39(5):393-401.
- Verkuy, D.A.A. y C.A. Crowther. 1993. Suction v. conventional curettage in incomplete abortion. *South African Medical Journal*, 83:13-15.
- Westfall, John M., Aris Sophocles, Holly Burggraf y Sarah Ellis. 1998. Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Archives of Family Medicine*, 7(6):559-62.
- Westfall, John M., Ann O'Brien-González y Gwyn Barley. 1998. Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health*, 7(8): 991-5.
- Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. Estados Unidos, Consorcio de Atención Postaborto.
- Yordy, Laura, Ann Hogan Leonard y Judith Winkler. 1993. *Guía práctica para la aspiración manual endouterina*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.

Apéndice A: Comparación entre los métodos de tratamiento del aborto incompleto

Estudio	Diseño	N = AEU y LUI	Edad gestacional	Complicaciones*		Eficacia
				AEU	LUI	
Hill 1971	De cohorte	100/129	12 semanas	Retención de tejido: 0.01% Infección: 0% Perforación uterina: 0% Fiebre: 0% Tasa de transfusión: 17%**	Retención de tejido: 0% Infección: 9% Perforación uterina: 0% Fiebre: 9% Tasa de transfusión: 23%**	Eficacia equivalente Con el uso de la AEU, se presentó menor sangrado, menos casos de fiebre y menos casos de infecciones.
Henderson Lewis 1979	Aleatorio controlado	223/235	14 semanas	Por lo menos 1 complicación: 47.1%	Por lo menos 1 complicación: 55.4%	Eficacia equivalente La AEU tuvo una tasa un poco más baja de complicaciones; en ambos grupos la tasa de complicaciones fue inaceptablemente alta
Caceres et al. 1981	Doble ciego, aleatorio controlado	301/298	15 semanas	Retención de RO: 0% Sangrado abundante: 0.7%** Perforación uterina: 0.3% Vómito/convulsiones: 2.6% Fiebre: 4.6%	Retención de RO: 0.3% Sangrado abundante: 0.3%** Perforación uterina: 0% Vómito/convulsiones: 1.0% Fiebre: 2.3%	Eficacia equivalente Las diferencias en el tipo de complicaciones fueron muy pequeñas
El Kabarity et al. 1985	De cohorte	100/100	18 semanas	Laceración cervical: 0% Perforación uterina: 0% Sangrado abundante: 9%**	Laceración cervical: 2% Perforación uterina: 0% Sangrado abundante: 28%**	Con el uso de la AEU, se presentó menor sangrado
Kizza y Rogo 1990	De cohorte	300/285	16 semanas	Evacuación incompleta: 2.3% Infección: 5.4% Náuseas y vómito: 5.3% Desmayos: 1.3% Perforación uterina: 0%	Evacuación incompleta: 3.5% Infección: 6.0% Náuseas: 0.0% Desmayos: 0.0% Perforación uterina: 0.4%	Eficacia equivalente Complicaciones en 6.6% de los casos de AEU y en 0.4% de los casos de LUI (p<0.0001)
Verkuyl y Crowther 1993	Estudio aleatorio controlado	179/178	< 18 semanas	Evacuación incompleta: 1.1% Hemorragia intraoperatoria: 19.2 ml ** Perforación uterina: 0% Infección: 1.1%	Evacuación incompleta: 1.9% Hemorragia intraoperatoria: 36.3 ml ** Perforación uterina: 0.56% Infección: 3.9%	Eficacia equivalente Con el uso de la AEU, se presentó una tasa más baja de hemorragia intraoperatoria ** (p < 0.0001) Otras complicaciones NS

Estudio	Diseño	N = AEU y LUI	Edad gestacional	Complicaciones*		Eficacia
				AEU	LUI	
Mahomed et al 1994	De cohorte	834/589	12 semanas	Evacuación incompleta: 0% Perforación uterina: 0% Sangrado abundante: 0.2%** Trauma cervical: 0.2%	Evacuación incompleta: 0.7% Perforación uterina: 0.2% Sangrado abundante: 0.7%** Trauma cervical: 0.3%	La AEU fue más eficaz (evacuación incompleta: 0%) La AEU y el LUI son igualmente seguros
Lukman y Pogharian 1996	Con control de casos	432/869	12 semanas	Sangrado abundante: 1.4%** Infección: 0.9% Evacuación incompleta: 1.2% Shock: 0.5% Perforación uterina: 0.2% Náuseas y vómito: 3.7%	Sangrado abundante: 1.2%** Infección: 0.7% Evacuación incompleta: .2% Shock: 1.2% Perforación uterina: 0.2% Náuseas y vómito: .3%	La seguridad y la eficacia son iguales en la AEU y el LUI

* Los tipos de complicaciones evaluadas difirieron en cada estudio

** El sangrado abundante no fue definido de manera uniforme entre los diferentes estudios.

Adaptado de Baird et al., 1995; Lukman et al., 1996.

BLANK

Datos y características del instrumental Ipas AMEU Plus

Temas clave en este módulo:

- Características, indicaciones, advertencias y precauciones del instrumental
- Cómo armar y desarmar el aspirador y la cánula
- Cómo iniciar y detener la succión

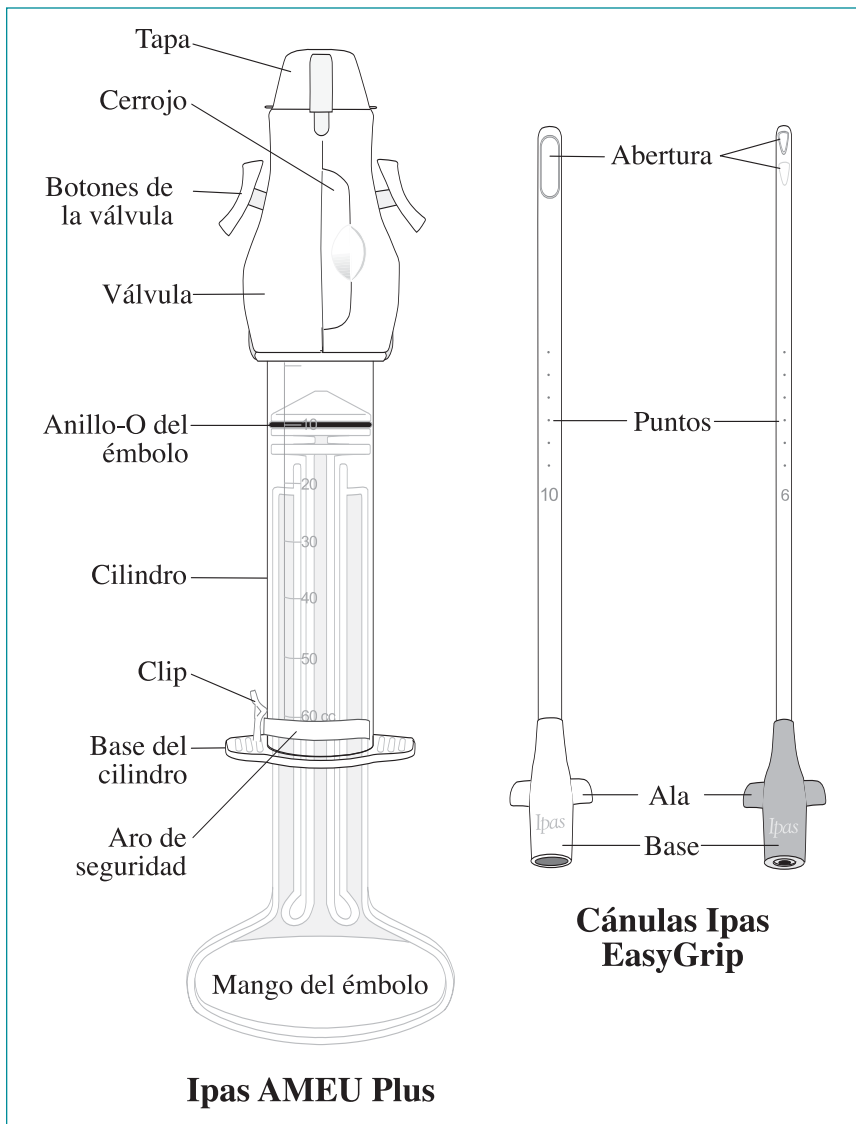
1.0 — Introducción

El instrumental Ipas para la AMEU constituye una tecnología centrada en la mujer, que es segura y eficaz. Puede utilizarse en establecimientos de salud de primer nivel descentralizados, en instalaciones clínicas y en otros ámbitos de salud, lo cual definitivamente es una ventaja para las mujeres que necesitan obtener servicios a nivel local.

Existen varios diseños del instrumental de AMEU creados por diferentes fabricantes, pero todos funcionan básicamente de la misma manera. Ipas fabrica el aspirador AMEU Plus y las cánulas EasyGrip. Como organización sin fines de lucro, Ipas utiliza todos los fondos generados de la venta del instrumental para apoyar sus programas de salud reproductiva.

En este módulo se describen las características del aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip y se proporcionan instrucciones detalladas para su armado, la preparación para su uso y su mantenimiento. Además, se proporciona información sobre su empleo específico y las precauciones que deben tomarse. (Para una comparación completa de las características del instrumental, ver el *Apéndice A: Comparación del instrumental Ipas para la AMEU.*)

2.0 — Descripción del instrumental Ipas para la AMEU



Piezas armadas

2.1 — El aspirador Ipas AMEU Plus

El aspirador Ipas AMEU Plus proporciona un vacío de 24 a 26 pulgadas o de 609.6 a 660.4 mm de mercurio. Y consta de los siguientes componentes:

- una válvula con un par de botones que controlan el vacío, una tapa y un revestimiento desmontable
- un émbolo con mango y un anillo-O
- un cilindro de 60 cc donde se deposita el contenido de la evacuación endouterina, con un clip que sujeta el aro de seguridad
- el aro de seguridad

2.2 — Las cánulas Ipas EasyGrip

Las cánulas Ipas EasyGrip tienen las mismas dimensiones y aberturas (orificios) que las cánulas Karman flexibles. Sin embargo, las cánulas Ipas EasyGrip son un poco más rígidas y tienen una base fija permanente, con diseño de ala. Esta base

permite que la cánula se conecte directamente al aspirador Ipas AMEU Plus sin necesidad de utilizar un adaptador individual.

Las cánulas Ipas EasyGrip vienen en tamaños de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm. Las cánulas más pequeñas (de 4, 5, 6, 7 y 8 mm) tienen dos aberturas en situación opuesta. Las cánulas más grandes (de 9, 10 y 12 mm) tienen una sola abertura de mayor tamaño para permitir la extracción de tejido de mayor grosor. Los puntos impresos en cada cánula se encuentran a intervalos de 1 cm.

Precaución: Elija una cánula de tamaño adecuado de acuerdo a la altura del útero y la dilatación que presenta el cuello uterino. Si se utiliza una cánula demasiado pequeña, podría presentarse una retención de tejido residual o la pérdida de la succión. A continuación se indican los tamaños de cánula recomendados de acuerdo a la altura uterina a partir de la fecha de la última menstruación (FUM):

Altura uterina de 4 a 6 semanas FUM: cánulas de 4 a 7 mm

Altura uterina de 7 a 9 semanas FUM: cánulas de 5 a 10 mm

Altura uterina de 9 a 12 semanas FUM: cánulas de 8 a 12 mm

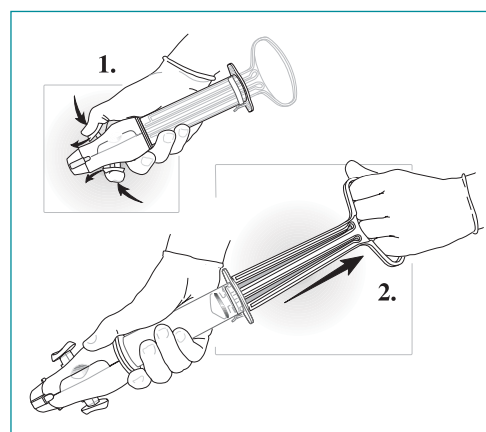
3.0 — Preparación del instrumental

- Inicie con los botones de la válvula abiertos (no oprimidos), el émbolo desplazado completamente dentro del cilindro y el aro de seguridad en su lugar, con las trabas introducidas dentro de los orificios del cilindro.
- Oprima los botones de la válvula hacia abajo y hacia adelante hasta que encajen y queden asegurados en su lugar.
- Cree un vacío halando el émbolo hacia atrás hasta que los brazos del émbolo produzcan un chasquido y se aseguren en posición en los lados amplios de la base del cilindro. Ambos brazos deben estar totalmente extendidos a los lados y asegurados sobre el borde del cilindro. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitirles deslizarse dentro del cilindro, posiblemente inyectando el contenido del aspirador dentro del útero de nuevo. **Nunca tome el aspirador por los brazos del émbolo.**
- Antes de cada uso, verifique la capacidad de retención del vacío permitiendo que el aspirador permanezca sin utilizarse durante varios minutos después de establecer un vacío. A continuación, suelte los botones para liberar el vacío. Deberá oírse la irrupción de un flujo de aire hacia el aspirador, lo cual indica que se conservó un vacío.
- Si no oye la irrupción de aire, mueva el aro de seguridad, saque el émbolo y verifique que su anillo-O no tenga defectos o cuerpos extraños, que esté lubricado adecuadamente y colocado en la ranura. Asegúrese también de que el cilindro esté colocado firmemente en la válvula. Después, cree un vacío y vuelva a probarlo. Si no se conserva el vacío, deseche el aspirador y use otro.
- Seleccione y tenga a mano la(s) cánula(s) adecuada(s).

4.0 — Mantenimiento del instrumental Ipas

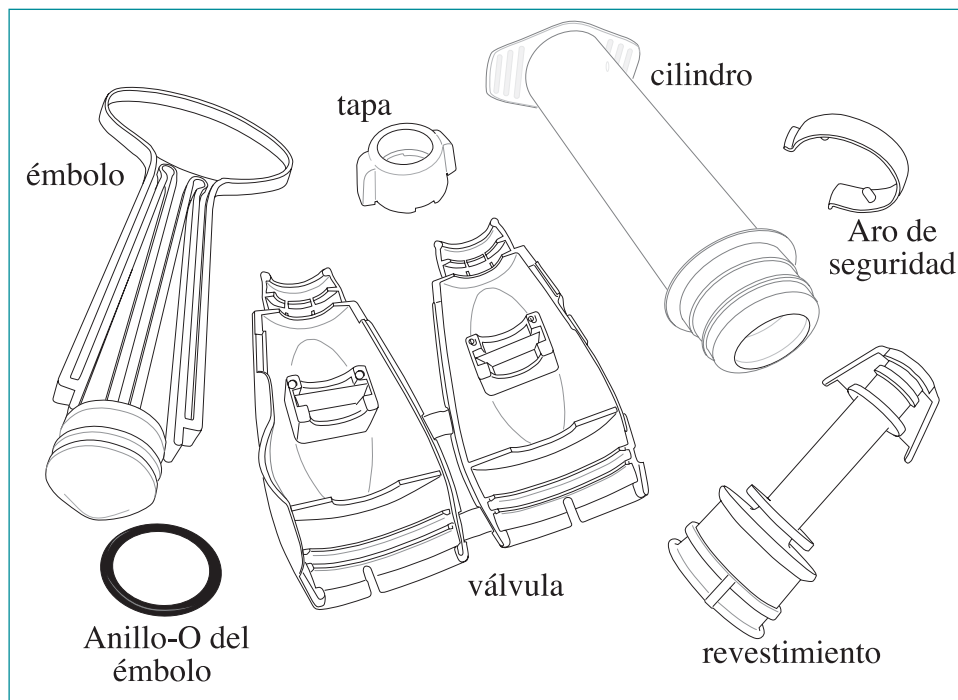
4.1 — Mantenimiento del aspirador Ipas AMEU Plus

El aspirador Ipas AMEU Plus es un dispositivo reutilizable. Puede utilizarse después de lavarse y no tiene que ser esterilizado o sometido a una desinfección de alto nivel después de usarse, puesto que no entra en contacto directo con la paciente.

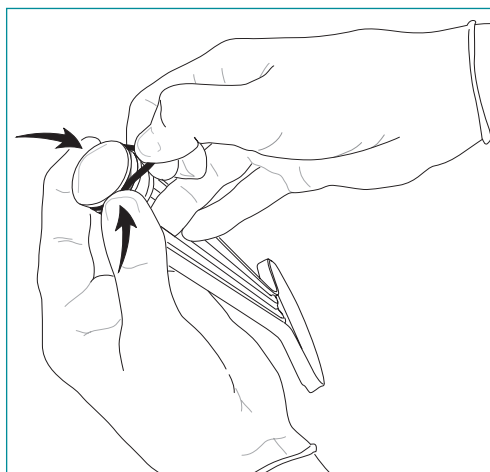


Pasos para el cargado

Después del procedimiento, el aspirador debe mantenerse en remojo hasta que pueda lavarse o procesarse. Puede usarse una solución de cloro al 0.5% como desinfectante. Precaución: El permitir que el instrumental se seque antes de lavarlo dificultaría eliminar completamente todos los contaminantes. (Para mayor información, ver el módulo *Procesamiento del instrumental*.)



Piezas del instrumental de AMEU desarmadas



Retirar el anillo-O

Para desarmar el aspirador para lavarlo:

- Retire la cánula de la válvula girando la base de la cánula y desconectándola de la válvula. Puede agarrar las alas de la cánula para facilitar este paso. No intente retirar la base de la cánula, puesto que es fija.
- Retire el cilindro fuera de la válvula.
- Oprima hacia abajo las trabas que sueltan la tapa para sacar la misma. A continuación, abra el cuerpo de la válvula con bisagras abriendo la abrazadera y retire el revestimiento de la válvula.
- Para desconectar el aro de seguridad, deslícelo lateralmente por debajo del clip de sujeción, o bien desconéctelo por completo del cilindro.
- Retire el émbolo completamente del cilindro.
- Desplace el anillo-O del émbolo apretándolo por los lados y deslizándolo hacia abajo hasta colocarlo en la ranura. No es necesario retirarlo por completo.

El número de veces que se puede reutilizar el aspirador Ipas AMEU Plus varía de acuerdo a su uso y mantenimiento. El aspirador debe desecharse y reponerse cuando se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- el cilindro se vuelve quebradizo o se agrieta
- el cilindro tiene depósitos de minerales que impiden el movimiento del émbolo
- las piezas de la válvula se agrietan, se doblan o se rompen
- los botones están rotos
- los brazos del émbolo no se aseguran
- el aspirador ya no tiene capacidad para conservar el vacío.

Para rearmar el aspirador después de procesarlo:

- Coloque el revestimiento de la válvula en su posición correcta dentro de la misma alineando las ranuras internas.
- Cierre la válvula hasta que encaje en su lugar.
- Coloque la tapa en su lugar en el extremo de la válvula.
- Empuje el cilindro dentro de la base de la válvula.
- Coloque el anillo-O en la ranura del extremo del émbolo y lubríquelo esparciendo una sola gota de lubricante alrededor del anillo-O con la punta del dedo. Para que funcione adecuadamente, el anillo-O del émbolo Ipas debe ser lubricado cuando se rearme el aspirador. Se proporciona silicona, no estéril; también se pueden utilizar otros lubricantes sin base de petróleo.

Precaución: La lubricación en exceso puede causar que el aspirador pierda el vacío. No lubrique el anillo-O en exceso. No lubrique otras piezas del aspirador.

- Apriete los brazos del émbolo y desplácelo completamente dentro del cilindro. Cerciórese de que el émbolo esté recto y no angulado cuando se introduzca en el cilindro.
- Desplace el émbolo hacia adentro y hacia afuera para lubricar el cilindro.
- Inserte las trabas del aro de seguridad en los orificios del cilindro de manera que el émbolo no pueda retirarse del cilindro.

Antes de usar el aspirador, cerciórese siempre de que retenga el vacío. (Para mayor información, ver la sección 3.0 Preparación del instrumental.)

4.2 — Mantenimiento de las cánulas Ipas EasyGrip

Cada cánula es esterilizada con óxido de etileno (OET) después de ser empacada. El tiempo de durabilidad de las cánulas empacadas es de tres años. En Estados Unidos y en varios otros países, las cánulas Ipas son rotuladas para un sólo uso y deben desecharse después de usarse. En lugares donde es permitido por los reglamentos locales, las cánulas pueden ser reutilizadas después de ser esterilizadas o sometidas a una desinfección de alto nivel.

Después del procedimiento, las cánulas Ipas deben mantenerse en remojo hasta que puedan lavarse y procesarse, ya que si se permite que el instrumental se seque antes de lavarse, podría dificultar la eliminación completa de todos los contaminantes. Puede usarse una solución de cloro al 0.5% como desinfectante. (Para mayor información, ver el módulo *Procesamiento del instrumental*.)

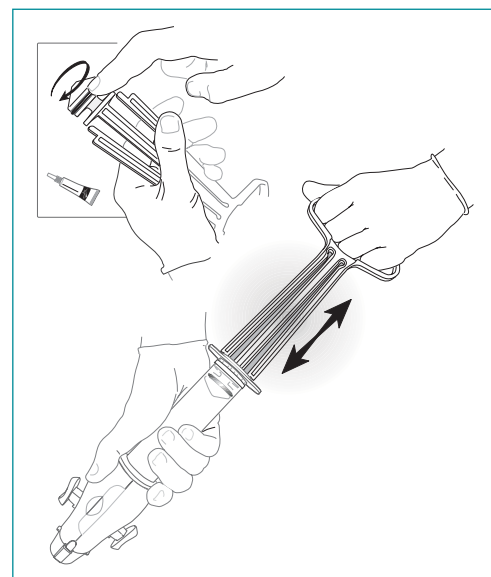
Al igual que con el aspirador, el número de veces que se pueden reutilizar las cánulas Ipas varía de acuerdo a su uso y mantenimiento. Las cánulas deben desecharse y reponerse si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- se vuelven quebradizas
- están agrietadas, torcidas o dobladas, en especial en el sitio de la abertura
- no se puede extraer el tejido al lavarlas

5.0 — Empleo del instrumental de AMEU e información sobre precauciones

5.1 — Empleo e indicaciones

Los aspiradores Ipas AMEU Plus, junto con las cánulas Ipas EasyGrip de hasta 12 mm de grosor, están diseñados para emplearse en el procedimiento de



Pasos de la lubricación

aspiración/evacuación endouterina en pacientes de ginecología y obstetricia. Las indicaciones clínicas para efectuar la aspiración endouterina con este producto son: el tratamiento del aborto incompleto para alturas uterinas de hasta 12 semanas a partir de la fecha de la última menstruación (FUM), la interrupción voluntaria del embarazo practicada en el primer trimestre (regulación menstrual) y la biopsia endometrial.

5.2 — Contraindicaciones

En casos de sospecha de embarazo, no se debe practicar una biopsia endometrial. No se conoce ninguna contraindicación para las otras indicaciones clínicas del procedimiento.

5.3 — Advertencias

Como en cualquier procedimiento de aspiración/evacuación endouterina, puede ocurrir una o más de las siguientes complicaciones durante o después del procedimiento: reacción vagal, evacuación incompleta, lesión o perforación uterina o cervical, infección pélvica o hematómetra aguda. Algunas de estas complicaciones pueden llevar a infertilidad secundaria, a lesiones graves, o incluso a la muerte.

5.4 — Precauciones

Antes de practicar el procedimiento de evacuación endouterina, se debe tratar de inmediato toda afección presente que ponga en riesgo la vida de la paciente. Entre ellas figuran: shock, hemorragia, infección cervical o pélvica, sepsis, perforación o lesión abdominal, las cuales se podrían presentar en los casos de aborto incompleto o de aborto clandestino. La evacuación endouterina suele ser un componente importante del manejo definitivo en estos casos y, una vez estabilizado el estado de la paciente, no se debe postergar el procedimiento. Los antecedentes de discrasias sanguíneas son un factor que se debe tomar en cuenta en el tratamiento médico brindado a la paciente.

El procedimiento de evacuación endouterina no debe practicarse hasta que se haya determinado la altura y posición del útero y del cuello uterino. Los fibromas grandes y las anomalías uterinas pueden dificultar la determinación de la altura uterina y el practicar procedimientos intrauterinos, como la AMEU.

Compra del instrumental Ipas

El instrumental Ipas, incluidos el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip, son distribuidos en numerosos países en todo el mundo por medio de distribuidores comerciales, programas de capacitación y organizaciones de salud reproductiva. Ipas mantiene y amplía constantemente su red de distribuidores tanto comerciales como no comerciales. Para recibir información sobre los distribuidores locales del instrumental de AMEU, o si no existe tal distribuidor en su área, por favor dirijase al:

Servicio de atención al cliente de Ipas
300 Market Street, Suite 200
Chapel Hill, NC 27516 EE.UU.
Tel: 919-960-6453 ó 919-967-7052
Fax: 919-929-7687
Correo electrónico: customerservice@ipas.org
Sitio Web: www.ipas.org

Ipas es una organización sin fines de lucro. Toda ganancia derivada de las ventas ayuda a apoyar el trabajo de Ipas para mejorar la salud reproductiva de las mujeres a nivel mundial.

6.0 — Resumen

- El aspirador Ipas AMEU Plus consta de una válvula, un cilindro de 60 cc y un aro de seguridad.
- Las cánulas Ipas EasyGrip vienen en tamaños de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm, y no necesitan adaptadores individuales.
- En Estados Unidos y en varios otros países, las cánulas Ipas son rotuladas para un sólo uso y deben desecharse después de usarse. En lugares donde lo permiten los reglamentos locales, estas cánulas pueden reutilizarse después de someterse a una esterilización o DAN.
- El aspirador debe desecharse y reponerse si el cilindro se vuelve quebradizo o se agrieta, o si tiene depósitos minerales que impiden el movimiento del émbolo; si las piezas de la válvula están agrietadas, dobladas o rotas; los botones están rotos; los brazos del émbolo no se aseguran en su lugar; o el dispositivo ya no tiene capacidad de conservar el vacío.
- Las cánulas deben desecharse y reponerse si se vuelven quebradizas; si están agrietadas, torcidas o dobladas, en especial en el sitio de la abertura; o si no se puede extraer el tejido al lavarlas.

Bibliografía

- Bahamondes, Luiz. 1992. *Travel report to the Republic of Nicaragua*. Banco Mundial. Inédito.
- Baird, David T., David A. Grimes y Paul F.A. Van Look, eds. 1995. *Modern methods of inducing abortion*. Oxford, UK, Blackwell Science Ltd.
- Baird, Traci L. y Susan K. Flinn. 2002. *Manual vacuum aspiration: Expanding women's access to safe abortion services*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
- Baird, Traci L., Robert E. Gringle y Forrest C. Greenslade. 1995. *MVA in the treatment of incomplete abortion: Clinical and programmatic experience*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.
- Balogh, Sandor. 1983. Vacuum aspiration with the Ipas modified gynecologic syringe. *Contraception*, 27(1).
- Bird, Sheryl Thornburn, S. Marie Harvey, Mark Nichols y Alison Edelman. 2001. Comparing the acceptability of manual vacuum aspiration and electric vacuum aspiration as methods of early abortion. *Journal of the American Medical Women's Association*, 56:124–126.
- Blumenthal, Paul D. y R.E. Remsburg. 1994. A time and cost analysis of the management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 45:261.
- Castleman, Laura y Carol Mann. 2002. *Manual vacuum aspiration for uterine evacuation: Pain management*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
- Crenin, Mitchell. 2000. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 62:117–124.
- Forna, F. y A.M. Gülmezoglu. 2002. Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford, UK, Update Software.
- Freedman, Mary Anne, David A. Jillson, Roberta R. Coffin y Lloyd F. Novick. 1986. Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 76(5).
- Greenslade, Forrest C., Katie Early McLaurin, Ann H. Leonard, Judith Winkler y Pouri Bhiwandiwala. 1993. Technology introduction and quality of abortion care. *Journal of Women's Health*, 2(27).
- Hemlin, Johan y Bo Moller. 2001. Manual vacuum aspiration, a safe and effective alternative in early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80:563–567.

Johnson, Brooke R, Janie Benson y Beth Leibson Hawkins. 1992. Reduciendo el uso de recursos y mejorando la calidad del tratamiento del aborto con la AMEU. *Adelantos en el Tratamiento del Aborto*, 2(2). Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Johnson, Brooke R., Janie Benson, Janet Bradley y Aurora Rábago Ordonez. Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya. 1993. *Social Science and Medicine*, 36(11):1443–1453.

Johnson, Brooke R., Janie Benson, Janet Bradley, Aurora Rábago Ordonez, Leonard Okoko, Leticia Vazquez Chavez, Paulina Quiroz y Khama Rogo. 1993. Costs of alternative treatments for incomplete abortion. *World Bank Working Papers: Policy, Research, Population, Health and Nutrition*. Washington, DC, Banco Mundial.

Malla, Kasturi, Savitri Kishore, Saraswati Padhye, Richard Hughes, Monica Kerrigan, Noel MacIntosh y Linda Tietjen. 1996. *Establishing postabortion services in Nepal*. Baltimore, MD, JHPIEGO.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. *Integrated Management of Pregnancy And Childbirth (IMPAC). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Ginebra, OMS.

Tietjen, Linda, Debora Bossemeyer y Noel McIntosh. 2003. *Infection prevention: Guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD, JHPIEGO.

Westfall, John M., Aris Sophocles, Holly Burggraf y Sarah Ellis. 1998. Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Archives of Family Medicine*, 7:559–562.

Westfall, John M., Ann O'Brien-Gonzales y Gwyn Barley. 1998. Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health*, 7(8):991–995.

Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. Estados Unidos, Consorcio de Atención Postaborto.

Yordy, Laura, Ann Hogan Leonard y Judith Winkler. 1993. *Guía práctica para la aspiración manual endouterina*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.

Apéndice A: Comparación del instrumental Ipas para la AMEU

En los siguientes cuadros se describen las características del diseño del instrumental y la compatibilidad entre los aspiradores y las cánulas Ipas.

Comparación entre los aspiradores Ipas

Característica	Ipas AMEU Plus	Ipas Doble Válvula	Ipas Válvula Sencilla
Capacidad de retención	60cc	60cc	60cc
Capacidad de succión	24 a 26 pulgadas (609.6 a 660.4 mm) de mercurio	24 a 26 pulgadas (609.6 a 660.4 mm) de mercurio	24 a 26 pulgadas (609.6 a 660.4 mm) de mercurio
Compatibilidad con las cánulas Ipas	<p>Compatible con todos los tamaños de las cánulas Ipas EasyGrip; no se necesita adaptador</p> <p>Compatible con todos los tamaños de las cánulas Karman flexibles; con la cánula de 12 mm, no es necesario utilizar un adaptador individual</p>	<p>Compatible con todos los tamaños de las cánulas Ipas EasyGrip; no se necesita adaptador</p> <p>Compatible con todos los tamaños de las cánulas Karman flexibles; con la cánula de 12 mm, no es necesario utilizar un adaptador individual</p>	<p>No es compatible con las cánulas Ipas EasyGrip</p> <p>Compatible con las cánulas Karman flexibles de 4, 5 ó 6 mm solamente; no es necesario utilizar un adaptador individual</p>
Métodos comunes de procesamiento*	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado solamente • Esterilización con autoclave a vapor durante 30 minutos a 121°C (250°F) a una presión de 106 kPa (15 lbs/pulgada²). NO EXCEDER 121°C (250°F). • Esterilización con glutaraldehído • Desinfección de alto nivel por ebullición • Desinfección de alto nivel con glutaraldehído • Desinfección de alto nivel con cloro 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado solamente • NO ESTERILIZAR EN AUTOCLAVE A VAPOR • Esterilización con glutaraldehído • NO HERVIR • Desinfección de alto nivel con glutaraldehído • Desinfección de alto nivel con cloro 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado solamente • NO ESTERILIZAR EN AUTOCLAVE A VAPOR • Esterilización con glutaraldehído • NO HERVIR • Desinfección de alto nivel con glutaraldehído • Desinfección de alto nivel con cloro
Diseño de la válvula	<p>Para quitar el revestimiento de la válvula, sólo hay que abrir el cuerpo de la válvula con bisagras</p> <p>Válvula con 2 botones</p> <p>Sin anillo-O (sello circular de caucho) en la válvula</p>	<p>El revestimiento de la válvula no es desmontable</p> <p>Válvula con 2 botones</p> <p>Se necesita anillo-O de la válvula</p>	<p>El revestimiento de la válvula es desmontable</p> <p>Válvula con 1 botón</p> <p>Sin anillo-O en la válvula</p>

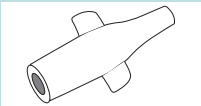
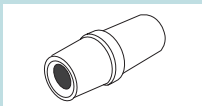
*Cleaning is sufficient for Ipas aspirators because they do not come into contact with the patient. They can be sterilized or HLD if desired.

Comparación entre los aspiradores Ipas

Característica	Ipas AMEU Plus	Ipas Doble Válvula	Ipas Válvula Sencilla
Diseño del cilindro	El aro de seguridad puede desplazarse o quitarse para realizar el procesamiento.	El aro de seguridad debe quitarse para realizar el procesamiento.	El aro de seguridad debe quitarse para realizar el procesamiento.
Diseño del émbolo	El anillo-O del émbolo puede desplazarse o quitarse para realizar el procesamiento. Mango ergonómico	El anillo-O del émbolo puede desplazarse o quitarse para realizar el procesamiento.	El anillo-O del émbolo puede desplazarse o quitarse para realizar el procesamiento.

* Dado que los aspiradores Ipas no entran en contacto con la paciente, basta con someterlos a un buen lavado. Si se desea, pueden ser esterilizados o sometidos a una desinfección de alto nivel.

Comparación entre las cánulas Ipas

Característica	Cánulas Ipas EasyGrip 	Cánulas Karman 
Flexibilidad	Semirrígida	Flexible
Compatibilidad con los aspiradores Ipas	Compatibles con: <ul style="list-style-type: none"> • el aspirador Ipas AMEU Plus (todos los tamaños) • el aspirador Ipas de doble válvula (todos los tamaños) 	Compatible con: <ul style="list-style-type: none"> • el aspirador Ipas AMEU Plus (todos los tamaños) • el aspirador Ipas de doble válvula (todos los tamaños) • el aspirador Ipas de válvula sencilla (las de 4 a 6 mm solamente)
Necesidad de utilizar adaptador individual	No	Sí, excepto con las cánulas de 12 mm
Métodos comunes de procesamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Esterilización con autoclave a vapor durante 30 minutos a 121°C (250°F) a una presión de 106 kPa (15 lbs/pulgada²). NO EXCEDER 121°C (250°F). • Esterilización con glutaraldehído • Esterilización con óxido de etileno • Desinfección de alto nivel por ebullición • Desinfección de alto nivel con glutaraldehído • Desinfección de alto nivel con cloro 	<ul style="list-style-type: none"> • No utilizar en autoclave a vapor • Esterilización con glutaraldehído • Esterilización con óxido de etileno • Desinfección de alto nivel por ebullición • Desinfección de alto nivel con glutaraldehído • Desinfección de alto nivel con cloro
Diseño del adaptador	Base con alas integrada de manera permanente Codificado por color según el tamaño	Cánulas de 4 a 10 mm: adaptador desmontable Cánula de 12 mm: No se necesita un adaptador Codificado por color según el tamaño
Aberturas	2 aberturas a lados opuestos (en las cánulas de 4 a 8mm); una sola abertura amplia (en las cánulas de 9, 10 y 12 mm)	2 aberturas a lados opuestos (en las cánulas de 4 a 8 mm); una sola abertura amplia (en las cánulas de 9, 10 y 12 mm)
Configuración de los puntos	El primer punto queda a 6 cm de la punta de la cánula, los demás siguen a intervalos de 1 cm; todas las cánulas tienen 6 puntos.	El primer punto queda a 6 cm de la punta de la cánula, los demás siguen a intervalos de 1 cm; el número de puntos varía según el tamaño de la cánula.
Tamaños disponibles	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm

BLANK

Prevención de infecciones

Temas clave en este módulo:

- *Elementos esenciales de la prevención de infecciones*
- *Técnicas de asepsia esenciales para los servicios de APA*
- *Exposición ocupacional a la sangre u otros líquidos corporales*

1.0 — Introducción

Hasta hace poco, el objetivo principal de la prevención de infecciones era reducir el número de infecciones adquiridas por los pacientes a consecuencia de los procedimientos clínicos. Sin embargo, en vista del aumento mundial de virus incurables —tales como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual causa el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC) y la fiebre hemorrágica Ebola (FH Ebola)— y otros agentes infecciosos que pueden ser transmitidos en un ámbito clínico, el trabajador de la salud en la actualidad debe velar no sólo por la protección de las pacientes, sino también por la propia, la de sus colegas, su familia y su comunidad.

Las instalaciones de salud son ambientes ideales para la transmisión de infecciones debido a la presencia de un gran número y tipo de agentes infecciosos. Los profesionales de la salud se encuentran expuestos a agentes infecciosos y a materiales contaminados como parte de su trabajo cotidiano, y las pacientes también están expuestas a ellos como consecuencia de las intervenciones de salud a las que deben ser sometidas. Las familias y comunidades también tienen riesgo de exposición cuando las pacientes y sus prestadores de servicios de salud, inadvertidamente, portan infecciones desde el área clínica hasta su casa.

Es responsabilidad del profesional de la salud tomar las medidas correctas y sistemáticas para impedir la propagación de infecciones. La higiene y la aplicación de las técnicas y comportamientos apropiados de prevención de infecciones ayudan a evitar la propagación de las mismas. La mayoría de los profesionales de la salud con capacitación formal conocen bien las técnicas para la prevención de infecciones. La clave para la prevención adecuada de las infecciones es tener la voluntad de aplicar este conocimiento en las condiciones adecuadas. Este módulo se centra en la prevención de las infecciones causadas por patógenos de transmisión hemática, principalmente mediante la exposición a sangre y otros líquidos corporales en los servicios de salud.

2.0 — Transmisión de infecciones

Aunque no sean visibles sin la ayuda de un microscopio, los microorganismos se encuentran sobre el cuerpo y dentro del mismo, en el instrumental y los equipos médicos y en todas las superficies. Cada microorganismo tiene una vía específica de transmisión de una persona a otra. Un patógeno es cualquier microorganismo

que pueda causar una infección y originar una enfermedad. Los patógenos de transmisión aérea se transportan en el aire y los patógenos de transmisión hemática son transmitidos principalmente por la sangre y algunos otros líquidos corporales. Para cada patógeno se deben tomar medidas específicas de prevención, conforme a la forma en que éste es transmitido.

Los patógenos de transmisión hemática son microorganismos presentes en sangre contaminada y en algunos otros líquidos corporales que pueden causar enfermedad en los seres humanos. Las bacterias, los virus, los protozoos, los hongos y los parásitos son ejemplos de patógenos que pueden estar presentes en la sangre o en otros líquidos corporales y pueden causar infección. Entre dichos patógenos figuran los virus como el VIH, VHB, VH y Ebola.

La mayoría de los patógenos de transmisión hemática:

- No pueden ser observados a simple vista;
- Pueden ser transmitidos por medio de la sangre, secreciones, excreciones y algunos otros líquidos corporales;
- Pueden causar infección cuando los líquidos contaminados entran al cuerpo a través de una herida, una úlcera cutánea u otra abertura en la piel o por las mucosas de los ojos, la boca y los genitales;
- Pueden causar enfermedad en los seres humanos sin signos o síntomas manifiestos.

En cualquier momento en el ámbito clínico, los patógenos de transmisión hemática se pueden propagar:

- de una paciente a un trabajador de salud
- de un trabajador de salud a una paciente
- de una paciente a otra paciente
- de un trabajador de salud a otro trabajador de salud
- de un trabajador de salud o establecimiento de salud a los familiares o a los miembros de la comunidad

Los profesionales de la salud suelen exponerse al riesgo de contraer infección con patógenos de transmisión hemática, en particular el VIH y el VHB, mediante lesiones ocasionadas con instrumentos punzo-cortantes y el contacto de sangre con la piel no intacta. Rara vez ocurre la transmisión de patógenos de transmisión hemática, especialmente el VIH, de los trabajadores de salud a los pacientes. Por tanto, las asignaciones de puestos de trabajo no deben basarse en el estado de salud del prestador de servicios de salud sino en sus habilidades y capacidad.

Elementos esenciales de la prevención de infecciones:

- Lavado de manos
- Barreras de protección personal
- Manejo y eliminación adecuada de los instrumentos y artículos punzo-cortantes
- Manejo y procesamiento adecuado de los instrumentos y materiales
- Técnica de asepsia
- Aseo del medioambiente
- Eliminación adecuada de los desechos contaminados

3.0 — Elementos de la prevención de infecciones

Los agentes infecciosos se transmiten de diversas formas. Por tanto, los protocolos para la prevención de infecciones son empleados de manera amplia para evitar todas las infecciones independientemente de sus vías de transmisión. Dado que una persona puede estar infectada y no presentar signos y síntomas manifiestos, se deben tomar precauciones con cada persona. Todos los trabajadores en riesgo de exposición a sangre u otros líquidos corporales deben ser vacunados contra la hepatitis B para disminuir el riesgo de infección.

Se requiere que los profesionales de la salud utilicen las precauciones estándares conocidas como precauciones universales con todas las pacientes puesto que, por lo general, no es aparente quién es portadora de infección y quién no. Las precauciones universales implican medidas para el control de infecciones que están destinadas a bloquear la transmisión entre la persona y los líquidos corporales potencialmente infecciosos; entre ellas figuran el lavado de manos y el uso de barreras como batas, guantes, delantales, máscaras, anteojos protectores, calzado y curitas que cubren las heridas, cuando se prevé que habrá exposición a los patógenos. Las precauciones universales se aplican: a la sangre; a todos los líquidos corporales; a las secreciones y excreciones (excepto el sudor), independientemente de que contengan sangre visible o no; a la piel no intacta; y a las mucosas.

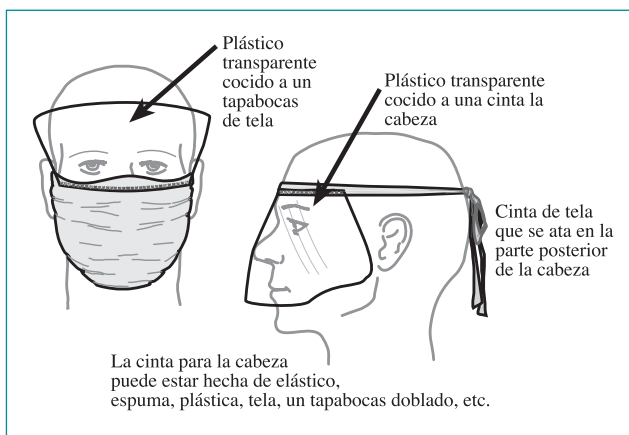
Las precauciones universales deben aplicarse en todas las situaciones donde los profesionales de la salud prevean que habrá contacto con sangre, secreciones, excreciones y otros líquidos corporales. Deben seguirse con todas las pacientes y todos los trabajadores, independientemente de su presunto estado de infección o diagnóstico. No hay ninguna razón por la cual se deba atender de manera diferente a las pacientes y a los trabajadores de salud que padecen enfermedades de transmisión hemática. Los profesionales de la salud deben tratar la sangre y los líquidos corporales de todas las personas como posibles fuentes de infección, sin importar el diagnóstico o el riesgo percibido.

El uso de las precauciones universales minimiza el riesgo de transmisión de patógenos entre el personal de salud y las pacientes. Dichas precauciones están destinadas a minimizar la transmisión de infecciones mediante instrumentos punzo-cortantes contaminados que penetran la piel, o por medio de sangre o líquidos corporales que salpican en los ojos u otras mucosas o entran en el cuerpo a través de una herida o de la piel no intacta.

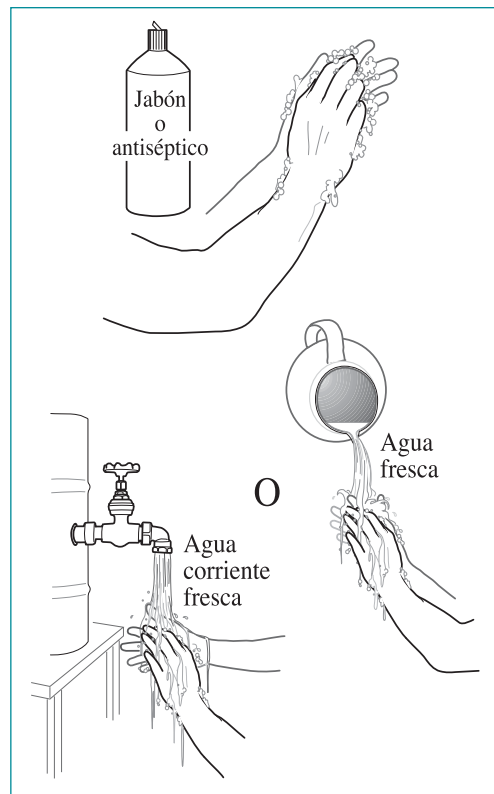
3.1 — Lavado de manos

Las manos son un vehículo muy común de transmisión de infecciones. A menudo olvidado, el lavado de manos es uno de los elementos fundamentales de la prevención de infecciones en un establecimiento de salud. Se debe efectuar de manera rutinaria antes y después del contacto con cada paciente, así como después de todo contacto con artículos posiblemente contaminados, aunque se usen guantes.

Para lavarse bien las manos, se deben frotar la una con la otra utilizando jabón y agua corriente. También se puede utilizar un cepillo para lavarlas minuciosamente. Utilice agua fresca, ya que los microorganismos pueden multiplicarse en los recipientes de agua utilizada por muchas personas. Si no se dispone de agua corriente (de grifo o bomba), una persona puede verter agua fresca de un recipiente, mientras la otra se lava las manos. Dado que las toallas



Máscaras de protección

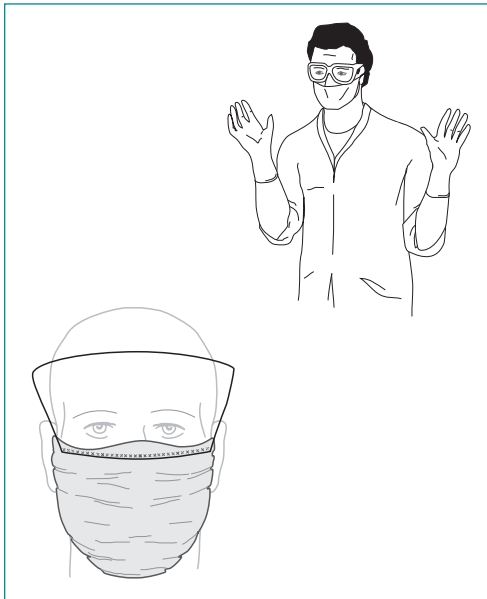


Lavado de manos

compartidas o reutilizadas pueden transmitir patógenos, es mejor cambiar de toalla entre cada lavado o utilizar toallas desechables. Si los recursos del establecimiento son limitados, se puede secar las manos al aire, o se pueden cortar las toallas para hacer varias toallas pequeñas.

3.2 — Uso de barreras de protección personal

Para aminorar el riesgo de infección por medio de limitar la posibilidad de exposición a los microorganismos, los profesionales de la salud pueden utilizar barreras de protección personal, tales como guantes, batas, delantales, zapatos, anteojos, mascarillas o protectores. Siempre que exista la posibilidad de exposición a sangre u otros líquidos corporales, se deben usar las barreras apropiadas.



Barreras de protección personal

Uso adecuado de guantes

- Cámbiese siempre de guantes: para atender a cada paciente; después de todo contacto con un artículo posiblemente contaminado; antes de tocar instrumentos estériles; y al realizar un examen rectal o vaginal.
- Use guantes siempre que saque una muestra de sangre, cuando instale una venoclisis y cada vez que vaya a puncionar un vaso sanguíneo.
- Después de un procedimiento, quítese los guantes y lávese las manos inmediatamente.
- Use guantes (idealmente guantes para servicios generales) durante la limpieza, si existe la posibilidad de que sus manos entren en contacto con sangre u otros líquidos corporales.

3.3 — Manejo y eliminación de instrumentos y objetos punzo-cortantes

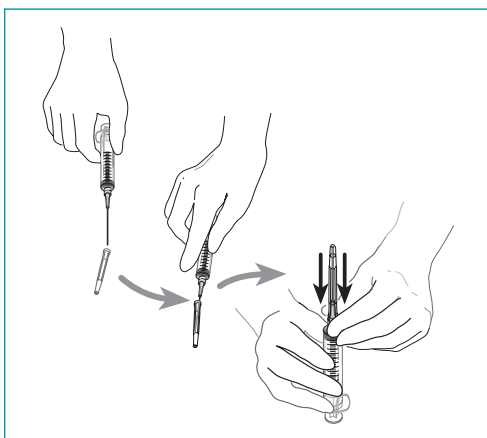
Entre los objetos punzo-cortantes figuran: las agujas hipodérmicas, agujas de sutura, tijeras, tenáculos, vidrio y hojas de bisturí. Dichos objetos representan un riesgo especial de infección para los trabajadores de salud, para las pacientes y para el resto de la comunidad, ya que pueden perforar la piel e introducir patógenos directamente en el torrente circulatorio. El manejo y la eliminación adecuada de estos objetos pueden reducir considerablemente este riesgo.

Manejo adecuado de los objetos punzo-cortantes:

- No porte agujas hipodérmicas consigo.
- Designe un área específica para mantener todos estos objetos durante los procedimientos.
- Anuncie en voz alta la presencia y el paso de cada objeto punzo-cortante.

Si las jeringas deben volverse a tapar para uso repetido durante un procedimiento, use el método siguiente:

- Sujete la jeringa y meta la aguja en la tapa sin tocar la tapa o la aguja con la otra mano.
- Sujete la tapa por su base antes de meter la aguja.
- Nunca ponga los dedos en la punta de la tapa mientras que la coloca en la aguja, puesto que esta última puede perforar la punta de la tapa y pincharle los dedos.



Técnica para tapar la aguja sin sostener la tapa

Desecho adecuado de los objetos punzo-cortantes:

- Deseche estos instrumentos y objetos de manera rápida y segura en los recipientes designados.
- Deseche las agujas y jeringas inmediatamente sin volver a taparlas, desarmarlas, cortarlas o doblarlas.

- Coloque un recipiente para los objetos punzo-cortantes en cada lugar donde se utilicen dichos objetos.

3.4 — Manejo y procesamiento del instrumental y de los materiales

Los microorganismos pueden permanecer vivos en el instrumental y los materiales utilizados durante los exámenes y procedimientos médicos. Los profesionales de la salud deben eliminar los microorganismos del instrumental y los materiales contaminados para evitar que infecten a otras pacientes durante los procedimientos subsiguientes. Para ver las técnicas para la eliminación adecuada de los microorganismos, remítase al módulo *Procesamiento del instrumental*.

3.5 — Técnica de asepsia

Los tres componentes esenciales de la técnica de asepsia para realizar los procedimientos invasivos son:

- la preparación antiséptica
- la técnica de no tocar
- el uso de instrumental procesado adecuadamente

Preparación antiséptica

Todo procedimiento invasivo requiere una preparación antiséptica del sitio de entrada. En el caso de una evacuación endouterina, se debe limpiar el cuello uterino antes de insertar un instrumento en él. Luego, se puede limpiar la vagina si se desea. Las infecciones postoperatorias suelen deberse a la introducción accidental en la cavidad uterina de la flora vaginal habitual.

Antes de seleccionar una solución antiséptica, pregúntele a la mujer si ha presentado reacciones alérgicas a algún tipo de antiséptico en particular. Utilizando una pinza de falsos gérmenes y gasa o algodón, limpie el cuello uterino (y la vagina) con una solución antiséptica a base de agua (no de alcohol), como la Betadina®.

Técnica de no tocar

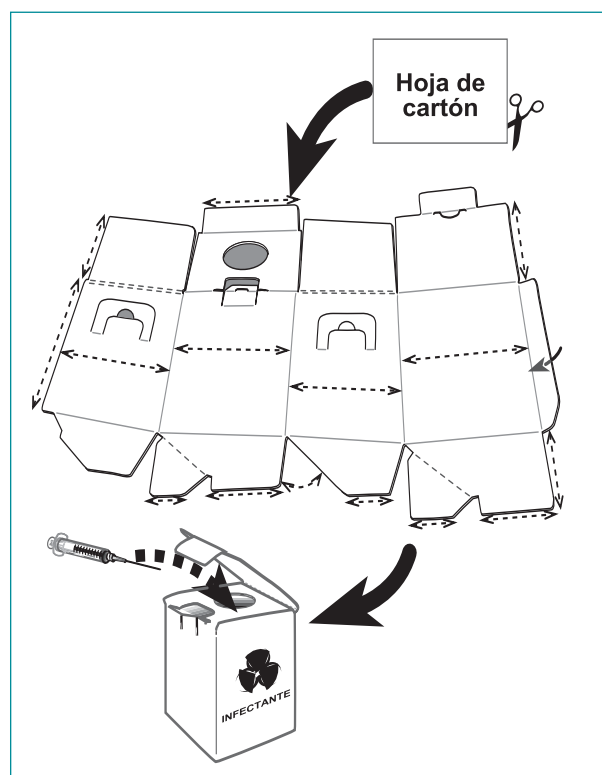
Para evitar la introducción de patógenos durante un procedimiento invasivo, use siempre la técnica de no tocar. Al manejar instrumental estéril, como agujas hipodérmicas y cánulas, sujete siempre el instrumental por el extremo que no entra en contacto con la paciente.

Durante la AMEU, es posible introducir dentro del útero agentes patógenos de origen vaginal o externo. El uso de la técnica de no tocar durante los procedimientos de AMEU significa que ningún instrumento que se introduzca en el útero puede entrar en contacto con superficies contaminadas antes de su inserción a través del cuello uterino. En particular, las puntas del tenáculo, la cánula y el dilatador no deben tocar los guantes del prestador de servicios de salud, las paredes vaginales de la paciente o las zonas no estériles del área donde se coloca el instrumental.

Uso de instrumental procesado adecuadamente

Todo instrumento médico reutilizable debe ser procesado adecuadamente después de la atención de cada paciente. Las técnicas recomendadas se describen en el módulo *Procesamiento del instrumental*.

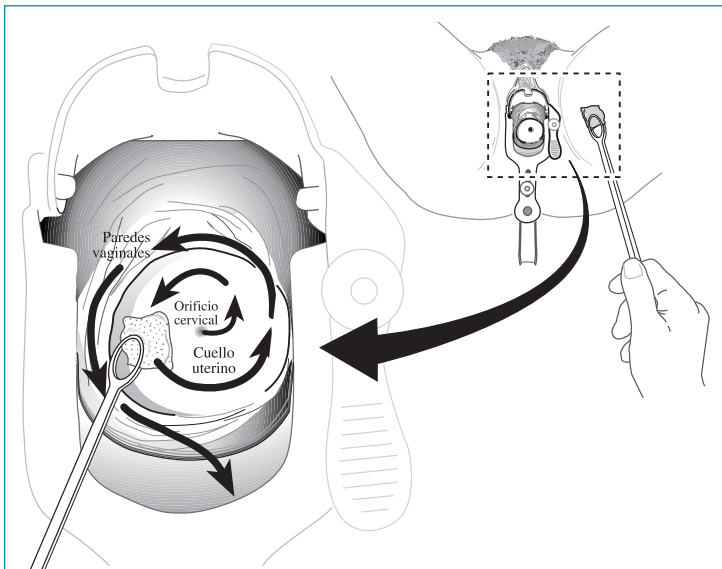
Para mayor información sobre la técnica de asepsia para la evacuación endouterina, vea el módulo *Procedimiento de evacuación endouterina*.



Recipiente para los objetos punzo-cortantes

3.6— Preparación antiséptica del cuello uterino

Las infecciones que surgen después de un procedimiento invasivo o una intervención quirúrgica menor pueden ser causadas por microorganismos que provienen de la paciente. Por ejemplo, los gérmenes presentes en su piel pueden penetrar en un músculo durante la aplicación de una inyección. Por ello, antes de toda intervención, se debe limpiar el área afectada del cuerpo de la paciente con un antiséptico como la Betadina®.



Preparación del cuello uterino

Como se indicó anteriormente en la sección sobre la técnica de asepsia, es fundamental que todo procedimiento de AMEU sea precedido de una técnica antiséptica para eliminar los microorganismos normalmente presentes en la vagina y en el cuello uterino. Cuando no se practica esta precaución, estos microorganismos suelen causar infección al ser introducidos en el útero. Antes de iniciar la AMEU, limpie bien el área perineal con agua y jabón. Enseguida, limpie minuciosamente el cuello uterino con un antiséptico y, por último, la vagina si se desea. No limpie el cuello uterino con la misma gasa que se utilizó para limpiar la vagina.

3.7— Limpieza del ambiente clínico

En un ambiente clínico, todo debe mantenerse limpio y seco, incluidos el instrumental y el equipo. Esta limpieza debe extenderse también a las pacientes y a todas las superficies que los prestadores de servicios de salud podrían tocar con un riesgo de propagación de infecciones.

Todo químico que mate microorganismos es un germicida. Los antisépticos son germicidas más débiles que se utilizan para el aseo de las pacientes. A los germicidas fuertes empleados para limpiar el equipo y procesar el instrumental se les llama desinfectantes. Idealmente, se debe utilizar un desinfectante de una solución de cloro al 0.5% (ver el *Apéndice A: Instrucciones para preparar una solución de cloro al 0.5%*) para limpiar los cuartos y el equipo. Si no se dispone de tal solución, se puede utilizar agua y jabón. Los tratamientos por fumigación o nebulización son no sólo ineficaces contra la propagación de infecciones, sino también tóxicos y costosos.

Al inicio de cada sesión clínica:

- Limpie todas las superficies horizontales (mesas de procedimientos, sillas, carritos, lámparas y mostradores) con un paño limpio.
- Trapee los pisos con un trapeador limpio para eliminar el polvo acumulado durante la noche.

Después de la atención de cada paciente:

- Limpie inmediatamente todo rastro de sangre u otro líquido corporal con una solución de cloro al 0.5%.
- Limpie toda superficie posiblemente contaminada, tales como las mesas de procedimientos y la superficie de los carritos, con un paño limpio humedecido con una solución desinfectante.
- Limpie con una solución desinfectante todas las áreas del piso, las paredes o el techo que estén visiblemente sucias.
- Inspeccione los recipientes para el desecho de los objetos punzo-cortantes y cámbielos cuando estén llenos en tres cuartas partes.

- Elimine los desechos contaminados.

Al final de cada día:

- Inspeccione los recipientes para el desecho de objetos punzo-cortantes y cámbielos cuando estén llenos en tres cuartas partes.
- Elimine los desechos contaminados.
- Limpie todas las superficies con un paño limpio humedecido con una solución desinfectante.
- Trapee los pisos con una solución desinfectante.
- Lave los recipientes para los desechos con una solución desinfectante.

3.8 — Eliminación de desechos contaminados

Todo material que haya entrado en contacto con líquidos corporales debe considerarse un desecho contaminado, y debe limpiarse o eliminarse adecuadamente. Entre los desechos contaminados figuran: el tejido humano, los líquidos corporales y los materiales que contienen sangre fresca o seca o líquidos corporales, tales como vendas, compresas quirúrgicas, agujas hipodérmicas, agujas de sutura, hojas de bisturí, tubos para muestras de sangre y pipetas. Todos los instrumentos médicos desechables deben considerarse desechos contaminados y deben eliminarse adecuadamente.

En algunos lugares, los protocolos locales imponen al establecimiento de salud que la eliminación de los desechos contaminados sea realizada por un tercero, tal como una empresa privada o una organización gubernamental, en un sitio diferente al establecimiento de salud. Los desechos contaminados deben ser siempre contenidos en recipientes bien sellados e, idealmente, incinerados.

Como mínimo, todo desecho infeccioso debe ser recolectado en recipientes bien sellados. Nunca se deben guardar en recipientes abiertos o botarse en lugares abiertos sin vigilancia; esto expone a la comunidad al riesgo de infección. Los objetos punzo-cortantes contaminados deben ser colocados en recipientes hechos de material resistente a perforaciones, como cartón grueso o plástico.

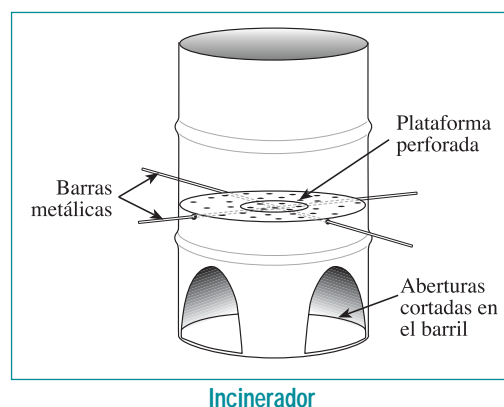
Eliminación de desechos contaminados:

- La incineración de los desechos sólidos contaminados en un incinerador o en un barril metálico es la mejor opción. Otra opción aceptada consiste en quemarlos al aire libre, pero en un lugar donde el acceso sea controlado.
- El entierro de los desechos sólidos contaminados en el establecimiento de salud es la segunda opción recomendable, siempre y cuando el lugar elegido se encuentre encerrado por una verja o pared y esté situado lejos de toda fuente de agua. A medida que se añaden desechos, se deben cubrir con 10 a 30 centímetros (4 a 10 pulgadas) de tierra.
- Para la eliminación de los desechos líquidos contaminados, la mejor opción consiste en verterlos en un lavabo o tubería de desagüe conectados a un sistema de alcantarillado o a una letrina de hoyo seco tratados adecuadamente. Otra opción aceptada es enterrarlos con los desechos sólidos.

4.0 — Manejo de las exposiciones ocupacionales

Si un trabajador de salud se contamina con sangre u otros líquidos corporales de alguna forma (salpicadura en la cara o la piel, o por pinchazo con una aguja):

- En los casos en que se ocasione una herida, permita que ésta sangre por un corto tiempo.



- Inmediatamente lave a chorro la zona contaminada con agua limpia. Lave las heridas y la piel minuciosamente con agua y jabón. Lave las mucosas (nariz, ojos, boca) con sólo agua o solución salina a presión.
- Si no dispone de agua, use soluciones antisépticas, aunque su eficacia no es comprobada.
- Determine el riesgo de contaminación (tipo de líquido y tipo de exposición).
- Identifique la fuente del contaminante (en caso de identificarla, realice pruebas a dicha fuente; de lo contrario, evalúe el riesgo posible).
- Evalúe el estado inmunológico de la persona expuesta (antecedentes de vacuna contra el VHB).
- En función del riesgo establecido, proporcione a la persona contaminada los métodos disponibles de profilaxis postexposición.
- Ofrezca consejería y pruebas voluntarias y confidenciales para la detección sistemática de VIH, VHB y VHC, si estos servicios existen.
- Si es posible, consulte a un especialista en enfermedades infecciosas.
- Registre la exposición y las medidas tomadas de conformidad con los protocolos del establecimiento de salud.
- Durante el seguimiento, aconseje a la persona contaminada que consulte a un médico en caso de presentarse cualquier enfermedad aguda.

5.0 — Resumen

- Los establecimientos de salud representan un riesgo de contaminación para el personal de salud, las pacientes y los otros miembros de la comunidad.
- Cuando se prevé contacto con sangre u otros líquidos corporales, practique sistemáticamente las precauciones universales.
- Los elementos esenciales de la prevención de infecciones son: el lavado de las manos, el uso de las barreras para protección personal, el manejo y la eliminación adecuada del instrumental y los objetos punzo-cortantes, el manejo y procesamiento adecuado del instrumental y los materiales, el uso de una técnica de asepsia, la limpieza del ambiente clínico y la eliminación adecuada de los desechos contaminados.
- Las manos son el principal vehículo de transmisión de infecciones.
- Los tres componentes fundamentales de una técnica de asepsia para la evacuación endouterina son: la preparación antiséptica del cuello uterino, la técnica de no tocar y el procesamiento adecuado del instrumental.
- Todos los desechos contaminados deben ser, como mínimo, recolectados en recipientes bien cerrados y en un lugar seguro. La mejor solución es incinerarlos.
- En los casos de exposición de un trabajador de salud a sangre u otros líquidos corporales, se debe seguir el protocolo previsto para su manejo.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

- Los desechos contaminados de los establecimientos de salud pueden poner en riesgo a las comunidades circunvecinas. Los líderes comunitarios deben familiarizarse con los protocolos de eliminación de esos desechos y trabajar con los directores de los establecimientos de salud para garantizar la protección de la salud pública.
- Cuando se presenta un brote epidémico de una enfermedad infecciosa en un establecimiento de salud, por ejemplo, la fiebre hemorrágica causada por el

virus Ebola, se debe prevenir a las comunidades aledañas e informarlas de las medidas preventivas que se deben adoptar.

- Los profesionales de la salud pueden educar a las pacientes y a los otros miembros de la comunidad respecto a las medidas que pueden tomar para prevenir la propagación de las infecciones tanto durante una estancia en un establecimiento de salud, como en la casa o en la comunidad.

Recursos adicionales

Para obtener mayor información sobre la prevención de infecciones en lugares con bajos recursos, vea Tietjen, Linda, Debora Bossemeyer y Noel McIntosh. 2003. *Infection prevention: Guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD, JHPIEGO.

Para obtener mayor información sobre los protocolos de exposición a patógenos de transmisión hemática, remítase al Informe semanal de morbilidad y mortalidad de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 29 junio de 2001/50(RR11); [*Centres for Disease Control Morbidity and Mortality weekly report, June 29, 2001/ 50(RR11)*]; 45-6 Apéndice B: Manejo de las exposiciones ocupacionales a sangre (45-6 *Appendix B: Management of occupational blood exposures*.) Disponible en el sitio Web: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a3.htm> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Bibliografía

Association of Operating Room Nurses, Inc. (AORN). 1996. *Inservice education module: Aseptic technique*. Denver, AORN.

-----, 1997. *Standards, recommended practices and guidelines*. Denver, AORN.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2001. Appendix B: Management of occupational blood exposures. *Morbidity and mortality weekly report*, 50(RR11); 45-6. Disponible en el sitio web: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a3.htm> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

EngenderHealth. 2001. *Infection prevention: online course*. Nueva York, EngenderHealth. Disponible en el sitio web: <http://www.engenderhealth.org/ip/index.html> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Garner, Julia S. 2001. *Recommendations for isolation precautions in hospitals*. Atlanta, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Disponible en el sitio web: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/isolat/isopart2.htm> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Gruendemann, Barbara J. y Sandra Stonehocker Mangum. 2001. *Infection prevention in surgical settings*. Philadelphia, W.B. Saunders Company.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1993. *HIV/AIDS reference library for nurses, volume 3*. Manila, OMS.

-----, 2000. *Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives*. Ginebra, OMS. Disponible en el sitio web: http://www.who.int/health-services-delivery/hiv_aids/ (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

-----, 2000. *Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC)*. Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Ginebra, OMS.

Tietjen, Linda, Debora Bossemeyer y Noel McIntosh. 2003. *Infection prevention: Guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD, JHPIEGO.

Tietjen, Linda, Wendy Cronin y Noel McIntosh. 1992. *Prevención de infecciones para los programas de planificación familiar: Un manual de referencia para solucionar problemas*. Baltimore, MD, JHPIEGO.

Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. EE.UU., Consorcio de Atención Postaborto.

Yordy, Laura, Ann Hogan Leonard y Judith Winkler. 1993. *Guía práctica para la aspiración manual endouterina*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.

Apéndice A: Instrucciones para preparar una solución de cloro al 0.5%

(Mezclar conforme a la concentración de la marca de blanqueador disponible en el mercado local.)

Compuesto de cloro	Concentración de Cloro presente en el compuesto	Para preparar una solución al 0.5% para usar en equipos contaminados o agua sucia
Solución de Hipoclorito de Sodio (blanqueador)	3.5% África: <i>JIK</i> Nepal: <i>Robin</i> Jamaica: <i>Ajax</i>	Mezclar 10mL de blanqueador con 60mL de agua (1 parte de blanqueador por 6 partes de agua)
	5% Francia y Vietnam: <i>Eau de Javel</i> Canadá y EE.UU.: <i>Clorox</i> , blanqueador casero Perú: <i>Clorox</i>	Mezclar 10mL de blanqueador con 90mL de agua (1 parte de blanqueador por 9 partes de agua)
	6% México, Blanqueador	Mezclar 10mL de blanqueador con 110mL de agua (1 parte de blanqueador por 11 partes de agua)
	10% Reino Unido: <i>Chloros</i> Perú: <i>Liguria</i>	Mezclar 10 mL de blanqueador con 190mL de agua (1 parte de blanqueador por 19 partes de agua)
	15% Francia: <i>Extrait de Javel</i> Reino Unido: <i>Chloros</i>	Mezclar 10mL de blanqueador con 290ml de agua (1 parte de blanqueador por 29 partes de agua)
Hipoclorito de calcio	70%	Disolver 7 gramos de hipoclorito de calcio en 1 litro de agua
NaDCC (Dicloroisocianurato de sodio)	60%	Disolver 8.5 gramos de NaDCC en 1 litro de agua
Tabletas de NaDCC (Dicloroisocianurato de sodio)	1.5 gramos por tableta	Disolver 4 tabletas en 1 litro de agua
Cloramina (Tosilcloramida de sodio)	25%	Disolver 20 gramos en 1 litro de agua hervida

(Adaptado de Tietjen et al., 1992)

Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip

Temas clave en este módulo:

- *Los cuatro pasos para el procesamiento del instrumental*
- *Métodos comunes para la esterilización o desinfección de alto nivel del instrumental Ipas*
- *Prevención de infecciones para el procesamiento*
- *Precauciones universales*
- *Requisitos de almacenamiento del instrumental Ipas*

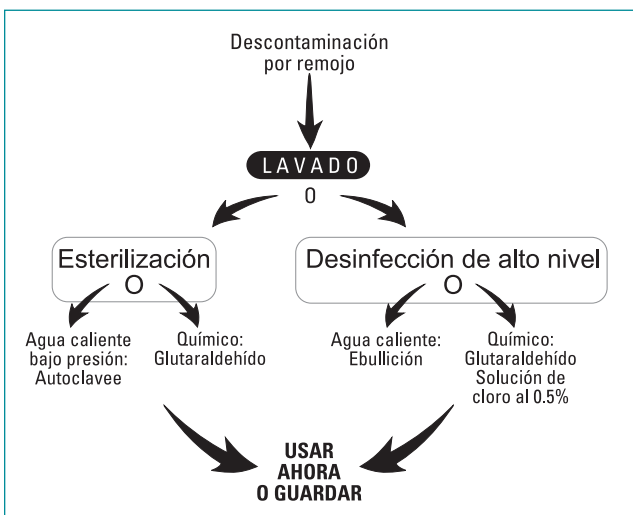
1.0 — Introducción

Con el aumento mundial de agentes infecciosos tales como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la hepatitis B (HBV) y otros microorganismos que pueden transmitirse en un ambiente clínico, el prestador de servicios de salud debe esmerarse para proteger a sus pacientes, a sí mismo, a su familia y a su comunidad. Muchos de estos microorganismos viven en la sangre, otros líquidos corporales y en las secreciones, así como en las superficies del cuerpo. Algunos de estos microorganismos pueden continuar vivos en otros elementos con los cuales entren en contacto, incluido el instrumental usado en los procedimientos de aspiración manual endouterina (AMEU). Entre los microorganismos que pueden vivir en el instrumental médico figuran las endósporas, bacterias con un revestimiento exterior duro que son difíciles de destruir.

La eliminación de los microorganismos del instrumental con el fin de hacerlo seguro en su utilización en las pacientes es conocida como procesamiento del instrumental. En este módulo se describen los procedimientos para procesar los aspiradores Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip en lugares donde la reutilización del instrumental está indicada. Ésta depende de los reglamentos del país y de los protocolos del establecimiento de salud. En Estados Unidos y en varios otros países, tanto las cánulas Ipas EasyGrip como las cánulas Karman flexibles están rotuladas para un sólo uso y deben desecharse después de usarse. En lugares donde los reglamentos lo permiten, estas cánulas son reutilizables después de someterse a una esterilización o a una desinfección de alto nivel.

Los cuatro pasos básicos para procesar los aspiradores Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip son:

1. Descontaminación por remojo
2. Lavado
3. Desinfección de alto nivel (DAN) o esterilización
4. Almacenamiento



Opciones para el procesamiento

(Para obtener información sobre cómo procesar otros instrumentos médicos reutilizables, ver Winkler et al., 2000.)

Nota: El aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip pueden procesarse de la misma manera que otro instrumental ginecológico, por esterilización a vapor (que no debe sobrepasar 121°C/250°F) o desinfección de alto nivel. Esta compatibilidad puede facilitar el procesamiento del instrumental, dado que todos los instrumentos pueden procesarse usando el mismo método. No obstante, los aspiradores Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip no pueden esterilizarse con calor seco. El uso de temperaturas de autoclave superiores a 121°C (250°F) o de calor seco puede dañar el instrumental. Para obtener información sobre los métodos para el procesamiento del instrumental Ipas, ver el *Apéndice A: Métodos comunes para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip*.

Precauciones universales

Es importante seguir las precauciones universales para la prevención de infecciones durante el procesamiento del instrumental. Aun cuando se efectúa una descontaminación por remojo, el instrumental puede retener microorganismos dañinos.

- Use siempre guantes cuando maneje sangre u otros líquidos corporales
- Use barreras de protección personal (batas y máscaras de protección) cuando esas partes del cuerpo puedan estar expuestas a sangre u otros líquidos corporales
- Suponga que la sangre y los líquidos corporales de todas las pacientes están contaminados
- Protéjase para evitar perforaciones en la piel con el instrumental punzo-cortante
- Lávese las manos inmediatamente antes y después de entrar en contacto con elementos contaminados, incluso si usa guantes
- Deseche adecuadamente los residuos contaminados

(Para mayor información, ver el módulo *Prevención de infecciones*.)

2.0 — Descontaminación por remojo

Después del procedimiento, todo instrumental que va a ser reutilizado debe dejarse en remojo hasta que pueda lavarse. Puede usarse una solución de cloro al 0.5% como desinfectante. El remojo del instrumental después de usarse elimina parte del material y facilita su lavado evitando que el material se seque en él. Para fácil acceso, el recipiente que se utilizará para la descontaminación por remojo debe mantenerse cerca del lugar donde se realiza dicho procedimiento (por ejemplo, en el compartimiento inferior del carrito). Después del remojo, no es seguro manejar los elementos con las manos sin protección. **Use guantes y máscaras de protección.**

2.1 — Desinfectantes usados en el procesamiento del instrumental Ipas AMEU Plus

Todo químico que destruya microorganismos es un germicida. Los germicidas fuertes, llamados desinfectantes, se usan para limpiar los equipos. Los germicidas más débiles, llamados antisépticos, se usan para los procedimientos practicados en las pacientes. Por lo general, los antisépticos no deben usarse para limpiar o procesar el instrumental y los equipos, ya que no son lo suficientemente fuertes como para ser eficaces. Ninguno de los siguientes agentes debe usarse para el

procesamiento del instrumental: solución de formaldehído (tóxica), cámaras de formalina (ineficaz) o peróxido de hidrógeno (sensible a la luz).

Productos utilizados incorrectamente como desinfectantes de alto nivel

Los siguientes productos NO logran la desinfección de alto nivel y no deben usarse con ese fin:

Derivados de la Acridina

Acriflavina

Cloruro de Benzalconio (Zephiran®)

Cetrimida (Cetavlon®)

Cetrimida con gluconato de clorhexidina (Savlon®)

Gluconato de clorhexidina (Hibiscrub®, Hibitane®)

Ácido bórico con cal tratada con cloro (Eusol®)

Ácido carbólico al 5% (Lysol®)

Hexaclorofeno (PhisoHex®)

Compuestos de mercurio (tóxico, no se recomienda como antiséptico o desinfectante)

Fenol del 1 al 2% (Phenol®)

Proflavina

Otros antisépticos para la piel

(Leonard y Yordy, 1992)

Una solución de cloro al 0.5% puede usarse tanto para la descontaminación por remojo como para la desinfección de alto nivel del instrumental; también puede usarse como una solución limpiadora de utilidad general para limpiar el equipo y el ambiente clínico. Esta solución de hipoclorito de sodio (blanqueador) u otros componentes de cloro, como el hipoclorito de calcio, es un fuerte desinfectante para muchos objetos y, por lo general, es barato. La concentración correcta puede mezclarse con facilidad usando agua y un agente disponible en la localidad. (Para mayor información, ver las Instrucciones para preparar una solución de cloro al 0.5% en el módulo *Prevención de infecciones*.)

Deben usarse diferentes recipientes para la solución de cloro al 0.5% que se empleará para el remojo, la desinfección de alto nivel y la limpieza general. No debe usarse el mismo recipiente de solución para más de un fin.

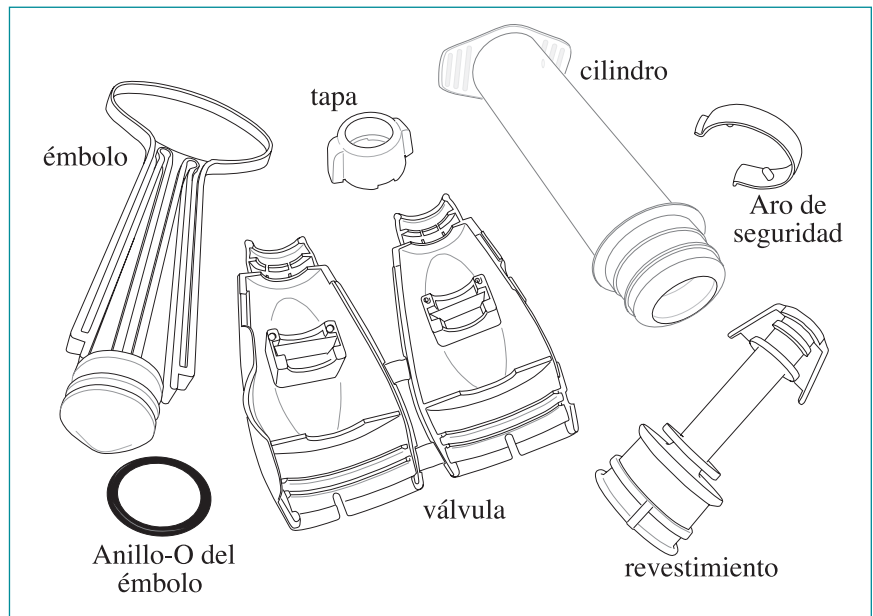
2.2 — Pasos en la descontaminación por remojo

Pasos:

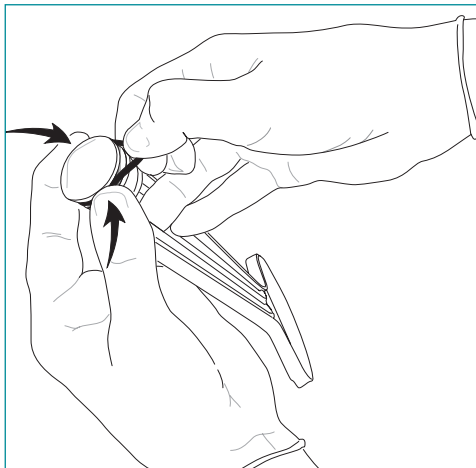
1. Llene un recipiente plástico con la solución. Puede usarse una solución de cloro al 0.5%.
2. Usando guantes, sumerja el instrumental completamente. Asegúrese de aspirar la solución hacia el interior del aspirador y de las cánulas.
3. Remoje el instrumental en la solución hasta que esté listo para lavarlo.
4. Use guantes o pinzas para retirar el instrumental de la solución.
5. Deseche los residuos contaminados adecuadamente.

Tenga cuidado al remojar el instrumental de acero, tal como el espéculo y el tenáculo, porque el cloro corroe el acero.

Precaución: No permita que el instrumental se seque durante el período entre el remojo y el lavado. Es importante eliminar todo material del instrumental durante el procesamiento, y esto podría resultar difícil si se permite que el instrumental se seque antes de lavarse.



Piezas del instrumental de AMEU desarmadas



Retire el anillo-O



Trabajadora realizando el lavado

3.0 — Lavado

3.1 — Desarmado del instrumental para su lavado

1. Retire la cánula de la válvula girando la base de la cánula y desconectándola de la válvula. Para facilitar este paso, puede agarrar las alas de la cánula. No intente retirar la base de la cánula, puesto que es fija.
2. Retire el cilindro fuera de la válvula.
3. Apriete las trabas que sueltan la tapa para sacar la misma. A continuación, abra el cuerpo de la válvula con bisagras abriendo la abrazadera, y retire el revestimiento de la válvula.
4. Para desconectar el aro de seguridad, deslícelo lateralmente por debajo del clip de sujeción, o bien desconéctelo por completo del cilindro.
5. Retire el émbolo completamente del cilindro.
6. Desplace el anillo-O del émbolo apretándolo por los lados y deslizándolo hacia abajo hasta colocarlo en la ranura. No es necesario retirarlo por completo.

3.2 — Lavado

1. Extraiga el tejido o la sangre residual del instrumental lavando todas las superficies minuciosamente en agua tibia con detergente o jabón (es preferible usar detergente, ya que el jabón puede dejar un residuo pegajoso). Si hay residuos de tejido o sangre seca en el interior de la cánula, enjuáguela a presión con agua varias veces o use un aplicador con punta de algodón o un paño suave para sacar el material.
2. Lave el interior del cilindro, las piezas de la válvula y el émbolo usando un cepillo de cerdas suaves, teniendo cuidado de no salpicar.
3. Lave cada componente hasta que, al inspeccionarse cuidadosamente, no se encuentre rastro de sangre o tejido. Después, enjuague.
4. Permita que se sequen los componentes

Dado que no entra en contacto directo con la paciente, el aspirador puede usarse después de lavarse. Sin embargo, si se desea, también puede esterilizarse o someterse a una desinfección de alto nivel.

Precaución: No use objetos puntiagudos o afilados para limpiar la válvula o para desplazar el anillo-O. Esto podría dañar el revestimiento de la válvula y el anillo-O e impedir que el dispositivo conserve el vacío.

4.0 — Esterilización o desinfección de alto nivel

Dado que no entra en contacto directo con la paciente, el aspirador puede usarse después de lavarse. Sin embargo, se puede emplear la esterilización a vapor (a 121°C/250°F) o la desinfección de alto nivel para procesar el aspirador de la misma manera que se procesan los otros instrumentos ginecológicos utilizados en el procedimiento, tales como el espéculo, el tenáculo y las cánulas Ipas EasyGrip. Si usa el aspirador después de lavarlo, no lo coloque donde pueda entrar en contacto con otros instrumentos que hayan sido esterilizados o sometidos a una desinfección de alto nivel.

Cuando se usan las cánulas, éstas deben esterilizarse o someterse a una desinfección de alto nivel. A la hora de envío, las cánulas Ipas EasyGrip se encuentran estériles en su envoltura, y permanecen estériles durante tres años, a partir de la fecha de fabricación, siempre y cuando la envoltura se conserve intacta.

A continuación se describen algunos métodos comunes para lograr la esterilización o desinfección de alto nivel del instrumental Ipas para la AMEU.

Esterilización con:

- Autoclave a vapor durante 30 minutos a 121°C (250°F) a una presión de 106 kPa (15 lbs/pulgada²)
- Remojo en una solución de glutaraldehído (Cidex) al 2%
- Óxido de etileno para las cánulas Ipas EasyGrip solamente

Desinfección de alto nivel con:

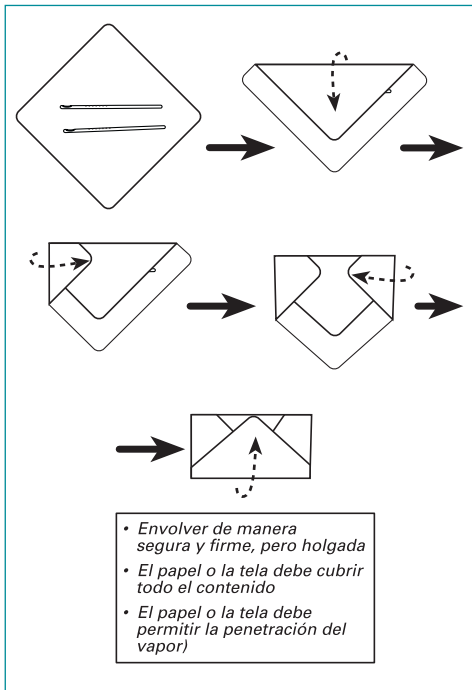
- Remojo en una solución de glutaraldehído (Cidex) al 2%
- Remojo en cloro
- Ebullición

Precaución: El aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip pueden esterilizarse en autoclave a vapor a 121°C (250°F) o someterse a ebullición. Tanto el aspirador Ipas de doble válvula como el de válvula sencilla no pueden someterse a ebullición, autoclave a vapor o esterilización con calor seco. Las cánulas Karman flexibles no pueden someterse a autoclave a vapor o procesarse con calor seco. Nunca hierva o someta a autoclave a vapor los émbolos de los aspiradores Ipas de doble válvula y de válvula sencilla, puesto que emitirán formaldehído.

(Ver el cuadro en el *Apéndice A: Métodos comunes para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip* para mayor información sobre las opciones para el procesamiento del instrumental Ipas.)

Opción 1: Esterilización en autoclave a vapor

1. Todos los componentes del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip pueden ser esterilizados a vapor a temperaturas de hasta 121°C (250°F). Las piezas no deben tocar las unas con las otras y el aro de seguridad



Envoltura de papel



DAN con remojo y enjuague

debe retirarse completamente del cilindro. Acomode las cánulas de manera que sus aberturas o el orificio del extremo de la base no se encuentren obstruidos para permitir el drenaje. Dado que las cánulas, sobre todo las más pequeñas, pueden curvarse en autoclave a vapor, envuélvalas en papel o tela. Coloque las cánulas Ipas EasyGrip limpias y el aspirador Ipas AMEU Plus limpio y desarmado en el esterilizador a vapor acomodándolos en una sola capa.

2. Procese el instrumental en autoclave a vapor durante 30 minutos a 121°C (250°F) a una presión de 106 kPa (15 lbs/pulgada²)

Precaución: No utilice parámetros de autoclave superiores a 121°C (250°F). Específicamente, no use parámetros altos durante períodos de tiempo más cortos (conocido como “ciclo flash de autoclave”), puesto que esto podría dañar el instrumental. Antes de iniciar la esterilización en autoclave, asegúrese de que la autoclave esté programada para los parámetros adecuados.

Tenga en cuenta que la esterilización a vapor de las cánulas sin envoltura durante 30 minutos podría producir una leve curvatura de las mismas.

3. Permita que se enfríen a temperatura ambiente antes de utilizarlas.

Opción 2: Esterilización con remojo en una solución de glutaraldehído

1. Sumerja completamente tanto las cánulas Ipas EasyGrip como las piezas del aspirador Ipas AMEU Plus de manera que la solución las cubra por dentro y por fuera.
2. Remójelas en la solución de glutaraldehído durante el tiempo recomendado por el fabricante (10 horas para Cidex).
3. Sáquelas con guantes o pinzas estériles.
4. Enjuague todas las piezas con agua estéril. No use agua del grifo para el enjuague.
5. Si es posible, séquelas con una compresa estéril.
6. Cambie la solución de acuerdo a las indicaciones del fabricante. Por lo general, el glutaraldehído dura 14 días después de ser activado, pero debe desecharse antes si la solución se enturbia. No use la solución a temperatura inferior a 25°C (77°F).

Precaución: La solución de cloro debe cambiarse a diario o con mayor frecuencia si se enturbia.

Una vez que se haya esterilizado el instrumental, todo artículo que entre en contacto con éste también debe estar estéril, por ejemplo guantes y recipientes de almacenamiento.

Opción 3: Desinfección de alto nivel con remojo en una solución de glutaraldehído

1. Sumerja completamente tanto las cánulas Ipas EasyGrip como las piezas del aspirador Ipas AMEU Plus de manera que la solución las cubra por dentro y por fuera.
2. Remójelas en la solución de glutaraldehído durante el tiempo recomendado por el fabricante (20 minutos para Cidex).
3. Sáquelas de la solución usando guantes o pinzas estériles o sometidas a una desinfección de alto nivel.

4. Enjuague todas las piezas con agua estéril o hervida.
5. Si es posible, séquelas con una compresa estéril.
6. Cambie la solución de acuerdo a las indicaciones del fabricante, aproximadamente cada 14 días o antes si la solución se enturbia. No use a temperatura inferior a 25°C (77°F).

Opción 4: Desinfección de alto nivel con remojo en una solución de cloro al 0.5%

1. Sumerja completamente tanto las cánulas Ipas EasyGrip como las piezas del aspirador Ipas AMEU Plus de manera que la solución las cubra por dentro y por fuera. Use un recipiente plástico (no metálico).
2. Remójelas en una solución de cloro al 0.5% durante 20 minutos.
3. Sáquelas de la solución usando guantes o pinzas estériles o sometidas a una desinfección de alto nivel.
4. Enjuague todas las piezas con agua estéril o hervida.
5. Si es posible, séquelas con una compresa estéril.

Precaución: La solución de cloro debe cambiarse a diario o antes si se enturbia

Opción 5: Desinfección de alto nivel por ebullición

1. Coloque las cánulas Ipas EasyGrip y las piezas del aspirador Ipas AMEU Plus en agua hirviendo. No es necesario sumergir el instrumental completamente.
2. Hierva las cánulas y las piezas del aspirador durante 20 minutos.
3. Retírelas usando guantes o pinzas estériles o sometidas a una desinfección de alto nivel.
4. Si es posible, séquelas con una compresa estéril.
5. Deje que el agua se enfríe antes de sacar el instrumental, y maneje las cánulas por el extremo de la base. Las cánulas podrían aplanarse si se agarran cuando están calientes.

El proceso de ebullición puede hacer que las cánulas pierdan su color sin afectar su función.

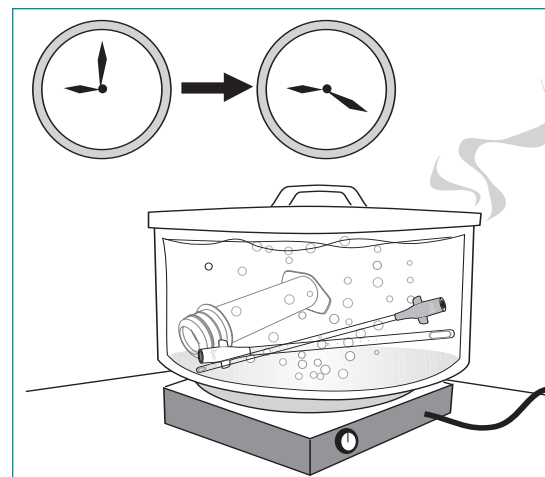
Además de las anteriores opciones para realizar la esterilización o la desinfección de alto nivel, las cánulas Ipas EasyGrip también pueden esterilizarse con óxido de etileno siguiendo las instrucciones del fabricante. El aspirador Ipas AMEU Plus no debe procesarse por este método. No hierva los aspiradores Ipas de válvula sencilla o de válvula doble.

5.0 — Almacenamiento y rearmado del instrumental

5.1 — Almacenamiento

Una vez procesadas, las cánulas Ipas deben conservar su esterilización o desinfección de alto nivel hasta el momento de reutilizarse. Se deben guardar en recipientes secos, estériles o sometidos a una desinfección de alto nivel que tengan tapas herméticas y que se encuentren protegidos del polvo y otros contaminantes.

Los aspiradores Ipas también deben guardarse en recipientes secos, cubiertos con tapas herméticas, protegidos del polvo y otros contaminantes. Deben almacenarse armados, lubricados y listos para su uso.



Ebullición del instrumental de AMEU)

Entre las directrices para el almacenamiento y manejo de las cánulas y los aspiradores figuran:

- Almacenar sólo unos pocos instrumentos en cada recipiente.
- Realizar un nuevo procesamiento si no se utilizan en dos días.
- Usar unas pinzas estériles o sometidas a una desinfección de alto nivel para sacar el instrumental; agarrar las cánulas por el extremo de la base.
- Evitar tocar otras cánulas en el recipiente.
- Lavar y procesar las pinzas y los recipientes de almacenamiento cada dos días.

Como a menudo no existe una manera eficaz de secar los artículos que han sido procesados por métodos mojados, el almacenarlos mojados fomenta el crecimiento microbiano. Asimismo, el introducir pinzas en los recipientes de almacenamiento repetidas veces puede ocasionar una contaminación. Por tanto, idealmente, el instrumental que ha sido procesado por métodos mojados, tal como el remojo en solución de glutaraldehído o cloro o la ebullición en agua, debe reprocesarse a diario.

5.2 — Rearmado

- Coloque el revestimiento de la válvula en su posición correcta dentro de la misma alineando las ranuras internas. Cierre la válvula hasta que encaje en su lugar.
- Coloque la tapa en su lugar en el extremo de la válvula.
- Empuje el cilindro dentro de la base de la válvula.
- Coloque el anillo-O del émbolo en la ranura en el extremo del émbolo y lubríquelo esparciendo una sola gota de lubricante alrededor del anillo-O con la punta del dedo. Se proporciona silicona, no estéril, con el instrumental; también se pueden utilizar otros lubricantes que no tengan base de petróleo.

Precaución: La lubricación en exceso puede causar que el aspirador pierda el vacío. No lubrique en exceso el anillo-O del émbolo. No lubrique otras partes del aspirador.

- Cuando esté rearmando el aspirador, asegúrese de que el émbolo se encuentre recto y no angulado al introducirlo en el cilindro.
- Apriete los brazos del émbolo e inserte el émbolo completamente dentro del cilindro.
- Desplace el émbolo hacia adentro y hacia afuera para lubricar el cilindro.
- Inserte las trabas del aro de seguridad en los orificios del cilindro de manera que el émbolo no pueda desplazarse del cilindro.

Antes de usar el aspirador, verifique siempre que conserve el vacío. De lo contrario, cerciórese de que está bien armado e inspeccione el anillo-O para determinar si tiene cuerpos extraños y si se ha lubricado adecuadamente. No lubrique en exceso el anillo-O. Si el aspirador no conserva el vacío, debe desecharse.

La reutilización de los aspiradores Ipas AMEU Plus varía de acuerdo a su uso y mantenimiento. El aspirador debe desecharse y reponerse si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- el cilindro se vuelve quebradizo o se agrieta
- el cilindro tiene depósitos de minerales que impiden el movimiento del émbolo
- las piezas de la válvula se agrietan, se doblan o se rompen
- los botones están rotos
- los brazos del émbolo no se aseguran
- el aspirador ya no tiene capacidad para conservar el vacío

Al igual que con los aspiradores, la reutilización de las cánulas Ipas EasyGrip varía de acuerdo a su uso y mantenimiento. Las cánulas deben desecharse y reponerse si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- la cánula se vuelve quebradiza
- la cánula está agrietada, torcida o doblada, en especial en el sitio de la abertura
- no se puede extraer el tejido durante el proceso de lavado

Ver el módulo *Datos y características del instrumental* para obtener mayor información sobre el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip.

Métodos comunes para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip	Esterilización			Desinfección De Alto Nivel		Lavado Somamente
	Óxido de etileno	Autoclave a vapor a 121°C (250°F)	Glutaraldehído	Glutaraldehído o cloro	Ebullición	Lavado
Cánulas Ipas EasyGrip	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Aspirador Ipas AMEU Plus	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

6.0 —Resumen

- Cuando se va a reutilizar el instrumental de AMEU, éste debe procesarse adecuadamente para eliminar los microorganismos que puedan transmitir infecciones.
- Existen cuatro pasos básicos para procesar el instrumental Ipas AMEU Plus : descontaminación por remojo, lavado, desinfección de alto nivel o esterilización y almacenamiento adecuado.
- Al procesar el instrumental, es importante seguir las precauciones universales para la prevención de infecciones.
- Se puede utilizar una solución de cloro al 0.5% tanto para la descontaminación por remojo como para la desinfección de alto nivel del instrumental; también puede usarse como solución limpiadora de utilidad general para limpiar el equipo y el ambiente clínico.
- Entre los métodos comunes para lograr la esterilización del instrumental figuran la autoclave a vapor y el remojo en solución de glutaraldehído (y óxido de etileno para las cánulas).

- Entre los métodos comunes para lograr la desinfección de alto nivel del instrumental figuran el remojo en solución de glutaraldehído, el remojo en cloro y la ebullición.
- El manejo y almacenamiento adecuados son esenciales para conservar el grado de esterilización o desinfección de alto nivel del instrumental.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

El procesamiento y desecho incorrecto del instrumental médico es un problema de salud pública. Se puede aminorar el riesgo de infección para los miembros de la comunidad cuando:

- el instrumental médico usado se desecha adecuadamente, en vez de desecharse en lugares a los cuales el público tiene acceso, tales como los basureros públicos.
- los trabajadores de la salud practican las técnicas adecuadas para el procesamiento del instrumental y no llevan los patógenos del hospital a la comunidad.

Bibliografía

- EngenderHealth. 2001. *Infection prevention: Online course*. Disponible en el sitio Web: www.engenderhealth.org/ip/index.html (última vez que fue consultado: 23 de julio de 2001).
- Ipas. 2002. *Procesamiento del instrumental de Ipas para la aspiración manual endouterina (AMEU) (cartel)*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
- Leonard, Ann H. y Laura Yordy. 1992. *Protocolo para la reutilización de los instrumentos de IPAS para la aspiración manual endouterina*. Adelantos en el Tratamiento del Aborto, 2(1).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1989. *Guidelines on sterilization and disinfection methods effective against human immunodeficiency virus (HIV)*. WHO AIDS Series 2. Ginebra, OMS.
- Tietjen, Linda, Debora Bossemeyer y Noel MacIntosh. 2003. *Infection prevention: Guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD, JHPIEGO.
- Tietjen, Linda, Wendy Cronin y Noel McIntosh. 1992. *Prevención de Infecciones para los Programas de Planificación Familiar: Un Manual de Referencia para Solucionar Problemas*. Baltimore, MD, JHPIEGO.
- Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. Estados Unidos, Consorcio de Atención Postaborto.
- Yordy, Laura, Ann Hogan Leonard y Judith Winkler. 1993. *Guía práctica para la aspiración manual endouterina*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.

Apéndice A: Métodos comunes para procesar el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip

Cánulas Ipas EasyGrip

Nota: Las cánulas Ipas deben esterilizarse o someterse a una desinfección de alto nivel antes de cada uso. Dado que el aspirador no entra en contacto con la paciente, éste puede usarse después de un buen lavado. Si se desea, puede también esterilizarse o someterse a una desinfección de alto nivel.

Metodo	Agente	Tiempo	Precauciones
Esterilización	Autoclave a vapor	Se logra la esterilización a una temperatura de 121°C (250°F) por 30 minutos a una presión de 106 kPa (15 libras/pulgada ²) No utilice otros parámetros de esterilización en autoclave. Específicamente, no use parámetros altos durante períodos de tiempo cortos (conocido como “ciclo flash de autoclave”)	El vapor debe penetrar todas las superficies. Las cánulas no deben tocar las unas con las otras y deben acomodarse para permitir el drenaje. Las cánulas Ipas EasyGrip, especialmente las más pequeñas, podrían curvarse en los autoclaves a vapor. Para evitar lo anterior, Ipas recomienda que se empaquen en envolturas de papel o tela.
	Glutaraldehído al 2% (Cidex) Mezclar de acuerdo a las indicaciones del fabricante	10 horas	Los instrumentos deben estar sumergidos completamente. Se debe desechar la solución 14 días después de mezclarla o antes si se enturbia. No usar en temperaturas inferiores a 77°F (25°C).
	Glutaraldehído (otras soluciones) Mezclar de acuerdo a las indicaciones del fabricante	Seguir las indicaciones del fabricante respecto al producto	Los instrumentos deben estar sumergidos completamente. Por lo general, se debe desechar la solución 14 días después de mezclarla o antes si se enturbia.
	Óxido de etileno Seguir las indicaciones del fabricante	Seguir las indicaciones del fabricante respecto al producto	Usar únicamente en áreas bien ventiladas; es necesario usar protección para las vías respiratorias del operador.
Desinfección de alto nivel	Agua hirviendo	20 minutos	No es necesario sumergir los instrumentos completamente. Las cánulas pueden perder su color sin esto afectar su función. Las cánulas podrían aplanarse si se agarran cuando están calientes. Deje que el agua se enfríe antes de sacar las cánulas y manéjelas por el extremo del adaptador/base.
	Glutaraldehído al 2% (Cidex) Mezclar de acuerdo a las indicaciones del fabricante	20 minutos	Los instrumentos deben estar sumergidos completamente. Por lo general, se debe desechar la solución 14 días después de mezclarla o antes si se enturbia. No usar en temperaturas inferiores a 77°F (25°C).

Cánulas Ipas EasyGrip

Nota: Las cánulas Ipas deben esterilizarse o someterse a una desinfección de alto nivel antes de cada uso. Dado que el aspirador no entra en contacto con la paciente, éste puede usarse después de un buen lavado. Si se desea, puede también esterilizarse o someterse a una desinfección de alto nivel.

Método	Agente	Tiempo	Precauciones
	Glutaraldehído (Otras soluciones) Mezclar de acuerdo a las indicaciones del fabricante	20 minutos	Los instrumentos deben estar sumergidos completamente. Por lo general, se debe desechar la solución 14 días después de mezclarla o antes si se enturbia.
	Cloro al 0.5%	20 minutos	Los instrumentos deben estar sumergidos completamente. Desechar la solución a diario o con mayor frecuencia si se enturbia.

Aspirador Ipas AMEU Plus

Nota: Dado que el aspirador no entra en contacto directo con la paciente, éste puede usarse después de descontaminarse y lavarse y, si se desea, puede también esterilizarse o someterse a una desinfección de alto nivel.

Método	Agente	Tiempo	Precauciones
Esterilización	Autoclave a vapor*	Se logra la esterilización a una temperatura de 121°C (250°F) por 30 minutos a una presión de 106 kPa (15 libras/pulgada²) No utilice otros parámetros de esterilización en autoclave. Específicamente, no use parámetros altos durante períodos de tiempo cortos (conocido como "ciclo flash de autoclave")	El vapor debe penetrar todas las superficies. Las piezas no deben tocar las unas con las otras y deben acomodarse de manera que sus aberturas no estén obstruidas para permitir el drenaje. El aro de seguridad debe quitarse por completo (no sujetarse con el clip de sujeción).
	Glutaraldehído al 2% (Cidex) Mezclar de acuerdo a las indicaciones del fabricante	10 horas	Desechar la solución 14 días después de mezclarla o antes si se enturbia. No usar en temperaturas inferiores a 77°F (25°C).
	Glutaraldehído (otras soluciones) Mezclar de acuerdo a las indicaciones del fabricante	Seguir las indicaciones del fabricante	Por lo general, se debe desechar la solución 14 días después de mezclarla o antes si se enturbia.
Desinfección de alto nivel	Agua hirviendo*	20 minutos	No es necesario sumergir los instrumentos completamente.

Aspirador Ipas AMEU Plus

Nota: Dado que el aspirador no entra en contacto directo con la paciente, éste puede usarse después de descontaminarse y el lavado. Si se desea, puede también esterilizarse or someterse a una desinfección de alto nivel.

Método	Agente	Tiempo	Precauciones
	Glutaraldehído al 2% (Cidex) Mezclar de acuerdo a las indicaciones del fabricante	20 minutos	Desechar la solución 14 días después de mezclarla o antes si se enturbia. No usar en temperaturas inferiores a 77°F (25°C).
	Glutaraldehído (otras soluciones) Mezclar de acuerdo a las indicaciones del fabricante	20 minutos	Por lo general, se debe desechar la solución 14 días después de mezclarla o antes si se enturbia.
	Cloro Diluir a 0.5%	20 minutos	Desechar la solución a diario o con mayor frecuencia si se enturbia.
Lavado	Agua tibia, detergente y un cepillo suave	Hasta que esté visiblemente limpio	No use objetos afilados o puntiagudos para limpiar el cuerpo de la válvula o para desplazar el anillo-O. Esto podría causar daños al revestimiento de la válvula y al anillo-O e impedir que el dispositivo conserve el vacío. Debe usarse un cepillo limpio y suave para limpiar el aspirador. Si no es posible limpiar el aspirador, éste debe desecharse.

***Precaución:** Nunca hierva o someta a autoclave a vapor los émbolos de los aspiradores Ipas de doble válvula o de válvula sencilla, puesto que emitirán formaldehído.

Consejería

Temas clave en este módulo:

- *Definición de la consejería como parte de la APA*
- *Características de la consejería eficaz como parte de la APA*
- *Privacidad, confidencialidad y toma de decisiones informadas en la consejería durante la APA*
- *Valores, actitudes y creencias de los consejeros, y sus efectos en las mujeres que reciben APA*
- *Características y técnicas para la comunicación eficaz*
- *Sentimientos que pueden tener las mujeres que reciben APA*
- *Remisión y cierre*
- *Diferentes aspectos acerca de las mujeres que pertenecen a los sectores especiales de la población que reciben APA*

1.0 — Introducción

La experiencia de una mujer durante la atención postaborto (APA) es tanto física como emocional. Cuando los prestadores de servicios de salud brindan apoyo emocional además de atención médica, la mujer tiene más capacidad para entender y aceptar su estado médico, el tratamiento recomendado, la posible evolución de su caso, así como los otros problemas de salud afines que puedan presentarse. Las mujeres que afrontan sus necesidades emocionales a medida que éstas surgen, tendrán menos trastornos psicológicos a largo plazo. La consejería, cuando se realiza en forma adecuada, es un medio excelente para que los profesionales de la salud brinden apoyo emocional a las mujeres que reciben APA.

Toda mujer que recibe atención postaborto tiene el derecho de beneficiarse de una consejería de alta calidad, independientemente de su estado médico o psicológico. La consejería eficaz es una parte integral de la atención postaborto de alta calidad. La consejería proporciona la oportunidad de apoyar a la mujer para explorar sus sentimientos, evaluar su capacidad de sobrellevar la situación, manejar su ansiedad y comprender la información que necesita para tomar decisiones informadas. La consejería ayuda a los prestadores de servicios de salud a determinar cuándo alguna de las pacientes necesita una atención especial debido a un trastorno emocional grave o debido a circunstancias personales difíciles. Los beneficios más inmediatos de la consejería son una mejor relación entre la paciente y el profesional de la salud, un tratamiento menos doloroso y traumático, y una mayor satisfacción de la mujer con el sistema de salud en general.

Aun si el establecimiento de salud no cuenta con un consejero de tiempo completo, es posible capacitar al personal existente para proporcionar la APA básica y la consejería concomitante. La mejor opción consiste en escoger a un/a empleado/a que posea suficientes conocimientos y experiencia para ser capacitado/a y designado/a como consejero/a de APA. No obstante, en la práctica, en algunos lugares, sucede que el personal de salud que proporciona la atención médica también debe realizar la consejería. En dichos casos, es necesario que los prestadores de servicios de salud sepan distinguir entre las dos funciones. Un miembro del personal de salud que también desempeña el papel de consejero debe olvidar momentáneamente su primera especialidad. La dinámica con las pacientes suele ser bien distinta de aquella con un profesional de la salud que ejerce la función exclusiva de proporcionar consejería o de prestar atención médica. Independientemente de que sea responsable de una consejería formal, el personal de salud debe poseer las habilidades y los conocimientos para brindar la consejería, y debe interactuar con las pacientes de una manera libre de prejuicios y que demuestre que se preocupa por ellas.

En este módulo se expone información esencial sobre cómo los consejeros pueden interactuar y comunicarse con las pacientes de una manera respetuosa y eficaz. Entre los temas abarcados figuran la privacidad, la confidencialidad y la toma de decisiones informadas; los valores, las actitudes y la empatía del consejero; los métodos para la comunicación eficaz; y los sentimientos que con más frecuencia se presentan en las mujeres que reciben atención postaborto. También se incluyen instrucciones sobre cómo remitir a la paciente a otros servicios correspondientes, así como información sobre cómo proporcionar consejería para los sectores especiales de la población.

2.0 — ¿Qué es la consejería?

La consejería es una interacción estructurada en la cual una persona recibe voluntariamente apoyo emocional y orientación de una persona capacitada en un ambiente que se presta para compartir abiertamente pensamientos, sentimientos y percepciones.

La consejería es...

- Pedir a la persona que exprese sus sentimientos y pensamientos.
- Aceptar las percepciones y sentimientos de la persona, sin importar las normas de la sociedad
- Respetar la privacidad y confidencialidad de la persona
- Centrarse en las necesidades e inquietudes de la persona, no en las del consejero
- Comunicarse de manera eficaz
- Apoyar a la persona para que tome su propia decisión y la ponga en práctica
- Proporcionar información y ayudar a la persona a aplicarla para cubrir sus necesidades y deseos

Y no debe ser...

- Una simple transmisión de información
- Una simple serie de consejos
- Una tentativa de influenciar las actitudes, las creencias y los comportamientos de la persona, persuadiéndola, reprendiéndola, amenazándola o forzándola

3.0 — La consejería en los centros de APA

La consejería eficaz durante la APA ocurre antes, durante y después que la mujer recibe el tratamiento médico. Siempre que sea posible, la consejería debe iniciarse antes del tratamiento, siempre y cuando la salud de la mujer no se vea amenazada por la demora en realizar el tratamiento y ella se encuentre en capacidad de entender la información y de tomar decisiones. Toda consejería eficaz empieza con la evaluación y el abordaje de las necesidades únicas de cada mujer, e incluye una comunicación bidireccional respetuosa centrada en la paciente. La consejería durante la APA puede ayudar a la mujer a prepararse para cada paso del proceso de tratamiento, así como ayudarla a formular futuros planes para garantizar su bienestar. Los elementos de una consejería eficaz esbozados en este módulo deben integrarse a cada aspecto de la consulta de APA. No obstante, es importante que los prestadores de servicios de salud ofrezcan a cada paciente, en algún momento durante su consulta, una sesión de consejería formal llevada a cabo por un consejero capacitado. También es importante garantizar que toda consejería relacionada con la APA se efectúe en un ambiente privado y confidencial en el cual la comunicación entre la mujer y el consejero no sea compartida con personal que no participe directamente en la atención de la paciente, con otras pacientes o con visitantes.

La función del consejero de APA es:

- Motivar a la mujer a que exprese sus sentimientos y afirmarlos
- Ayudar a la mujer a aclarar sus pensamientos y decisiones respecto a su embarazo, su necesidad de tratamiento de APA, el plan de tratamiento, el retorno de la ovulación, y su futura salud sexual y reproductiva
- Ayudar a la mujer a explorar sus sentimientos y decisiones respecto a sus relaciones interpersonales y a las circunstancias en su vida relacionadas con su salud sexual y reproductiva
- Garantizar que la mujer reciba las respuestas adecuadas a sus preguntas con respecto a su estado médico, sus resultados de exámenes, sus opciones de tratamiento y del manejo del dolor, y la atención posterior o de control
- Abordar cualquier otra inquietud que tenga la mujer en ese momento
- Remitir a la mujer a otros servicios cuando sea necesario

Durante la consejería de pacientes que reciben atención postaborto, a menudo surgen muchas dificultades. En primer lugar, la mujer puede tener sentimientos conflictivos respecto a su embarazo, al resultado del embarazo y a otras circunstancias de su vida. En segundo lugar, puede que el consejero se sienta apremiado, especialmente en las situaciones en las que la mujer necesita atención de urgencia. En tercer lugar, en los casos de dolor intenso o trastorno emocional, la mujer no siempre se encuentra en capacidad de entender bien su situación. Por último, las barreras culturales o lingüísticas podrían entorpecer el diálogo entre la paciente y el consejero.

Dado que el contacto de la mujer con el sistema de salud puede ser esporádico, la consejería es la ocasión de determinar todas sus necesidades físicas o psicológicas y de remitirla a los servicios correspondientes. El consejero puede ayudar a la mujer a proteger su futuro bienestar informándola sobre el aborto seguro y legal y sobre dónde puede acudir para acceder a dichos servicios. En algunas áreas, las mujeres recurren a prácticas peligrosas para interrumpir el

embarazo en condiciones de riesgo, cuando se prestan o podrían prestarse servicios seguros bajo las leyes y políticas existentes. Por ejemplo, en muchos países, la interrupción del embarazo es legal en casos de violación. Sin embargo, la ignorancia de la existencia del recurso del aborto seguro limita su uso conduciendo a la pérdida de vidas o al compromiso de la salud de las mujeres. Una de las primeras obligaciones de los consejeros es informarse ellos mismos sobre las posibilidades de la interrupción legal del embarazo (ILE), sobre los establecimientos de salud que ofrecen estos servicios y sobre el protocolo a seguir para que las mujeres puedan acceder a estos servicios de conformidad con las leyes y políticas locales.

4.0 — Privacidad, confidencialidad y toma de decisiones informadas

Durante el período de tiempo que permanecen en el centro de APA, las pacientes tienen derecho al respeto de su privacidad y confidencialidad. La consejería debe llevarse a cabo en un lugar donde ninguna otra persona pueda ver o escuchar. Es posible que una tercera persona —por ejemplo, la pareja o un pariente de la mujer— solicite ser incluida en la sesión de consejería. Es importante que el consejero y la mujer se reúnan en privado, por lo menos inicialmente, de manera que la mujer pueda expresar sus sentimientos con toda libertad. En este momento el consejero podrá preguntarle a la mujer si desea invitar a otra persona a asistir a la sesión de consejería; pues puede que a ella se le dificulte el expresar lo que verdaderamente prefiere en presencia de otra persona o personas.



Privacidad y confidencialidad

El consejero debe informar a la paciente que la información médica y personal discutida durante la sesión de consejería es confidencial, y luego asegurarle que dicha información no será divulgada sin su autorización voluntaria. Al tratar a la mujer con respeto durante una consejería confidencial en un lugar privado, se conserva su dignidad y la calidad de los servicios prestados.

En el contexto de la consejería durante la APA, la toma de decisiones informadas se refiere al proceso en el cual una paciente toma decisiones por su propia voluntad una vez que entiende la información completa y exacta. Un consejero puede ayudar a la mujer a explorar sus sentimientos sobre su estado médico, su tratamiento y otros problemas de salud, y asegurarse de que ella entienda bien todas las respuestas a sus preguntas e inquietudes a fin de ser capaz de tomar decisiones informadas.

5.0 — Valores, actitudes y empatía de los consejeros

Los consejeros que obtienen mejores resultados con las pacientes son aquéllos que saben:

- Guardar una mentalidad abierta, con empatía y sin prejuicios
- Brindar la misma compasión y el mismo respeto a cada una de las pacientes, independientemente de los comportamientos y las decisiones de la mujer en relación con su salud reproductiva
- Distinguir entre sus propios valores y actitudes y aquellos de sus pacientes
- Respetar los valores y las actitudes independientes de las pacientes
- Respetar los sentimientos, las percepciones y las decisiones de cada paciente

Un consejero eficiente posee la capacidad de permanecer con una mentalidad abierta y libre de prejuicios, aun cuando sus creencias personales difieren de aquellas de sus pacientes, o incluso entran en conflicto con ellas. Al brindar su

apoyo sin prejuicios, el consejero puede tener un impacto benéfico en la salud psicológica y física de la paciente. Por otro lado, los consejeros que tratan de imponer sus puntos de vista en las pacientes pueden tener un efecto negativo en su bienestar. Sin darse cuenta, pueden expresar su desaprobación acerca de las decisiones sexuales o reproductivas de la mujer con su tono de voz, el vocabulario empleado, o sus gestos y su lenguaje corporal. Por tanto, es importante que los consejeros sean conscientes de sus sesgos y aprendan a aislar sus convicciones personales durante su práctica profesional. (Para mayor información, ver el módulo *Visión general y principios rectores*.)

A fin de proporcionar atención de alta calidad, los consejeros de APA necesitan:

- Ser conscientes de sus propios valores y actitudes respecto a la sexualidad, la reproducción y la atención médica
- Saber distinguir entre sus valores y aquellos de sus pacientes
- Comprender la influencia positiva o negativa que sus actitudes pueden tener en la consejería
- Recibir capacitación en consejería, si es posible

La empatía es la capacidad de entender los sentimientos y el punto de vista de otra persona y de lograr comunicar este entendimiento a esa persona. No es sinónimo de lástima. En los servicios de APA, los consejeros que demuestran empatía se imaginan cómo se sentirían y cómo les gustaría ser tratados si se encontrasen en la misma situación que la paciente, sabiendo que sus sentimientos pueden diferir de aquellos de sus pacientes.

Una mujer que busca atención postaborto podría presentar toda una variedad de emociones, tales como temor, tristeza, vergüenza, alivio, cólera o culpabilidad. Es esencial que el consejero logre comunicarse con las pacientes de manera tanto verbal como no verbal, y que les demuestre que entiende sus sentimientos. Si la mujer no comparte información sobre cómo se siente, el consejero puede indagar sobre su estado emocional usando preguntas abiertas. Pero el consejero nunca debe insistir para que la paciente hable o revele información que ella no se sienta cómoda compartiendo.

6.0 — Comunicación eficaz

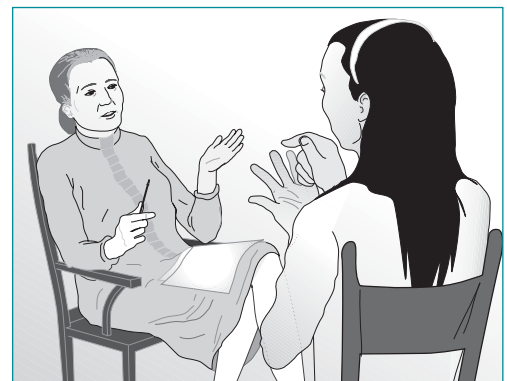
Para comunicarse adecuadamente con las mujeres que reciben atención postaborto, el consejero debe centrarse en las necesidades de las pacientes. Los consejeros eficientes usan habilidades de escucha activa, incluida la comunicación tanto verbal como no verbal, para demostrar a las pacientes que ellos están completamente atentos y receptivos a sus necesidades. Deben saber cómo alentar a las pacientes y hacerles preguntas abiertas que las ayuden a explorar sus sentimientos. Cuando los consejeros emplean habilidades de comunicación eficaz, las pacientes se sienten comprendidas y experimentan una mayor satisfacción con la atención médica que reciben. Estas mujeres tienden a recuperarse mejor y a regresar a una consulta de control si es necesaria

6.1 — Comunicación bidireccional centrada en la mujer

La comunicación centrada en la paciente cubre las necesidades de la paciente primero. Durante la consejería de una paciente, se debe tener en cuenta su

Conviene que los consejeros examinen sus actitudes y sus probables sesgos en contra de las mujeres que:

- Desean interrumpir su embarazo (independientemente de que el aborto sea legal o no)
- Se someten a múltiples abortos
- No desean estar embarazadas, pero no usan un método anticonceptivo
- Tienen muchos hijos
- No tienen hijos
- Llevan el embarazo a término aunque éste no haya sido esperado o deseado
- Tienen múltiples parejas sexuales
- Son víctimas de agresión sexual
- Quedan embarazadas sin estar casadas
- Pertenecen a determinada raza, etnia, clase social, religión, grupo demográfico por edad, partido político, o presentan determinado estado de salud o de ITS o determinada orientación sexual
- Quedan embarazadas estando infectadas con el VIH
- No tienen ninguna formación escolar o tienen una formación rudimentaria solamente
- Inician su actividad sexual a una edad muy temprana



Comunicación eficaz

estado emocional, su estado médico, su cultura y su religión, su capacidad de entender los términos médicos, su nivel de comprensión general y la intensidad de su dolor. La consejería centrada en la mujer está completamente estructurada en torno a las necesidades o problemas de la paciente. Para determinar cuáles son las necesidades más urgentes de la paciente, el consejero debe preguntarle cuáles son sus mayores preocupaciones, e iniciar la sesión de consejería a partir de las respuestas de la paciente. La conversación debe fluir de acuerdo a las necesidades de la paciente, no a aquellas del consejero.

La consejería proporcionada como parte de la APA siempre implica una comunicación bidireccional entre el profesional de la salud y la paciente. Cada una de las personas participantes debe poder hablar, escuchar y hacer y contestar preguntas. En general, un consejero eficiente debe escuchar más y hablar menos.

6.2 — Escucha activa

Para establecer una relación de confianza con las pacientes, se debe practicar la escucha activa, la cual implica más que simplemente oír. El consejero que practica la escucha activa debe utilizar todos sus sentidos para recopilar la información pertinente, expresar su comprensión y motivar a la paciente a hablar sobre sus sentimientos y circunstancias. Por otro lado, un consejero que no emplea la escucha activa comunica desinterés y podría alienar a la paciente.

Mientras escucha a la paciente, el consejero puede manifestar su atención utilizando palabras, sonidos y gestos alentadores. La interjección de palabras como “ya veo” o “entiendo” puede asegurarle a la paciente que el consejero está escuchando con interés. No obstante, los consejeros deben resistir la tentación de hacer declaraciones que, inicialmente, parezcan tranquilizar a la paciente pero la hagan sentir poco apoyada u ofrezcan un falso sentido de seguridad. Por ejemplo, decirle a la mujer “no se preocupe”, “pronto se sentirá mejor”, o “todo va a estar bien” podría hacerla sentir rechazada o anulada.

Habilidades básicas de la práctica de escucha activa

(Nota: En función del contexto cultural, puede que sea necesario adaptar los siguientes ejemplos.)

Formas de escucha activa	Propósito	Ejemplos
Neutralidad	Motivar a la paciente a hablar	Silencio Sonidos alentadores “Ajá” “mmm...”
Repetición	Mostrar que el consejero escucha	“Suenan como que usted está enojada.”
	Ayudar al consejero a entender	“Suenan como que usted se sintió triste.”
Aclaración	Ayudar al consejero a precisar los hechos. Mostrar que el consejero escuchó a la paciente.	“Si entiendo bien, usted...”
Reflexión	Ayudar a la paciente a entender sus sentimientos.	“Siento que...” “Su voz suena...”
	Mostrar que el consejero está atento.	“Su expresión facial es...”

Indagación, preguntas	Obtener nueva información	"¿Cómo...?" "¿Cuándo...?"
	Ayudar a la paciente a analizar	"¿Dónde...?"

6.3 — Comunicación verbal: preguntas abiertas y verificación de los sentimientos expresados

Cuando se hace una pregunta, se puede hacer de una manera que invite al diálogo. Las preguntas abiertas comienzan con "cómo", "qué", "cuándo" y "cuénteme de." No pueden ser contestadas con un simple "sí" o "no". Al hacer preguntas que requieren respuestas más completas, el consejero incita a la paciente a ofrecer más información y participar plenamente en la conversación. Por otro lado, las preguntas cerradas son formuladas de tal forma que la respuesta sea un "sí" o un "no". Entonces conviene que el consejero haga otra pregunta para continuar la conversación.

Cuando se hace una pregunta abierta, conviene evitar comenzar con "por qué," ya que puede evocar la idea de un juicio. Por ejemplo, si el consejero pregunta: "¿Por qué se siente usted aliviada después de su aborto espontáneo?", la mujer podría creer que es anormal sentirse así después de tal eventualidad.

Cuando la paciente contesta una pregunta abierta, el consejero puede agregar una frase para indicar que entendió bien el sentimiento o la inquietud expresada. Si el consejero no está seguro de haber entendido bien a la paciente, él puede terminar su frase con: "¿Cierto?" Esto dará a la mujer la oportunidad de confirmar o corregir lo comprendido por el consejero. A fin de asegurar que todas las inquietudes de la paciente sean abordadas, podría resultar útil preguntarle qué otras preguntas tiene o qué más le gustaría discutir.

Cómo motivar la comunicación usando preguntas abiertas

Preguntas abiertas y posibles respuestas

Pregunta: "¿Por qué vino usted aquí hoy?"

Respuesta: "Vine aquí porque tuve un aborto espontáneo."

Pregunta: "¿Cómo se siente después de ese aborto espontáneo?"

Respuesta: "Me siento aliviada."

Pregunta: "Dígame más al respecto. ¿Qué la hace sentir aliviada?"

Respuesta: "En primer lugar, no quería quedar embarazada. Tuve a mi tercer hijo hace sólo un año."

Preguntas cerradas y posibles respuestas

Pregunta: "¿Tuvo usted un aborto espontáneo hoy?"

Respuesta: "Sí."

Pregunta: "¿Se siente usted triste por ello?"

Respuesta: "No."

Pregunta: "¿Se siente usted contenta?"

Respuesta: "No."

6.4 — Comunicación no verbal

Las personas comunican muchos de sus pensamientos y sentimientos sin decir una sola palabra. Una persona perceptiva suele ser capaz de saber lo que siente otra persona sin intercambiar palabra alguna, simplemente observando sus expresiones faciales y su lenguaje corporal. La posición y la postura del cuerpo también forman parte de este idioma no verbal conocido como el lenguaje corporal. Al prestar más atención a ambos modos de comunicación, tanto verbal como no verbal, el consejero puede llegar a entender mejor los sentimientos de sus pacientes. Es necesario observar las diferencias entre los dos modos, dado que a algunas mujeres les resulta difícil expresar sus sentimientos de forma verbal. Después de observar la comunicación no verbal, el consejero debe confirmar verbalmente su interpretación de los signos con las pacientes para evitar cualquier malentendido. Por ejemplo, si la mujer dice que se siente bien pero tiene una expresión facial triste, el consejero podría preguntarle: “Usted dice que se siente bien, pero se ve triste. ¿Cómo se siente en realidad?”

Una relación de confianza entre la paciente y el consejero se basa no sólo en las palabras que intercambian sino también en la comunicación visual y en la manera en que la paciente percibe la personalidad del consejero y viceversa. Este último puede utilizar la comunicación no verbal para mostrar que se preocupa por la paciente. Puede ponerse de frente a ella, suprimir toda barrera física entre ellos, tal como un escritorio o mostrador, inclinarse un poco hacia adelante, hacer un contacto visual apropiado, asentir con la cabeza y usar un tono de voz que tranquilice a la paciente. Por otro lado, tendrá un efecto negativo si, por ejemplo, se voltea y aleja su mirada de la paciente, mira su reloj o el reloj en la pared repetidas veces, o utiliza un tono de voz duro, manifestando su falta de interés por la mujer. Al emplear e interpretar signos no verbales, tales como postura, contacto visual y distancia entre él y los demás, el consejero debe recordar que dichos signos varían de una cultura a otra, así como según la edad y el género dentro de determinada cultura.

Comunicación verbal y no verbal eficaz

Para comunicarse de manera eficaz, un consejero debe:

- Permanecer atento y concentrado en la paciente y sus necesidades
- Utilizar técnicas no verbales para manifestar su interés en la paciente
- Hacer preguntas abiertas y emplear palabras alentadoras para ayudar a la paciente a hablar libremente
- Prestar toda su atención a las palabras de la paciente
- Tratar de entender el posible sentido oculto de sus palabras
- Observar las expresiones no verbales de la paciente
- Escuchar atentamente sus respuestas
- Hacer preguntas apropiadas y proporcionar retroalimentación para ayudarla a explorar mejor sus sentimientos

Para comunicarse de manera eficaz, un consejero no debe:

- Hacer suposiciones sobre la paciente y sus necesidades
- Concentrarse en sus propias prioridades en vez de en las necesidades de la paciente

- Indicar su falta de interés por medio de signos no verbales
- Hacer preguntas cerradas solamente
- No escuchar atentamente
- Interrumpir a la paciente o hablar a la vez que ella
- Malentender las palabras de la paciente
- Hacer caso omiso de las expresiones no verbales de la paciente o malinterpretarlas
- Olvidarse de verificar si la paciente entendió bien los puntos discutidos
- Permitir interrupciones, tales como llamadas telefónicas o la entrada de otras personas al cuarto durante la sesión de consejería
- Mostrar distracción agitándose, mirando con frecuencia a otra parte, bostezando o haciendo otra cosa durante la conversación

El siguiente ejemplo de una conversación entre un consejero y una mujer, aplica habilidades de comunicación eficaz verbal y no verbal, y se basa en el ejemplo anterior:

Consejero: "¿Por qué vino usted aquí hoy?"

(El consejero está de frente a la mujer. Está sonriendo y utilizando el contacto visual apropiado para el contexto cultural. Su tono de voz es suave y tranquilizador.)

Mujer: "Vine porque tuve un aborto espontáneo."

(El consejero asiente con la cabeza y manifiesta su empatía.)

Consejero: "Ya veo. ¿Cómo se siente usted después de este aborto espontáneo?"

Mujer: "Me siento aliviada."

Consejero: "Dígame más al respecto. ¿Por qué se siente aliviada?"

(La expresión facial y el lenguaje corporal del consejero reflejan su mentalidad abierta y su comprensión. No manifiesta sorpresa o reacción negativa.)

Mujer: "En primer lugar, no quería quedar embarazada. Tuve mi tercer hijo hace sólo un año."

Consejero: "Entiendo. Usted no se sentía lista para tener otro hijo. ¿De qué otros asuntos le gustaría hablar hoy?"

(El consejero asiente con la cabeza. Su expresión facial y su lenguaje corporal invitan a la paciente a hablar libremente.)

El siguiente texto es un ejemplo de conversación entre una consejera y una mujer, usando habilidades de comunicación ineficaz verbal y no verbal:

Pregunta: "¿Tuvo usted un aborto espontáneo hoy?"

(La consejera hojea los papeles en su escritorio y no presta atención a la mujer. Su tono de voz es rápido e impaciente.)

Respuesta: "Sí."

Pregunta: "¿Se siente usted triste?"

(La expresión facial y el tono de voz de la consejera no indican ni preocupación ni interés.)

Respuesta: "No."

Pregunta: "¿Por qué no?"

(El tono de la consejera indica sorpresa y un ligero reproche.)

Respuesta: "En primer lugar, no quería quedar embarazada. Tuve mi tercer hijo hace sólo un año."

(La consejera anota la respuesta de la mujer, pero no le confirma que entendió bien.)

Pregunta: "¿Necesita usted alguna otra cosa hoy?"

(La expresión facial y el lenguaje corporal de la consejera continúan indicando que no está interesada y que desea terminar la sesión de consejería lo más rápido posible.)



Explorando los sentimientos de la paciente

7.0 — Reacciones de las pacientes

Los valores y las normas culturales influyen en las reacciones de una persona a la fecundidad, a un embarazo, a un aborto espontáneo, a un aborto y a la maternidad. Cuando las reacciones de las mujeres entran en conflicto con estas normas, pueden surgir emociones negativas, tales como culpabilidad o vergüenza. Los consejeros de los servicios de APA necesitan crear un ambiente seguro, donde las mujeres puedan explorar sus verdaderos sentimientos sin sentirse cohibidas, avergonzadas, desconcertadas, malentendidas, enojadas, confundidas o con la impresión de no tener razón. Es esencial que el consejero le comunique a la mujer que sus sentimientos son siempre legítimos, sin importar que ellos contradigan los valores y las normas culturales.

7.1 — Reacciones al embarazo

El anuncio de un embarazo puede provocar toda una variedad de emociones, tales como alegría, temor, tristeza, vergüenza, culpabilidad, alivio y decepción. Para una mujer que está recibiendo APA, la sesión de consejería puede ser su primera oportunidad de hablar con toda franqueza sobre sus sentimientos respecto a su embarazo. De esta reacción inicial depende en gran parte la reacción que presente la paciente hacia su aborto, ya sea espontáneo o inducido.

7.2 — Reacciones hacia el aborto

Si la mujer deseaba tener un hijo pero su embarazo se interrumpió a causa de un aborto espontáneo, puede sentir una gran sensación de pérdida o culpabilidad. Estas reacciones podrían reflejar esperanzas o expectativas que ella tenía para su propia vida o para la del hijo que estaba esperando. Aun si la mujer no deseaba quedar embarazada, puede experimentar una sensación de pérdida y diversas emociones fuertes.

7.3 — Reacciones a las opciones de tratamiento

Siempre que sea posible, el consejero debe discutir con la mujer que requiere tratamiento de APA sus opciones de tratamiento. La consejería le permitirá entender mejor su reacción a su estado clínico y al tratamiento. Si la paciente puede escoger su tratamiento, ella mantiene más control de su situación, lo cual es muy importante en el ámbito de APA dado que la mujer podría estar pasando por una sensación de pérdida de control de su vida. Al dar a la mujer la posibilidad de decidir de manera libre e informada cuál será su tratamiento, y al respetar sus deseos, se aumenta su satisfacción y su confianza no sólo en el prestador de servicios, sino también, a menudo, en el sistema de salud en general. Si la paciente está de acuerdo, se debe intentar ofrecer la consejería antes del tratamiento, salvo en caso de urgencia en que la vida o la salud de la mujer corren peligro inminente.

7.4 — Deseos de futuros embarazos

Antes de mencionar el tema de la anticoncepción, un buen consejero debe ayudar a la mujer a aclarar sus deseos respecto a una futura maternidad. Es posible que la paciente desee volver a quedar embarazada pronto, desee aplazar el embarazo o desee evitar futuros embarazos. Aunque puede que la sesión de consejería como parte de la APA no sea un buen momento para que algunas mujeres tomen decisiones importantes en cuanto a los métodos anticonceptivos permanentes, otras mujeres ya han tomado esa decisión antes del procedimiento.

El consejero debe prevenir a cada paciente acerca de la posibilidad de una ovulación dentro de los diez días posteriores al tratamiento, lo cual puede llevar

rápido a otro embarazo si ella reanuda sus relaciones sexuales. Si la paciente desea volver a quedar embarazada pronto, debe analizar junto con su prestador de servicios de salud de qué manera el nuevo embarazo podría afectar su salud. En algunos casos, se deberá esperar hasta la cita de control para determinar el impacto. Si la mujer desea escoger un método anticonceptivo para espaciar sus embarazos o para evitar un embarazo no deseado, el consejero debe asegurarse de que lo reciba durante su estancia en el centro de APA o que sea remitida a un servicio de planificación familiar. La mayoría de los establecimientos de salud pueden, como mínimo, garantizar que sus pacientes reciban métodos anticonceptivos provisionales antes de remitirlas a servicios externos para que obtengan un método de largo plazo. (Para mayor información, ver los módulos *Servicios de anticoncepción y Cuidados de seguimiento*.)

8.0 — Remisión de las pacientes a otros servicios de salud

Al remitir a algunas de sus pacientes a otros servicios, los consejeros desempeñan una función importante que no debe ser subestimada. De hecho, los consejeros pueden hacer más mal que bien si tratan de proporcionar consejería a estas mujeres sobre temas en los que carecen de conocimiento o de formación. Si un consejero no puede permanecer imparcial y libre de prejuicios, deberá estar preparado para remitir a la paciente a otro prestador de servicios de salud. Por tanto, durante la sesión de consejería, es esencial que el consejero sea consciente de sus propios sentimientos y conocimiento. Si él empieza a interesarse en sus propias reacciones y pensamientos, este descarrilamiento lo alejará del objetivo de la consejería, la cual debe permanecer centrada en la paciente. En estos casos, es preferible que el consejero remita a la paciente a un/a colega que se encuentre capacitado para proporcionar la consejería apropiada.

Antes de ofrecer consejería como parte de los servicios de APA, los consejeros deben determinar todas las inquietudes que puedan tener las pacientes y crear una lista de recursos exteriores dispuestos a prestar servicios que complementen los de su establecimiento de salud. Gracias a esta preparación, el consejero será menos renuente a tratar los asuntos de salud afines porque tendrá la solución de antemano. El consejero puede recurrir a un organismo local para crear la lista y actualizarla periódicamente. Es necesario que el consejero le asegure a la mujer que ella puede regresar al establecimiento de salud para ser remitida a otro servicio si tiene problemas con el servicio al cual fue remitida inicialmente o si dicho servicio no estaba capacitado para cubrir sus necesidades.

El proceso de remisión será más eficaz si el establecimiento de salud crea protocolos de remisión. Por ejemplo, un protocolo esencial es crear y mantener un libro de registros confidencial de todos los casos que han sido remitidos, en el cual los consejeros puedan anotar el nombre de cada paciente, el servicio al cual fue remitida, y cualquier seguimiento que haya sido realizado. Otro ejemplo es que los consejeros formen el hábito de preguntar a cada mujer si es seguro que reciba la información por escrito sobre la remisión a otros servicios. En ciertas situaciones, el hecho de que otra persona encuentre estos documentos podría causar graves problemas a la mujer. Si efectivamente existe un riesgo, el consejero debe consultar con la mujer para encontrar otro modo de proporcionarle la información. (Para mayor información, ver el *Apéndice A: Ejemplos de los formularios de remisión en la sección Evaluación y plan de tratamiento*.)



Remisión de las pacientes a otros servicios de salud



Remisión

Una remisión es necesaria cuando:

- El consejero no posee el conocimiento o las habilidades para tratar un problema o asunto discutido con la paciente
- El consejero y los otros empleados del establecimiento de salud no pueden contestar las preguntas de la paciente
- El consejero tiene un conflicto de intereses o no puede hacer a un lado sus valores personales, y trata a la paciente con parcialidad o con prejuicios
- Las necesidades de la paciente sobrepasan la capacidad del establecimiento de salud
- La paciente deja de comunicarse a causa de la forma en que el consejero reacciona hacia ella

Para remitir a la paciente adecuadamente, es necesario proporcionar:

- información completa y fácil de seguir
- información exacta y actualizada
- información sobre otros establecimientos de salud accesibles
- una lista de los servicios recomendados que sean de un costo asequible para la paciente y queden cerca de su casa

9.0 — Cierre de una sesión de consejería

Al final de la sesión de consejería, el consejero o la consejera debe:

- Hacer un resumen conciso de los conceptos clave discutidos
- Preguntar a la mujer si tiene alguna otra pregunta y contestarla, si es posible
- Pedir a la mujer que repita toda instrucción o sugerencia recibida verbalmente
- Asegurarse de que la mujer tenga instrucciones por escrito o documentos de remisión, si corresponde
- Explicar qué se debe esperar durante el resto de la consulta médica o durante la atención posterior de control

10.0 — Consejería de los sectores especiales de la población en los servicios de APA

Los consejeros y prestadores de servicios de APA a veces reciben pacientes con necesidades específicas. Estas mujeres constituyen sectores especiales de la población que varían según la región, el país o un ámbito específico. Dado que es posible que estas mujeres se sientan incómodas al hablar sobre estos aspectos con sus consejeros, el consejero debe hacer preguntas que le permitan conocer mejor la situación de la mujer y que la ayuden a tomar decisiones que tengan un verdadero impacto en su vida. Además, el consejero podría necesitar conocimiento especializado sobre las condiciones de vida de estas mujeres y las dificultades que ellas encuentran. Los consejeros que se sienten incómodos atendiendo a tales pacientes podrían obtener capacitación adicional para adquirir aptitud. De lo contrario, los consejeros pueden remitir a estas mujeres a colegas que posean las habilidades necesarias para prestar servicios de alta calidad que cubran sus necesidades especiales.

La siguiente sección trata de la manera en que los consejeros pueden cubrir las necesidades específicas de cuatro sectores especiales de la población:

- Mujeres que han tenido repetidos abortos
- Mujeres que han sido víctimas de violencia
- Mujeres que viven con VIH/SIDA
- Las adolescentes

Existen otros grupos especiales de la población que los consejeros podrían encontrar en su trabajo, según la comunidad específica de mujeres que atiendan. En el Apéndice A se expone información sobre cómo cubrir las necesidades específicas de los siguientes grupos:

- Mujeres que practican trabajo de sexo comercial
- Mujeres con discapacidad cognitiva
- Mujeres refugiadas o desplazadas
- Mujeres que han sido sometidas a una mutilación genital
- Mujeres infecundas a consecuencia de las complicaciones de un aborto
- Mujeres que tienen parejas del sexo femenino

10.1 — Mujeres que han tenido repetidos abortos

Si, a pesar de presentar repetidos abortos espontáneos, una paciente desea volver a quedar embarazada, el consejero debe remitirla a un servicio ginecológico especializado en el tratamiento de la infertilidad, si existe tal servicio. Por otro lado, si la mujer no quiere quedar embarazada y ha tenido repetidos embarazos no deseados, el consejero puede hablar con ella para determinar por qué está sucediendo esto y ayudarla a resolver cualquier dificultad que tenga para obtener y utilizar un método anticonceptivo. (Para mayor información, ver el módulo *Servicios de anticoncepción*.) Algunas mujeres son incapaces de explicar por qué decidieron no utilizar un método anticonceptivo, aunque no deseen quedar embarazadas. En algunos casos, puede que haya un problema subyacente que impida a la mujer protegerse adecuadamente de un embarazo no deseado. Por ejemplo, es posible que ella crea en ciertos mitos sobre la anticoncepción o que sea víctima de una relación sexual abusiva. El consejero puede ayudarla a explorar cualquier problema psicológico persistente, tal como un trauma ligado al abuso durante la infancia, tortura o baja autoestima, que pueda estar contribuyendo a ocasionar los embarazos no deseados. Si el problema es grave, la mujer deberá ser remitida a un servicio de salud mental profesional a más largo plazo.

10.2 — Mujeres que han sido víctimas de violencia

Para muchas de las víctimas de violencia sexual, la visita al centro de atención postaborto podría ser su único contacto con el sistema de salud. Al expresar empatía y compasión, los consejeros pueden ayudar a las sobrevivientes de violencia a superar sus sentimientos de vergüenza, temor o su complejo de inferioridad, sentimientos que no sólo son frecuentes entre estas víctimas, sino que también las ponen en mayor riesgo de futuros abusos. Las mujeres que han sufrido violencia también tienden a tener una baja autoestima, a tener relaciones sexuales consensuales a una edad precoz y a practicar comportamientos sexuales de alto riesgo.

Muchas mujeres piensan que los prestadores de servicios de salud deberían siempre preguntar a sus pacientes acerca de previos actos de violencia. Los

Las mujeres que han sido víctimas de actos de violencia, tal como una violación, agresión sexual, sexo forzado, incesto o prostitución involuntaria, a menudo presentan problemas de salud ligados directamente a dicho abuso. Sufren lesiones físicas, infecciones de transmisión sexual (ITS), trastornos psicológicos y embarazos no deseados. Durante el embarazo, la violencia física o psicológica aumenta los riesgos de presentar un aborto espontáneo o un aborto inducido. Por tanto, es probable que los consejeros de APA tengan que atender mujeres que han sido víctimas de violencia sexual.

consejeros deben incorporar al protocolo de la consejería preguntas sobre este tema, y hacérselas a las pacientes de manera rutinaria.

Para ayudar a las mujeres a sentirse más cómodas al contestar las preguntas sobre la violencia, el consejero puede presentar el tema en algunas de las siguientes maneras:

- “Dado que la violencia en el hogar es un problema frecuente, ahora interrogamos a todas nuestras pacientes acerca de este tema.”
- “Muchas de las pacientes que atiendo tienen problemas en la casa. Dado que algunas temen ser las primeras en hablar del tema, he empezado a preguntar al respecto de manera rutinaria. ¿Ha tenido usted este tipo de problema?”
- “Como usted probablemente sepa, las mujeres suelen ser víctimas de abuso emocional, físico o sexual en algún momento u otro de su vida, y estos abusos pueden afectar su salud. ¿Ha sufrido usted tal abuso alguna vez?”
- “¿Ha sido usted golpeada o agredida físicamente por su pareja? ¿La ha amenazado o asustado?”
- “¿Ha sido usted forzada por su pareja o por alguna otra persona a tener sexo contra su voluntad?”

(Adaptado de The Johns Hopkins School of Public Health, 1999)

Durante la consejería especial brindada a las mujeres víctimas de violencia, se deben tomar en cuenta los siguientes casos:

- Un embarazo no deseado puede ser producto de una violación o incesto.
- Un aborto espontáneo pudo haber sido causado por abuso físico.
- Una mujer puede exponerse a más violencia si otras personas se enteran de que ella tuvo un aborto, que recibió atención postaborto o que utiliza un método anticonceptivo.
- Una mujer pudo haber sido forzada a tener un aborto.

Al proporcionar consejería a estas víctimas de violencia, un consejero eficiente es capaz de:

- Evaluar la capacidad de la mujer para tomar decisiones apropiadas durante la consejería en el centro de APA.
- Evaluar las necesidades de la mujer con relación al diagnóstico y al tratamiento de los efectos físicos o psicológicos de la violencia.
- Ayudar a la mujer a tener en cuenta la probabilidad de que continúe la violencia.
- Ayudar a la mujer a formular un plan para su seguridad inmediata, si es necesario.
- Remitir a la mujer a otros servicios útiles, tales como servicios de salud, de asistencia jurídica o de apoyo psicológico.

Para una mujer en una relación abusiva, un plan de seguridad personal puede ayudarla a protegerse de la violencia, aun si ella no está preparada para dejar a su pareja. El plan también puede ayudarla a dejar su hogar de manera segura si ella decide hacerlo. Formulado con la ayuda del consejero o la consejera, este plan debe ser personalizado y tener en cuenta las necesidades de la paciente, así como su contexto cultural. A continuación se expone un ejemplo de medidas que podrían incluirse en tal plan.

- Identificar uno o más vecinos a quien usted pueda confiar su problema de violencia, y pedirles que busquen ayuda si oyen algún indicio de alteración del orden en su hogar.
- Si una confrontación parece inevitable, tratar de tenerla en un cuarto o área donde usted pueda escapar fácilmente. Evite todo cuarto donde pueda haber armas.

- Practicar cómo salir de su casa de manera segura. Determinar las puertas, ventanas, ascensores o escaleras más adecuadas para ello.
- Tener siempre lista una bolsa que contenga llaves extra, dinero en efectivo, documentos importantes y ropa. Dejar la bolsa en la casa de un pariente o un/a amigo/a, en caso que usted tenga que dejar su casa de manera precipitada.
- Inventar una palabra código que conozcan sólo sus hijos, su familia, sus amigos y sus vecinos y que usted pueda utilizar si necesita ayuda urgente o si quiere que llamen a la policía.
- Decidir adónde se refugiará si tiene que dejar su hogar y tener un plan para llegar a ese lugar (aun si usted no cree que será necesario dejar su hogar).
- Usar su intuición y su juicio. Si la situación es peligrosa, pensar en dar al agresor lo que él exige para calmarlo. Usted tiene el derecho de protegerse a sí misma y a sus hijos.

(Adaptado de Population Information Program, 1999)

10.3 — Mujeres que viven con VIH/SIDA

Las mujeres que reciben atención postaborto y son VIH-positivas necesitan información específica, apoyo, consejería, atención médica y otros servicios. Si los consejeros no han recibido formación extensa con respecto al VIH, deben remitir a las pacientes VIH-positivas a los servicios correspondientes, donde estén disponibles. A dichas pacientes se les debe brindar la información con el fin de ayudarlas a entender mejor su estado médico y a mejorar su propia salud, así como la salud de su pareja sexual y de sus hijos.

Si no existe ningún servicio especializado en VIH, el consejero debe por lo menos discutir los siguientes puntos con las mujeres VIH-positivas:

- Existen ciertos medicamentos que pueden retardar la progresión de la enfermedad y es posible que éstos se puedan adquirir a nivel local.
- Toda estimulación del sistema inmunitario puede ayudar al organismo a defenderse contra el VIH y otras infecciones.
- El uso correcto y sistemático de los métodos de barrera, tal como los condones masculino y femenino, durante cada relación sexual, limita el riesgo de transmisión del VIH a las parejas sexuales.
- Tener relaciones sexuales sin protección con una pareja no infectada implica un riesgo de transmisión de VIH a esa pareja.
- Tener relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada implica un riesgo de infección con una nueva cepa de VIH y otras ITS.
- El uso de doble protección, ya sea mediante el uso simultáneo de un condón y otro método anticonceptivo o mediante el uso correcto y sistemático del condón por sí solo, con píldoras de anticoncepción de emergencia proporcionadas como respaldo, ayuda a evitar embarazos imprevistos y la transmisión de la enfermedad.
- Existe un riesgo de transmisión del virus al feto durante el embarazo o al recién nacido durante la lactancia, pero una terapia antirretroviral puede reducir este riesgo considerablemente.

(Adaptado de la OMS, 2000)

La infección por VIH representa una grave amenaza para la salud y la longevidad de las mujeres en edad de procrear, así como para sus hijos. Las tasas de transmisión de VIH de madre a hijo varían de 15 a 25% en Estados Unidos y en Europa contra 25 a 40% en algunos países africanos y asiáticos. Gracias a los medicamentos para la terapia antirretroviral de rutina, se puede disminuir este riesgo considerablemente. Las mujeres que viven con VIH tienen los mismos derechos que otras mujeres de decidir si desean o no llevar el embarazo a término.

No hay suficientes datos para determinar si las mujeres que saben que son VIH-positivas buscan servicios de aborto con mayor frecuencia que las mujeres embarazadas que no se han sometido a una prueba serológica para VIH o que son VIH-negativas. Las pacientes que saben que son VIH-positivas son sometidas a un estrés psicológico y fisiológico diferente al de las pacientes que no se han realizado la prueba de VIH o que son VIH-negativas. Las pacientes que desean conocer su estado serológico deben ser remitidas a un centro de consejería y pruebas voluntarias de VIH, si existe tal centro.

Según los cálculos de la Organización Mundial de la Salud, cada año hasta 4.4 millones de mujeres adolescentes se someten a un aborto, la mayoría en condiciones de riesgo. A nivel mundial, las mujeres menores de 20 años de edad representan en promedio una tercera parte de los casos de complicaciones relacionadas con el aborto que son tratadas en los hospitales.

10.4 — Las adolescentes

Las adolescentes que buscan servicios de APA, por lo general, tienen menos recursos que las mujeres adultas, así como menos información correcta sobre su cuerpo, el embarazo y la anticoncepción. Además, a menudo no cuentan con el apoyo de sus parejas o de sus padres y las barreras jurídicas les impiden acceder a los servicios de salud reproductiva. Por tanto, es más probable que sufran aislamiento y estrés emocional, y que tiendan a aplazar la búsqueda de los servicios.

Algunas adolescentes prefieren decir o hacer lo que se imaginan que debería complacer al consejero, en vez de lo que consideran ser lo mejor para ellas. Es importante que las adolescentes se sientan con libertad de expresar francamente sus emociones y decisiones con el consejero. Para ello, el consejero debe mostrar su apoyo y comprensión, manifestando claramente su compasión y mentalidad abierta para con las pacientes adolescentes. Ninguna opinión personal sobre la actividad sexual de las adolescentes debe incidir en la interacción.

El consejero puede ayudar a las adolescentes a explorar sus sentimientos sobre futura actividad sexual y metas reproductivas. Si la adolescente no desea tener relaciones sexuales, puede que sea necesario discutir con ella cómo negociar con sus parejas y resistir avances, especialmente de hombres adultos. Si ella fue víctima de violencia sexual en el pasado, el consejero debe remitirla a servicios con la capacidad de ofrecerle consejería durante largo plazo.

Si la adolescente desea quedar embarazada, el consejero debe indicarle adónde ir para recibir servicios de atención prenatal. De lo contrario, esta sesión de consejería representa una ocasión única para ayudarla a disminuir sus riesgos de embarazo no deseado, aborto inseguro e ITS, incluido el VIH. También es una oportunidad para que el consejero la informe acerca de la gama completa de métodos anticonceptivos y de los métodos disponibles para la prevención de ITS, incluida la anticoncepción de emergencia, así como para remitirla a servicios afines (para mayor información, ver el módulo *Servicios de anticoncepción*). Es posible que la adolescente necesite ayuda para aprender a negociar con su pareja el uso del condón y otros métodos anticonceptivos. Si existen programas especializados de salud reproductiva, tales como educación sexual de adolescentes o programas de consejería entre pares, el consejero debe aprovechar este importante recurso y remitir a la paciente a dichos servicios.

11.0 — Resumen

- La consejería implica una situación estructurada en la cual una persona recibe voluntariamente apoyo emocional y orientación de una persona capacitada.
- La consejería es realizada en un área privada o de tal manera que nadie más pueda ver u oír la conversación.
- La información compartida por la paciente es confidencial y no es divulgada sin la autorización voluntaria de la paciente.
- Las pacientes responden mejor a los consejeros que proporcionan apoyo libre de prejuicios y que demuestran empatía.
- Centrada en las pacientes que reciben servicios de APA, la consejería se caracteriza por una escucha activa, la formulación de preguntas abiertas, y el reflejo de los sentimientos y la comunicación no verbal.

- Los consejeros deben crear un ambiente seguro en el cual la paciente pueda explorar sus sentimientos.
- Los protocolos de remisión y las listas de recursos que proporcionan información sencilla, exacta y actualizada, son componentes esenciales de un servicio de remisión eficaz.
- Al final de una sesión de consejería, el consejero debe asegurarse de que la paciente haya entendido bien los puntos discutidos, que todas sus necesidades hayan sido cubiertas, y que ella sepa qué esperar y qué hacer para recibir cuidados de seguimiento.
- Los consejeros pueden prepararse especialmente para saber responder a las necesidades e inquietudes únicas de las pacientes.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

- Cuando los consejeros constatan un problema específico entre un gran número de mujeres (por ejemplo, ITS/VIH, aborto inseguro, abortos repetidos, trabajo de sexo comercial o violencia sexual) pueden explorar formas de crear mayor conciencia entre los líderes y miembros de la comunidad respecto a estos problemas, así como posibles soluciones y medidas de prevención.
- Los consejeros también pueden buscar formas de educar a los líderes comunitarios sobre los efectos negativos que tienen ciertas prácticas tradicionales (tales como la mutilación genital femenina) en la salud de las mujeres.
- Si un gran número de adolescentes informan el tener como parejas hombres casados o de mayor edad, los consejeros pueden pensar en informar a los líderes comunitarios y a las adolescentes respecto a este problema.
- Si los consejeros constatan que un gran número de mujeres necesita servicios especializados, (por ejemplo, detección sistemática, consejería, apoyo o tratamiento en caso de infección por VIH, violencia doméstica, o infertilidad), pueden abogar por la prestación de estos servicios en el centro de APA o en un establecimiento de salud local. Otra opción posible es invitar a los organismos y a los miembros de la comunidad a iniciar algunos de estos servicios (por ejemplo, grupos de apoyo o educación por pares) de manera voluntaria.

Recursos adicionales

Baker, Anna. 1995. *Abortion and options counseling: A comprehensive reference, revised and expanded edition*. Granite City, IL, the Hope Clinic for Women.

EngenderHealth (antiguamente AVSC International). 1999. *Counseling the postabortion patient: Training for service providers*. Nueva York, AVSC International. Inédito.

The Family Health Service Project, Nigeria; MotherCare/John Snow, Inc.; Johns Hopkins University Population Communication Services (JHU/PCS). 1993. *Interpersonal communication and counseling curriculum for midwives*. Arlington, VA, MotherCare/John Snow, Inc.

Federación Internacional de Planificación de la Familia / Región del Hemisferio Occidental. 2000. Screening tool and sample stamp for client intake form to record information on GBV. *Tools for service providers working with victims of gender-based violence*. Nueva York, IPPF/WHO. Disponible en el sitio Web: http://www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/gbv_tools_e.asp (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Póngase usted en el lugar de ella (Put Yourself in Her Shoes). 1997. Producido por Johns Hopkins University Population Communication Services (JHU/PCS); Programa para una Apropiada Tecnología en Salud (PATH); Servicios de Información de Zambia. 30 min. Videocasete.

Research Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women (RAINBO). <http://www.rainbo.org/> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Talluri-Rao, Sudha y Traci L. Baird. 2003. *Information and training guide for medical-abortion counseling*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Bibliography

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). 1995. *Sexual violence against refugees*. Ginebra, ACNUR.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Task Force on Female Circumcision/Female Genital Mutilation. 1999. *Female circumcision/female genital mutilation: Clinical management of circumcised women*. Washington, DC, ACOG.

American Medical Women's Association. 1997. *Fourth-year elective curriculum in reproductive health*. Alexandria, VA, AMWA.

Baker, Anne, Terry Beresford, Glenna Halvorson-Boyd y Joan Mogul Garrity. 1999. Informed consent, counseling, and patient preparation. En Paul, Maureen, E. Steve Lichtenberg, Lynn Borgatta, David A. Grimes y Phillip G. Stubblefield, redactores. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Nueva York, Churchill Livingstone.

Caralis, Panagiota V. y Regina Musialowski. 1997. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *South African Medical Journal*, 90(11): 1,075-80

de Bruyn, Maria. 2003. *La violencia, el embarazo y el aborto: Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Segunda edición*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins, Population Information Program, Center for Communication Programs. 1999. Pullout guide: What health care providers can do about domestic violence. *Population Reports*, Serie L, No. 11. Disponible en el sitio Web <http://www.jhuccp.org/pr/11/11pullout.stm> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Family Health International. 2000. *Reproductive health of young adults: Contraception, pregnancy and sexually transmitted diseases*. Research Triangle Park, Carolina del Norte, FHI y Pathfinder International.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2000. Domestic violence against women and girls. *Innocenti Digest*, No. 6, Florence, UNICEF.

Gardner, Robert y Richard Blackburn. 1997. People who move: New reproductive health focus. *Population Reports*, Serie J, No. 45. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Population Information Program.

Herrick, Jeannine. 2001. *Postabortion care programs for adolescents*. FOCUS brief. Washington, DC, Pathfinder International.

Initiatives, Inc. 1998. *Reproductive Health Integration Issues*, 1(6). Boston, Initiatives, Inc.

Jarrell, Martha, José David Ortiz Mariscal y Judith Winkler, redactores. 2002. *Manual de capacitación para la atención postaborto*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

McIntyre, James. 1999. *HIV in pregnancy: A review*. Ginebra, UNAIDS/OMS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1992. *Current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic: A capsule summary*. Ginebra, OMS.
- , 1995. *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra, OMS.
- , 1997. *Female genital mutilation: A joint WHO - UNICEF - UNFPA statement*. Ginebra, OMS.
- , 1997. *Post-abortion family planning: A practical guide for programme managers*. Ginebra, OMS.
- , 1998. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available data. Tercera edición*. Ginebra, OMS. (WHO/RHT/MSM/97.16)
- , 2000. HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections Initiative. *Voluntary counselling and testing for HIV infection in antenatal care. Practical considerations for implementation*. Ginebra, OMS.
- , 2000. Ficha informativa de la OMS Núm. 241: *Mutilación genital femenina*. Disponible en el sitio Web: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).
- Policar, Michael S., Amy E. Pollack, Cate Nicholas y Susan Dudley, redactores. 1999. *Principles of abortion care: A curriculum for physician assistants and advanced practice nurses*. Washington, DC, National Abortion Federation.
- Population Council. 1998. Improving postabortion care around the world. *Population Briefs*, Winter 1998, 4(1).
- PRIME. 1997. *Reproductive health training for primary providers: A sourcebook for curriculum development*. Chapel Hill, Carolina del Norte, INTRAH.
- Winkler, Judith y Robert E. Gringle, redactores. 1999. *Postabortion family planning: A two-day training curriculum for improving counseling and services*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
- Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. Estados Unidos, Consorcio de Atención Postaborto.
- Yordy, Laura, Ann Hogan Leonard y Judith Winkler. 1993. *Guía práctica para la aspiración manual endouterina*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.

Apéndice A: Otros sectores especiales de la población

Mujeres que practican el sexo comercial

Existen diversos motivos por los cuales las mujeres practican el sexo comercial, así como variados sentimientos y percepciones sobre sus actividades. Las suposiciones de los consejeros respecto a las actividades sexuales de las mujeres, las parejas que escogen, los tipos de relaciones con sus parejas (íntima o comercial) o el poder de negociar dentro de las relaciones sexuales, pueden tener un impacto negativo en la sesión de consejería. Los consejeros pueden ser más eficientes si se centran en adquirir información sobre las circunstancias personales de la mujer y en cubrir sus necesidades.

Durante la consejería de una mujer que practica el sexo comercial, un consejero eficiente debe:

- Evaluar el plan de la mujer de continuar la práctica del sexo comercial
- Enseñar a la mujer las mejores formas de proteger su salud y bienestar si ella piensa continuar practicando el sexo comercial
- Remitir a la mujer a organizaciones que puedan ayudar a las mujeres y niñas que son forzadas a participar en la trata sexual
- Ayudar a la mujer a evaluar su salud sexual y reproductiva y su riesgo de contraer ITS, incluido el VIH/SIDA, y remitirla a otros servicios de detección sistemática, tratamiento y prevención
- Remitir a la mujer a otros servicios de salud, consejería y servicios financieros en la comunidad, según sea necesario
- Pensar en formas de tratar estos asuntos en la comunidad



Respetar las decisiones de la paciente sobre su privacidad

Mujeres con discapacidad cognitiva, problemas de desarrollo o enfermedad mental

Existen diversos grados de discapacidad cognitiva, de problemas de desarrollo y de enfermedad mental; algunas mujeres necesitan más ayuda que otras, según su capacidad personal. A veces las mujeres llegan a la clínica con su pareja, con la persona encargada de cuidarlas, con su madre o su padre, con un/a amigo/a o con un pariente. Aunque puede resultar útil motivar al acompañante a participar en las discusiones sobre las necesidades de la paciente, su estado, su consentimiento informado, sus opciones de atención médica y de métodos anticonceptivos, es de suma importancia que el consejero se dirija a la paciente directamente. El consejero debe iniciar la sesión hablándole a la mujer en un tono que la tranquilice y preguntarle si a ella le gustaría que su acompañante, si tiene uno, la ayude a contestar las preguntas y permanezca con ella durante la práctica de los exámenes y de cualquier procedimiento. Es importante respetar las decisiones de la paciente sobre su privacidad y la persona que ella desea esté presente durante la consejería, los exámenes y los procedimientos. Aun si la mujer prefiere que su acompañante participe en su sesión de consejería, el consejero debe dirigir las preguntas y la conversación hacia la paciente.

Una percepción errónea pero frecuente es la de que las mujeres con discapacidad cognitiva y problemas de desarrollo y/o enfermedad mental no son activas sexualmente. Muchas mujeres con estas afecciones son capaces de participar en relaciones sexuales consensuales y seguras. No obstante, es importante tener en cuenta que esas mujeres corren mayor riesgo de ser víctimas de violencia sexual

y de ser forzadas a tener relaciones sexuales, posiblemente por las personas encargadas de cuidarlas. Si se sospecha de violencia sexual, asegúrese de llevar a cabo la sesión de consejería en privado y de remitir a la mujer a otros servicios comunitarios correspondientes.

Puede que el consejero necesite más tiempo y esfuerzo para comunicarse con una mujer que tiene discapacidad cognitiva. Para mejorar la comunicación, los consejeros pueden:

- Utilizar lenguaje sencillo y fácil de entender
- Pedir a la paciente que repita los conceptos en sus propias palabras para asegurarse de que los haya entendido
- Hablar en un área privada y silenciosa, alejada de distracciones auditivas y visuales
- Utilizar ilustraciones siempre que sea posible
- Asegurar a la paciente que ella no tiene la culpa y que no corre ningún peligro
- Dar ejemplos siempre que sea posible

Algunos tipos de discapacidad cognitiva y de enfermedad mental pueden contribuir a que la mujer se sienta muy ansiosa. En algunos casos, puede que ella responda o no responda bien al tacto o a permanecer sentada o de pie cerca del consejero. En una situación de APA, es posible que la mujer no entienda cabalmente dónde está o qué le está sucediendo a su cuerpo, en cuyo caso podría sentirse temerosa. El consejero puede brindar palabras tranquilizadoras y una explicación fácil de entender acerca de lo que ella puede esperar.

La mujer puede o no ser su propia tutora, lo cual puede afectar su capacidad de dar el consentimiento informado. Si ella es capaz de tomar decisiones sobre su propia atención médica, el consejero debe hacer un esfuerzo adicional por asegurarse de que la paciente entienda claramente a qué está asintiendo y cuáles son sus opciones. Las mujeres con discapacidad cognitiva suelen acceder o decir que sí rápidamente antes de entender bien los puntos discutidos.

Mujeres refugiadas o desplazadas

Por lo general, las mujeres refugiadas o desplazadas deben afrontar varios niveles de estrés emocional relacionados con su seguridad personal; violencia institucional, comunitaria y personal; desplazamiento de su núcleo familiar, su cultura y su hogar; falta de alimento; falta de acceso a atención médica integral; e inseguridad sobre el futuro. Muchas mujeres han sido víctimas de violencia durante el período inicial de desplazamiento, mientras que muchas otras continúan siendo sometidas a actos de violencia en su localidad actual. Durante la consejería de pacientes refugiadas o desplazadas, es importante facultar a la mujer y dejarla guiar el proceso de consejería. Algunas mujeres refugiadas o desplazadas desarrollan mecanismos de defensa que les impiden participar en la discusión, mientras que otras están ansiosas por hablar y ser escuchadas.

Factores especiales que deben tener en cuenta los consejeros que trabajan con mujeres refugiadas o desplazadas:

- Es muy probable que existan diferencias en cuanto a creencias culturales, éticas y religiosas entre la mujer refugiada o desplazada y el consejero. Sea consciente de estas diferencias durante la sesión de consejería.

- Las diferencias de idiomas suelen ser una barrera clave a los cuidados de las mujeres refugiadas. Si tales diferencias constituyen un obstáculo, debe estar presente una intérprete, de preferencia proporcionada por el establecimiento de salud en vez de un/a amigo/a o pariente de la paciente, desde antes de iniciar la sesión de consejería y el tratamiento.
- Para muchas mujeres refugiadas y desplazadas, la atención postaborto es un servicio de remisión. Otros servicios de salud reproductiva posiblemente estén limitados en muchos ámbitos de personas refugiadas o desplazadas. No dé por sentado que en los lugares a los cuales las mujeres están acostumbradas a acudir para recibir atención médica la mujer encontrará cuidados de seguimiento, suministros anticonceptivos o remisión a otros servicios de salud.
- Los estudios muestran que existe un amplio espectro de embarazos deseados y no deseados en los ámbitos de mujeres refugiadas o desplazadas. Algunas mujeres que han perdido hijos o miembros de su familia se encuentran deseosas de tener más hijos para restaurar las líneas familiares, mientras que otras quieren evitar la maternidad del todo debido a las incertidumbres de la vida de una refugiada.
- Entre las mujeres refugiadas o desplazadas que han sido víctimas de violencia, algunas temen ser estigmatizadas a causa de un aborto inducido, mientras que otras rehúsan llevar a término un embarazo que es producto de violencia, a cualquier costo sobre su vida o su salud.
- Por último, aunque no existen datos específicos sobre las mujeres refugiadas, los factores combinados de estrés emocional, físico y alimenticio que existen en muchos ámbitos de personas refugiadas o desplazadas, podrían aumentar la incidencia de abortos espontáneos entre las mujeres de dichas poblaciones. La consejería sobre estos problemas y la remisión de las mujeres a los servicios de atención posterior de control puede ser muy importante.

Se calcula que más de 130 millones de niñas y mujeres han sido sometidas a una mutilación genital. Dos millones más corren este riesgo cada año. Esta práctica tradicional no sólo causa daños físicos y psicológicos, sino que también constituye una violación de los derechos humanos.

La mutilación genital femenina (MGF) es practicada principalmente en las regiones septentrional, occidental y oriental de África, y se está extendiendo a otras regiones debido a la migración e inmigración. “La mutilación genital femenina (MGF), comúnmente conocida como ‘circuncisión femenina’, abarca todos los procedimientos que implican la extirpación parcial o total de los genitales femeninos externos u otras lesiones a los órganos genitales femeninos, ya sea por motivos culturales, religiosos u otros motivos no terapéuticos (OMS, 2000).” En el módulo *Evaluación y plan de tratamiento* se esbozan las cuatro categorías de MGF.

Mujeres que han sido sometidas a una mutilación genital femenina (MGF)

Es posible que las pacientes no quieran discutir el tema de la MGF con su consejero o que no sepan que afectará su tratamiento de APA. Si el consejero o la consejera sospecha que la mujer ha sido sometida a una MGF, él o ella puede decir algo como: “Muchas mujeres en esta región han sido sometidas a una MGF, una práctica donde partes de los genitales son extirpadas, cocidas o alteradas de otra forma. ¿Ha sido usted sometida a esto?” Saber que otras mujeres han sufrido lo mismo podría tranquilizar a la paciente. Si la mujer ha sido sometida a una mutilación genital, es muy importante que el consejero utilice tacto al cuestionarla al respecto y que no dé por sentado que todas las mujeres tienen la misma experiencia con la MGF. El consejero puede indagar delicadamente para determinar si la mutilación ha afectado la vida emocional, física o sexual de la mujer de alguna otra manera.

El trauma psicológico puede ser atribuido a los altos niveles de dolor que sufrió la mujer durante y después de la MGF, al hecho de que muchos procedimientos son practicados sin prevenirla de antemano, y a la pérdida de sensación sexual que muchas de estas mujeres sufren después del procedimiento. En algunos casos, la mujer puede sentirse traicionada por su familia, así como por sus parientes del sexo femenino y por sus amigas. En otros casos, la MGF puede ser parte de una experiencia cultural más amplia que tiene un significado positivo para la mujer.

Para explorar los sentimientos de la mujer, los consejeros pueden hacerle preguntas abiertas sobre su experiencia.

En la sesión de consejería con una mujer que ha sido sometida a una MGF se pueden abarcar muchas áreas, tales como:

- Discusión sobre cómo se siente la mujer respecto a la práctica de la MGF y sobre su experiencia con ella, teniendo en cuenta que muchas mujeres están a favor de dicha práctica
- Discusión sobre cómo se siente la mujer respecto a su cuerpo y su sexualidad después de su MGF
- Educación sobre la salud, con un repaso de la anatomía reproductiva femenina, el ciclo menstrual y qué se puede esperar durante un examen pélvico

Si una mujer ha sido infibulada de manera que el orificio vaginal ha sido cocido o reducido, y necesita someterse a un procedimiento de desinfibulación para reabrir la vagina para el tratamiento de APA, el consejero debe:

- Explicar que el procedimiento de desinfibulación implica descoser las costuras en el área genital de la mujer.
- Informar claramente a la mujer que para el procedimiento de desinfibulación será necesario utilizar anestesia local o general, la cual podría adormecerla o producirle un estado pasajero de inconciencia. Asegurarle que su dolor será manejado adecuadamente y cerciorarse de que así sea.
- Informar a la mujer que el procedimiento de desinfibulación podría inducir recuerdos de su infibulación. Asegurarle que ella contará con apoyo emocional durante todo el procedimiento.
- Explicar que el procedimiento de desinfibulación es necesario para practicar un examen pélvico a fin de evaluar bien su estado físico. El examen pélvico es necesario para evaluar y manejar el aborto incompleto y complicaciones tales como hemorragia, infección y lesión intraabdominal, las cuales, si no son tratadas, podrían llevar a una discapacidad permanente o incluso a la muerte.
- Incluir en la consejería información sobre la reinfibulación, indicando que este procedimiento no es recomendado clínicamente. Explicar que, según la comunidad médica, la práctica de la infibulación no es segura para la salud de la mujer y sus futuros hijos.
- Reconocer y discutir cualquier inquietud que ella tenga respecto a la reinfibulación. Por ejemplo, es posible que ella sea excluida por parte de su pareja, su familia o su comunidad.
- Discutir los beneficios de la desinfibulación, tales como una reducción en la incidencia de dismenorrea, dispareunia, infecciones crónicas del tracto urinario, vaginitis y complicaciones intra parto.
- Discutir los riesgos poco frecuentes del procedimiento de desinfibulación, tales como el sangrado y la infección.
- Explicar que ella podría orinar de manera diferente después del procedimiento: en vez de gotear, la orina puede salir en forma de chorro.
- Obtener el consentimiento informado voluntario de la mujer para poder practicar el procedimiento una vez que se hayan contestado todas sus preguntas y todas sus inquietudes.

En el módulo *Evaluación y plan de tratamiento*, se abordan los aspectos clínicos de la evaluación de la MGF.

Mujeres que se vuelven infértiles a consecuencia de las complicaciones del aborto

Las complicaciones graves de un aborto practicado en condiciones de riesgo pueden dificultar o imposibilitar el que una mujer vuelva a quedar embarazada. La repetición de abortos espontáneos también puede perjudicar la capacidad de la mujer de quedar embarazada. Los consejeros posiblemente observarán una variedad de reacciones en las mujeres que han quedado infértiles a consecuencia

de las complicaciones de un aborto. Independientemente del hecho de que ellas deseen un futuro embarazo, es común que tengan sentimientos de aflicción y pérdida. Algunas mujeres se sienten aliviadas porque su riesgo de tener futuros embarazos ha sido eliminado; otras parecen no haber sido afectadas. Los consejeros pueden ayudar a las mujeres a explorar sus sentimientos sobre la infertilidad, reconociendo las implicaciones sociales y culturales para las mujeres infértiles en esa sociedad.

La infertilidad podría:

- Deteriorar la autoestima, la imagen corporal, los sentimientos de feminidad y las relaciones sexuales de la mujer
- Crear tensión en la relación de la mujer con su pareja o con su familia
- Cambiar la posición social de la mujer, según las creencias de su cultura respecto a la importancia de tener hijos

En todos los casos, es esencial que el consejero se asegure de que la mujer entienda las implicaciones de su estado médico. Las mujeres que saben claramente qué pueden esperar se sorprenderán menos si se presenta o no un embarazo, y pueden planificar su vida y su familia conforme a las circunstancias.

Los sentimientos y las reacciones de la mujer respecto a su infertilidad continuarán evolucionando con el tiempo y, en el futuro, puede llegar a desear recibir ayuda para convivir con su infertilidad. Los mecanismos para sobrellevar esta situación deben ser discutidos con la paciente y ella debe ser remitida a consejería sobre la infertilidad, si existe tal servicio.

Se puede ayudar a las mujeres que sufren una situación de infertilidad de las siguientes maneras:

- Conversando sobre la variedad de reacciones que las mujeres tienen frente a la infertilidad. Diciéndole que es natural que experimente una variedad de emociones, tales como rabia, culpabilidad, tristeza, ansiedad y depresión.
- Informándole acerca de la infertilidad y remitiéndola a los servicios correspondientes si desea explorar otras opciones de maternidad, tales como la adopción o los tratamientos de fertilidad, teniendo en cuenta que estas opciones no siempre están disponibles o son accesibles a todas las mujeres.
- Instándola a encontrar parientes, amigos o amigas que la apoyen y con quienes ella pueda hablar en confianza. Explicar que quizá ella tenga que educarlos respecto a la infertilidad y decirles cómo pueden apoyarla.
- Alentándola a permitirse a sí misma manifestar sus sentimientos, sin importar cuáles sean.
- Comunicándole que sus parejas, familia y amigos o amigas podrían reaccionar de una manera diferente a la de ella. Y además, asegurándose de que ella entienda que las reacciones de los demás no deben invalidar sus propios sentimientos.

(Adaptado de Resolve, 2002)

Mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres

Los consejeros no deben suponer que las mujeres que buscan servicios de APA tienen parejas sexuales de sexo masculino solamente. Existen diversos motivos

por los que las mujeres cuyas parejas sexuales son de sexo femenino buscan servicios de APA. Es posible que hayan tenido relaciones sexuales con un hombre o utilizado el método de inseminación artificial para tener un hijo. También pueden haber sido víctima de violencia sexual. Algunas mujeres tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres. Al igual que las circunstancias en torno al embarazo varían, también varían los sentimientos de la mujer respecto al aborto. El consejero no debe dar por sentado que el embarazo no era deseado y tampoco debe descartar el riesgo de un futuro embarazo.

Según las normas culturales, puede que sea muy difícil para la paciente divulgar el hecho de que tiene parejas sexuales que son mujeres o de que la estructura de su familia no corresponde a la de un modelo heterosexual. El consejero puede ayudarla a hablar libremente asegurándole que su conversación es confidencial, garantizando dicha confidencialidad, y también mostrando respeto por las decisiones de la mujer, su pareja y la estructura de su familia.

BLANK

Servicios de anticoncepción

Temas clave en este módulo:

- *Servicios de anticoncepción y el ciclo de repetición de embarazos no deseados*
- *Modelos para la prestación de servicios de anticoncepción en un centro de APA.*
- *Causas de la falla anticonceptiva.*
- *Confidencialidad, privacidad, elección informada y consejería y participación de las parejas.*
- *Elementos esenciales de la consejería anticonceptiva.*
- *Métodos anticonceptivos que pueden considerar las mujeres que reciben atención postaborto.*
- *Aspectos especiales en torno a la consejería anticonceptiva*

1.0 — Introducción

Diversas organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han reconocido que el acceso a los servicios de anticoncepción constituye un derecho humano básico y es fundamental para la salud sexual y reproductiva. Asimismo, las leyes y normas de salud nacionales de muchos países respaldan este derecho. La Carta sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, promulgada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), incluye el derecho de decidir casarse o no y de planear y tener una familia, y el derecho de decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos. La falta de acceso a los métodos anticonceptivos imposibilita la capacidad de muchas mujeres de disfrutar de dichos derechos.

El brindar consejería y métodos anticonceptivos como parte de los servicios de APA puede mejorar la aceptación de la anticoncepción y ayudar a romper el ciclo de repetición de embarazos no deseados y de abortos practicados en condiciones de riesgo. A toda mujer que reciba tratamiento de APA se le debe ofrecer consejería anticonceptiva y una variedad de métodos anticonceptivos de manera que ella pueda controlar su futura fecundidad. Dado que la ovulación puede ocurrir poco después de un aborto, se debe proporcionar anticoncepción inmediata a las mujeres que desean evitar otro embarazo.

Las circunstancias en que se encuentran las mujeres que reciben servicios de APA son diversas. Por tanto, los consejeros deben evitar hacer suposiciones sobre las mujeres que atienden. Algunas mujeres han tenido abortos espontáneos y puede que deseen volver a quedar embarazadas inmediatamente. O puede que deseen postergar otro embarazo, o que sea necesario que su prestador de servicios de salud les aconseje que lo aplacen. Otras mujeres que reciben servicios de APA han interrumpido su embarazo. Las razones por las que ocurren estos embarazos no deseados varían, pero a menudo las mujeres sienten que

En el campo de la anticoncepción, a la persona que solicita los servicios se le conoce con frecuencia como “cliente.” No obstante, en este módulo se abarcan los servicios de anticoncepción relativos a la atención postaborto (APA). Dado que el término “paciente” es más común entre los prestadores de APA, será, el término utilizado en este módulo. El respeto de los derechos de las pacientes continúa siendo un elemento fundamental de los servicios de anticoncepción.

Además, en este módulo se utiliza el término “anticoncepción” en vez de “planificación familiar”. Aunque este último término es más aceptado en algunas culturas, muchas mujeres que reciben servicios de APA simplemente buscan evitar quedar embarazadas. Para fines del presente módulo, el uso del término “anticoncepción” ayuda a recordarles a los consejeros que no deben hacer suposiciones acerca de las intenciones reproductivas de las mujeres.

Cada año, a nivel mundial, mueren aproximadamente 500,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, y aproximadamente 70,000 mueren a consecuencia del aborto inseguro. Una manera significativa de terminar el ciclo de repetición de abortos inseguros es mediante la anticoncepción.

esto es algo que se encuentra fuera de su control. Por ejemplo, el hecho de que los suministros de anticonceptivos en la localidad no sean confiables podría forzar a una mujer a abandonar el uso de su método anticonceptivo. El factor común entre las mujeres que reciben APA es que ellas se encuentran en una coyuntura crítica en su vida reproductiva y pueden beneficiarse de una consejería humana sobre su salud sexual, metas y opciones anticonceptivas.

En este módulo se explica por qué la consejería anticonceptiva y el suministro de métodos son una parte esencial de la APA. Además, se indica cómo aconsejar a las mujeres que reciben APA de manera que aquéllas que desean utilizar la anticoncepción sean capaces de escoger un método apropiado y de utilizarlo de manera eficaz.

2.0 — La importancia de la consejería anticonceptiva postaborto y el suministro de métodos

En 1993 en Bellagio, Italia, expertos internacionales en salud reproductiva se reunieron en un esfuerzo sin precedente para tratar el tema de la planificación familiar postaborto. Convinieron en que es más probable que los servicios de anticoncepción postaborto sean eficaces si se basan en las necesidades personales de cada mujer en vez de en protocolos preestablecidos. Por tanto, el consejero de anticoncepción debe evaluar la situación de cada mujer, incluidas sus características personales como edad, paridad, estado clínico y la capacidad de su sistema de salud local para ayudarla a evitar o postergar otro embarazo.

El objetivo de la consejería anticonceptiva postaborto es ayudar a la mujer a entender los factores que llevaron al aborto de manera que ella pueda evitar que se repita la misma situación. El consejero ayuda a la mujer a decidir si ella quiere utilizar un método anticonceptivo y, si así lo desea, la ayuda a escoger un método apropiado. Un consejero o una consejera eficiente toma en cuenta las necesidades personales, las metas reproductivas y el estado clínico de la mujer.

La anticoncepción, incluida la anticoncepción postaborto, es esencial para la salud y el bienestar de la mujer por varias razones. El uso de anticonceptivos puede:

- Disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas ayudando a las mujeres a evitar futuros embarazos no deseados y la posibilidad de un aborto de alto riesgo que puede llevar a una lesión o a la muerte;
- Promover la salud de la mujer espaciando el período de tiempo entre sus embarazos;
- Mejorar la salud de los recién nacidos y asegurar su supervivencia brindando a las madres un medio eficaz de lograr el espaciamiento entre sus partos;
- Dar a las mujeres la libertad de mejorar su calidad de vida, cursar estudios o culminar una carrera profesional.

3.0 — Modelos de prestación de servicios

La consejería anticonceptiva postaborto y el suministro de métodos para tal fin, pueden llevarse a cabo en diversos momentos y de diferentes maneras durante la APA. Entre los modelos de prestación de servicios figuran:

- Ofrecer consejería y suministrar métodos anticonceptivos provisionales en el centro de APA;

- Ofrecer consejería en el centro de APA con remisión para el suministro de los métodos anticonceptivos en otro establecimiento de salud;
- Realizar convenios para que los prestadores de servicios de una clínica de planificación familiar visiten el centro de APA ya sea para brindar consejería y suministrar los métodos anticonceptivos, o para trasladar a las mujeres a la clínica de planificación familiar con el fin de que reciban los servicios de anticoncepción.

La consejería anticonceptiva puede brindarse ya sea antes o después del tratamiento de APA. Si la mujer desea un método permanente o de largo plazo, tal como la esterilización femenina o el dispositivo intrauterino (DIU), se le puede administrar cuando se le efectúe la evacuación endouterina. En estos casos, es mejor realizar la consejería antes del tratamiento de APA, si ella se siente lo suficientemente bien como para participar en una conversación. Si su estado médico requiere atención inmediata, no es apropiado realizar la consejería sobre los métodos anticonceptivos antes del tratamiento médico. A la mayoría de las mujeres se les suministra un método anticonceptivo inmediatamente después de concluido el tratamiento médico. Las mujeres que se presentan a su cita de control posiblemente solicitarán un nuevo método que se ajuste más a su situación actual, o un reabastecimiento de un método utilizado anteriormente.

Con la capacitación apropiada, muchas personas pueden prestar servicios de anticoncepción. Entre las opciones figuran capacitar a uno o dos integrantes del personal clínico, capacitar a todo el personal clínico, o depender del personal de un servicio local de planificación familiar para que visite el centro de APA con esta finalidad. Los voluntarios comunitarios también pueden recibir capacitación en la prestación de dichos servicios, siempre y cuando se pongan en práctica estrictos protocolos de confidencialidad.

4.0 — Metas de fertilidad de las mujeres después de un aborto

4.1 — Falla del método anticonceptivo

Los consejeros también atenderán mujeres que han interrumpido sus embarazos no deseados que son consecuencia de no utilizar métodos anticonceptivos o a causa de una falla de los mismos. Dicha falla puede presentarse por varias razones: el método en sí no es eficaz; la mujer no usó el método adecuadamente; la mujer dejó de utilizar el método por motivos personales, familiares, sociales o culturales; o el sistema de planificación familiar no alcanzó a la mujer con servicios apropiados y confiables.

Falla del anticonceptivo:

- Ningún método es un 100 por ciento eficaz: aun cuando un método anticonceptivo moderno es usado correctamente, algunas mujeres quedan embarazadas.

Falta de uso o uso incorrecto:

- La mujer no siempre cuenta con los medios económicos para comprar los anticonceptivos o se le olvida tomar o utilizar su método.
- La mujer es influenciada por los mitos populares sobre la anticoncepción, por ejemplo: la creencia de que la anticoncepción puede causar infertilidad.

En los establecimientos de salud donde no se ofrecen servicios de anticoncepción, los profesionales de la salud deben asegurarse de que toda mujer que reciba APA tenga conocimiento de lo siguiente:

- Que puede volver a quedar embarazada dentro de los 10 días subsiguientes al tratamiento;
- Que existen métodos seguros para evitar o postergar otro embarazo;
- Dónde y cómo puede obtener servicios y métodos anticonceptivos;
- Que la mayoría de los métodos anticonceptivos pueden utilizarse después del tratamiento de APA.



Privacidad y confidencialidad

- La mujer sufre efectos secundarios desagradables y deja de utilizar su método.
- El esposo, la suegra o algún otro pariente de la mujer no aprueba el hecho de que ella use un anticonceptivo.
- Los líderes religiosos de la comunidad de la mujer no apoyan el uso de métodos anticonceptivos.
- La mujer fue violada o fue forzada a tener relaciones sexuales.

Falla del sistema de planificación familiar:

- Los consejeros de planificación familiar no le explican adecuadamente a la mujer cómo utilizar el método.
- Las políticas nacionales de salud reproductiva limitan el uso de la anticoncepción a algunas personas que desean usarla, por ejemplo a las mujeres solteras o a las adolescentes.
- Los métodos anticonceptivos se venden a un costo demasiado alto para la situación económica de la mujer.
- Las clínicas de planificación familiar no tienen el método escogido por la mujer o no lo mantienen en existencia de manera confiable.
- La comunidad de la mujer no cuenta con servicios de planificación familiar o las clínicas no están abiertas en horas convenientes para la mujer.
- Los protocolos de los servicios de planificación familiar limitan el acceso a un suministro suficiente de métodos, por ejemplo dan píldoras anticonceptivas suficientes para un mes solamente.

Como se destaca mediante estos ejemplos, el uso exitoso de la anticoncepción podría estar fuera del control de la mujer. Al tomarse el tiempo de escuchar con empatía cuando la mujer describe su situación personal y de tomar en consideración los factores que contribuyeron al embarazo no deseado, los prestadores de servicios de salud pueden encontrar la forma de vencer estas barreras a la anticoncepción de manera que la mujer pueda postergar o evitar un futuro embarazo si así lo desea. En todos los casos, es importante que los profesionales de la salud no culpen a las mujeres que reciben APA por no evitar su embarazo no deseado. El culpar puede perpetuar un ciclo en el que la mujer se siente culpable y se vuelve renuente a buscar servicios de salud, incluida la anticoncepción. Esto puede llevar a más embarazos no deseados y a más abortos en condiciones de riesgo.

5.0 — Derechos a la confidencialidad, privacidad y opciones informadas

La privacidad y confidencialidad son esenciales, especialmente en el ámbito postaborto. La práctica ideal es ofrecer consejería a la mujer en un espacio privado, donde no puedan ser vistos y escuchados por otras personas. En caso de que esto no sea posible, se deben hacer arreglos para aproximarse a este ideal.

Al inicio de una sesión de consejería anticonceptiva, el consejero debe asegurar a la paciente que la información que discutirán es confidencial. Después de la sesión, el consejero debe seguir los protocolos profesionales que protegen la confidencialidad de los datos de la paciente. Esto incluye no divulgar los datos de la paciente sin su consentimiento y no discutir la situación de la paciente en presencia de otras personas.

La mujer tiene el derecho de tomar una decisión libre e informada respecto al método anticonceptivo que utilizará. La aceptación de la anticoncepción o de un método específico nunca debe ser un prerrequisito para obtener APA. Las opciones libres e informadas son aquellas en que la mujer escoge un método de manera voluntaria, sin coerción o presión alguna. Para ello, es necesario que ella pueda escoger de entre una variedad de métodos y que entienda claramente los beneficios y los riesgos de cada método. Es más probable que las mujeres a las que se les ofrecen múltiples métodos, y se les permite escoger libremente de entre ellos, acepten los anticonceptivos y los utilicen continuamente.

Por ser un método permanente, la esterilización femenina requiere un consentimiento informado voluntario y una consejería apropiada. Si la mujer ha escogido la esterilización femenina como su método anticonceptivo y ha recibido consejería sobre esta decisión antes de su visita al servicio de APA, entonces se podrá considerar este método. En una situación de necesidad urgente de APA, o en otras situaciones donde no se puede obtener consentimiento completamente informado, este método no debe proporcionarse concurrentemente con el procedimiento de evacuación endouterina.

6.0 — Participación de las parejas

La participación de las parejas en la sesión de consejería anticonceptiva puede aumentar la eficacia de la misma y el apoyo brindado por parte de la pareja al uso del método anticonceptivo por la mujer. De hecho, el apoyo de las parejas masculinas respecto al uso de la anticoncepción es un gran mecanismo de predicción del cumplimiento del uso de los anticonceptivos por parte de la paciente. Asimismo, la consejería de las parejas del sexo masculino puede aumentar su conocimiento y uso de anticonceptivos masculinos, tales como la vasectomía y los condones masculinos.

Si la pareja de la mujer desea ser incluida en el proceso de consejería anticonceptiva, el consejero primero debe reunirse a solas con la mujer para determinar si ella desea hacer partícipe a su pareja. Si la mujer indica que ella no desea que su pareja participe, el consejero debe respetar su confidencialidad y brindarle la consejería en privado.

Si la pareja de la mujer no aprueba el uso de la anticoncepción, pero la mujer aún quiere utilizarla, el consejero debe ayudarla a seleccionar un método que no requiera la cooperación o el conocimiento de su pareja, tal como un inyectable. El consejero también debe discutir las posibles consecuencias, como actos de violencia, si la pareja de la mujer se entera de su uso de anticonceptivos. Si es apropiado, el consejero debe ayudar a la mujer a pensar sobre cómo puede protegerse en tal caso, y debe remitirla a los servicios correspondientes para que le brinden más ayuda. (Para mayor información, ver los módulos *Evaluación y plan de tratamiento* y *Consejería*.)

7.0 — Consejería anticonceptiva eficaz

La consejería anticonceptiva eficaz va más allá de los aspectos clínicos. Para ayudar a una mujer a seleccionar un método que funcione para ella, el consejero debe entender la situación de la mujer y sus preferencias personales. Si la mujer quedó embarazada mientras usaba un método anticonceptivo, es particularmente importante entender las circunstancias que llevaron al embarazo no deseado. Un consejero eficiente hace mucho más que describir los diversos métodos



“¿Desea usted que su pareja participe en la sesión de consejería?”

Los consejeros eficientes:

- Mantienen las interacciones con las pacientes libres de sus prejuicios personales y son conscientes de sus propias actitudes.
- Tratan con compasión a todas las pacientes independientemente de sus comportamientos y decisiones reproductivas.
- Respetan el derecho de toda paciente a la confidencialidad y privacidad.
- Motivan a la paciente a hablar abiertamente sobre las circunstancias de su embarazo, su historial y metas de fertilidad, sus necesidades anticonceptivas y sus inquietudes respecto a su salud.
- Responden directa y francamente a la información que proporciona la paciente sobre su situación y preocupaciones, hacen preguntas apropiadas y aclaran las dudas de las pacientes.
- Reconocen y tranquilizan a las pacientes verbalmente y con gestos no verbales que son apropiados para el ámbito cultural (entre los gestos no verbales figuran: colocarse de frente a la paciente, inclinarse un poco hacia adelante, asentir con la cabeza y hacer contacto visual con la paciente según sea apropiado).
- Proporcionan información exacta y pertinente sobre cuán pronto puede volver a quedar embarazada la paciente, sus opciones anticonceptivas, instrucciones para el uso y reabastecimiento del método, y cualquier otra información que ella necesite.
- Ayudan a la paciente con otras de sus necesidades de salud, incluida la remisión a servicios que no se encuentran disponibles en el establecimiento de salud.
- Expresan francamente lo que ignoran y hacen todo intento por remitir a la paciente a un profesional de la salud que posea los conocimientos necesarios sobre el tema en cuestión.
- Respetan el deseo de la paciente de no hablar en algunos casos.

(Adaptado de Winkler y Gringle, 1999; y Salter et al., 1997)

anticonceptivos disponibles; el consejero se gana la confianza de la mujer, llega a entender sus necesidades personales y adapta la consejería para cubrir esas necesidades.

Una actitud de respaldo es esencial para afirmar la capacidad del profesional de salud de prestar servicios de anticoncepción postaborto de alta calidad. En el ámbito postaborto, los prestadores de servicios deben atender mujeres de diferentes edades, situaciones, etnias, actitudes y experiencias. Por tanto, es importante que los prestadores de servicios desarrollen habilidades para escuchar con empatía y atender a las pacientes sin censurarlas, beneficiándolas a todas independientemente de sus creencias o las circunstancias que las rodean. La consejería anticonceptiva requiere un intercambio abierto de información que puede llevarse a cabo sólo en un ambiente de respeto mutuo. (Para mayor información, ver el módulo *Consejería*.)

8.0 — Elementos esenciales de la consejería anticonceptiva

La técnica ACCEDA para realizar la consejería anticonceptiva es utilizada extensamente en los ámbitos de planificación familiar. Las letras de ACCEDA representan las palabras Atender, Conversar, Comunicar, Elegir, Describir y Acordar otra consulta. Los siguientes pasos fueron adaptados de la técnica ACCEDA y son fundamentales para llevar a cabo una sesión eficaz de consejería anticonceptiva.

Establecer afinidad

Si es posible, reserve un espacio privado para hablar. Atienda a la mujer de manera amigable, hablándole directamente. Demuestre interés y preocupación. Pregunte si es el momento adecuado para hablar sobre la anticoncepción. Asegúrele que la conversación será confidencial. Pregúntele si ella desea que su pareja esté presente.

Evaluar las necesidades de la mujer

Utilice preguntas abiertas. Tenga cuidado de no hacer suposiciones. Discuta los factores que la llevaron a necesitar servicios de APA. Determine si este embarazo fue planeado o no, y si ella estaba utilizando un anticonceptivo para evitarlo. Si utilizó anticoncepción, determine si el método falló por alguna razón en particular.

Explicar el mecanismo de la reproducción humana, si es necesario

Algunas mujeres que buscan APA posiblemente no entiendan por completo los puntos básicos de cómo se embarazaron o cómo la anticoncepción evita el embarazo.

Preguntar si la mujer desea postergar o evitar futuros embarazos

Algunas mujeres que acuden a los centros de APA desean volver a quedar embarazadas y no están interesadas en postergar el embarazo. Aun así, la consejería anticonceptiva y la información sobre los beneficios de espaciar los nacimientos podrían ser útiles para estas mujeres en el futuro.

Posiblemente, muchas mujeres deseen evitar futuros embarazos no deseados; puede que algunas hayan tomado de antemano la decisión de obtener un método anticonceptivo permanente, tal como la esterilización femenina. Otras

mujeres que reciben APA dirán, precipitadamente y sin pensarlo bien, que nunca más tendrán relaciones sexuales o que no desean volver a quedar embarazadas nunca más. Si los consejeros sospechan esta posibilidad, conviene discutir cómo podría cambiar el punto de vista de la mujer una vez que haya sanado el trauma. Si la conversación revela que la mujer no está segura de sus necesidades anticonceptivas, el consejero puede proveer una anticoncepción de corto plazo, tal como el condón, y remitir a la mujer para que reciba futuros servicios.

Evaluar la situación personal de la mujer

Tenga en cuenta tanto el estado clínico como la situación personal de la paciente. Discuta con tacto todas las barreras que podrían restringir el uso exitoso de la anticoncepción y encuentre formas de resolverlas o trabajar alrededor de ellas. (Ver el Apéndice A: *Factores individuales y recomendaciones y justificativas de la consejería*.)

Explicar las características de los métodos disponibles

Determine cuáles métodos anticonceptivos están disponibles y son accesibles a la mujer tanto en el centro de APA como en su comunidad. Explique las características, el uso, los efectos secundarios y la eficacia de los métodos disponibles, e infórmele sobre dónde puede obtenerlos. Si el método que ella prefiere no puede suministrarse de inmediato debido a su situación clínica, debe ofrecerse un método provisional hasta que se resuelva la situación. Explique por qué y por cuánto tiempo debe utilizar el(los) método(s) provisional(es), y cuándo y cómo puede obtener el método que ella prefiere.

Ayudar a la mujer a escoger su método

Ayude a la mujer en la selección del método que sea más adecuado para su situación y la de su pareja. Es importante que el consejero no escoja un método para la mujer, sino que la ayude a escoger por sí misma. Para ello, podría ser necesario hacer preguntas de seguimiento, explicar las características de los diferentes métodos y explorar cómo va a reabastecerse, tomando en consideración los recursos disponibles en su comunidad.

Asegurar que la mujer entienda cómo funciona el método que seleccionó

La mujer debe entender la eficacia, los efectos secundarios y las contraindicaciones del método que ha escogido. Pídale que formule un plan para el uso continuo y móvuela a regresar al centro de salud si el primer método le resulta inaceptable, si ella quiere cambiar de método o si desea dejar de utilizar la anticoncepción por alguna razón.

Remitir a la mujer a recursos comunitarios afines, según sea necesario

Las conversaciones sobre la anticoncepción pueden revelar otros factores que afectan la salud sexual y reproductiva de la mujer, tales como la violencia o el ser trabajadora sexual. Los consejeros deben tener listados de los recursos disponibles para remitir a la mujer a otros servicios según corresponda. (Ver el Apéndice A: *Ejemplos de los formularios de remisión* en la sección *Evaluación y plan de tratamiento*.)

9.0 — Criterios de aptitud médica de la paciente para el uso de la anticoncepción postaborto

Cuando se suministran métodos anticonceptivos a una mujer en un centro de APA, los profesionales de la salud deben tener en cuenta los criterios de aptitud

Signos de alerta después del tratamiento de APA

Aconseje a la mujer que esté pendiente de los siguientes signos y síntomas que requieren atención médica inmediata:

- fiebre
- escalofríos
- cólicos persistentes (dolor abdominal, cólicos o dolores de espalda que duren más de unos días)
- dolor a la presión en el abdomen o distensión del abdomen
- sangrado persistente (más de dos semanas de sangrado leve)
- sangrado abundante (más abundante que un período menstrual normal)
- secreción vaginal fétida
- demora en el retorno de la menstruación (ocho semanas)
- náuseas o vómito
- síncope
- mareos

(Adaptado de la OMS, 1995)

médica de la paciente para poder usar uno de los métodos. En general, todos los métodos anticonceptivos modernos pueden utilizarse inmediatamente después de la APA, siempre y cuando:

- No existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional;
- La paciente reciba la consejería adecuada;
- El profesional de la salud investigue y verifique todas las posibles contraindicaciones para el uso de determinados métodos anticonceptivos.

Además, se recomienda que la mujer no tenga relaciones sexuales hasta que cese el sangrado postaborto (por lo general después de 5 a 7 días) y se resuelvan todas las complicaciones. La planificación familiar natural se debe postergar hasta que se reanude el patrón menstrual normal.

En algunas situaciones es necesario postergar el uso de ciertos métodos. Durante la sesión de consejería, el profesional de la salud puede informar a la paciente respecto al método anticonceptivo más adecuado para ella según su estado médico. La paciente debe entender que, con la excepción de la esterilización femenina, la cual es considerada permanente, ella puede cambiar de método más adelante.

*NOTA: Los parches transdérmicos y los anillos vaginales son métodos anticonceptivos hormonales combinados de aparición más reciente que se encuentran disponibles en algunos lugares. La mujer los utiliza durante tres semanas y menstrúa la cuarta semana, en la cual no es necesario usarlos.

Los parches que se usan en el abdomen o en otra parte del cuerpo de la mujer (salvo los senos) liberan hormonas a través de la piel. Los parches se deben cambiar cada semana durante tres semanas consecutivas.

Los anillos vaginales son aros flexibles que se insertan en la vagina donde lentamente liberan hormonas hacia el torrente sanguíneo.

Ambos métodos tienen los mismos criterios de aptitud de las pacientes que los métodos anticonceptivos orales combinados.

9.1 — Métodos anticonceptivos apropiados para diversas situaciones clínicas

Entre los métodos anticonceptivos considerados en este módulo figuran:

- Métodos de barrera, tales como condones masculinos y femeninos, espermicidas, el diafragma y el capuchón cervical;
- Métodos hormonales tales como los anticonceptivos orales combinados, los anticonceptivos orales de progestágeno solamente, inyectables combinados, inyectables sólo de progestágeno, implantes, parches transdérmicos anticonceptivos y anillos vaginales*;
- Métodos quirúrgicos tales como la esterilización masculina y la esterilización femenina;
- Métodos intrauterinos tales como el DIU y el sistema intrauterino (SIU);
- Métodos basados en el conocimiento del ciclo de la fertilidad, tales como la temperatura corporal basal y los métodos de calendario;
- Anticoncepción de emergencia, incluida la inserción del DIU dentro de los cinco días posteriores al acto sexual sin protección o un esquema específico de píldoras anticonceptivas dentro de los cinco días (120 horas) después del acto sexual sin protección.

(Para mayor información, ver el *Apéndice B: Directrices para la selección de anticoncepción por método.*)

La anticoncepción de emergencia es una opción de particular relevancia para evitar el embarazo después de tener relaciones sexuales sin protección, cuando se ha forzado el acto sexual o después de una falla del método anticonceptivo (por ejemplo, la ruptura del condón). En el caso de las mujeres que reciben servicios de aborto y que han presentado dificultad para utilizar los métodos anticonceptivos con éxito, el suministro de píldoras anticonceptivas de emergencia con antelación, como método de respaldo, puede ayudar a evitar

futuros embarazos no deseados. No obstante, una vez que se ha confirmado el embarazo, el uso de la anticoncepción de emergencia no interferirá con el embarazo ni lo interrumpirá.

Existen dos tipos de anticoncepción de emergencia (AE):

- El dispositivo intrauterino (DIU): Cuando es utilizado adecuadamente, el DIU de cobre es un 99 por ciento eficaz en la prevención del embarazo cuando es insertado dentro de los cinco a siete días posteriores al coito sin protección (OMS, 2000; Dunn, et al., 2003).
- Las píldoras de anticoncepción de emergencia (PAE) son un 75 a 85 por ciento eficaces cuando son utilizadas dentro de los cinco días posteriores al acto sexual sin protección (Grimes, 2003; Ellertson, et al., 2003). Mientras más pronto se inicie el uso de las PAE después del coito sin protección, más eficaces serán. En algunos lugares, se dispone de píldoras empacadas específicamente para la AE. En los lugares donde no se dispone de dichas PAE, es aceptable tomar una dosis específica de anticonceptivos orales empacados de forma corriente. Las dosis recomendadas varían según la composición de las píldoras específicas utilizadas. Aunque se pueden utilizar píldoras combinadas o de progestágeno solamente, las píldoras sólo de progestágeno son más eficaces y producen menos efectos secundarios.



Píldoras de anticoncepción de emergencia

Se puede utilizar una variedad de anticonceptivos orales como anticoncepción de emergencia. A continuación se mencionan ejemplos de los esquemas de tratamiento con PAE:

- Píldoras sólo de progestágeno (PSP): Una sola píldora que contiene 1.5 mg de levonorgestrel debe tomarse dentro de los cinco días posteriores al acto sexual sin protección (von Hertzen, et al. 2002). En los países donde no se dispone de píldoras que contienen 1.5 mg de levonorgestrel, se pueden tomar dos píldoras de 0.75 mg simultáneamente. También se pueden utilizar las PSP de uso corriente de levonorgestrel, pero, según la composición de la píldora, las mujeres deberán tomar el número de píldoras equivalente a 1.5 mg de levonorgestrel.
- Píldoras Orales Combinadas (POC) de estrógenos y progestágeno: Dos dosis de 0.1 mg (100 mcg) de etinilestradiol más 0.50 mg de levonorgestrel o 1.0 mg de norgestrel, la segunda dosis tomada 12 horas después de la primera, pero dentro de las 120 horas posteriores al coito sin protección (Ellertson et al., 2003).

Se debe informar a las mujeres que el esquema de tratamiento de píldoras sólo de progestágeno es el más eficaz y produce menos efectos secundarios.

Existen tres pautas generales que se deben tener en cuenta para las diversas situaciones clínicas:

- 1) Si la mujer escoge un método basado en el conocimiento del ciclo de la fertilidad, se le debe informar que, si este método está basado en el calendario, no será confiable hasta que se reanude el patrón menstrual normal, por lo general, después de los tres ciclos menstruales subsiguientes a un aborto. Las mujeres que desean utilizar este método necesitan empezar a llevar cuenta de su ciclo menstrual tan pronto se vuelva a presentar y utilizar otro método anticonceptivo durante por lo menos tres ciclos.

- 2) Si la mujer escoge el diafragma o el capuchón cervical y la altura uterina es mayor a la correspondiente a una edad gestacional de 12 semanas debido a los efectos tardíos del embarazo (no a fibromas), se debe postergar el suministro de dichos métodos dado que posiblemente la medida no sea exacta. Se aconseja aplazar la medida hasta que el útero involucre al tamaño que presentaba antes del embarazo, lo que, por lo general, tarda seis semanas en ocurrir. Mientras tanto, se debe ofrecer a la paciente otro método anticonceptivo.
- 3) En general, no se recomienda la esterilización femenina durante o inmediatamente después del tratamiento postaborto, excepto cuando la mujer ha tomado, con bastante antelación, la decisión libre e informada de someterse a este procedimiento permanente y se ha obtenido su consentimiento informado. En el caso de abortos donde la altura uterina es mayor a la correspondiente a una edad gestacional de 12 semanas, se aconseja postergar la esterilización hasta que el útero haya involucionado al tamaño que presentaba antes del embarazo (tarda de 4 a 6 semanas).

APA sin complicaciones cuando la altura uterina es equivalente a la correspondiente a 12 semanas de gestación o menos

Todos los métodos anticonceptivos modernos pueden utilizarse de inmediato.

APA sin complicaciones cuando la altura uterina es mayor a la correspondiente a 12 semanas de gestación

La mayoría de los métodos anticonceptivos modernos pueden utilizarse de inmediato. El DIU generalmente puede ser insertado, pero existe cierta inquietud por el riesgo de expulsión del mismo después de un aborto. Además, en el caso de un útero grande podría ser necesaria la intervención de un profesional de la salud calificado en la colocación del DIU cuando la altura del fondo uterino es mayor. Los datos sobre el uso del sistema intrauterino (SIU) postaborto son escasos, pero similares a los del DIU.

APA con complicaciones: infección

Es importante tener en cuenta que aun cuando una infección del tracto reproductivo no se hace patente durante el tratamiento, es posible que surja posteriormente. En los casos donde una infección es evidente o probable, el prestador de servicios debe aconsejar a la paciente que evite tener relaciones sexuales hasta que se haya curado la infección o se haya descartado la posibilidad de ella. Pero si la abstinencia total no es un hecho realista, no se recomiendan ciertos métodos de anticoncepción. No se debe realizar la esterilización femenina hasta no descartar la posibilidad de una infección, o hasta que ésta se haya curado, dado que la presencia de una infección podría aumentar notablemente el riesgo de infección postoperatoria. El DIU y el SIU no son recomendables hasta que no se haya curado la infección, puesto que su inserción podría empeorarla considerablemente. En los casos anteriores, se debe proporcionar a la mujer un método como el condón para prevenir la transmisión de la infección a su pareja, y, si ella lo desea, se le debe suministrar otro método más eficaz para evitar un embarazo.

APA con complicaciones: trauma genital

El trauma genital a consecuencia de la mutilación genital femenina o de procedimientos de aborto en condiciones de riesgo puede incluir quemaduras,

perforación, y desgarro o laceración cervical. En el caso de estas lesiones, podría ser necesario aplazar el uso de ciertos métodos anticonceptivos, según el lugar y la gravedad del trauma. Entre los métodos cuyo uso podría limitarse temporalmente figuran la esterilización femenina, el DIU, el SIU y los métodos de barrera, salvo el condón masculino. En estos casos, el profesional de la salud debe, según su criterio clínico, tomar una decisión sobre los métodos que recomendaría a corto plazo. En el caso de presencia de deformaciones anatómicas permanentes, el profesional de la salud debe decidir si esto contraindica el uso de algún método en particular.

APA con complicaciones: pérdida excesiva de sangre

En los casos de pérdida excesiva de sangre, podría ser necesario aplazar la esterilización femenina o la inserción del DIU, según la gravedad de la pérdida. En el caso de la esterilización, se recomienda aplazarla si las pruebas del laboratorio o los signos clínicos indican la presencia de una anemia.

10.0 — Aspectos especiales de la consejería anticonceptiva

Algunas mujeres se encontrarán pasando por situaciones personales que pueden afectar sus necesidades anticonceptivas. Por ejemplo, puede que algunas pacientes estén viviendo con VIH/SIDA o que estén siendo sometidas a actos de violencia por parte de su pareja. En el trato de estas pacientes, se aplican los mismos principios de consejería anticonceptiva: respeto, compasión y franqueza. Asimismo, puede que el consejero necesite conocimientos especializados para ayudar a las pacientes a afrontar sus situaciones. Los consejeros que no están calificados para trabajar con determinados grupos de pacientes necesitan buscar una capacitación adicional o remitir a las pacientes a profesionales de la salud que les puedan ofrecer servicios de anticoncepción de alta calidad apropiados para su situación específica. (Para mayor información sobre los grupos especiales de la población, ver el módulo *Consejería*.)

En la siguiente sección se expone información sobre cómo los consejeros pueden cubrir las necesidades anticonceptivas específicas de las mujeres con repetidos abortos; las mujeres víctimas de violencia; las mujeres que viven con VIH/SIDA; y las adolescentes. En el *Apéndice C: Consejería anticonceptiva para grupos especiales de la población*, se expone información para abordar las necesidades de consejería de los siguientes sectores menos comunes de la población: mujeres que son trabajadoras sexuales; mujeres con discapacidad cognitiva y de desarrollo, así como enfermedad mental; mujeres refugiadas y desplazadas; mujeres que han sufrido mutilación genital femenina; y mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres.

10.1 — Mujeres que presentan repetidos abortos incompletos

Consejería anticonceptiva: factores especiales

Si una mujer tiene antecedentes de repetidos abortos espontáneos e incompletos y desea quedar embarazada, debe ser remitida a otro centro de salud para recibir consejería y servicios ginecológicos especializados, si estos están disponibles. Si la mujer no desea quedar embarazada y ha tenido repetidos embarazos no deseados y abortos, el profesional de la salud debe ayudarla a identificar las dificultades que ha tenido al utilizar o acceder a los métodos de anticoncepción y trabajar con ella para resolver estas dificultades.

Métodos anticonceptivos: factores especiales

La siguiente información debe presentarse al discutir la anticoncepción con una paciente que ha tenido repetidos abortos incompletos:

- Explore con la paciente su historia de uso de anticonceptivos. Si ella no ha estado usando anticoncepción, pregúntele al respecto. Tenga cuidado de no utilizar palabras prejuiciosas.
- Si ella ha estado usando anticoncepción, identifique y resuelva las dificultades que ella haya tenido con el método que escogió o ayúdela a seleccionar un método que sea más apropiado para ella.
- Si el reabastecimiento del método seleccionado ha sido problemático, ayúdela a identificar un método que ella pueda obtener con regularidad.
- Si la mujer solicita información sobre servicios de interrupción legal del embarazo (ILE), infórmela sobre dónde y cómo obtener una ILE en condiciones adecuadas.
- Aconseje a la mujer sobre cómo acceder y utilizar la anticoncepción de emergencia si tiene relaciones sexuales sin protección o si ocurre una falla anticonceptiva. Si es posible, suminístrele píldoras de anticoncepción de emergencia.

10.2 — Mujeres víctimas de violencia

Consejería anticonceptiva: factores especiales

El alto índice de violencia contra la mujer en muchas comunidades significa que es probable que los consejeros atiendan mujeres que han sido agredidas. La violencia sexual puede llevar a lesiones físicas, embarazos inesperados, ITS y trauma psicológico. Una mujer que ha sufrido o está sufriendo algún tipo de abuso físico o emocional posiblemente tenga necesidades anticonceptivas específicas. Además, ella podría desear apoyo y consejería que la ayuden a salir de la situación violenta.

Métodos anticonceptivos: factores especiales

La siguiente información debe tenerse en cuenta al discutir la anticoncepción con pacientes víctimas de violencia:

- Evalúe la capacidad de la mujer de tomar decisiones apropiadas sobre la anticoncepción en la sesión de consejería ofrecida durante la APA.
- Al ayudar a la mujer a seleccionar un método anticonceptivo apropiado, pídale que piense si hay una conexión entre la violencia y su uso de anticonceptivos. Si la violencia es el resultado de su uso de anticonceptivos, ayúdela a pensar en la posibilidad de usar un método que no pueda ser detectado por otras personas.
- Si la paciente no puede controlar las circunstancias de su actividad sexual, aconséjela sobre cómo utilizar y acceder a la anticoncepción de emergencia. Podría resultar beneficioso suministrarle de antemano píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE).

10.3 — Mujeres que viven con VIH/SIDA

Consejería anticonceptiva: factores especiales

Los profesionales de la salud deben estar preparados para ofrecer información, consejería y servicios específicos a las mujeres VIH-positivas que reciben APA, o remitirlas a un lugar donde recibirán dichos servicios. Las mujeres que ignoran si

son portadoras del VIH posiblemente deseen ser remitidas a otro centro de salud para que se les ofrezca consejería y se les realicen pruebas voluntarias de VIH. Al hablar sobre la anticoncepción, el consejero debe asegurarse de que la paciente entienda su derecho de tener hijos, así como el riesgo de transmisión materno-infantil del VIH y la posibilidad de reducir ese riesgo gracias a una terapia antirretroviral.

Métodos anticonceptivos: factores especiales

La siguiente información debe presentarse al discutir la anticoncepción con una paciente VIH-positiva:

- Los condones masculinos y femeninos ayudan a proteger contra la transmisión de VIH y deben utilizarse correctamente cada vez que se tengan relaciones sexuales.
- Si la paciente tiene relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada, ella podría quedar infectada con una cepa diferente de VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Se recomienda la doble protección. Esta práctica consiste en el uso simultáneo de condones masculinos o femeninos para la protección contra el VIH u otras ITS, junto con otro método anticonceptivo más eficaz para la prevención del embarazo, o el uso habitual y correcto de condones masculinos o femeninos tanto para la prevención del embarazo como para la protección contra enfermedades, usando la anticoncepción de emergencia como método de respaldo para la prevención del embarazo.

10.4 — Necesidades especiales de las adolescentes

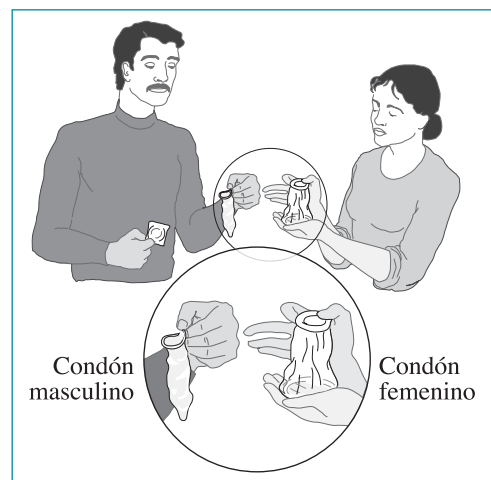
Consejería anticonceptiva: factores especiales

Las mujeres jóvenes suelen enfrentarse con barreras singulares, que les impiden acceder y usar los servicios de salud reproductiva. Estas pacientes deben ser remitidas a los programas locales de salud reproductiva dirigidos a las adolescentes, tales como la educación sexual o la consejería por pares.

Las adolescentes que han tenido un aborto no siempre cuentan con el respaldo de sus parejas o sus padres. Es más probable que sean sometidas a aislamiento y a estrés emocional. Es importante que los consejeros les brinden apoyo y no asuman actitudes punitivas, y manifiesten claramente su consideración y una mente abierta. Durante su interacción con las pacientes, el consejero no debe expresar ningún prejuicio personal sobre la actividad sexual de las adolescentes.

Es importante que los prestadores de servicios de salud no nieguen a las mujeres jóvenes el acceso a la anticoncepción debido a su edad o estado civil, y que no interpreten las leyes de consentimiento de los padres de una manera vaga o ultra conservadora. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta que el embarazo, especialmente en mujeres muy jóvenes, puede ser producto de una violación o de abuso sexual continuado. En estos casos, la adolescente debe ser remitida a los servicios comunitarios correspondientes.

Si la adolescente expresa el deseo de no tener relaciones sexuales, aconséjela sobre cómo resistir los avances sexuales de sus compañeros o de hombres adultos. La abstinencia sexual, o el evitar completamente el comportamiento que pueda llevar a un embarazo, es una opción posible para algunas adolescentes, pero no debe ser presentada como la única opción.



Condomes tanto para las mujeres como para los hombres

Criterios de aptitud médica de las adolescentes

Los profesionales de la salud deben darse cuenta de que la edad no es el único factor que puede contraindicar un método anticonceptivo para una adolescente. La mayoría de los criterios de aptitud médica se aplican tanto a las mujeres adultas como a las jóvenes. No obstante, al ofrecer consejería a las adolescentes, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Algunas de las patologías que pueden restringir el uso de un método, como las afecciones cardiovasculares, rara vez se presentan en las adolescentes.
- Aunque no existe ningún motivo médico que haga a una adolescente no apta para ser sometida a una esterilización, por lo general no se debe recomendar, dado que hay mayor probabilidad de arrepentimiento que en las mujeres adultas.
- Se ha presentado preocupación con respecto al uso de los inyectables sólo de progestágeno puesto que se relacionan con la pérdida de densidad ósea en mujeres menores de 18 años. Los estudios han mostrado que, en mujeres de edad más avanzada, este fenómeno es reversible una vez que se abandona el método. Pero aún se ignora si esta reversibilidad también es posible en las adolescentes.
- Dado que las adolescentes tienden más a cambiar de pareja con frecuencia, su riesgo de contraer una ITS, incluido el VIH, puede aumentar. Por ello, puede que no sea recomendable el uso del DIU o del SIU, pero esto varía según la situación individual. Se recomienda una doble protección si los dos miembros de la pareja no son estrictamente monógamos o si su relación no es estable.

La consejería de excelente calidad es un elemento esencial para estas adolescentes. De hecho, debido a sus estilos de vida, sus experiencias y sus expectativas, que difieren considerablemente de aquellas de las pacientes de edad más avanzada, el uso de métodos anticonceptivos correcta y sistemáticamente suele ser más difícil para estas mujeres jóvenes.

Al hablar con las pacientes adolescentes sobre la anticoncepción, los consejeros deben tener en cuenta los siguientes factores:

- Algunas adolescentes aceptan mejor un método que no requiere una disciplina de toma a diario.
- Es sabido que los efectos secundarios de los anticonceptivos llevan a muchas adolescentes a abandonar el método que habían escogido.
- Los factores personales, tales como relaciones sexuales esporádicas o la necesidad de ocultar la actividad sexual de la adolescente y su uso de un anticonceptivo, pueden influir en la elección del método.

Métodos anticonceptivos: factores especiales

La siguiente información debe presentarse al discutir la anticoncepción con las pacientes adolescentes:

- Recomiende doble protección mediante el uso del condón masculino o femenino junto con otro método, o el uso del condón con anticoncepción de emergencia como método de respaldo. La doble protección desempeña un papel profiláctico esencial, sobre todo en las adolescentes.
- En sus relaciones, las mujeres jóvenes suelen tener menos autoridad que sus parejas. Ellas necesitan aprender a convencerlos de utilizar un condón. Si parece que la adolescente podría beneficiarse de una consejería sobre cómo desarrollar esta habilidad, ayúdela en ese sentido.
- Si el contexto se presta para ello, prevenga a la adolescente de los graves riesgos del aborto realizado en condiciones inadecuadas. Si ella solicita información sobre la interrupción legal del embarazo (ILE), indíquele las opciones seguras y legales disponibles.
- Informe a la adolescente sobre la anticoncepción de emergencia y, si es necesario, suminístrele de antemano píldoras de anticoncepción de emergencia. Las mujeres adolescentes tienden más a participar en relaciones sexuales imprevistas o esporádicas; por tanto, el conocimiento de la anticoncepción de emergencia y el acceso a ella pueden ser fundamentales para ayudarlas a evitar un embarazo no deseado.

11.0— Resumen

- A cada mujer que recibe APA se le debe brindar consejería anticonceptiva y, si ella lo desea, un método anticonceptivo.
- El acceso a los servicios de anticoncepción que respetan la privacidad y confidencialidad de las mujeres y solicitan su consentimiento informado, es un derecho humano básico.
- Los servicios anticonceptivos se pueden organizar de diferentes maneras, de acuerdo a la capacidad del establecimiento de salud y a las habilidades del profesional de la salud.
- Muchas de las mujeres que reciben tratamiento de APA ya han utilizado

métodos anticonceptivos, y es posible que su embarazo inesperado sea el producto de una falla anticonceptiva, del uso incorrecto o de un olvido de emplear el método, o también de problemas inherentes a los servicios de planificación familiar.

- Para ser eficaces, los consejeros deben establecer una relación de confianza con sus pacientes, esforzarse por entender sus necesidades personales y adaptar la sesión de consejería para cubrir dichas necesidades.
- Los consejeros deben conocer bien las características de los métodos anticonceptivos disponibles y tener en cuenta los criterios de aptitud médica de las pacientes para el uso de cada método.
- Los consejeros deben interesarse por las vivencias específicas de ciertas pacientes, dado que éstas influyen en sus necesidades anticonceptivas y en el uso de un método.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

- Los prestadores de servicios pueden colaborar con los líderes comunitarios para educar a las mujeres, sus parejas y sus familias sobre la reproducción humana y la importancia del uso sistemático de anticonceptivos para evitar un embarazo no deseado.
- Los establecimientos de salud pueden capacitar a los trabajadores de la salud comunitarios para que eduquen a los hombres sobre el uso de anticonceptivos masculinos y los motiven a aceptar y a apoyar el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres.
- Los prestadores deben adaptar sus servicios de anticoncepción para poder cubrir las necesidades especiales de ciertas pacientes, tales como las adolescentes, las mujeres con VIH y las mujeres cuyas parejas sexuales son tanto del sexo masculino como femenino.
- Los trabajadores de la salud pueden ser capacitados y equipados para suministrar los métodos anticonceptivos a las mujeres en la comunidad, y así eliminar el tiempo y los gastos de viajar a una clínica distante.

Recursos adicionales

Alan Guttmacher Institute. <http://www.alanguttmacher.org/> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Baird, Traci L., Laura D. Castleman, Robert E. Gringle y Paul D. Blumenthal. 2002. *Clinician's guide for second-trimester abortion*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Engender Health. <http://www.engenderhealth.org/> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Family Health International. 2000. *Contraception after pregnancy*. Contraceptive Technology Update Series. Octubre de 2000. Research Triangle Park, Carolina del Norte, FHI. Disponible en el sitio Web: <http://www.fhi.org/> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Grupo de Trabajo de Orientación/Competencia Técnica (GTO/CT). 1997. *Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos: Resultados de una reunión técnica, Tomo I*. Noviembre de 1994. GTO/CT.

- Grupo de Trabajo de Orientación/Competencia Técnica (GTO/CT). 1997. *Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos: Resultados de una reunión técnica, Tomo II*. Septiembre de 1997. GTO/CT.
- Hatcher, Robert A., Ward Rinehart, Richard Blackburn y Judith S. Geller. 1997. *Lo esencial de la tecnología anticonceptiva: Manual para personal clínico*. Baltimore, Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins, Centro para Programas de Comunicación, Programa de Información en Población.
- Hatcher, Robert A., James Trussell, Felicia Stewart, Willard Cates Jr., Gary K. Stewart, Felicia Guest y Deborah Kowal. 1998. *Contraceptive technology. 17ª edición*. Nueva York, Ardent Media.
- Jarrell, Martha, José David Ortiz Mariscal y Judith Winkler, redactores. 2002. *Manual de capacitación para la atención postaborto*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
- Leonard, Ann H. y Oladapo A. Ladipo. 1994. Planificación familiar postaborto: Factores que influyen en la elección individual de métodos anticonceptivos. *Adelantos en el Tratamiento del Aborto*, 4(2).
- Organización Mundial de la Salud. 2000. *Mejorando el acceso a la calidad de atención en planificación familiar: Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos*. Segunda edición. OMS, Ginebra. (OMS/RHR/00.02)
- Winkler, Judith y Robert E. Gringle. 1999. *Postabortion family planning: A two-day training curriculum for improving counseling and services*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Bibliografía

- Abdel-Tawah, Nahla, Dale Huntington, Ezzeldin Osman Hassan, Hala Youssef y Laila Nawar. 1999. Effects of husband involvement on postabortion patients' recovery and use of contraception in Egypt. En Huntington, Dale y Nancy J. Peterson, redactores. *Postabortion care: Lessons from operations research*. Nueva York, The Population Council.
- Abernathy, Mariana, Marta María Blandón, Alexia Escobar y Alma Virginia Camacho. 1998. En Bolivia talleres aumentan la sensibilidad de profesionales de la salud. *Diálogo*, 2(1), Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.
- Barnett, Barbara y Jane Schueller. 2000. *Meeting the needs of young clients: A guide to providing reproductive health services to adolescents*. Research Triangle Park, Carolina del Norte, Family Health International.
- Benson, Janie, Ann H. Leonard, Judith Winkler, Merrill Wolf y Katie E. McLaurin. 1992. Cubriendo las necesidades de las mujeres en cuanto a la planificación familiar post-aborto: Articulando las preguntas. *Temas en el Tratamiento del Aborto 2*, Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.
- Blumenthal, Paul y Noel McIntosh. 1995. *Guía de bolsillo para los proveedores de servicios de planificación familiar*. Baltimore, JHPIEGO.
- Díaz, Juan, Mariel Loayza, Yamile Torres de Yépez, Oscar Lora, Fernando Álvarez y Virginia Camacho. 1999. Improving the quality of services and contraceptive acceptance in the postabortion period in three public-sector hospitals in Bolivia. En Huntington, Dale y Nancy J. Peterson, redactores. *Postabortion care: Lessons from operations research*. Nueva York, The Population Council.
- Family Health International. 2000. Contraception after pregnancy. Contraceptive Technology Update Series. Octubre de 2000. Research Triangle Park, Carolina del Norte, FHI. Disponible en el sitio Web: <http://www.fhi.org/> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).
- Grupo especial de la OMS sobre métodos postovulatorios de regulación de la fecundidad. 1998. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *The Lancet*, 352: 428-33.

- Johnson, Brooke R., Singatsho Ndhlovu, Sherry Farr y Tsungai Chipato. 2002. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning*, 33(2): 195-202.
- Kinoti, Stephen N., Lynne Gaffikin, Janie Benson y Lori Ann Nicholson. 1995. Monograph on complications of unsafe abortion in Africa. Arusha, Tanzania, Secretaría Regional de Salud Comunitaria para África Oriental, Central y Meridional.
- Langer, Ana, Cecilia García-Barrios, Angela Heimbürger, Lourdes Campero, Karen Stein, Beverly Winikoff y Vilma Barahona. 1999. Improving postabortion care with limited resources in a public hospital in Oaxaca, Mexico. En Huntington, Dale y Nancy J. Peterson, redactores. *Postabortion care: Lessons from operations research*. Nueva York, The Population Council.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1992. *Current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic: A capsule summary*. Ginebra, OMS.
- , 1993. *Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion, segunda edición*. Ginebra, OMS.
- , 1997. *Post-abortion family planning: A practical guide for programme managers*. Ginebra, OMS.
- , 1998. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Tercera edición*. Ginebra, OMS (OMS/RHT/MSM/97.16)
- , 2000. *Mejorando el acceso a la calidad de atención en planificación familiar: Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. Segunda edición*. Ginebra, OMS. (OMS/RHR/00.02)
- , 2001. *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Ginebra, OMS. (OMS/RHR/01.9)
- , 2001. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. Ginebra, OMS.
- , 2004. *Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos*. Ginebra, OMS.
- Petitti, D.B., G. Piaggio, S. Mehta, M.C. Cravioto y O. Meirik. 2000. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. The WHO study of hormonal contraception and bone health. *Obstetrics & Gynecology*, 95(5): 736-44.
- Ross, John A., Marjorie Rich y Janet P. Molzan. 1989. *Management strategies for family planning programs*. Nueva York, Columbia University, Facultad de Salud Pública, Centro de Población y Salud de la Familia.
- Salter, Cynthia, Heidi Bart Johnston y Nicolene Hengen. 1997. *El tratamiento de las complicaciones postaborto: una intervención para salvar la vida de la mujer*. Population Reports, Serie L, No.10. Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins, Center for Communication Programs, Population Information Program.
- Schwingl, Pamela, Cynthia M. Visness, Shacondra Brown, Sanford C. Garner y Thomas Weber. 1999. *Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and bone mineral density in adolescent users*. Inédito.
- Solo, Julie, Deborah L. Billings, Colette Aloo-Obunga, Achola Ominde y Margaret Makumi. 1999. Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Studies in Family Planning*, 30(1): 17-27.
- von Hertzen, Helena, Gilda Piaggio, Juhong Ding, Junling Chen, Si Song, Gyorgy Bartfai, Ernest Ng, Kristina Gemzell-Danielsson, Amindavaa Oyunbileg, Shangchun Wu, Weiyu Cheng, Frank Ludicke, Alenka Pretnar-Darovec, Rosemary Kirkman, Suneeta Mittal, Archil Khomassuridze, Dan Apter y Alexandre Peregoudov. 2002. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *The Lancet*; 360:1803-10.

Winkler, Judith y Robert E. Gringle, redactores. 1999. *Postabortion family planning: A two-day training curriculum for improving counseling and services*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. Estados Unidos, Consorcio de Atención Postaborto.

Wolf, Merrill y Janie Benson. 1994. Meeting women's needs for post-abortion family planning, Report of a Bellagio technical working group. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Suplemento: (S1-S34).

Servicios de anticoncepción Apéndice A: Factores individuales, y recomendaciones y fundamentos de la consejería
(pueden coexistir varios factores)

Si la mujer...	Recomendaciones	Fundamentos
No desea quedar embarazada pronto	Considerar todos los métodos provisionales.	La búsqueda del tratamiento de APA a veces sugiere que la mujer no desea estar embarazada.
Se encuentra bajo estrés o con dolor	Considerar todos los métodos provisionales. No fomentar el uso de métodos permanentes en este momento. Remitir a la mujer a los servicios de anticoncepción continuados.	El estrés y el dolor interfieren con la toma libre e informada de las decisiones. El período en que la paciente está recibiendo el tratamiento de APA no es un buen momento para que ella tome una decisión permanente.
Estaba utilizando un método anticonceptivo cuando quedó embarazada	Determinar por qué falló la anticoncepción y qué problemas pudo haber tenido la mujer si estaba utilizando un método de manera eficaz. Ayudar a la mujer a escoger un método que pueda utilizar de manera eficaz. Asegurar que la paciente entienda cómo utilizar el método, que reciba atención posterior y complementaria (consultas de control), que tenga acceso al reabastecimiento de su método y que descontinúe el uso y cambie de métodos.	Es posible que la falla del método se deba a que la paciente no toleró el método por sus efectos secundarios, al uso inadecuado o a la falta de acceso a su consecución, lo cual llevó a un embarazo no deseado. Puede que dichos factores aún estén presentes y lleven a otro embarazo no deseado.
Ha dejado de utilizar un método anticonceptivo	Determinar por qué la mujer dejó de utilizar la anticoncepción (por ejemplo, debido a los efectos secundarios o a la falta de acceso al reabastecimiento, etcétera). Ayudar a la mujer a escoger un método que pueda utilizar de manera eficaz. Asegurar que ella entienda cómo utilizar el método correctamente, que reciba atención posterior y complementaria y el reabastecimiento del método, y que descontinúe el uso y cambie de métodos.	Si la paciente no toleró el método por sus efectos secundarios o existe falta de acceso al reabastecimiento, es posible que se presente un embarazo no deseado. Puede que dichos factores aún estén presentes y lleven a otro embarazo no deseado.
Tiene una pareja que no está dispuesta a utilizar condones o que impide el uso de otro método	Si la mujer así lo desea, permitir a la pareja participar en la sesión de consejería. Proteger la confidencialidad de la mujer (aun cuando ella no haga partícipe a su pareja). Analizar los métodos que la mujer pueda utilizar sin que su pareja se entere (por ejemplo: los inyectables). No recomendar métodos que la mujer no pueda utilizar de manera eficaz.	En algunos casos, el involucrar al hombre en la consejería llevará a su uso y apoyo de la anticoncepción; sin embargo, si la mujer, por la razón que sea, no desea hacer partícipe a su pareja, deben respetarse sus deseos.

Si la mujer...	Recomendaciones	Fundamentos
Desea volver a quedar embarazada pronto	No tratar de persuadirla a aceptar un método anticonceptivo. Proporcionar información o remisión si la mujer necesita otros servicios de salud reproductiva.	Si la mujer ha tenido repetidos abortos espontáneos, puede que necesite ser remitida a otro establecimiento de salud para recibir tratamiento por infertilidad.

Adaptado de Leonard y Ladipo, 1994

Apéndice B: Directrices para la selección de métodos anticonceptivos

Método	Momento oportuno después del tratamiento de atención postaborto	Ventajas	Comentarios
<p>Métodos de barrera que no necesitan ser adaptados a la medida * (condones masculinos de látex y condones femeninos de poliuretano; esponja vaginal y supositorios [tabletas espumosas, jalea o película])</p>	<p>Puede iniciarse su uso tan pronto se reanuden las relaciones sexuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No acarrear riesgo para la salud • No son costosos • Buen método provisional si la iniciación de otro método debe ser aplazada • No requieren supervisión médica • El condón protege contra las ITS/VIH • Se puede discontinuar su uso con facilidad • Eficacia inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> • En uso típico, son menos eficaces que el DIU o los métodos hormonales • Deben utilizarse en cada relación sexual • Requieren motivación continua y la cooperación de la pareja • Debe existir disponibilidad a una fácil consecución • Puede que interfieran la espontaneidad de las relaciones sexuales
<p>Métodos de barrera adaptados a la medida utilizados con espermicidas (diafragma o capuchón cervical con espuma o jalea)</p>	<p>El diafragma puede colocarse inmediatamente después de realizado el tratamiento de APA de un aborto en el primer trimestre; después del tratamiento de APA en el segundo trimestre, la adaptación del diafragma debe aplazarse de 4 a 6 semanas (hasta que el útero involucre a la altura que presentaba antes del embarazo)</p> <p>Aplaza la adaptación del capuchón cervical hasta que cese el sangrado y el útero involucre a su altura antes del embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No acarrear graves riesgos para la salud • No son costosos • No requieren supervisión médica • Proporcionan alguna protección contra las ITS/VIH • Se puede discontinuar su uso con facilidad • Eficacia inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> • Menos eficaces que el DIU o los métodos hormonales • Deben utilizarse en cada relación sexual • Requieren motivación continua • Debe haber un reabastecimiento de espermicidas disponible • Asociados con infecciones del tracto urinario en algunas usuarias • La adaptación debe ser realizada por profesionales de la salud capacitados para tal fin
<p>Anticonceptivos orales (combinados y de progestágeno solamente)</p>	<p>Puede iniciarse su uso al día siguiente de realizado el procedimiento de aspiración endouterina o de la confirmación de un aborto concluido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaces • Puede iniciarse su uso de inmediato, aun si hay infección y trauma • Pueden ser suministrados por personal no médico • No interfieren con la espontaneidad de las relaciones sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Requieren motivación continua y uso diario • Debe haber un reabastecimiento disponible • Puede que se reduzca su eficacia con el uso de determinados medicamentos de uso a largo plazo (por ejemplo, rifampina, dilantina, griseofulvina)

Método	Momento oportuno después del tratamiento de atención postaborto	Ventajas	Comentarios
Píldoras anticonceptivas de emergencia	Puede iniciarse su uso en cualquier momento después de la aspiración endouterina o del legrado uterino instrumental, o después de la confirmación de un aborto concluido	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden utilizarse cuando falla la anticoncepción (por ejemplo, cuando se rompe el condón), cuando no se utiliza un método o cuando el acto sexual ha sido forzado • El suministro de antemano de píldoras anticonceptivas de emergencia podría ayudar a evitar futuros embarazos no deseados 	<ul style="list-style-type: none"> • No protege contra las ITS/VIH • Por lo general, es menos eficaz que otros métodos anticonceptivos • Puede que tenga efectos secundarios, tales como náuseas y vómito
Anillos vaginales	<p>Puede iniciarse su uso inmediatamente después de la aspiración endouterina o del legrado uterino instrumental, o después de la confirmación de un aborto concluido si no se presenta un trauma genital/vaginal</p> <p>Aplase la inserción hasta que sanen las lesiones graves, se controle la hemorragia o mejore la anemia aguda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaz • Puede ser suministrado por personal no médico • No requiere atención diaria de la mujer (una vez que es insertado permanece en la vagina durante tres semanas) • Puede ser insertado por la misma paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe haber un reabastecimiento disponible • Puede que se reduzca su eficacia con el uso de determinados medicamentos de uso a largo plazo (por ejemplo, rifampina, dilantina, griseofulvina)
Parches para la piel	Puede iniciarse su uso el día después del procedimiento de aspiración endouterina o de legrado uterino instrumental, o después de la confirmación de un aborto concluido (igual que con las píldoras anticonceptivas orales)	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaces • Puede iniciarse su uso inmediatamente, aun si hay infección o trauma presente • Pueden ser suministrados por personal no médico • No interfieren con las relaciones sexuales • No requiere atención diaria de la mujer (se aplica una vez a la semana) • Es aplicado por la mujer 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe haber un reabastecimiento disponible • Puede que disminuya su eficacia con el uso de determinados medicamentos de uso a largo plazo (por ejemplo, rifampina, dilantina, griseofulvina) • Para el primer ciclo: si se aplica después de las primeras 24 horas subsiguientes al inicio del período menstrual, debe utilizarse un método de respaldo durante siete días

Método	Momento oportuno después del tratamiento de atención postaborto	Ventajas	Comentarios
<p>Inyecciones de progestágeno solamente (DMPA, NET-EN)</p>	<p>Pueden administrarse inmediatamente después del tratamiento de APA en el primer o segundo trimestre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaces • Puede iniciarse su uso de inmediato, aun si se presenta infección o trauma • Pueden ser suministradas por personal no médico • No interfieren con las relaciones sexuales • No dependen de la usuaria (excepto para acordarse de obtener la inyección cada 2 ó 3 meses) • La mujer no necesita ningún otro suministro 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden causar sangrado abundante o irregular, especialmente en los primeros meses; es frecuente presentar amenorrea con el uso prolongado • Retrasan el retorno de la fertilidad
<p>Inyecciones combinadas</p>	<p>Pueden administrarse inmediatamente después del tratamiento de APA en el primer o segundo trimestre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaces • Puede iniciarse su uso de inmediato, aun si se presenta infección o trauma • Pueden ser suministradas por personal no médico • No interfieren con las relaciones sexuales • No dependen de la usuaria (excepto para acordarse de obtener la inyección cada mes) • La mujer no necesita ningún otro suministro 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden causar sangrado abundante o irregular inicialmente, especialmente en los primeros meses; de ahí en adelante, por lo general, se reanuda el ciclo mensual normal • Retrasan el retorno de la fertilidad
<p>Implantes sólo de progestágeno</p>	<p>Pueden ser administrados inmediatamente después del tratamiento de APA</p> <p>Si no se puede garantizar la consejería adecuada y una toma de decisiones informadas, debe aplazarse la inserción y proporcionarse un método provisional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaces • Puede iniciarse su uso inmediatamente, aun si hay infección o trauma presente • Pueden ser suministrados por personal no médico • No interfieren con las relaciones sexuales • No requiere atención diaria de la mujer (se aplica una vez a la semana) • Es aplicado por la mujer 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden causar sangrado irregular (especialmente manchado vaginal) o, en algunos casos, amenorrea • Se requiere la intervención de un profesional de la salud capacitado tanto para su inserción como para su extracción

Método	Momento oportuno después del tratamiento de atención postaborto	Ventajas	Comentarios
<p>DIU</p>	<p>Aplase la inserción hasta que sane cualquier lesión grave, se haya controlado la hemorragia o mejore la anemia aguda</p> <p>Aplase la inserción hasta que se cure la infección</p> <p>Procedimiento en el primer trimestre del embarazo: El DIU puede insertarse inmediatamente una vez descartada la posibilidad de riesgo o presencia de infección.</p> <p>Si no se puede garantizar una consejería o toma de decisiones adecuada, aplase la inserción y suministre un método provisional</p> <p>Procedimiento en el segundo trimestre del embarazo: Aplase durante cuatro a seis semanas a menos que el prestador de servicios de salud esté capacitado para la inserción inmediata después de un aborto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy eficaz • Anticoncepción a largo plazo (DIU eficaz durante 5 a 10 años según el tipo) • Retorno inmediato de la fertilidad después de la extracción • No interfiere con las relaciones sexuales • La mujer no necesita ningún otro suministro • Requiere verificación mensual de los hilos solamente (realizada por la mujer) • Se necesita una sola cita de control a menos que se presenten problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede aumentar la cantidad del sangrado y los cólicos menstruales durante los primeros meses • Entre las complicaciones figuran: perforación uterina durante la inserción, la cual rara vez ocurre, y la expulsión • Podría aumentar el riesgo de EPI e infertilidad subsiguiente en las mujeres en riesgo de contraer ITS/VIH • Se requiere la intervención de un profesional de la salud capacitado tanto para su inserción como para su extracción
<p>Esterilización femenina voluntaria (EV)</p>	<p>La EV después de un aborto en el primer trimestre del embarazo es similar a un procedimiento de intervalo; después de un aborto en el segundo trimestre es similar a un procedimiento posparto</p> <p>Técnicamente, los procedimientos de EV, por lo general, pueden efectuarse inmediatamente después del tratamiento de las complicaciones postaborto, a menos que se presente infección o pérdida sanguínea grave</p> <p>No practique el procedimiento hasta que cure la infección por completo o hasta que sane la lesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Método permanente • Muy eficaz • Una vez concluida, ninguna otra medida es necesaria • No interfiere con las relaciones sexuales • No se presentan cambios en la función sexual • No tiene efectos secundarios a largo plazo • Eficacia inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe proporcionar la consejería adecuada y obtener el consentimiento completamente informado antes de practicar el procedimiento de EV; esto a menudo no es posible en el momento de prestar atención de urgencia • Leve posibilidad de presentar complicaciones quirúrgicas • Se requiere personal capacitado y equipo adecuado

Método	Momento oportuno después del tratamiento de atención postaborto	Ventajas	Comentarios
Planificación familiar basada en el conocimiento del ciclo de la fertilidad (planificación familiar natural)	No se recomienda su uso inmediato después de un aborto La primera ovulación después de un aborto es difícil de predecir y el método no es confiable hasta que se reanude un patrón menstrual normal	<ul style="list-style-type: none"> • No hay costos asociados con este método 	<ul style="list-style-type: none"> • No es confiable inmediatamente después de un aborto • Se recomienda el uso de otros métodos hasta que se reanude el ciclo menstrual normal • Requiere motivación continua y que la mujer y su pareja entiendan bien cómo utilizar el método • Se necesitan amplias instrucciones sobre cómo utilizar este método

(Adaptado de Blumenthal y McIntosh, 1995; Benson et al., 1992.)

* Ver el recuadro en el módulo para obtener información sobre el DIU como anticonceptivo de emergencia.

** Los condones masculinos y femeninos son los únicos métodos que protegen contra la transmisión de ITS/VIH; pueden utilizarse simultáneamente con todos los otros métodos.

Apéndice C: Consejería anticonceptiva para grupos especiales de la población

Mujeres que practican el sexo comercial

Consejería anticonceptiva: factores especiales

Todo prestador de servicios de salud puede encontrar entre sus pacientes mujeres que son trabajadoras sexuales, aun cuando ellas no se identifiquen como tales. Debido a los tabúes sociales que condenan el sexo comercializado, resulta de particular relevancia para el consejero demostrar empatía y respeto para ganarse la confianza de la paciente. Los consejeros no deben olvidar que, debido a su situación financiera o familiar, algunas mujeres se ven forzadas a trabajar en la industria del sexo y cobrar a su pareja sexual dinero u otras compensaciones como un medio de sobrevivir.

Métodos anticonceptivos: factores especiales

Durante la consejería de las mujeres que practican el sexo comercial, se debe presentar la siguiente información sobre la anticoncepción:

- Recomendar a la mujer una doble protección, mediante el uso simultáneo de condones y otro método, para obtener protección contra las ITS y el embarazo no deseado. Si el condón masculino no es un método factible para la mujer, ella puede pensar en la posibilidad de usar el condón femenino.
- Remitir a la mujer a un servicio de detección sistemática voluntaria y de tratamiento de las ITS.
- No recomendar el uso del DIU o SIU si la mujer está expuesta a un riesgo elevado de contraer una ITS.
- Informar a la mujer de cómo acceder y utilizar la anticoncepción de emergencia (AE). Algunos programas han encontrado que es beneficioso distribuir por adelantado las píldoras anticonceptivas de emergencia.
- Remitir a la paciente a otros establecimientos de salud competentes si ella necesita otros servicios de salud.
- Si la mujer expresa el deseo de salirse del trabajo de sexo comercializado, ofrézcale remitirla a otros servicios que se encuentren disponibles para atenderla.

Mujeres con discapacidad cognitiva o enfermedad mental

Consejería anticonceptiva: factores especiales

Los consejeros y el personal médico deben prestar una atención especial y dedicar tiempo adicional a las mujeres que presentan una discapacidad cognitiva, una enfermedad mental o ambas. Existe una gran variedad de discapacidades cognitivas y enfermedades mentales, y algunas mujeres necesitarán más asistencia que otras. Cuando llegan a la clínica, estas mujeres suelen venir acompañadas de una pareja, un(a) cuidador(a), su padre o madre, un(a) amigo(a) o un pariente. Aunque puede resultar útil invitar al acompañante a participar en las discusiones sobre las opciones anticonceptivas para la mujer, es esencial que el consejero se dirija a la paciente directamente.

El consejero puede iniciar la sesión evaluando el nivel de conocimiento y de experiencia de la mujer respecto a la anticoncepción. Entonces podrá ayudarla a determinar qué método será más adecuado para ella, preguntándole con quién tiene relaciones sexuales y bajo qué circunstancias.

Métodos anticonceptivos: factores especiales

Durante la consejería anticonceptiva a las mujeres con discapacidad cognitiva o enfermedad mental, se debe tener en cuenta la siguiente información:

- Algunas mujeres tienen dificultad para recordar cómo o cuándo utilizar ciertos métodos, tal como tomarse la píldora a diario; no obstante, estos métodos siguen siendo una buena opción si la mujer recibe instrucciones claras y si otra persona la ayuda a observar su rutina cotidiana o mensual una vez que ella regrese a su casa.
- Algunas mujeres con discapacidad de desarrollo a veces presentan un trastorno en su motricidad fina, en cuyo caso no se aconseja el uso de ciertos métodos anticonceptivos, como por ejemplo, el diafragma.
- Se debe enseñar a las mujeres con discapacidad cognitiva o enfermedad mental a utilizar los métodos de barrera (mostrándoles condones, diafragmas, capuchones), y cómo negociar su uso con su pareja. Además, se debe hacer hincapié en la importancia de un uso sistemático (cada vez que tiene relaciones sexuales) si ella quiere evitar las ITS y los embarazos no deseados.
- Es probable que muchas mujeres que pertenecen a este sector de la población no sepan con antelación cuándo tendrán relaciones sexuales. Por tanto, conviene suministrarles de antemano píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) con instrucciones específicas.
- Nunca se debe imponer a una mujer un método anticonceptivo que tenga un efecto permanente (esterilización) o de larga duración (DIU o SIU, por ejemplo) sin su consentimiento explícito. Las mujeres con discapacidad cognitiva o enfermedad mental tienen el mismo derecho que otras mujeres de decidir por sí mismas respecto al número de hijos que desean tener.
- Respecto al consentimiento informado:
 - La mujer puede ser o no ser su propia tutora;
 - Si ella puede tomar decisiones sobre su propia atención, el consejero debe esmerarse por asegurar que la paciente entienda claramente sus diferentes opciones y qué está aceptando.
 - A menudo las mujeres con discapacidad cognitiva aceptan rápidamente o contestan afirmativamente antes de entender bien lo que están aprobando.

Mujeres que practican el sexo comercial

Consejería anticonceptiva: factores especiales

Muchas mujeres refugiadas y desplazadas pierden su acceso a la atención médica, incluido el reabastecimiento de métodos anticonceptivos. Es importante saber que muchas de ellas ya han utilizado anticonceptivos. Los consejeros deben averiguar lo máximo posible (por medio de evaluaciones o estudios existentes) sobre los métodos y protocolos utilizados en el país o en la región de origen de estas mujeres. Esta información mejorará considerablemente la capacidad del consejero de proporcionar información útil a la mujer refugiada o desplazada, ya que ciertos métodos le resultarán más familiares y aceptables que otros.

Métodos anticonceptivos: factores especiales

Durante la consejería anticonceptiva de las mujeres refugiadas o desplazadas, se deben tener en cuenta los siguientes puntos:

- Los niveles elevados de violencia sexual —incluidas las relaciones sexuales forzadas a cambio de comida, protección y albergue, la interrupción en los

Toda discusión sobre la anticoncepción con una mujer que presenta discapacidad cognitiva o enfermedad mental puede exigir paciencia y esfuerzos por parte del consejero. He aquí algunos consejos útiles:

- Utilice un lenguaje sencillo y fácil de entender;
- Pida a la paciente que repita en sus propias palabras los conceptos que ella debería de haber asimilado bien;
- Hable con ella en un espacio privado y tranquilo, lejos de distracciones auditivas y visuales;
- Enséñele métodos anticonceptivos o ilustraciones siempre que sea posible;
- Déle ejemplos siempre que sea posible;
- Proporcione instrucciones por escrito o ilustradas u otras herramientas útiles, tal como un calendario, para llevarse a la casa

servicios de salud y de anticoncepción, y la incertidumbre general de la vida de los refugiados— exponen a las mujeres refugiadas a mayores riesgos de tener relaciones sexuales sin protección y embarazos no deseados.

- La mayor parte del tiempo, los servicios de salud accesibles a las personas refugiadas o desplazadas no ofrecen una gama completa de anticonceptivos. Por tanto, es preferible basar la consejería en los métodos disponibles.
- Cuando un desplazamiento de población es inminente (fuga en caso de guerra, movimiento migratorio, repatriación o transferencia), conviene elaborar un protocolo que aborde las necesidades anticonceptivas de las mujeres a largo plazo. El profesional de la salud y la paciente deben discutir los beneficios y las desventajas de cada método, de acuerdo a la situación de la mujer y sus preferencias personales.
- Las ITS y el VIH se propagan con facilidad entre los sectores de gran densidad de la población, afectados por la pobreza y la falta de recursos médicos. A estos factores se agregan la corriente migratoria, el aumento de actos de violencia y los movimientos de tropas militares en caso de guerra, para crear un riesgo elevado de exposición a las ITS y el VIH para las mujeres refugiadas y desplazadas. En el caso de estas pacientes, durante la sesión de consejería se debe recalcar la importancia de los métodos de barrera.
- En ámbitos de personas refugiadas o desplazadas, las adolescentes figuran entre las más vulnerables. Se debe hacer todo esfuerzo posible por proporcionar a estas jóvenes la información y los métodos anticonceptivos indispensables.
- Los consejeros deben saber la importancia de la anticoncepción de emergencia para estas personas refugiadas o desplazadas, y deben informar a las mujeres acerca de la disponibilidad de PAE, de su modo de empleo y de las fuentes de abastecimiento existentes. Siempre que sea posible, se debe elaborar un protocolo para la distribución de estas píldoras con antelación.

Mujeres que han sufrido mutilación genital

Consejería anticonceptiva: factores especiales

La mutilación genital femenina (MGF) (es decir, la mutilación de los órganos genitales de la mujer), se practica en muchas partes del mundo. Esta costumbre se expande hoy día a otros países debido a los flujos migratorios. Por MGF, se entiende todo procedimiento de ablación parcial o total de los órganos genitales externos de la mujer o cualquier otra lesión a dichos órganos practicada por razones culturales o no terapéuticas. Los consejeros deben saber que las mujeres que han sufrido MGF necesitan información básica que repase la anatomía del sistema reproductivo femenino, el ciclo menstrual y el funcionamiento de diversos métodos anticonceptivos.

Las mujeres que viven en culturas o en regiones donde se practica la MGF no siempre tienen el mismo poder de toma de decisiones y las mismas oportunidades de negociación que los hombres. Esta situación puede afectar la capacidad de la mujer de aceptar y utilizar un método anticonceptivo. Si la mujer así lo desea, podría facilitar la selección del método invitando a su pareja a participar en este proceso.

Métodos anticonceptivos: factores especiales

Durante la consejería anticonceptiva de pacientes que han sufrido mutilación genital, se debe tener en cuenta la siguiente información:

- No se aconseja el uso de métodos como el DIU/SIU para las mujeres que presentan infección o hemorragia, ya que su inserción podría ser difícil para las mujeres que han sido sometidas a ciertas formas de la MGF.
- Las mujeres que han sufrido MGF son expuestas a un riesgo más elevado de infección por VIH, ya que la mutilación suele efectuarse en condiciones antihigiénicas. A veces las navajas y los cuchillos contaminados son utilizados en múltiples mujeres o niñas, lo cual aumenta la probabilidad de diseminación del virus.
- Los métodos de barrera, tales como el condón masculino y el condón femenino, pueden contribuir a reducir los riesgos de infección de una pareja por el VIH.
- Si la mujer indica que ella quiere someterse a una nueva reinfibulación, se deben eliminar ciertas opciones anticonceptivas. Por ejemplo, sería difícil o imposible extraer un DIU después de una reinfibulación. El diafragma tampoco es una opción recomendada en tales casos.

Mujeres con parejas de sexo femenino

Consejería anticonceptiva: factores especiales

Los consejeros no deben tener ideas preconcebidas sobre las mujeres que tienen parejas sexuales de su mismo sexo. Es posible que dichas pacientes también tengan relaciones sexuales con hombres, que estén expuestas al riesgo de ITS/VIH o de embarazo no deseado, que deseen tener un hijo más adelante, o que necesiten un método anticonceptivo o información sobre la anticoncepción. Asimismo, es posible que ellas hayan sido víctimas de violencia sexual perpetrada por su pareja, ya sea del sexo masculino o femenino. Los consejeros deben hablar abiertamente con la paciente para determinar cuáles son sus riesgos y sus necesidades.

Blank

Evaluación y plan de tratamiento

Temas clave en este módulo:

- Identificación de las pacientes en las cuales el aborto es un diagnóstico posible.
- Evaluación inicial rápida de shock y pasos iniciales para manejarlo.
- Evaluación clínica completa.
- Determinación del tipo y la etapa del aborto.
- Diagnóstico, plan de tratamiento y plan para el manejo del dolor.
- Consentimiento informado voluntario para el tratamiento.
- Consideraciones acerca de los sectores especiales de la población femenina.

1.0 — Introducción

Los hallazgos clínicos y los síntomas identificados en la evaluación clínica orientan el diagnóstico y tratamiento de cada mujer. En el caso de la mujer que se presenta para recibir atención postaborto (APA), estos hallazgos y síntomas, por lo general, pueden clasificarse en cuatro entidades clínicas principales; y cada una constituye un diagnóstico:

1. sangrado vaginal leve a moderado
2. sangrado vaginal abundante/hemorragia
3. sepsis/infección
4. lesión intraabdominal

En este módulo se expone información sobre cómo evaluar a una mujer con signos y síntomas de un aborto y cómo diagnosticar y atender las afecciones o complicaciones relacionadas con el aborto. Dado que la mayoría de las pacientes de APA presentan solamente sangrado vaginal leve a moderado, este módulo se centra en el manejo de esas mujeres. Se expone información sobre cómo identificar el aborto, cómo determinar si hay shock, cómo realizar una evaluación clínica completa, cómo obtener el consentimiento informado voluntario y cómo formular un plan de tratamiento, incluido el manejo del dolor. También se indican los factores para evaluar y atender los sectores especiales de la población femenina en relación con la APA.

Si la mujer presenta un sangrado vaginal leve a moderado sin complicaciones, y la evacuación endouterina es el tratamiento recomendado, ver el módulo *Procedimiento de evacuación endouterina* después de haber realizado una evaluación completa. Si la mujer presenta graves complicaciones (shock, sepsis o sangrado vaginal abundante), consulte el módulo *Manejo de las complicaciones* antes de pasar al módulo *Procedimiento de evacuación endouterina*.

En este currículo se exponen por separado la evaluación y el manejo inicial de las complicaciones para fines de presentación; no obstante, en la práctica real, la

Cuando una paciente presenta un sangrado vaginal, el profesional de la salud debe contestar los siguientes interrogantes fundamentales, los cuales orientan los pasos a seguir en la evaluación clínica y en la formulación del plan de tratamiento:

1. ¿Es el aborto uno de los diagnósticos posibles?
2. ¿Existen signos de shock?
3. ¿Qué indica el patrón de signos clínicos?
4. ¿Cuál es el diagnóstico más probable conforme a los hallazgos?
5. ¿Qué plan de tratamiento cubre las enfermedades diagnosticadas?
6. ¿La paciente ha dado su consentimiento informado para el tratamiento?
7. ¿Se necesitan medicamentos para el manejo del dolor, y pueden administrarse sin demora?

evaluación no se encuentra separada del manejo inicial de las entidades diagnosticadas y consideradas una urgencia. Se deben tomar medidas para tratar las complicaciones graves tan pronto se identifican y toda situación que amenace la vida de la mujer debe atenderse antes de tratar la enfermedad subyacente.

2.0 — Identificación del aborto como un diagnóstico posible

Cualquier mujer en edad reproductiva que busca tratamiento por presentar un sangrado vaginal puede estar pasando por un aborto. Los profesionales de la salud deben pensar en un diagnóstico de aborto independientemente de que la mujer tenga la certeza o sospeche que está embarazada y de sus antecedentes obstétricos, menstruales o anticonceptivos. Cualquier mujer, incluidas las adolescentes, mujeres casadas o mujeres solteras, podría necesitar atención médica relacionada con el aborto.

Los síntomas que indican una posible entidad clínica relacionada con el aborto son:

- antecedentes de reglas menstruales atrasadas (atraso menstrual);
- cólicos o dolor en la parte inferior del abdomen;
- sangrado vaginal.

Existen también entidades clínicas relacionadas con el embarazo, en las cuales se presenta un cuadro de signos y síntomas similares a aquellos de las diversas etapas del aborto; los profesionales de la salud deben tenerlas en cuenta para diagnosticarlas y asegurarse de que reciban los cuidados de seguimiento adecuados.

En una mujer en edad reproductiva que consulta por un sangrado intermitente, especialmente cuando se acompaña de dolor abdominal, se debe considerar también el diagnóstico de embarazo ectópico. Éste es más probable si la paciente tiene antecedentes de embarazo ectópico o de enfermedad pélvica inflamatoria. De sospecharse, se debe practicar un examen bimanual muy cuidadoso, puesto que un embarazo ectópico en etapa inicial podría romperse con facilidad.

En los casos en que el aborto es un diagnóstico posible, varían las situaciones que llevan al estado clínico de la mujer y a la necesidad de recibir APA. Sin embargo, los siguientes casos médicos se observan con diversas frecuencias según el país:

- un aborto espontáneo en curso;
- complicaciones de un aborto seguro (inducido ya sea por medios quirúrgicos o farmacológicos);
- un aborto autoinducido o inducido por un prestador de servicios de salud no calificado en un ambiente probablemente antihigiénico;
- complicaciones a consecuencia de la APA prestada anteriormente en éste o en otro establecimiento de salud. (Ver el módulo *Cuidados de seguimiento*.)

Las mujeres que presentan un aborto o sus complicaciones suelen consultar encontrándose en condiciones estables, no críticas. No obstante, algunas mujeres llegan al establecimiento de salud en estado grave y necesitan una atención inmediata y una intervención urgente para tratar las entidades que amenazan su vida. La atención médica oportuna puede salvarle la vida a la paciente. La demora

en realizar la evaluación clínica en las pacientes que presentan un aborto o sus complicaciones podría permitir que la situación se agrave. Por tanto, toda mujer que presente signos de un posible aborto debe ser evaluada sin demora.

La mayoría de las mujeres que reciben APA experimentarán sólo síntomas menores como resultado del aborto. Por lo general, presentarán un sangrado leve a moderado y necesitarán tratamiento de un aborto incompleto. Estas pacientes suelen ser atendidas exitosamente como pacientes externas mediante un procedimiento de evacuación endouterina. Pero algunas mujeres presentan síntomas más graves. Estas últimas requieren un manejo médico diferente puesto que necesitan atención urgente y cuidados médicos de alto nivel. Las complicaciones graves pueden ser el resultado de un aborto realizado en condiciones de riesgo, un aborto espontáneo o del tratamiento de APA en sí. Para su evaluación y manejo, ver el módulo *Manejo de las complicaciones*.

Todos los empleados de un establecimiento de salud —incluidos los guardias, las recepcionistas y el personal de la sala de espera— deben ser capaces de reconocer una urgencia y reaccionar de inmediato. Todo el personal debe atender a las mujeres que presentan un sangrado vaginal de manera respetuosa y sin prejuicios, y mantener su confidencialidad durante la evaluación, el tratamiento, la consejería y la recuperación.

3.0 — Evaluación inicial rápida para determinar si hay shock

La primera etapa de la evaluación de una mujer que presenta signos de un posible aborto o las entidades clínicas o complicaciones relacionadas con éste, consiste en verificar si la paciente se encuentra en estado de shock. Dicha evaluación es urgente y radica en examinar rápidamente lo siguiente:

- pulso
- presión arterial
- palidez
- extremidades
- respiración
- estado mental

Entre los signos y síntomas del shock figuran:

Shock en su primera etapa

- ansiedad, inquietud
- frecuencia cardíaca acelerada de 110 latidos por minuto o más
- respiración rápida y superficial (30 o más respiraciones por minuto)
- palidez en la parte interna del párpado (conjuntiva), las palmas de las manos, la boca, las puntas de los dedos
- hipotensión (presión sistólica menor de 90 mmHg)
- hemoglobina de 8 g/100 mL o mayor; hematocrito de 26% o mayor
- pulmones limpios
- piel fría y pegajosa, aunque la paciente está sudorosa

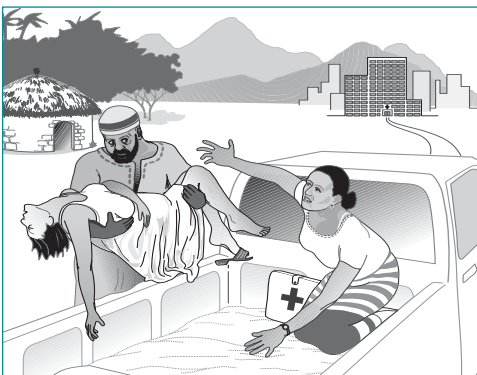


Toma de signos vitales

Remisión y transporte

El personal debe ser capacitado y equipado para estabilizar a las mujeres en shock y para ayudarlas a obtener una atención médica definitiva rápidamente, ya sea en el establecimiento de salud donde se encuentran o en el establecimiento de salud más cercano que disponga del tratamiento necesario. Si el centro de salud no dispone de recursos para el tratamiento de estas pacientes, se deberá continuar su monitoreo y la atención médica para estabilizarlas durante su traslado. Una pronta remisión y un transporte rápido son necesarios para evitar que el estado de la paciente se deteriore aun más y para salvar su vida. El estado de la paciente puede empeorar rápidamente, y ella puede entrar en shock en cualquier momento durante su tratamiento; por tanto, su estado físico debe monitorearse cuidadosa y continuamente durante el traslado.

Todo establecimiento de salud al cual acuden las mujeres debe estar preparado para un posible traslado a un establecimiento de salud de un nivel superior. Las modalidades del traslado pueden variar según los recursos, los protocolos y las situaciones locales. La información sobre el estado clínico de la paciente y los tratamientos administrados deben proporcionarse por escrito al establecimiento donde será atendida. (Ver el Apéndice A: Ejemplos de los formularios de remisión.)



Traslado de la paciente a un establecimiento médico

Shock en su etapa tardía

- confusión o pérdida de la conciencia
- pulso débil y acelerado
- respiración superficial y acelerada
- palidez y frialdad
- hipotensión grave
- edema pulmonar
- hematocrito menor al 26%
- baja cantidad de orina (menos de 30 mL/hr)

Si la mujer se encuentra en estado de shock, se debe intervenir inmediatamente ya que su vida podría estar en riesgo. En tal caso, se debe postergar el examen pélvico completo. La prioridad es tratar el shock y estabilizar a la paciente. Una vez se hayan iniciado las medidas para estabilizar a la paciente, se debe determinar la causa subyacente del shock efectuando una evaluación clínica completa con examen pélvico. (Ver el módulo *Manejo de las complicaciones*.)

Un estado de shock puede desarrollarse rápidamente en cualquier paciente en cualquier momento del tratamiento, especialmente si las lesiones preexistentes no fueron detectadas desde un inicio. Por tanto, es importante estar alerta a la presencia de signos de shock emergente durante todo el tratamiento de la paciente. Si surgen estos signos, es necesario obrar con rapidez para salvar la vida de la paciente o para evitar que su estado empeore.

El manejo definitivo del shock implica tratar la causa. Cuando hay shock en presencia de un aborto, probablemente éste es el resultado de una de las siguientes complicaciones: sangrado vaginal abundante/hemorragia, infección/sepsis o lesión intraabdominal. Después de iniciar las medidas para estabilizar a la paciente, determine cuál es la causa subyacente del shock.

4.0 — Evaluación clínica completa

Una vez la posibilidad de shock haya sido descartada o, por lo contrario, confirmada y tratada, se puede proceder a realizar una evaluación clínica completa. Dicha evaluación constituye la base para llegar a un diagnóstico y formular un plan de tratamiento. Si el estado de la paciente se agrava durante la evaluación, o si el profesional de la salud descubre un factor de riesgo para la vida de la mujer, debe intervenir de inmediato. Una vez estabilizada la paciente, se puede concluir la evaluación para asegurar que se traten todas las entidades clínicas diagnosticadas. Realice la evaluación en privado, en un lugar donde pueda reunirse con la paciente a solas para hablar sobre su estado clínico y practicar los exámenes pertinentes sin ser vistos u oídos. (Consulte el Apéndice B: Pasos clave en la evaluación y el tratamiento de pacientes con sangrado vaginal en las etapas iniciales del embarazo).

Una evaluación clínica completa abarca las siguientes fases:

- antecedentes médicos y quirúrgicos;
- evaluación psicosocial, incluida la detección sistemática de los actos de violencia;
- examen físico, incluido un examen pélvico;

- toma de muestras y solicitud de exámenes de laboratorio;
- determinar cuál de los patrones clínicos se aproxima más a la situación de la paciente.

4.1 — Antecedentes médicos y quirúrgicos

Interrogue a la paciente sobre sus antecedentes médicos y quirúrgicos, y anote los siguientes puntos:

1. Motivo de consulta y antecedentes

- Fecha de la última menstruación
- Si está embarazada, ¿es un embarazo deseado?
- Tejido (o restos ovulares) expulsados
- Duración y cantidad del sangrado
- Duración y gravedad de los cólicos
- Historia de fiebre
- Náuseas o vómito
- Dolor abdominal
- Dolor en el hombro
- Objeto en la vagina o en el cuello uterino
- Atención médica reciente relacionada con el aborto (medicamentos, procedimiento quirúrgico o aspiración)
- Administración reciente de medicamentos o hierbas (como el misoprostol)
- Fiebre, escalofríos o síntomas similares a los de la influenza inexplicados
- Dolor y cólicos abdominales

2. Historia médica pertinente, por ejemplo:

- Historia de vacunación (incluido el tétanos, anti-D/Rh)
- Trastornos de sangrado o coagulación
- Asma (pertinente en caso de programarse cirugía)
- Discapacidad física o cognitiva/enfermedad mental
- Enfermedad cardiovascular (por ejemplo, hipertensión)
- Historia quirúrgica
- Antecedentes de otras enfermedades

3. Antecedentes ginecológicos y obstétricos pertinentes

- Embarazos anteriores y sus resultados
- Estado actual en cuanto a infecciones de transmisión sexual y virus de inmunodeficiencia humana (ITS/VIH)
- Historial anticonceptivo

4. Medicamentos tomados en la actualidad

5. Alergias a medicamentos

4.2 — Evaluación psicosocial

Debido a cuestiones sociales, jurídicas y culturales, puede que las mujeres no divulguen la información completa sobre el embarazo y el origen del aborto. La

Antes de tener cualquier tipo de contacto con la paciente, los prestadores de servicios de APA deben:

- Determinar cuáles son sus propios valores y actitudes respecto a la sexualidad, la reproducción y la salud
- Separar sus valores de aquellos de las pacientes
- Reconocer cómo sus actitudes podrían tener un impacto negativo en las interacciones con las pacientes y en la calidad de la atención
- Garantizar que puedan atender a las pacientes con compasión y empatía
- Someterse a capacitación y supervisión con apoyo hasta que hayan dominado estas habilidades

Uso anterior del misoprostol

La autoadministración del misoprostol para interrumpir el embarazo ocurre con frecuencia en algunos ámbitos. Los datos disponibles en la actualidad no indican la necesidad de un tratamiento especializado relacionado con la existencia de antecedentes de autoadministración del misoprostol, pero los prestadores de servicios de salud deben ser conscientes de los efectos clínicos y secundarios que pueden surgir con el uso previo del misoprostol. Además, las pacientes deben recibir consejería acerca de la posibilidad de presentarse efectos teratogénicos si el embarazo está en curso.

Las náuseas y la diarrea son efectos secundarios comunes del misoprostol; y son más frecuentes y más graves con dosis más altas. El efecto del misoprostol varía según la edad del embarazo, y si se ha utilizado este medicamento para interrumpir un embarazo de más de 12 semanas, los profesionales de la salud deben estar preparados para la posibilidad de un sangrado abundante.

Por lo general, no es necesaria la dilatación adicional del cuello uterino cuando el uso del misoprostol ha ocasionado un aborto incompleto, puesto que el misoprostol ya ha provocado su abertura.

La información sobre el uso no supervisado del misoprostol para inducir el aborto, por lo general, es comunicada verbalmente de una persona a otra. Por tanto, conviene informar a las mujeres que debe evitarse el uso de dosis excesivas de misoprostol, o su administración en el segundo trimestre del embarazo (puesto que puede presentarse un sangrado abundante).

comunicación abierta que brinda apoyo ayuda a asegurar que el profesional de la salud cuente con toda la información pertinente para determinar el mejor plan de tratamiento posible. Motive a la mujer a hablar sobre las circunstancias que la llevaron a buscar atención médica:

- ¿Sabía ella que estaba embarazada?
- ¿Hubo problemas con el embarazo?
- ¿Hay algo que ella cree que el prestador de servicios debe saber?
- ¿Cuenta ella con un ambiente familiar estable y un sistema de apoyo?
- ¿Está sometida a actos de violencia?
- ¿Tiene ella alguna discapacidad cognitiva o enfermedad mental?
- ¿Tiene ella antecedentes de uso o dependencia de drogas?

Informe a la mujer que usted se preocupa por ella y que ella puede confiarle sus sentimientos. Observe los comportamientos que indican cómo se siente la paciente, por ejemplo, llanto, temblores, cuerpo rígido, mirada fija, expresión facial estática, retiro o sobresalto ante un contacto físico. El estado emocional de la mujer puede estar relacionado con el aborto, el dolor físico o el sufrimiento emocional, como ser víctima de violencia.

4.3 — Examen físico

El examen físico debe incluir lo siguiente:

- Tome los signos vitales de la paciente:
 - temperatura
 - pulso
 - presión arterial
 - número de respiraciones por minuto
- Observe lo siguiente:
 - presencia de palidez de la piel
 - cómo se siente la piel (debe sentirse tibia y seca)
 - nivel de conciencia, desmayos, ansiedad
 - signos generales, como debilidad o letargo
- Ausculte el corazón para detectar:
 - ritmo cardíaco irregular
- Ausculte los pulmones para detectar:
 - signos de dificultad respiratoria
 - sibilancias o estertores
 - respiración superficial
- Palpe y examine el abdomen para detectar:
 - distensión
 - disminución de los ruidos intestinales
 - rigidez/dureza (defensa abdominal)
 - dolor a la palpación (signo de rebote o Blumberg positivo)
 - masas u otras anomalías

- Examine las extremidades para detectar:
 - cianosis (color azul)
 - signos de violencia, como moretones o quemaduras
 - dolor en el hombro (podría tratarse de un dolor referido debido a lesiones internas)

Examen pélvico

El examen pélvico consta de un examen con espéculo y uno bimanual. De ser posible, la paciente debe vaciar su vejiga antes del examen pélvico, porque una vejiga llena puede dificultar la evaluación del útero y enmascarar los resultados.

Cómo colocar a la paciente

- Ayude a la paciente a colocarse en posición de litotomía.
- Asegúrele que está protegida y bien apoyada.
- Atienda toda necesidad especial anatómica o física (por ejemplo, incapacidad, artritis o lesiones).
- Tenga cuidado con el equipo de venoclisis, las sondas o catéteres u otros elementos de manejo en las situaciones críticas.
- Coloque las piernas de la mujer en los estribos de la camilla ginecológica.
 - Dídale que mueva sus piernas si es posible.
 - Si no, antes de moverlas, infórmele que usted va a moverle las piernas.
- Use cortinas o sábanas para asegurar que se proteja la privacidad de la mujer.
- Coloque a la paciente de manera que usted pueda ver el orificio cervical y manipular el espéculo adecuadamente.
- Asegúrese de que las piernas de la paciente estén seguras y de que ella tenga confort físico y apoyo emocional durante todo el examen.

Examen con espéculo

Antes de introducir el espéculo, inspeccione los genitales externos y el periné. Observe si hay úlceras o signos de ITS en los genitales externos.

Caliente el espéculo si es posible (puede calentarse bajo la lámpara de examen)

- Introduzca delicadamente un espéculo del tamaño adecuado e inspeccione cuidadosamente el cuello uterino y el canal vaginal.



Posición de litotomía

Antes de iniciar el examen pélvico, explique a la mujer el propósito de este examen. Si éste es su primer examen pélvico, puede que se encuentre ansiosa, y es particularmente importante informarle acerca de lo que usted está haciendo y tranquilizarla. Dado que las mujeres tienen diferentes preferencias, pregúntele cómo puede usted apoyarla durante el examen. Por ejemplo, pregúntele si le gustaría que se le explique cada paso del examen o si prefiere silencio. Tranquilice a la paciente verbalmente durante el examen; por ejemplo, dígame cómo se encuentra y ayúdela a relajarse.

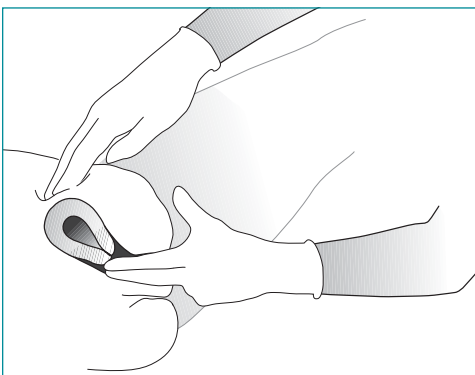
Para más ejemplos de cómo tranquilizar a la paciente verbalmente, ver el módulo *Procedimiento de evacuación endouterina*.

NOTA:

En los lugares donde no se cuenta con estribos, se puede utilizar la posición dorsal, o "ancas de rana". En esta posición, la pelvis de la mujer debe elevarse utilizando una pila de frazadas o sábanas colocadas por debajo de la parte inferior de la espalda o en la parte superior de las nalgas.

- Observe si hay sangrado; de haberlo, determine la cantidad y origen del sangrado.
- Observe si el sangrado o cualquier secreción tiene olor fétido: tal olor podría indicar la presencia de una infección.
- Extraiga delicadamente los restos ovulares visibles y consérvelos para examinar el tejido.
- Busque signos de laceración, quemaduras o perforaciones visibles en la vagina o en el cuello uterino.
 - La presencia de tejido adiposo, intestino o epiplón indica perforación uterina.
 - Repare de inmediato: puede que sea necesario realizar una laparoscopia o laparotomía (ver el módulo *Manejo de las complicaciones*).
- Observe si existe la presencia de pus o secreción en el orificio cervical: si es así, la existencia de una infección cervical aumenta la probabilidad de una infección uterina postoperatoria.
 - Si existe o se sospecha una infección, tome muestras para realizar un cultivo bacteriológico en el laboratorio, si es posible.
 - Aun si no es posible realizar exámenes de laboratorio para confirmar el tipo de infección, se deben administrar antibióticos en este momento, antes de iniciar la evacuación endouterina (para mayor información, ver el *Apéndice C: Administración de antibióticos*).
 - Las mujeres que puedan estar inmunocomprometidas, incluidas aquellas con VIH, podrían necesitar un tratamiento más agresivo de la posible infección.

Toda lesión de la vagina o del cuello uterino es indicio de la presencia o la posibilidad de una infección, en cuyo caso es necesario administrar un tratamiento con antibióticos. En los lugares donde el aborto suele practicarse en condiciones de riesgo, puede que se observe la presencia de cuerpos extraños como hierbas o ramas insertadas en la vagina o en el cuello uterino. Se debe retirar estos cuerpos extraños con precaución. En algunos casos (por ejemplo, con un artículo cortante) la extracción podría causar lesiones adicionales o riesgo para la mujer. Si el centro de salud no está equipado para manejar sangrado o lesiones adicionales, sería mejor trasladar a la paciente a un establecimiento de salud mejor equipado.



Examen bimanual

Examen bimanual

Después de practicar el examen con espéculo, retire el espéculo y efectúe un examen bimanual

- Determine la edad gestacional y evalúe la posición del útero (si se encuentra en anteversión, en posición media o en retroversión).
- Determine la altura, la consistencia y la posición del útero y anexos.
 - La técnica adecuada de evacuación endouterina varía según la altura del útero, con un aumento en el riesgo de complicaciones a medida que aumenta la altura uterina o la edad gestacional.
 - La medida de la altura podría dificultarse debido a los siguientes factores: fibromas uterinos, retroversión del útero, obesidad, defensa muscular de la paciente o vejiga llena.
 - Si es imposible determinar la altura uterina con certeza, se puede, según los recursos disponibles, utilizar la ecografía o pedir a otro profesional de la salud que practique un segundo examen bimanual.

- Si la altura uterina no se puede determinar con razonable certeza, suponga que la edad gestacional es más avanzada que la indicada por la fecha de la última menstruación (FUM).
- En caso de aborto incompleto, la altura uterina podría ser más pequeña que aquella sugerida por la FUM, dado que parte del contenido ya ha sido expulsada.
- Observe si hay dolor.
- Determine si el cuello uterino está abierto o cerrado.

4.4 — Tipos y etapas del aborto

El manejo definitivo del aborto varía según diversos factores tales como: el tipo de aborto; la etapa del aborto; y la altura del útero determinada en el examen pélvico. En el cuadro a continuación se describen los síntomas y el tratamiento para los diversos tipos y etapas del aborto. No obstante, para ilustrarse acerca del manejo definitivo de las complicaciones graves, ver el módulo *Manejo de las complicaciones*.

Impresión Diagnóstica Diagnóstico probable	Signos/síntomas	Plan de tratamiento
<p>Amenaza de aborto: El embarazo puede continuar o progresar a la pérdida del embarazo</p>	<p>Sangrado leve Cuello uterino cerrado La altura uterina corresponde a la FUM A veces hay presencia de cólicos/dolor en la parte inferior del abdomen</p>	<p>Manejo expectante, reducir la actividad y evitar las relaciones sexuales Si cesa el sangrado, reevaluar más adelante si se repite el sangrado Si persiste el sangrado, evaluar para determinar la viabilidad fetal (prueba de embarazo/ecografía) o si existe un embarazo ectópico Un sangrado persistente, particularmente en la presencia de un útero más grande de lo esperado, podría indicar la presencia de un embarazo molar El sangrado continuo podría indicar la presencia de un aborto incompleto o completo (aumento en el sangrado, dilatación cervical, paso de tejido) Control del dolor</p>
<p>Aborto en curso: El embarazo no continúa y se originará un aborto incompleto o un aborto completo</p>	<p>Sangrado leve a abundante Cuello uterino abierto Altura uterina inferior a la que corresponde según la FUM A veces hay presencia de cólicos/dolor en la parte inferior del abdomen; útero doloroso a la palpación; no hay expulsión de restos ovulares</p>	<p>Si se dispone de un prestador de servicios de salud calificado y de los recursos necesarios, extraiga de manera pausada todos los restos ovulares del útero Control del dolor</p>
<p>Embarazo ectópico: Embarazo resultante de una implantación por fuera de la cavidad uterina, por lo general en las trompas de Falopio Los embarazos ectópicos pueden romperse ocasionando una lesión o la muerte de la paciente</p>	<p>Sangrado leve a abundante Cuello uterino cerrado Altura uterina igual o ligeramente superior a la correspondiente a la edad gestacional A veces hay presencia de desmayos; masa anexial dolorosa a la palpación; amenorrea, dolor al movilizar el cuello uterino; dolor abdominal/pélvico Nota: Con frecuencia, la paciente se encuentra asintomática</p>	<p>Realizar una ecografía si está disponible y es necesaria para hacer el diagnóstico Laparoscopia/laparotomía o manejo médico de urgencia, si está disponible y si la mujer es una candidata apropiada para estos tratamientos Transfusión sanguínea si es necesaria Control del dolor</p>
<p>Aborto completo: Expulsión total de los restos ovulares</p>	<p>Sangrado leve Cuello uterino cerrado Altura uterina inferior a la correspondiente a la edad gestacional A veces hay presencia de cólicos leves/dolor en la parte inferior del abdomen; antecedentes de expulsión de los restos ovulares</p>	<p>Dejar la paciente en observación para verificar si presenta recuperación (reducción del sangrado) o signos de complicación (infección) Posiblemente medicamentos estimulantes uterinos Antibióticos si se presenta infección Control del dolor</p>

<p>Aborto incompleto: Expulsión parcial de los restos ovulares; puede ser el resultado de un aborto espontáneo o de un intento de interrupción del embarazo</p>	<p>Sangrado leve a abundante Cuello uterino abierto Altura uterina inferior o igual a la correspondiente a la edad gestacional A veces hay presencia de cólicos/dolor en la parte inferior del abdomen; expulsión parcial de los restos ovulares</p>	<p>Evacuación endouterina* sin demora Medicamentos estimulantes uterinos Antibióticos si hay infección Control del dolor</p>
<p>Embarazo molar: Embarazo en que se presenta una proliferación anormal de las vellosidades coriónicas, con vesículas del tamaño de una uva</p>	<p>Ningún sangrado a sangrado abundante Cuello uterino abierto o cerrado Altura uterina inferior, igual o superior a la correspondiente a la edad gestacional A veces ocurre expulsión parcial de los restos ovulares que semejan uvas; náuseas/vómito; aborto espontáneo; cólicos/dolor en la parte inferior del abdomen; quistes ováricos (de ruptura fácil); preeclampsia de iniciación temprana</p>	<p>Evacuación endouterina* Medicamentos estimulantes uterinos Control del dolor Nota: Si está empleando la aspiración manual endouterina, tenga tres aspiradores cargados y listos; el contenido del útero es copioso y es importante extraerlo con rapidez</p>
<p>Aborto frustrado o retenido: Muerte fetal sin expulsión del feto</p>	<p>Poco o ningún sangrado Cuello uterino cerrado Altura uterina inferior o igual a la correspondiente a la edad gestacional Muerte fetal con expulsión demorada Reducción de los signos/síntomas de embarazo</p>	<p>Evacuación endouterina* Tratamiento de las coagulopatías Antibióticos si se presenta infección Control del dolor</p>

(Adaptado de OMS, 1994 y OMS, 2000)

*La aspiración manual endouterina es el método preferido para la evacuación endouterina.

Si la paciente presenta en forma concomitante un cuello uterino cerrado y un sangrado vaginal leve a moderado, se deben considerar tres posibles diagnósticos: amenaza de aborto, aborto completo o embarazo ectópico.

4.5 — Exámenes de laboratorio

Para el tratamiento de un caso de APA sin complicaciones, no es necesario realizar exámenes de laboratorio. La determinación de la hemoglobina o el hematocrito es optativa; la falta de infraestructura para llevar a cabo dichos exámenes de laboratorio no debe retrasar la atención médica de la paciente. Para determinar de manera empírica la cantidad de sangre perdida, evalúe su apariencia física.

En caso de complicaciones graves, un examen con rayos X o una ecografía (si se dispone de estas tecnologías), puede ayudar a hacer el diagnóstico.

La necesidad de realizar una isoimmunización Rh de rutina no ha sido comprobada por los estudios clínicos. En los lugares donde la inmunoglobulina Rh es aplicada de rutina a las mujeres Rh negativas durante el embarazo, se deben seguir los mismos protocolos en las pacientes a las que se les brinda tratamiento de APA.

Otros exámenes de laboratorio que son útiles en algunas situaciones clínicas específicas son: el uroanálisis (parcial de orina), los cultivos bacteriológicos, la hemoclasificación y las pruebas de embarazo sensibles. Sin embargo, los servicios de APA pueden, y deben, ser ofrecidos incluso en los lugares donde estos exámenes no están disponibles.

5.0 — Diagnóstico y tratamiento de un sangrado vaginal leve a moderado

El plan de tratamiento de un sangrado vaginal leve a moderado es formulado de conformidad con la evaluación clínica y el tipo y la etapa de aborto o la altura uterina. Las mujeres que se encuentran en el primer trimestre de embarazo con los siguientes diagnósticos pueden presentar un cuadro de sangrado leve a moderado durante el primer trimestre y un orificio cervical interno cerrado: amenaza de aborto, embarazo ectópico, aborto completo, embarazo molar o aborto frustrado o retenido. Las pacientes con aborto en curso o incompleto pueden presentar sangrado leve a moderado y un orificio cervical interno abierto. El tratamiento varía según el diagnóstico. Puede que la evacuación endouterina sea necesaria para algunos diagnósticos.

Entre las opciones y adyuvantes para realizar la evacuación endouterina figuran:

- aspiración manual endouterina (AMEU)
- aspiración eléctrica endouterina (AEEU)
- legrado uterino instrumental (LUI)
- los medicamentos estimulantes uterinos (ergometrina, misoprostol) pueden ser medicamentos coadyuvantes útiles en la atención médica brindada
- manejo expectante

(Para mayor información, ver el módulo *Métodos de evacuación endouterina*.)

6.0 — Diagnóstico y manejo de las complicaciones graves del aborto

Un aborto puede ir acompañado de tres tipos de complicaciones graves: hemorragia, sepsis o lesión interna.

Aunque la mayoría de las mujeres presentan sólo una de las tres complicaciones del aborto identificadas aquí, también puede darse una combinación de entidades clínicas. Tenga en cuenta que se debe tratar todas las lesiones o entidades presentes, incluidas: las complicaciones o los efectos secundarios de los medicamentos tomados, o la ingestión de veneno.

Compare los hallazgos de la evaluación clínica integral con el cuadro a continuación y administre el tratamiento correspondiente.

Síntomas y signos	Complicación	Plan de tratamiento
<p>Una toalla sanitaria limpia se empapa de sangre en menos de 30 minutos</p> <p>Palidez</p>	<p>Sangrado vaginal abundante</p>	<p>Monitorear los signos vitales</p> <p>Evaluar la pérdida de sangre según las siguientes variables: presión arterial, frecuencia cardíaca, cantidad de orina, cantidad de sangre visible, exámenes de laboratorio para determinar el hematocrito o la hemoglobina, si están disponibles</p> <p>Administre líquidos por vía IV para restaurar el volumen</p> <p>Observe si hay restos ovulares visibles saliendo por el orificio cervical y extraígalos</p> <p>Evacuación endouterina</p> <p>Medicamentos estimulantes uterinos</p> <p>Masaje uterino</p>
<p>Dolor en la parte inferior del abdomen</p> <p>Dolor a la palpación (signo de rebote a la palpación abdominal)</p> <p>Útero doloroso a la palpación</p> <p>Sangrado prolongado</p> <p>Malestar</p> <p>Fiebre</p> <p>Secreción vaginal fétida</p> <p>Antecedentes de interferencia del embarazo</p> <p>Secreción cervical purulenta</p> <p>Dolor a la movilización del cuello uterino</p>	<p>Sepsis / infección</p>	<p>Inicie la administración de antibióticos tan pronto sea posible antes de proceder con la evacuación endouterina</p>
<p>Cólicos/dolor abdominal</p> <p>Dolor a la palpación (Signo de rebote a la palpación abdominal)</p> <p>Distensión abdominal</p> <p>Abdomen rígido (tenso y duro)</p> <p>Dolor en el hombro</p> <p>Náuseas/vómito</p> <p>Fiebre</p> <p>Antecedentes de interferencia del embarazo</p>	<p>Lesión intraabdominal</p>	<p>Efectúe una laparotomía para reparar la lesión y evacuar el útero simultáneamente</p>

Adaptado de la OMS, 2000 (Cuadro S-2, página S-9)

7.0 — Consentimiento informado voluntario

El consentimiento informado voluntario es el proceso por el cual se proporciona a la paciente información completa sobre el plan de tratamiento propuesto —tanto acerca de los procedimientos médicos como de los medicamentos, incluidos los del manejo del dolor— y sobre los beneficios, riesgos y opciones de cualquier punto de dicho plan. La paciente entonces acepta libremente someterse al tratamiento, incluidos los procedimientos especiales. Para dar el consentimiento informado, la paciente debe entender su enfermedad y las opciones de tratamiento y tomar sus propias decisiones libremente. Los profesionales de la salud deben usar palabras que la mujer pueda entender.

En los casos en que la mujer se siente forzada o presionada, de alguna forma, a tomar una decisión, ella no ha dado su consentimiento libremente. El consentimiento informado voluntario debe confirmarse antes de toda administración de medicamentos que puedan interferir con su capacidad de comprender la información o con su toma de decisiones, y antes de iniciar el tratamiento. El tratamiento nunca debe requerir que la mujer acepte usar un método anticonceptivo ni se le debe forzar a hacerlo.

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta las circunstancias que podrían limitar la capacidad de la paciente de comprender la información y, por ende, dar su consentimiento informado. Deben adaptar el proceso según sea necesario. En casos de shock u otras afecciones emergentes que amenacen la vida de la paciente, el consentimiento informado voluntario puede diferirse hasta que se hayan tomado medidas inmediatas para salvar la vida de la mujer. Una vez que la paciente haya sido estabilizada, los prestadores de servicios de salud deben obtener su consentimiento informado voluntario para continuar el tratamiento. Además, puede que sea difícil para la mujer dar su consentimiento informado si:

- tiene dolor intenso;
- no está completamente consciente o está bajo el efecto de medicamentos o fármacos;
- no puede comunicarse porque habla otro idioma;
- no oye bien o está sorda;
- padece de una discapacidad cognitiva o sufre una enfermedad mental;
- es muy joven;
- está pasando por un suceso traumático (por ejemplo, ha sido sometida a actos de violencia o ha tenido un aborto en condiciones de riesgo).

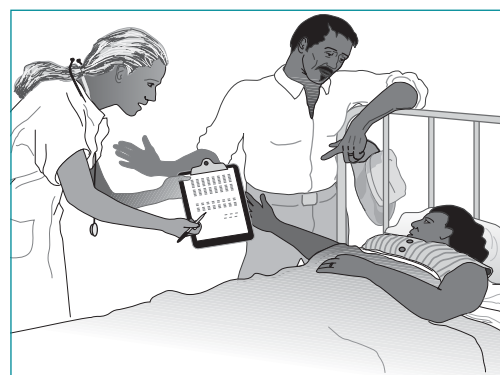
8.0 — Formulación de un plan de tratamiento

Después de realizar una evaluación clínica completa:

- Reúna toda la información disponible y formule un diagnóstico.
- Determine el curso de tratamiento apropiado.
- Obtenga el consentimiento informado voluntario de la paciente.

Según las indicaciones de APA, el plan de tratamiento en la mayoría de las mujeres con diagnóstico de sangrado vaginal leve a moderado, será la evacuación endouterina con manejo adecuado del dolor (ver el módulo *Procedimiento de evacuación endouterina*). Para las mujeres que presentan complicaciones graves relacionadas con el aborto, tales como lesión intraabdominal, el plan de tratamiento podría incluir la reparación de la lesión y, a continuación, la realización de la evacuación endouterina (ver los módulos *Manejo de las complicaciones y Procedimiento de evacuación endouterina*).

Para las mujeres que presentan dolor, no se deben negar o demorar los medicamentos para el manejo del dolor una vez que se hayan realizado los exámenes y se haya obtenido el consentimiento voluntario para el tratamiento. En muchos centros de salud, el medicamento para el manejo del dolor por vía oral (paracetamol o ibuprofén) es administrado en algún momento durante la evaluación de la paciente (ver el módulo *Procedimiento de evacuación endouterina*).



Consentimiento informado voluntario

Elementos del consentimiento informado

- Determine si la mujer es capaz de escuchar y entender la información ofrecida.
- Explique el procedimiento a ser efectuado, incluidos los riesgos, los beneficios, la probabilidad de éxito y las demás opciones, en un lenguaje claro, no técnico.
- Incluya a su pareja o a los parientes sólo si ella desea que ellos estén presentes; de lo contrario, hablele en privado.
- Motive a la mujer a hacer preguntas y a hablar sobre su situación.
- Pídale que resuma la información que usted le proporcionó; si ella no puede hacerlo, vuelva a explicarle el plan de tratamiento.
- Pida a la mujer (o a su representante, si la mujer no es capaz de entender las explicaciones médicas) que dé su consentimiento para el tratamiento.
- Pida a la mujer o a su representante que firme el formulario de consentimiento requerido.

9.0 — Sectores especiales de la población a tener en cuenta en la evaluación y el tratamiento

Mujeres víctimas de violencia

Si la mujer se encuentra en una situación peligrosa o violenta, haga todo lo posible por ayudarla antes que la den de alta. Los profesionales de la salud y los consejeros pueden ayudar a la paciente a formular un plan para mantenerse segura, informarla de sus derechos y brindar apoyo general. Los establecimientos de salud deben tener vínculos con los recursos comunitarios para las mujeres víctimas de violencia. Entre dichos recursos figuran los servicios sociales, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de mujeres. Los centros de salud donde acuden las mujeres deben ser capaces de orientarlas en cómo contactar los recursos comunitarios. Las remisiones efectuadas a los recursos disponibles deben hacerse antes de que la mujer se vaya del establecimiento de salud, en vez de dejarse para la cita de control, dado que posiblemente muchas mujeres no regresen a cumplir estas citas. (Ver el módulo *Consejería* para mayor información.)

Aunque, por lo general, no hay signos físicos de violencia contra la mujer, los profesionales de la salud deben buscar los siguientes signos, entendiendo que éstos también pueden presentarse fuera del contexto de la violencia.

- moretones recientes o antiguos en cualquier parte del cuerpo (área genital, cabeza, cuello, parte superior del brazo);
- lesiones cuya causa probable no corresponde del todo a la explicación de cómo ocurrieron;
- quemaduras o marcas con patrones distintivos (tales como marcas de cigarrillo o de dedos);
- ITS;
- múltiples abortos;
- enfermedad pélvica inflamatoria, infección del tracto urinario, síndrome de colon irritable crónico, dolor pélvico crónico;
- sangrado vaginal, defecación o micción dolorosa, dolor abdominal o pélvico, vaginismo (espasmos de los músculos alrededor de la abertura de la vagina).

Mutilación genital femenina (MGF)

A pesar de que la MGF está asociada en forma característica con regiones específicas de África, en cualquier parte del mundo se ven mujeres con MGF, y los profesionales de la salud deben estar alerta a su existencia, dado que ésta puede afectar tanto la capacidad de practicar un examen pélvico como el plan de tratamiento. (Ver el *Apéndice D: Mutilación genital femenina*)

10.0 — Resumen

- Cualquier mujer en edad reproductiva que acuda a un establecimiento de salud en busca de atención médica por un sangrado vaginal podría estar experimentando un aborto.
- Los tipos y etapas del aborto y las afecciones relacionadas pueden ser tratados con servicios de APA, entre ellos figuran: la amenaza de aborto; el aborto en curso; el aborto incompleto; el aborto completo; el aborto retenido o frustrado; el embarazo molar; y el embarazo ectópico.

- El primer paso en la evaluación de la mujer para determinar si está experimentando un aborto o sus complicaciones es realizar una evaluación inicial rápida para determinar si hay shock.
- Una vez que se trate el shock, una evaluación clínica completa es la base para hacer un diagnóstico y formular el plan de tratamiento.
- El examen pélvico consta de un examen con espéculo y un examen bimanual.
- La mayoría de las mujeres que acuden a los servicios de APA presentan sólo sangrado vaginal leve a moderado y ningún signo de complicaciones que amenacen su vida.
- Las mujeres que presentan sangrado vaginal abundante, sepsis o lesión intraabdominal requieren un manejo clínico más extenso.
- La evacuación endouterina casi siempre está indicada en un aborto incompleto.
- Se debe obtener el consentimiento informado voluntario de la paciente antes de iniciar el procedimiento.
- El tratamiento de las mujeres víctimas de violencia o que han sufrido una MGF exige sensibilidad y precauciones adicionales.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

- Cuando se ha atendido a un gran número de mujeres con complicaciones de aborto incompleto o realizado en condiciones de riesgo, los prestadores de servicios de salud pueden reunirse con los líderes comunitarios para fomentar la educación sobre la prevención, los síntomas y la remisión oportuna al tratamiento adecuado.
- A fin de evitar las demoras en llevar a las mujeres con urgencias obstétricas a los servicios de salud donde se les salvará la vida, la comunidad puede crear un sistema de transporte de urgencia utilizando recursos unificados.
- Cuando las mujeres que son atendidas sufren MGF, antecedentes de actos de violencia y otros sucesos preocupantes, los profesionales de la salud pueden motivar a los líderes comunitarios a educar a las mujeres y a los hombres sobre el impacto dañino en la salud de la mujer y su familia.
- Durante una evaluación clínica completa, los profesionales de la salud pueden ayudar a la mujer a aprender más sobre su cuerpo y sus síntomas, compartiendo con ella los hallazgos del examen y explicándole lo que significan.
- Si los prestadores de servicios de salud observan que existen prácticas específicas de aborto inseguro, pueden alertar a los líderes comunitarios para que se desmotiven dichas prácticas.
- Los profesionales de la salud pueden garantizar que las mujeres de la comunidad tengan acceso a la información acerca de los servicios de APA disponibles.

Bibliografía

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Task Force on Female Circumcision/Female Genital Mutilation. 1999. *Female circumcision/female genital mutilation—Clinical management of circumcised women*. Washington, DC, ACOG.

de Bruyn, María. 2003. *La violencia, el embarazo y el aborto: Cuestiones de derechos de la mujer y de la salud pública. Segunda edición*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2000. *Equality, development and peace*. Nueva York, UNICEF.

Heise Lori, Mary Ellsberg y Megan Gottemoeller. 1999. Ending violence against women. *Population Reports. Serie L, No. 11*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Population Information Program.

Martin, Sandra L., Amy O. Tsui, Kuhu Maitra y Ruth Marinshaw. 1999. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*. 150(4): 417-26.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1994. *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Maternal Health and Safe Motherhood Program, Division of Family Health. Ginebra, OMS. (WHO/FHE/MSM/94.1).

-----, 2000. *Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Ginebra, OMS.

-----, 2000. WHO Information Fact Sheet No. 241: *Female genital mutilation*. <http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

-----, 2003. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra, OMS.

Sawaya, George F., Deborah Grady, Karla Kerlikowske y David A. Grimes. 1996. Antibiotics at the time of induced abortion: The case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 87(5), Parte 2.

Toubia, Nahid. 1999. *Caring for women with circumcision: A technical manual for health care providers*. Nueva York, RAINBO.

Urquhart, D.R. y A.A. Templeton. 1990. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *The Lancet*. 335:914.

Winkler, Judith y Robert E. Gringle. 1999. *Postabortion family planning: A two-day training curriculum for improving counseling and services*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. Estados Unidos, Consorcio de Atención Postaborto.

Yordy, Laura, Ann Hogan Leonard y Judith Winkler. 1993. *Guía práctica para la aspiración manual endouterina*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.

Apéndice A: Ejemplos de los formularios de remisión

Se debe llenar uno de los siguientes formularios por cada paciente que sea remitida a otro establecimiento de salud. Dado que en el formulario se consigna la información médica confidencial de la paciente, incluidos sus antecedentes médicos y el plan de tratamiento, el prestador de servicios de salud debe preguntarle a la paciente si se siente cómoda llevándose el formulario consigo. Si la respuesta es afirmativa, se le puede confiar el formulario; de lo contrario, el profesional de la salud debe encontrar otro medio para hacer llegar la información al centro de remisión.

Formulario A de remisión: Complicaciones

Nombre e información de contacto del centro de remisión o profesional de la salud: _____

Nombre de la paciente: _____

Motivo de la remisión (Indique si se trata de una urgencia): _____

Fecha y hora de ingreso de la paciente: _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes (Describa los antecedentes reproductivos de la paciente, incluido el número total de embarazos, partos, etc.):

Estado clínico (signos vitales, resultados del examen físico/pélvico): _____

Tratamiento inicial (administración de líquidos y medicamentos, medidas y tratamientos para control de la hemorragia, otras intervenciones) _____

Evaluación del estado de la paciente/otros datos: _____

Profesional de la salud (nombre en letra de molde)

Local (hospital, clínica)

Firma

Fecha

Formulario B de remisión

Nombre e información de contacto del centro de remisión o del profesional de la salud: _____

Nombre de la paciente: _____

Motivo de la remisión

(Cita de control después de la APA, anticoncepción, consejería, servicios de apoyo en relación con los actos de violencia, detección sistemática o tratamiento de infección de transmisión sexual, detección sistemática de cáncer, servicios de estudio por infecundidad, otras necesidades de salud o necesidades sociales)

Historia clínica actual: _____

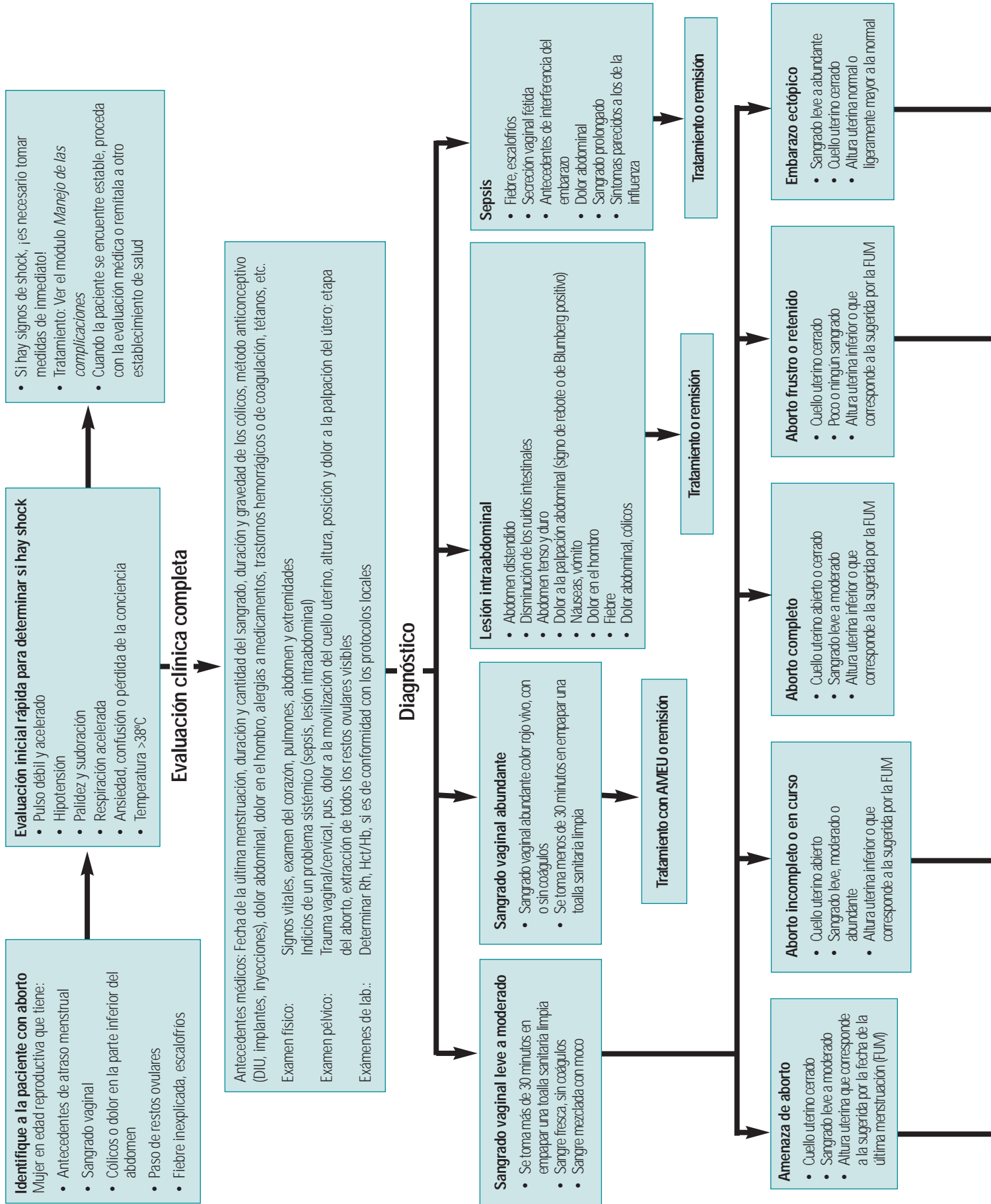
Profesional de la salud (nombre en letra de molde)

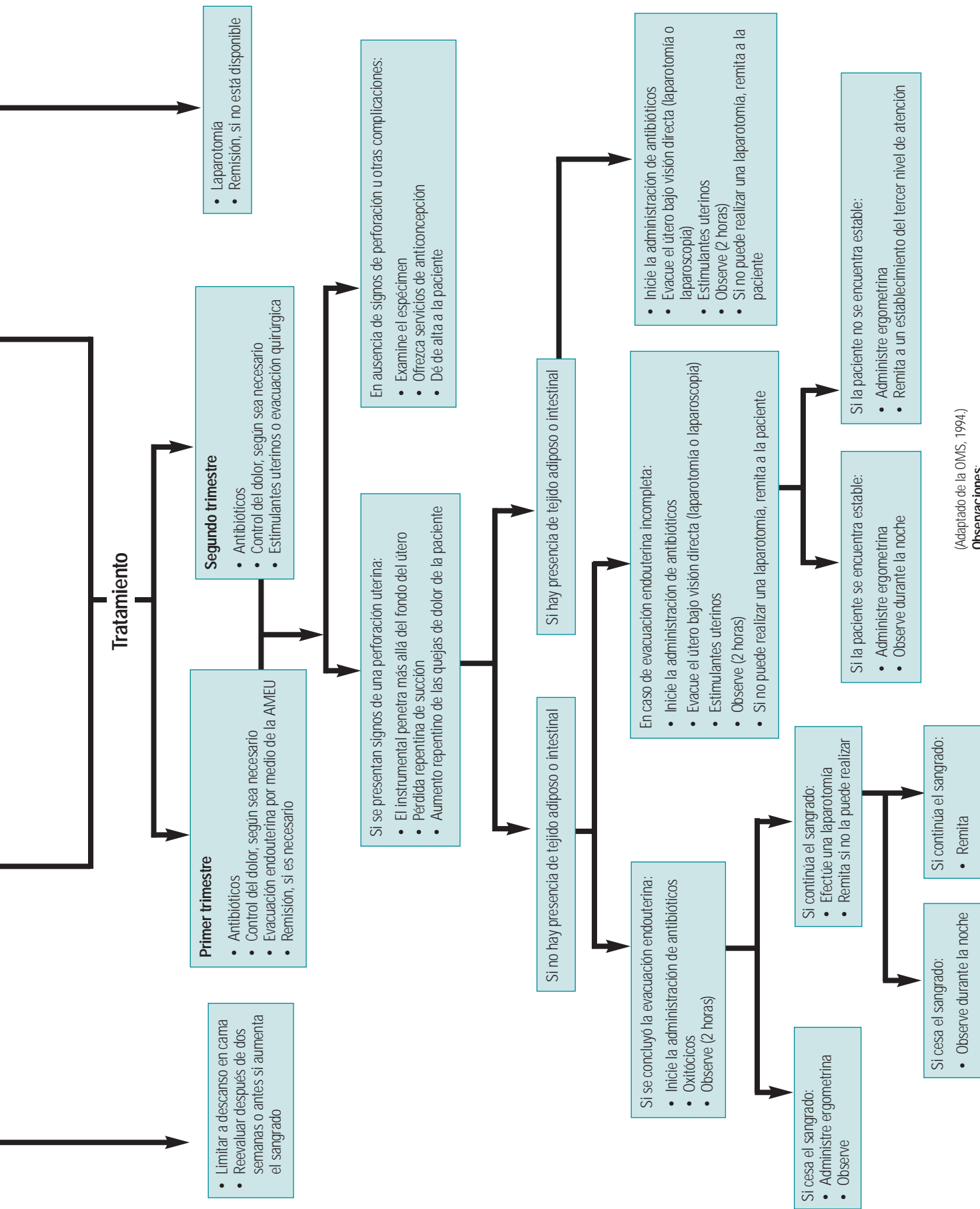
Local (hospital, clínica)

Firma

Fecha

Apéndice B: Pasos clave en la evaluación y el tratamiento de las pacientes con sangrado vaginal en las etapas iniciales del embarazo





(Adaptado de la OMS, 1994.)
Observaciones:
 Ver el módulo *Manejo de las complicaciones* para información sobre el tratamiento de las complicaciones.
 La aspiración endouterina es el método preferido para la evacuación endouterina.

Apéndice C: Administración de antibióticos

Un aborto puede ser seguido de una infección uterina. Las infecciones postaborto son una de las principales causas de muerte materna. Este tipo de infección afecta particularmente a las mujeres que han sufrido un aborto en condiciones de riesgo.

La administración de antibióticos profilácticos permite disminuir el riesgo de infección de las mujeres que presentan complicaciones postaborto. En caso de infección confirmada o sospechada, se deben administrar antibióticos terapéuticos. Para prevenir o tratar las infecciones asociadas con un aborto practicado en condiciones de riesgo, se suele recurrir a los antibióticos de gran espectro. Se debe tener en cuenta que es posible que las pacientes inmunocomprometidas, incluidas aquellas con infección por VIH comprobada, necesiten un tratamiento más agresivo de la infección.

Administración de antibióticos profilácticos

Aun si no se diagnostica ni se sospecha ninguna infección, la administración de antibióticos profilácticos puede disminuir considerablemente el riesgo de infección en las mujeres sometidas a una evacuación endouterina. Por tanto, se recomienda someter a dichas pacientes a una antibioticoterapia profiláctica en el período perioperatorio. En circunstancias ideales, la primera dosis debe administrarse 30 minutos antes de iniciar el tratamiento. Por ejemplo, uno de los regímenes profilácticos recomendados es el siguiente:

- Doxiciclina: 100 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días.

Antibioticoterapia

En caso de infección diagnosticada o sospechada después de un aborto, será necesario administrar una combinación de antibióticos a la paciente bajo tratamiento de APA. Por ejemplo, uno de los esquemas de antibioticoterapia recomendado es el siguiente:

- Ampicilina: 2 g por IV cada 6 horas
- MÁS gentamicina: 5 mg/kg peso corporal por IV cada 24 horas
- MÁS metronizadol: 500 mg por IV cada 8 horas.

Una vez iniciada, la antibioticoterapia por vía intravenosa debe continuarse hasta que la paciente permanezca afebril (sin fiebre) durante por lo menos 24 horas. A continuación, deben administrarse antibióticos por vía oral. Los esquemas recomendados de antibioticoterapia por vía oral después de la antibioticoterapia por vía intravenosa son:

- Tetraciclina: 500 mg por vía oral 4 veces al día durante 10 a 14 días
-
- Doxiciclina: 100 mg por vía oral 2 veces al día durante 10 a 14 días

Adaptado de la OMS, 2000

Apéndice D: Mutilación Genital Femenina (MGF)

Las diferentes modalidades de mutilación genital femenina (MGF) son la resección del prepucio del clítoris, la extirpación completa del clítoris y los pliegues de los labios de los genitales, o el cierre mediante una sutura del orificio externo de la vagina dejando sólo una pequeña abertura para permitir el paso de la orina y la menstruación. Existe un impedimento para la práctica de un examen pélvico apropiado en las mujeres que han sido sometidas a una MGF y, por ende, el tratamiento brindado en la APA (atención postaborto) es más difícil.

Para determinar si la paciente ha sido sometida a una MGF, en primer lugar pregúntele acerca de la práctica de algún procedimiento de MGF y luego practique un examen pélvico para verificarlo al observar los genitales externos. La paciente que fue mutilada puede sentirse avergonzada ante el examen pélvico, en especial si éste es llevado a cabo por un examinador del sexo masculino. Se debe ser muy cuidadoso al explicar por qué es tan importante el examen, de qué consta dicho examen, y se debe tranquilizar a la paciente durante el procedimiento.

En los casos de infibulación, el prestador de servicios de salud puede verse en la necesidad de abrir la vagina sellada. En esta situación, la paciente debe, de forma voluntaria, dar su consentimiento informado. Antes del procedimiento proporcione a la paciente consejería y controle el dolor adecuadamente mediante analgésicos y apoyo con palabras tranquilizadoras. (Ver los módulos *Consejería y Procedimiento de evacuación endouterina*)

La MGF acarrea numerosas consecuencias para la salud, tanto a largo como a corto plazo. Durante la práctica de la MGF pudo haberse presentado una infección la cual dio lugar a la formación de una barrera fibrosa densa en la parte inferior de la vagina que impide la introducción de un espéculo durante la prestación de los servicios de APA. Además, durante la prestación de los servicios de APA, el intentar introducir un espéculo en un introito vaginal muy estrecho puede ocasionar lesiones, las cuales a su vez pueden llegar a infectarse.

Descripción del procedimiento de desinfibulación:

Si la paciente ha sido sometida a una infibulación, lo más probable es que el prestador de servicios de salud deba efectuar una incisión en Y invertida para abrir la sutura del conducto vaginal, o sea, llevar a cabo un procedimiento de desinfibulación con el fin de practicar el examen pélvico y la evacuación endouterina. Algunas de las pacientes ya habrán sido sometidas a una desinfibulación parcial en condiciones de riesgo antes de llegar al establecimiento de salud.

Antes de practicar el procedimiento de desinfibulación, se debe proporcionar consejería a la paciente. (Para mayor información, ver el módulo *Consejería*.) Por diversas razones, podría necesitarse la administración de anestesia general. Por ejemplo, algunas mujeres prefieren este tipo de anestesia para evitar revivir recuerdos traumáticos de lo ocurrido durante el procedimiento. Entre los riesgos figuran el sangrado y la infección, aunque éstos son poco frecuentes. Entre los beneficios figuran una reducción en la incidencia de: dismenorrea, dispareunia, infecciones crónicas del tracto urinario, vaginitis y complicaciones durante el parto.

La Organización Mundial de la Salud ha definido cuatro grandes categorías de la MGF de la siguiente manera:

Tipo I:

Resección del prepucio del clítoris con o sin extirpación parcial o total del clítoris.

Tipo II:

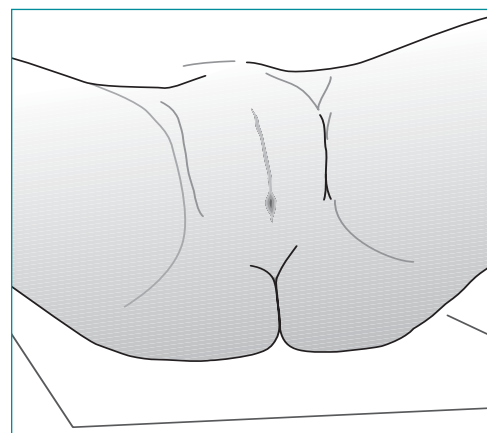
Extirpación del clítoris junto con la resección parcial o total de los labios menores.

Tipo III:

Infibulación: extirpación parcial o total de los genitales externos (clítoris, labios menores, y labios mayores) y sutura o estrechamiento de la abertura vaginal, dejando un orificio pequeño para el paso de la orina y el flujo menstrual.

Tipo IV:

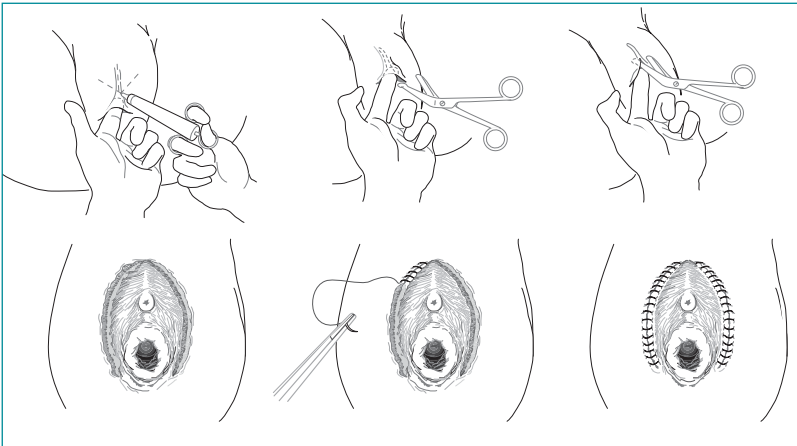
Sin clasificación: todos los demás procedimientos practicados en los genitales femeninos, incluidos: pinchazos, perforaciones, estiramientos o incisiones en el clítoris o los labios; cauterización quemando el clítoris y los tejidos anexos; incisiones en la pared vaginal, raspado (angurya) o cortes (*gishiri*) de la vagina y los tejidos anexos; e introducción de sustancias corrosivas o de hierbas en la vagina.



MGF Tipo III: infibulación

Etapas del procedimiento de desinfibulación:

- Obtener el consentimiento informado
- Preparar a la paciente: limpiar el campo operatorio minuciosamente con agua y jabón antes de aplicar una solución antiséptica.
- Insertar una pinza Kelly por debajo de la cicatriz de la infibulación para evaluar la longitud de la incisión
- Palpar la región clitoridiana para verificar si el clítoris aún está presente.
- Colocar dos pinzas Allis en la parte posterior de la cicatriz
- Efectuar una incisión anterior con tijeras Metzenbaum o Mayo cuidadosamente para evitar lesionar el clítoris aún presente.
- Debridar y efectuar una limpieza de los tejidos internos para retirar todo el material sebáceo
- Reparar toda fistula vesicovaginal o rectovaginal, si los recursos disponibles y el estado de la paciente lo permiten
- Terminar la incisión anterior
- Suturar con puntos separados con material de sutura absorbible
- Al concluir la cirugía, introducir una sonda



Procedimiento de desinfibulación

En la etapa postoperatoria, instruya a la paciente para que realice de 2 a 3 baños de asiento diarios durante una semana y evite las relaciones sexuales durante por lo menos dos semanas, según su estado. La paciente debe ser dada de alta con formulación de analgésicos en cantidad suficiente. Prevéngala de que la sensación que tendrá durante la micción será diferente: en vez de unas gotitas, saldrá un chorro de orina. Se debe fijar una cita médica de control lo antes posible, de acuerdo con el estado médico, los recursos y las preferencias de la paciente.

Una vez concluida la desinfibulación, se puede proceder al examen pélvico y a practicar el procedimiento de evacuación endouterina, si es necesario. El grado de dolor de la paciente, así como su estado general, se debe monitorear muy de cerca en todo momento, ajustando el tratamiento si es necesario.

Si la paciente indica que está interesada en volver a ser infibulada, infórmele que la reinfibulación no es recomendada clínicamente. Explíquese que la comunidad médica estima que la práctica de la infibulación constituye un riesgo para la salud de la mujer y sus futuros hijos. Cualquier reintervención o reinfibulación es una práctica perjudicial que podría acarrear graves repercusiones para su salud o podría no estar permitida por la ley. La Organización Mundial de la Salud considera la MGF como una violación de los derechos humanos.

Procedimiento de evacuación endouterina por medio del aspirador Ipas AMEU Plus

Temas clave en este módulo:

- Fuentes de dolor durante los procedimientos de evacuación endouterina
- Técnicas para el manejo del dolor
- Limpieza cervical
- Bloqueo paracervical
- Dilatación del cuello uterino
- Evacuación endouterina por medio del aspirador Ipas AMEU Plus
- Signos de finalización e inspección del tejido
- Pasos para resolver problemas técnicos

1.0 — Introducción

Como se explicó en el módulo Evaluación y plan de tratamiento, varios diagnósticos que precisan de la atención postaborto (APA) requieren una evacuación endouterina. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la aspiración manual endouterina (AMEU) es el método preferido para la evacuación endouterina. Para prestar una atención médica centrada en la mujer, debe garantizarse la seguridad y comodidad de la paciente durante el procedimiento de AMEU. En este módulo se repasan las fuentes de dolor durante dicho procedimiento, el proceso para formular un plan para el manejo del dolor y los métodos específicos para el control del dolor. Asimismo, se proporcionan instrucciones detalladas, paso por paso, para practicar el procedimiento de AMEU, incluida la preparación y limpieza, el bloqueo paracervical, la dilatación uterina, la evacuación endouterina, la inspección del tejido y la finalización. Por último, se exponen estrategias para resolver problemas técnicos que puedan presentarse durante el procedimiento.

2.0 — Manejo del dolor

El objetivo del manejo del dolor en los centros de APA es disminuir el grado de ansiedad y de dolor físico que experimenta la paciente formulando un plan para el manejo del dolor que cubra sus necesidades y deseos personales.

2.1 — Aspiración manual endouterina (AMEU)

Es importante formular un plan para el manejo del dolor con la participación de la paciente mediante un proceso de comunicación y evaluación clínica. El objetivo

de este plan durante la APA es ayudar a que la paciente se sienta lo más cómoda posible y a la vez minimizar los riesgos y efectos secundarios de los medicamentos. Esto puede lograrse mediante una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical y una técnica clínica realizada de manera delicada.

El prestador de servicios de salud debe explicarle a la paciente que, aunque el procedimiento de AMEU es relativamente corto (por lo general de menos de 10 minutos de duración), éste probablemente le ocasionará cierta sensación de molestia y quizás cierto grado de dolor. El profesional de la salud debe hablarle a la paciente sobre las fuentes de dolor y las diversas opciones (así como sobre sus posibles efectos secundarios) que pueden utilizarse para aminorar el dolor. Uno de los factores fundamentales del plan para el manejo del dolor es que la paciente tenga una sensación de control sobre los métodos que se empleen. Se le debe proporcionar una gama completa de opciones para el manejo del dolor, de manera que pueda seleccionar el método más acorde con su situación personal.

Se deben tener en cuenta los siguientes factores:

- el estado físico y la historia clínica de la paciente: el prestador de servicios de salud debe determinar si la mujer tiene algún problema médico o alergias y qué medicamentos toma de forma habitual
- el grado requerido de dilatación cervical
- trastornos psicológicos tales como la ansiedad
- las habilidades del personal de salud y la naturaleza de los procedimientos que se practicarán
- la disponibilidad de medicamentos para el control del dolor, instrumental y suministros

En cada establecimiento de salud se debe elaborar un protocolo para el manejo del dolor basado en los suministros disponibles.

En ninguna situación es aceptable que los trabajadores de salud no administren los medicamentos para el control del dolor o maltraten a la mujer como medidas punitivas. Un trato respetuoso y el suministro de información a la paciente pueden ayudarla a permanecer relajada y a disminuir su percepción del dolor.

2.2 — Fuentes de dolor de las mujeres que reciben APA

Las mujeres que se encuentran en situaciones que requieren APA pueden presentar dolor al llegar al establecimiento de salud debido a su cuadro clínico. Los profesionales de la salud deben usar su criterio clínico durante la evaluación clínica inicial y el examen completo, así como durante el procedimiento de AMEU, al decidir qué tratamiento administrar para el dolor preexistente. Las fuentes de dolor enumeradas a continuación están relacionadas específicamente con el dolor durante el procedimiento de AMEU; no obstante el dolor preexistente puede controlarse con métodos similares.

El grado de dolor que las mujeres experimentan durante el tratamiento postaborto, así como su reacción a ese dolor, varía de acuerdo a cada persona. Algunas mujeres pueden experimentar pocas molestias mientras que otras pueden sentirse muy incómodas. Por lo general, existen tres fuentes de molestia durante la evacuación endouterina mediante la AMEU: la ansiedad, la dilatación

del cuello uterino y los cólicos uterinos. Cada una de éstas debe ser contemplada en el plan para el manejo del dolor.

Ansiedad

Es probable que una mujer que esté recibiendo tratamiento de APA se encuentre bajo estrés emocional y físico, y además esté experimentando dolor físico. Estos factores pueden producir una sensación de ansiedad. La paciente probablemente experimentará una mayor ansiedad respecto al hecho de someterse al procedimiento de evacuación endouterina, lo cual incrementará su sensibilidad al dolor durante el mismo. Si su ansiedad alcanza un nivel elevado, sus músculos se contraerán y es posible que no logre permanecer acostada sin moverse sobre la mesa de procedimientos, lo cual hará que el procedimiento sea más difícil y doloroso.

Manipulación (dilatación) del cuello uterino

La dilatación del cuello uterino, a veces necesaria durante el procedimiento de AMEU, puede causar dolor adicional. El desplazamiento de los dilatadores a través del cuello uterino causa algún grado de molestia en casi todas las mujeres, y el estímulo subsiguiente del orificio cervical y la dilatación del cuello uterino pueden ocasionar un dolor intenso profundo, que es transmitido por la densa red de fibras nerviosas que se encuentran alrededor del cuello uterino.

Cólicos uterinos

Además del dolor y los cólicos que presentan las mujeres cuando buscan servicios de APA, en casi todos los casos, las pacientes experimentarán alguna molestia adicional durante el tratamiento recibido. La dilatación del cuello uterino, la instrumentación del útero, el raspado de las paredes uterinas, y los espasmos musculares que se presentan cuando se ha desocupado la cavidad uterina pueden causar cólicos y dolor en la parte inferior del abdomen. Este dolor uterino se transmite desde el fondo del útero por medio de los principales nervios uterinos a lo largo de los ligamentos uterinos. Para aliviar el dolor, puede administrarse un agente antiinflamatorio no esteroide (AINEs), tal como el ibuprofén, o un analgésico, como el paracetamol.

3.0 — Métodos no farmacológicos para el manejo del dolor

Los métodos no farmacológicos pueden disminuir considerablemente la ansiedad de la paciente y su percepción de dolor. Estos métodos deben emplearse en cada procedimiento de AMEU como parte de un tratamiento de APA de alta calidad.

3.1 — Apoyo verbal

La percepción de la mujer con respecto al dolor se verá afectada en gran medida por su nivel de ansiedad y por los conocimientos que posea acerca de su estado médico y el procedimiento. El apoyo verbal antes, durante y después del procedimiento puede ayudar a la paciente a relajarse, aminorar su ansiedad y disminuir el dolor que experimente. Algunos profesionales de la salud utilizan el término “verbocaína” o “anestésico vocal” para describir este proceso de apoyo verbal. A pesar de que el apoyo verbal es un suplemento útil de los métodos farmacológicos para el control del dolor, no debe emplearse como un sustituto de dichos métodos.

Por lo general, durante el procedimiento de AMEU la mujer se encuentra despierta. El profesional de la salud puede proporcionar comodidad a la paciente

antes y a lo largo del procedimiento, tomando algunas medidas sencillas. Primero, dado que el ignorar qué esperar puede crear más incomodidad y ansiedad en la paciente, se le debe decir de antemano lo que sucederá durante el procedimiento, cuánto tiempo durará y en qué momentos puede esperar sentir dolor. El prestador de servicios de salud debe informarle que los cólicos que sentirá hacia el final del procedimiento son un indicio de que el procedimiento está por finalizar. El brindar un trato compasivo y respetuoso a la paciente, e informarla acerca de lo que puede esperar, pueden ayudarla a disminuir su ansiedad y sus molestias y deben ser una parte reglamentaria de la atención médica recibida.

A continuación, el prestador de servicios de salud debe preguntarle a la paciente qué medidas de apoyo preferiría durante el procedimiento. Posiblemente, ella se sienta más relajada y segura si una enfermera, un asistente o un acompañante le habla durante el procedimiento, alentándola a relajarse y a respirar profundamente. Podría ser apropiado tomarla de la mano o sobarle el brazo. O ella podría preferir que el trabajador de salud la mantenga distraída hablándole sobre su trabajo o su familia. La música, la acupuntura y la hipnosis son otros métodos que podrían fomentar la relajación de la paciente.

Afirmaciones que pueden contribuir al apoyo verbal

“¿Qué puedo hacer para brindarle una ayuda más eficaz?”

“¿Cuál es la parte más difícil de esta situación para usted?”

“No le puedo prometer que no sentirá dolor. Pero puedo prometerle que haré todo lo que esté a mi alcance para lograr que el procedimiento sea lo más delicado y cómodo posible.”

“Estaré todo el tiempo a su lado y usted podrá apretar mi mano durante el procedimiento.”

(Adaptado de Stewart F.H. et al., de próxima aparición)

3.2 — Técnica clínica gentil y delicada

El prestador de servicios de salud debe siempre ser atento y brindar un trato amable y gentil al hacer contacto físico con la paciente. Por ejemplo, debe cerciorarse de que todo el instrumental haya sido calentado adecuadamente y de que se hayan tomado todas las medidas necesarias para garantizar un manejo delicado. Asimismo, debe siempre explicarle a la paciente lo que sentirá antes de tocarla. Al insertar y desplazar el instrumental, el profesional de la salud debe hacerlo con movimientos suaves y una técnica delicada con el fin de minimizar las molestias de la paciente. Los movimientos bruscos o repentinos podrían causarle mayores molestias y dolor.

4.0 — Métodos farmacológicos para el manejo del dolor

Al determinar la dosis y el tipo de medicamento adecuado para controlar el dolor durante el procedimiento de AMEU en el tratamiento de APA, se debe tomar en cuenta la comodidad y seguridad de la paciente, a la vez que se procura minimizar los riesgos clínicos. El usar una dosis demasiado baja de medicamentos podría someter a la paciente a un dolor innecesario, mientras que una sobredosis alargará su tiempo de recuperación y posiblemente aumentará los riesgos y el costo. El objetivo es administrar suficientes medicamentos para que su efecto dure a lo largo del procedimiento, pero no demasiados para que sus efectos no se prolonguen mucho más allá de la finalización del procedimiento.

Es importante que el medicamento administrado a la paciente se encuentre en pleno efecto cuando se inicie el procedimiento. El prestador de servicios de salud debe monitorear a la paciente continuamente y manejar los efectos secundarios y las complicaciones inducidas por el medicamento.

4.1 — Las tres categorías de medicamentos empleados para el control del dolor son:

1. **Analgésicos:** medicamentos que alivian la sensación de dolor en los receptores de la médula espinal y el cerebro.
2. **Anestésicos:** fármacos que bloquean completamente la sensibilidad de forma local, regional o general. La anestesia local bloquea la sensibilidad al dolor en

un área pequeña del cuerpo. La anestesia regional, administrada por vía raquídea o epidural, bloquea completamente la sensibilidad por debajo de un punto específico de la columna vertebral. La anestesia general afecta los receptores del dolor en el cerebro y su efecto produce en la paciente un estado transitorio (mientras dura el procedimiento) de pérdida completa de la conciencia.

- 3. Ansiolíticos:** medicamentos que deprimen las funciones del sistema nervioso central y se utilizan para disminuir la ansiedad e inducir relajación y a veces amnesia.

Un ejemplo de un plan para el manejo del dolor que cubre las necesidades de muchas de las mujeres que reciben APA incluye: la colocación de un bloqueo paracervical, la administración de analgésicos orales 30 a 45 minutos antes de iniciar el procedimiento de AMEU y el uso de modalidades no farmacológicas, tales como el apoyo verbal y el empleo de una técnica clínica delicada.

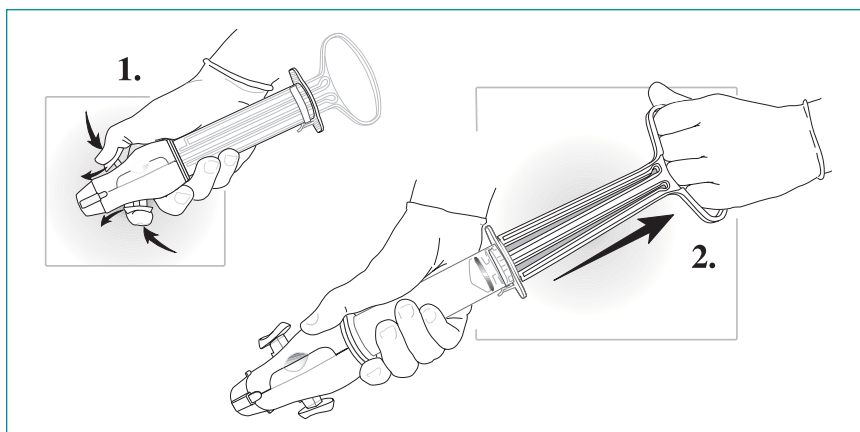
Para obtener mayor información sobre las opciones de medicamentos para el manejo del dolor, ver el *Apéndice A: Modalidades para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU*.

5.0 — Práctica del procedimiento de AMEU

Paso 1: Preparar el instrumental

Inicie con los botones de la válvula no oprimidos, el émbolo desplazado completamente dentro del cilindro y el aro de seguridad en su lugar, con sus trabas introducidas dentro de las aberturas del cilindro. Luego oprima los botones de la válvula hacia abajo y hacia adelante hasta que los sienta cerrarse y hacer un “clic”.

Para crear el vacío, hale el émbolo hacia atrás hasta que los brazos del émbolo produzcan un chasquido y se aseguren en posición en la base del cilindro. Verifique cuidadosamente la posición de los brazos del émbolo. Ambos brazos deben estar totalmente extendidos y asegurados sobre los lados amplios de la base del cilindro. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitirles deslizarse dentro del cilindro, posiblemente inyectando el contenido del aspirador dentro del útero de nuevo. Nunca tome el aspirador cargado por los brazos del émbolo.



Crear el vacío

Precauciones que se deben tomar antes de practicar el procedimiento de AMEU

Antes de iniciar el procedimiento, confirme que cualquier problema determinado durante la evaluación clínica completa no haya empeorado, lo cual ameritaría otro método de evacuación endouterina.

Confirme también la altura y la posición uterina para asegurarse de que la AMEU siga siendo el método adecuado para practicar la evacuación endouterina. Para obtener mayor información, vea el módulo *Métodos de evacuación endouterina*.

El tratamiento de APA puede ser una situación emergente, y el estado físico de la paciente puede cambiar rápidamente en cualquier momento durante el tratamiento. El profesional de la salud debe permanecer alerta a la presencia de cambios del estado psíquico y la fisiología de la paciente a lo largo del procedimiento, dado que éstos podrían ser indicio de posibles complicaciones.

Pasos para practicar el procedimiento de AMEU

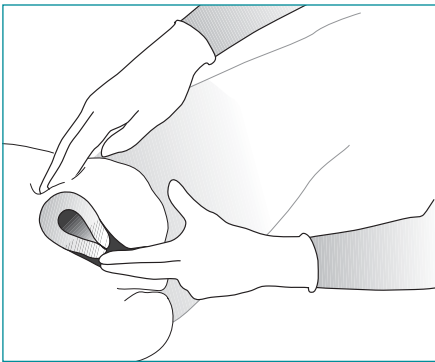
1. Preparar el instrumental
2. Preparar a la paciente
3. Efectuar la preparación antiséptica del cuello uterino
4. Colocar el bloqueo paracervical
5. Dilatar el cuello uterino
6. Insertar la cánula
7. Aspirar el contenido del útero
8. Inspeccionar el tejido
9. Practicar cualquier procedimiento concurrente
10. Procesar el instrumental

Antes de cada uso, cerciórese de que el aspirador conserve el vacío. Para ello, cree un vacío y permita que el aspirador permanezca sin utilizarse durante varios minutos con el vacío establecido. Oprima los botones para liberar el vacío. Deberá oírse la irrupción de un flujo de aire entrar en el aspirador, lo cual indica que se conservó un vacío.

Si no oye la irrupción de aire, mueva o quite el aro de seguridad, saque el émbolo y verifique que su anillo-O no tenga defectos o cuerpos extraños, que esté lubricado adecuadamente y colocado en la ranura. Asegúrese también de que el cilindro esté colocado firmemente en la válvula. Después, reinserte el émbolo, ponga el aro de seguridad y pruebe el aspirador de nuevo. Si no conserva un vacío, el aspirador no puede usarse. Deséchelo y use otro.

Conviene tener más de un dispositivo de aspiración listo para utilizarse en el procedimiento de AMEU, especialmente cuando se prevea la aspiración de una cantidad abundante de contenido uterino, tal como sucede en los embarazos molares (mola hidatiforme) o en las gestaciones de más edad. Por otro lado, el prestador de servicios de salud debe estar preparado para vaciar y recargar rápidamente el aspirador de AMEU, según sea necesario.

Para mayor información, vea el *Apéndice B: Equipo y suministros recomendados para practicar el procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus*.



Examen bimanual

Paso 2: Preparar el instrumental

Pida a la paciente que vacíe su vejiga. Cuidadosamente, ayude a la paciente a subirse a la mesa de procedimientos, asegúrese de que esté acomodada en una posición segura y confirme que haya dado su permiso para iniciar el procedimiento. Para obtener una descripción completa de las técnicas adecuadas de traslado y de posicionamiento, ver el módulo *Evaluación y plan de tratamiento*.

Examen bimanual

Lávese las manos y colóquese las barreras adecuadas, en particular los guantes.

Es importante practicar un examen bimanual para confirmar o actualizar los hallazgos de la evaluación efectuada anteriormente. Antes de practicar el procedimiento de evacuación endouterina, determine la altura y posición del útero. Si es necesario continuar con el procedimiento con cierta duda respecto a la altura del útero, trate el embarazo como si la edad gestacional fuera mayor que la prevista inicialmente.

Determine cuán dilatado se encuentra el cuello uterino.

Antes de continuar, cámbiese de guantes.

Examen con espéculo

Practique un examen con espéculo para confirmar o actualizar los hallazgos de la evaluación clínica completa efectuada anteriormente. (Ver el módulo *Evaluación y plan de tratamiento*.)

Cualquier tejido o cuerpo extraño (tal como objetos cortantes) presente en el orificio cervical debe identificarse y extraerse debidamente usando pinzas y gasa

estéril. Si hay presencia de intestino, debe administrarse tratamiento de inmediato o remitir a la paciente a otros servicios complementarios. (Ver el módulo *Manejo de las complicaciones*.)

Paso 3: Efectuar la preparación antiséptica del cuello uterino

Practicando la **técnica de no tocar** durante todo el procedimiento, limpie los orificios cervicales y, si desea, las paredes vaginales, con una esponja empapada en antiséptico. Con cada nueva esponja, comience en los orificios con un movimiento en espiral hacia afuera sin volver sobre las mismas áreas. Continúe hasta que los orificios se encuentren completamente cubiertos con el antiséptico.

Paso 4: Colocar el bloqueo paracervical

En la práctica clínica, las técnicas para colocar un bloqueo paracervical varían considerablemente de acuerdo a la preferencia del prestador de servicios de salud. Con pequeñas variantes, la siguiente técnica tiene aceptación general. Para minimizar el riesgo clínico, use la dosis anestésica más baja posible, por lo general de 10 a 20 mL de una solución de lidocaína del 0.5 % al 1%. La dosis recomendada de lidocaína es menor de 200 mg/persona, puesto que a ese nivel se presenta toxicidad.

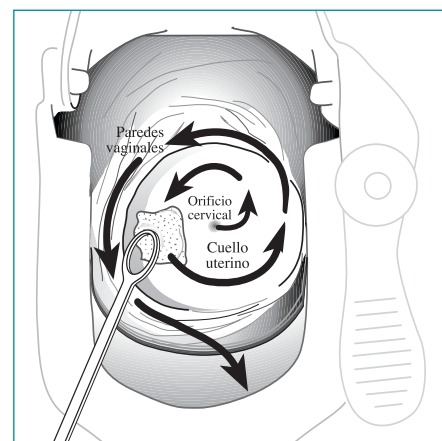
Después de introducir la aguja pero antes de aplicar la inyección de anestésico local, aspire siempre retirando suavemente el émbolo para asegurarse de que la aguja no haya penetrado un vaso sanguíneo. Si se observa algún rastro de sangre en la jeringa, no aplique la inyección. En vez, busque otro sitio para inyectar y aspire de nuevo antes de inyectar.

Pasos para colocar el bloqueo paracervical:

1. Inyecte de 1 a 2 mL de anestésico en el sitio donde se colocará el tenáculo (por lo general a las 6 ó 12 tomando como referencia la circunferencia de un reloj en la superficie del cuello uterino).
2. Después, coloque el tenáculo en el sitio anestesiado. Ejercer una ligera tracción en el cuello uterino para distinguir la transición entre el epitelio liso de la cerviz y el tejido vaginal. Esta transición marca el sitio de aplicación de otras inyecciones alrededor del cuello uterino. Al comparar el tejido cervical con la mucosa vaginal, ésta es más elástica y tiene pliegues.
3. Inyecte de 2 a 5 mL de lidocaína en cada sitio de inyección a las 3, 5, 7 y 9 del reloj. Algunos profesionales de la salud también inyectan a las 11 y 1. Otros optan por inyectar sólo a las 4, 8 y 12. Inyecte a una profundidad de 2.5 a 3.8 centímetros (1 a 1.5 pulgadas), lentamente con el fin de causar menos molestias a la paciente.

Paso 5: Dilatar el cuello uterino

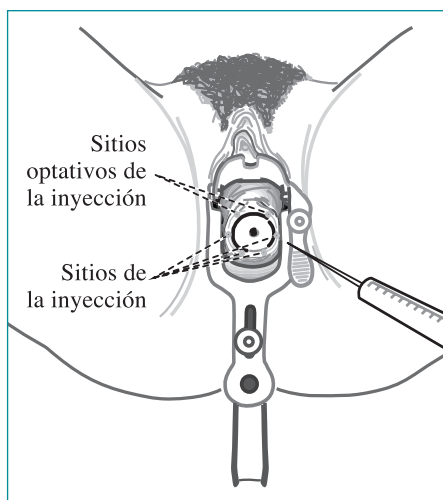
La dilatación cervical es necesaria en algunos casos, no en todos.



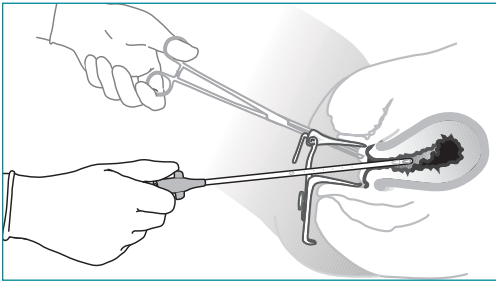
Preparación antiséptica del cuello uterino

Casos en que se recomienda colocar el bloqueo paracervical

Cuando es necesario efectuar una dilatación mecánica en un procedimiento de AMEU, se recomienda que el prestador de servicios de salud coloque un bloqueo paracervical, el cual es la inyección de anestesia local en el cuello uterino. Si el orificio cervical externo ya se encuentra abierto, puede que no sea necesario colocar un bloqueo paracervical. Sin embargo, la paciente aún puede experimentar dolor cuando la cánula pasa por el orificio, al producirse fricción a lo largo de los nervios del canal cervical, y con la contracción del orificio cervical después de la evacuación endouterina. Dada la improbabilidad de que el bloqueo paracervical ocasione daños, por lo general se recomienda como una técnica para el manejo del dolor en la mayor parte de las mujeres que se someten a un tratamiento de APA con el procedimiento de AMEU.



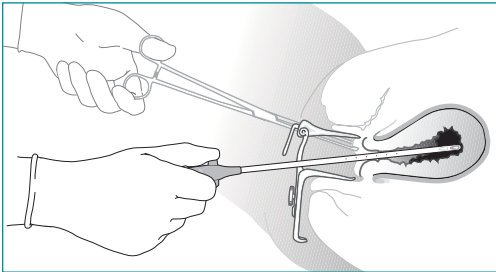
Bloqueo paracervical



Insertar la cánula

Cuando el cuello uterino permite que una cánula del tamaño apropiado pase ajustada y fácilmente a través del orificio cervical, la dilatación no es necesaria. Cuando el cuello uterino está cerrado o aún no está suficientemente dilatado, la dilatación cervical es un paso esencial. Para obtener mayor información sobre la selección del tamaño de la cánula, vea el módulo *Datos y características del instrumental*.

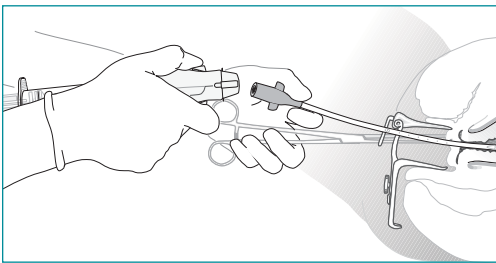
Examine cuidadosamente la posición del útero y del cuello uterino; dilate el cuello uterino según sea necesario para permitir que una cánula de un tamaño adecuado de acuerdo a la altura uterina pase ajustada y fácilmente a través del orificio cervical.



La cánula toca el fondo uterino

Utilizando dilataores mecánicos o cánulas de AMEU progresivamente de mayor tamaño, dilate suavemente; nunca ejerza fuerza. Se pueden causar perforaciones uterinas, desgarros del cuello uterino o lesiones de los órganos pélvicos durante la dilatación, especialmente si la posición, altura y profundidad del útero no se calcularon bien o si se inserta el instrumental con movimientos forzados.

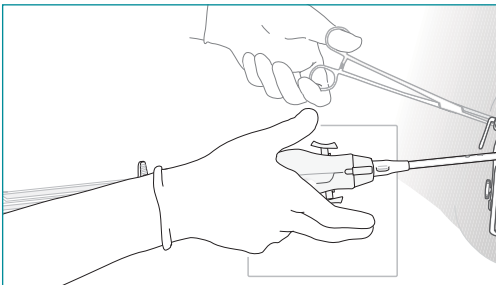
La dilatación o preparación del cuello uterino también puede realizarse administrando agentes farmacológicos, tales como el misoprostol, dependiendo del cuadro clínico de la paciente, de la disponibilidad de estos productos y si el tiempo requerido implica riesgos para la paciente.



Conectar el aspirador

Paso 6: Insertar la cánula

A medida que ejerce una tracción suave en el cuello uterino, introduzca la cánula a través del cuello uterino, hasta justo un poco más allá del orificio cervical interno y dentro de la cavidad uterina. O bien, desplace la cánula lentamente hacia el interior de la cavidad uterina hasta que toque el fondo del útero y después retírela un poco. Para facilitar la inserción de la cánula, aplique movimientos de rotación a medida que ejerce una presión suave.

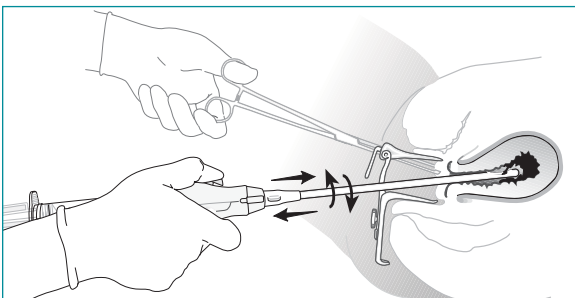


Soltar la válvula

No inserte la cánula forzosamente a través del orificio cervical y hacia adentro del útero. Los movimientos forzados pueden causar perforación uterina o lesiones al cuello uterino, a los órganos pélvicos o a los vasos sanguíneos. Esté alerta durante todo el procedimiento a los signos que puedan indicar la presencia de una perforación y, si éstos se presentan, descontinúe la aspiración de inmediato.

Paso 7: Aspirar el contenido del útero

Conecte el aspirador de AMEU ya cargado a la cánula, sosteniendo el tenáculo y el extremo de la cánula con una mano y el aspirador con la otra. Libere el vacío oprimiendo los botones hacia adentro; la aspiración se iniciará de inmediato.



Aspirar el contenido del útero

Practique la evacuación del contenido del útero desplazando suave y lentamente la cánula con movimientos de rotación de 180 grados en cada dirección y simultáneamente ejerciendo un movimiento leve de adentro hacia afuera. Se observará tejido y sangre a través de la cánula y después en el cilindro del aspirador. Tenga cuidado de no retirar la abertura de la cánula más allá de los orificios cervicales, ya que esto ocasionaría la pérdida del vacío. Si esto ocurre, o si el aspirador se llena, desconecte el aspirador de la cánula y restablezca el vacío.

Sea conciente de que las cánulas Ipas EasyGrip se ajustan firmemente en el cuerpo de la válvula y de que se debe tener cuidado al desconectar la cánula del aspirador.

Los siguientes signos indican que el útero se encuentra vacío:

- se observa el paso de espuma roja o rosada a través de la cánula
- se percibe una sensación de aspereza a medida que la cánula se desliza sobre la superficie del endometrio
- el útero se contrae alrededor de la cánula
- la paciente aqueja dolor o cólicos, lo cual indica la presencia de contracciones uterinas

Al finalizar el procedimiento, oprima los botones y desconecte la cánula del aspirador. Esto puede hacerse con la ayuda de las alas. O bien, retire cuidadosamente la cánula y el aspirador juntos sin oprimir los botones. Mantenga el instrumental al alcance de la mano en caso de que necesite repetir la aspiración.

Paso 8: Inspeccionar el tejido

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

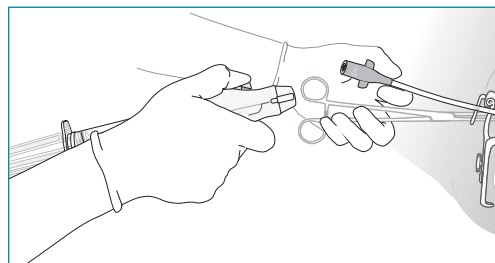
Inspeccione el tejido para determinar:

- la presencia y cantidad de restos ovulares
- la finalización de la evacuación endouterina
- la presencia de un embarazo molar

Si la inspección visual no es concluyente, cuele el tejido, póngalo en un recipiente con agua o vinagre e inspecciónelo poniendo una luz por debajo del mismo. También se puede enviar una muestra de tejido a un laboratorio de patología para ser examinado.

La cantidad de tejido debe corresponder a la altura uterina y deben observarse vellosidades y decidua en el tejido. En los casos de embarazo molar, se observará una proliferación anormal de vellosidades coriónicas con vesículas del tamaño de uvas. (Ver el módulo *Evaluación y plan de tratamiento*.) Si no se observan restos ovulares, si se retiró una menor cantidad de tejido que la prevista, o si la muestra de tejido no es concluyente, esto podría indicar:

- Aborto completo: Se eliminaron todos los restos ovulares antes de que se practicara el procedimiento de AMEU.
- Aborto incompleto continuo: La cavidad uterina aún contiene restos ovulares, a pesar de que parecía encontrarse vacía al final del procedimiento. El problema puede deberse a que se utilizó una cánula demasiado pequeña o a que se finalizó el procedimiento demasiado pronto.
- Sospecha de embarazo ectópico: Si no se observan vellosidades o decidua, debe



Desconectar la cánula del aspirador



Inspección del tejido

pensarse en la posibilidad de un embarazo ectópico, la cual debe ser evaluada de inmediato. (Ver el módulo *Evaluación y plan de tratamiento*.)

- Diagnóstico incorrecto: Cuando se presenta un sangrado vaginal, un diagnóstico diferencial puede ser el sangrado ínter menstrual, que ocurre con el uso de los anticonceptivos hormonales o en los casos de presencia de fibromas uterinos.
- Anomalía anatómica: Por ejemplo, en un útero bicórneo o septado, es posible que la cánula se haya introducido en el lado del útero donde no había presencia de embarazo.

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

Antes de retirar el espéculo, limpie el cuello uterino con una gasa limpia para determinar la cantidad de sangre proveniente del útero u otra parte. Si la paciente continúa sangrando considerablemente o si se identifican otras complicaciones, intervenga según sea necesario. (Para mayor información, ver el módulo *Manejo de las complicaciones*.)

Use su criterio clínico para determinar si es necesario practicar un examen bimanual, con el fin de verificar la altura y la consistencia del útero.

Paso 9: Practicar cualquier procedimiento concurrente

Una vez confirmada la finalización del procedimiento, proceda con cualquier anticoncepción u otros procedimientos previamente planeados, tales como la inserción de un DIU o una ligadura de trompas (siempre y cuando la paciente haya dado su consentimiento informado y haya recibido la consejería correspondiente) o el reparo de un desgarro del cuello uterino.

Paso 10: Procesar el instrumental

Cuando se hayan finalizado todos los procedimientos, procese o deseche de inmediato todo el instrumental, incluidos el aspirador y las cánulas. (Para mayor información, ver el módulo *Procesamiento del instrumental*.)

5.1 — Instrucciones postoperatorias

Cuando se haya finalizado la evacuación endouterina y cualquier otro procedimiento necesario, deben seguirse los siguientes pasos:

- quitarse las barreras, tales como los guantes, y lavarse las manos
- registrar la información sobre el caso de acuerdo al protocolo local
- informar a la paciente, de manera reconfortante, que el procedimiento ha concluido
- ayudar a la paciente a adoptar una posición cómoda de descanso en la mesa de operaciones y luego asegurarse de que sea llevada con los debidos cuidados a la sala de recuperación

Para obtener más instrucciones, ver el módulo *Cuidados postoperatorios*.

6.0 — Cómo resolver problemas técnicos durante el procedimiento

En la mayoría de los procedimientos de AMEU, el vacío del aspirador permanece constante hasta que el aspirador se encuentra lleno aproximadamente un 80%, o 50 mL. No obstante, puede presentarse una disminución del vacío antes de finalizar la aspiración debido a que el aspirador está lleno, la cánula se retira más

allá del orificio cervical externo prematuramente, la cánula se obstruye o el aspirador se armó incorrectamente.

6.1 — El aspirador está lleno

Si el cilindro se llena e impide la aspiración, oprima los botones y desconecte el aspirador de la cánula. La cánula debe permanecer en su posición actual, dentro de los orificios cervicales. Cambie de aspirador o vacíe su contenido y vuelva a conectarlo a la cánula.

Muchos prestadores de servicios de salud mantienen a mano un segundo aspirador durante el procedimiento de AMEU para cambiar el primero si éste se llena.

6.2 — Se retira la cánula

Si la abertura de la cánula se retira accidentalmente del útero más allá del orificio externo, saque la cánula, teniendo cuidado de no contaminarla evitando el contacto con las paredes de la vagina u otra superficie no estéril. Desconecte el aspirador de la cánula y vacíelo; luego, vuelva a cargar el aspirador.

Si la cánula no se ha contaminado, puede introducirse de nuevo. De lo contrario, utilice la técnica de no tocar para introducir otra cánula que haya sido esterilizada o sometida a una desinfección de alto nivel (DAN). Vuelva a conectar el aspirador, suelte la válvula y continúe la aspiración.

6.3 — Se obstruye la cánula

Si se obstruye la cánula, desplácela lentamente hacia el orificio cervical pero no a través de éste. A menudo este movimiento desobstruye la cánula. Si no logra desobstruirla, oprima los botones, cierre la válvula del aspirador y retire la cánula del útero o saque la cánula sin oprimir los botones. Saque el tejido con unas pinzas estériles o sometidas a una DAN. Si es necesario, introduzca la cánula de nuevo usando la técnica de no tocar, vuelva a conectar el aspirador y continúe el procedimiento. Nunca intente desobstruir la cánula empujando el émbolo de nuevo dentro del cilindro mientras que la cánula se encuentre dentro del útero.

6.4 — El aspirador se armó incorrectamente

Si el aspirador no conserva el vacío, un armado incorrecto es la causa más probable. Vuelva a armar el aspirador Ipas AMEU Plus y establezca y pruebe el vacío antes de continuar el procedimiento. (Para mayor información, ver el módulo *Datos y características del instrumental*.)

7.0 —Resumen

- Las tres fuentes de molestia durante la evacuación endouterina mediante la AMEU son: la ansiedad, la dilatación del cuello uterino y los cólicos uterinos.
- El dolor que se presenta durante la evacuación endouterina realizada por medio de la AMEU puede disminuirse mediante una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical y una técnica clínica delicada y gentil.
- Las tres categorías de medicamentos empleados para el control del dolor son: analgésicos, anestésicos y ansiolíticos.
- Si no se observan restos ovulares, o si se observan en menor cantidad que la prevista o no son concluyentes, esto podría indicar una de las siguientes

situaciones: aborto completo, aborto incompleto continuo, sospecha de embarazo ectópico, diagnóstico incorrecto o anomalía anatómica.

- Entre los problemas técnicos que podrían presentarse durante el procedimiento figuran: un aspirador lleno, una cánula retirada u obstruida, o un aspirador que no conserva el vacío.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

- Los prestadores de servicios de salud pueden trabajar con los líderes comunitarios para informar a las mujeres sobre las peligrosas consecuencias del aborto inducido en condiciones de riesgo y para promover métodos seguros para el tratamiento del aborto y la prevención del embarazo.
- Los prestadores de servicios de salud pueden informar a los miembros de la comunidad, en particular a las mujeres, sobre sus derechos a información, consentimiento informado y diferentes opciones de tratamiento cuando reciban servicios de salud.

Recursos adicionales

Gómez Pio Ivan, Hernando Gaitan, Casilda Nova, Alejandro Paradas. 2004. Paracervical block in incomplete abortion using manual vacuum aspiration: randomized clinical trial. *Obstet Gynecol.* 103(5 Pt 1):943-51.

Bibliografía

Castleman, Laura y Carol Mann. 2002. *Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management.* Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Margolis, Alan, Ann H. Leonard, Laura Yordy y José David Ortiz Mariscal. 1997. Manejo del dolor para el tratamiento del aborto incompleto con la aspiración manual endouterina (AMEU). *Adelantos en el Tratamiento del Aborto*, 3(1).

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. *Integrated Management of Pregnancy And Childbirth (IMPAC). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors.* Ginebra, OMS.

-----, 1994. *Care of mother and baby at the health center: A practical guide.* Ginebra, OMS.

-----, 1994. *Clinical management of abortion complications: A practical guide.* Ginebra, OMS.

-----, 1994. *Mother-baby package: Implementing safe motherhood in countries.* Ginebra, OMS.

Parry, Marianne y Lilana Risi. 2001. *Non-pharmacological/bio-behavioural approaches to pain management: Why we use vocal anesthesia at Marie Stopes.* Background, Vol. 1. London, Marie Stopes International.

Parry, Marianne y Lilana Risi. 2001. *Non-pharmacological/bio-behavioural approaches to pain management: Why we use vocal anesthesia at Marie Stopes.* Training Protocol, Vol. 2. London, Marie Stopes International.

Stewart, Felicia H., T.A. Weitz, N. Wilcox y J. Tracey. Forthcoming. *Abortion provider training manual.* San Francisco, CA, UCSF Center for Reproductive Health Research and Policy.

Wiebe, E.R., M. Rawling y P. Janssen. 1996. Comparison of 0.5% and 1.0% lidocaine for abortions. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 55:71–2.

Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención.* Estados Unidos, Consorcio de Atención Postaborto.

Yordy, Laura, Ann Hogan Leonard y Judith Winkler. 1993. *Guía práctica para la aspiración manual endouterina*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.

Apéndice A: Plan para el manejo del dolor durante el procedimiento de AMEU

Fuente de dolor	Dosificación	Vida media/Duración del efecto
ANSIEDAD		
Apoyo verbal	—	—
*Diazepam (Valium)	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 10 mg 1 hora antes del procedimiento • IV: 2-5 mg IV (c) 20 minutos antes del procedimiento 	21 a 37 horas
*Meperidina (Demerol, Petidina)	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 100-150 mg 30-60 minutos antes del procedimiento^(c) • IM: 50-125 mg 15-30 minutos antes del procedimiento • IV: 25-50 mg 5-15 minutos antes del procedimiento 	4-6 horas
300 mg acetaminofén con 30 mg de codeína (Tylenol con codeína)	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 1-2 tabletas; 1 hora antes del procedimiento 	3-6 horas
500 mg acetaminofén con 5 mg de hidrocodona (Vicodin)	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 1-2 tabletas; 1 hora antes del procedimiento 	4-6 horas
Fentanyl (Sublimaze)	<ul style="list-style-type: none"> • IV: 50-100 mcg 5-15 minutos antes del procedimiento (se puede repetir cada 10-15 minutos, no exceder de 250 mcg)^(c) como dosis total 	30-60 minutos
Midazolam (Versed)	<ul style="list-style-type: none"> • IM: 0.07-0.08 mg/Kg o aproximadamente 5 mg (usando una dilución de 5 mg/ml) • IV: 1-2 mg iniciales, y luego 0.5-1 mg IV cada 5 minutos según sea necesario, no exceder de 5 mg^(c) como dosis total 	1-4 horas
Lorazepam (Ativan)	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 1-2 mg 30-60 minutos antes del procedimiento • IM: 0.05 mg/Kg hasta un máximo de 4 mg, por lo menos 2 horas antes del procedimiento • IV: 2 mg administrados en 1 minuto 	<ul style="list-style-type: none"> • PO: 12 horas • IV: 6-8 horas • Rara vez se pueden exceder las 24 horas para administrar las dosis IV y VO.
DILATACIÓN CERVICAL		
*Xilocaina (Lidocaina, Lignocaina)	<ul style="list-style-type: none"> • 15-20 ml de una solución al 0.5-1% en el bloqueo paracervical • No exceder de 4.5 mg/Kg^(c) como dosis total^(a) 	60-90 minutos
MANIPULACIÓN UTERINA		
Ibuprofén (Naproxen, Advil)	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 400-800 mg 1 hora antes del procedimiento 	4-6 horas
*Acetaminofén (Tylenol, Paracetamol)	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 500-1000 mg 30-60 minutos antes del procedimiento 	4-6 horas
Ketorolaco (Toradol)	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 20 mg 1 hora antes del procedimiento (10 mg para mujeres con peso menor de 50 Kg) • IM: 60 mg (30 mg para mujeres con peso menor de 50 Kg) • IV: 30 mg administrados en por lo menos 15 segundos (15 mg para mujeres con peso menor de 50 Kg) • Administrar el toradol IM o IV 30 - 60 minutos antes del procedimiento 	4-6 horas

(Adaptado de Castleman y Mann, 2002)

*= Listado de medicamentos esenciales de la OMS

a) La lidocaina al 1% significa que hay 10 mg/ml y 20 ml contienen 200 mg. Al usar lidocaina al 0.5% (5mg/ml) se usa la mitad de la dosis total de la solución al 1%. La dosis máxima administrada no debe exceder de 4.5 mg/Kg de lidocaina.

b) La sobredosis de narcóticos se trata con naloxona. Por lo general, un vial de naloxona contiene 0.4 mg. Antes de su administración disuelva un vial en 10 ml de solución salina, obteniendo 40 mcg/ml. Luego aplique 1 ml por vez esperando aproximadamente 2 minutos para que haga efecto. La duración de la acción de la naloxona es de una hora y puede desaparecer su efecto antes que el del narcótico, por tanto, los pacientes a los que se les aplica naloxona deben ser monitoreados de cerca durante varias horas.

Efectos Colaterales	Comentarios
<p>—</p> <p>Visión borrosa, mareo, desorientación, dolor, y rubor en el sitio de inyección</p>	<ul style="list-style-type: none"> No farmacológicos. La mujer recibe apoyo de la forma que ella misma prefiera durante el procedimiento. El prestador de servicios de salud debe velar por su comodidad, debe ser respetuoso y brindarle apoyo y en todo momento evaluar la conveniencia de intervenir. Las mujeres tendrán mejores resultados, incluyendo menos dolor. Optimizando así el uso de los recursos para el manejo del dolor. Si se presenta compromiso respiratorio instaure ventilación asistida (oxígeno, Ambú) y administre flumazenil^(d) para revertir los síntomas. Causa una leve amnesia. En algunas ocasiones puede aumentar la ansiedad de la paciente. Iniciación de su acción: 2-10 minutos cuando se administra IV.
<p>Somnolencia, mareo, astenia, náuseas y vómito, depresión del SNC y depresión respiratoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si se presenta compromiso respiratorio instaure ventilación asistida (oxígeno, Ambú) y administre naloxona^(b) para revertir los síntomas. Cuando se administra por vía IM el tiempo para alcanzar los niveles plasmáticos máximos varía de 3-5 veces según la paciente.
<p>Somnolencia, mareo, astenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nefrotóxico y hepatotóxico en especial cuando existe enfermedad preexistente.
<p>Somnolencia, mareo, astenia, náuseas y vómito, depresión del SNC y depresión respiratoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si se presenta compromiso respiratorio instaure ventilación asistida (oxígeno, Ambú) y administre naloxona^(b) para revertir los síntomas.
<p>Somnolencia, mareo, astenia, bradicardia, depresión del SNC y depresión respiratoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si se presenta compromiso respiratorio instaure ventilación asistida (oxígeno, Ambú) y administre naloxona^(b) para revertir los síntomas. 100 mcg de fentanyl = 10 mg de morfina. Iniciación de la acción: 2-7 minutos cuando se administra por vía IV.
<p>Visión borrosa, mareo, desorientación (menos dolor en el sitio de inyección que con la aplicación de diazepam debido a la hidrosolubilidad del midazolam</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si se presenta compromiso respiratorio instaure ventilación asistida (oxígeno, Ambú) y administre flumazenil^(d) para revertir los síntomas. 2.5 mg de midazolam = 10 mg de diazepam. Efectos amnésicos más marcados que con el diazepam. Iniciación de la acción: 15 – 30 minutos con la administración IM; 1-5 minutos con la administración IV.
<p>Visión borrosa, mareo, desorientación, depresión del SNC y depresión respiratoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si se presenta compromiso respiratorio instaure ventilación asistida (oxígeno, Ambú) y administre flumazenil para revertir los síntomas. Causa una leve amnesia. En algunas ocasiones puede aumentar la ansiedad de la paciente.
<p>Tinnitus, mareo, anestesia de labios, boca y lengua, sabor metálico, convulsiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aspirar antes de inyectar para evitar la administración intravascular. Reacción leve (prurito, rash, ronchas urticariformes); tratar con 25-50 mg de difenhidramina (Benadryl) por vía IM o IV. Reacción grave con disnea: instale una venoclisis inmediatamente. Administre epinefrina 0.4 mg vía subcutánea y 5 mg de diazepam IV (lentamente), y suministre ventilación asistida con oxígeno y Ambú. Si se escuchan sibilancias por broncoespasmo puede ser útil un inhalador. Las reacciones alérgicas se presentan en muy pocas ocasiones. Las reacciones alérgicas que se presentan posiblemente se deben al preservativo metilparaben presente en los viales de multidosis. Las reacciones alérgicas debidas a la lidocaína que no contiene preservativo son extremadamente infrecuentes.
<p>Posiblemente causa molestias gastrointestinales</p>	<ul style="list-style-type: none"> No se administre a mujeres con enfermedad ácido péptica activa o insuficiencia renal. Puede ocurrir reacción alérgica en pacientes con pólipos nasales, asma, o sensibilidad a los AINES.
<p>—</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hepatotóxico cuando se sobredosifica. No administre en presencia de compromiso renal.
<p>—</p>	<ul style="list-style-type: none"> Probablemente es tan potente como la morfina para el alivio del dolor (Maslanka y col., 1994). No se administre a mujeres con enfermedad ácido péptica activa o insuficiencia renal, o en el periodo de lactancia. Puede presentarse broncoespasmo u otras reacciones alérgicas en pacientes con pólipos nasales, asma o sensibilidad a los AINES. El dolor persistente debe manejarse con medicamentos narcóticos en lugar de aumentar la dosis de toradol por encima de las dosis recomendadas.

c) Todos los medicamentos narcóticos y ansiolíticos administrados por vía IV inmediatamente antes o después del procedimiento deben aplicarse lentamente y de forma intermitente por un prestador de servicios de salud capacitado para tal fin. Sus efectos son de instalación rápida más no instantáneos. Los efectos colaterales son más probables cuando se usan en combinación. El usar medicamentos narcóticos y ansiolíticos juntos aumenta el riesgo de depresión respiratoria, en consecuencia deben usarse dosis más bajas de las que se usan cuando estos agentes se administran por separado. Los efectos colaterales problema pueden evitarse administrando dosis pequeñas y repetidas de esta potente medicación (Margolis y col. 1993; Baird y col. 2002). Esta medicación debe administrarse antes del procedimiento con el fin de que alcance su efecto pico durante el procedimiento en el momento que la paciente está experimentando las mayores molestias. Si el efecto pico ocurre después de que el procedimiento se ha terminado, la paciente es expuesta a un riesgo más alto de presentar una sedación excesiva

d) El tratamiento de la sobredosis de benzodiazepinas es el flumazenil. Administre 0.2 mg IV cada minuto, hasta que se recupere la respiración. No exceder de 1 mg como dosis total. Su acción dura una hora y puede desaparecer el efecto antes que el de las benzodiazepinas, por tanto, las pacientes tratadas con flumazenil, deben ser monitoreadas de cerca durante el tiempo que las benzodiazepinas puedan permanecer circulantes.

Apéndice B: Equipo y suministros recomendados para practicar el procedimiento de evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus

Barreras protectoras personales, tales como guantes y caretas de protección
Mesa de examen con estribos
Luz potente
Aspirador Ipas AMEU Plus
Lubricante para el aspirador
Selección de las cánulas Ipas EasyGrip
Espéculo
Tenáculo
Recipiente pequeño con pinza de falsos gérmenes y gasa
Dilatadores mecánicos graduados (Pratt o Denniston)
Jeringa de 10 cc con aguja hipodérmica o raquídea calibre 23
Aplicador esponja con gasa
Vasija mediana
Pinza sin dientes
Colador
Vasija transparente
Betadina® u otro antiséptico que no tenga base de alcohol
Xilocaina al 0.5% sin epinefrina (para el bloqueo paracervical)

Cuidados postoperatorios

Temas clave en este módulo:

- *Monitoreo físico después del procedimiento de evacuación endouterina*
- *Medicamentos para el manejo del dolor y antibióticos*
- *Tratamiento de la anemia, prevención de la isoimmunización por Rh, y profilaxis por posible exposición al tétanos*
- *Monitoreo y apoyo psicológico, y consejería sobre la salud reproductiva*
- *Información al dar de alta a la paciente, así como remisión a servicios complementarios y consejería anticonceptiva*

1.0 — Introducción

Los cuidados postoperatorios son aquellos que se proporcionan a la paciente en el período inmediatamente después de concluida una intervención médica y antes de darla de alta. Son necesarios para garantizar que toda complicación grave que ocurra durante o inmediatamente después del tratamiento médico sea detectada y manejada antes del egreso de la paciente. Asimismo, brindan la oportunidad de proporcionar información a la mujer sobre cómo buscar tratamiento para las complicaciones que se presentan después de su salida del establecimiento de salud.

En este módulo se esbozan los componentes esenciales de los cuidados postoperatorios. Durante la estancia de la mujer en el establecimiento de salud, su estado físico y emocional es monitoreado por el personal de salud a fin de minimizar sus molestias, así como para garantizar el tratamiento correspondiente de cualquier problema que surja. La paciente debe recibir información clara sobre cómo monitorear su propio estado médico después de egresar del establecimiento de salud, incluidos los signos de una recuperación normal, así como los comportamientos y las actividades que podrían aumentar el riesgo de problemas. Se le debe informar de los signos y síntomas de los problemas que se pueden presentar y sobre dónde acudir para recibir tratamiento si éstos surgen. Asimismo, se le debe indicar la ubicación y los horarios de atención de los establecimientos de salud donde puede obtener dicho tratamiento. Con el consentimiento de la mujer, el prestador de servicios de salud también debe proporcionar esta información a su pareja, o a un pariente o acompañante que le brinde apoyo, de manera que ellos puedan ayudarla a monitorear su salud y a buscar tratamiento si surgen problemas.

El prestador de servicios de salud puede cubrir las otras necesidades médicas y psicosociales de la paciente o remitirla a servicios complementarios que estén capacitados para satisfacerlas. Es importante que el prestador de servicios de salud determine cuáles son las necesidades reproductivas de la paciente. Algunas mujeres desean volver a quedar embarazadas y pueden beneficiarse de recibir atención médica durante la etapa antes de la concepción, e informarse sobre la disponibilidad de la atención prenatal. Las mujeres que no desean



Toma de los signos vitales

quedar embarazadas deben recibir servicios de anticoncepción y consejería específica sobre los métodos anticonceptivos. Cuando sea apropiado, las mujeres también deben ser informadas sobre las formas de evitar un aborto de alto riesgo, así como acerca de las opciones legales para la interrupción del embarazo. El paso final antes de dar de alta a la mujer es fijarle una cita de control.

2.0 — Monitoreo físico

Inmediatamente después de concluir el procedimiento de aspiración endouterina, el prestador de servicios debe tomar los signos vitales de la paciente. Posteriormente, se debe permitir que la mujer descansa y continúe su recuperación mientras está siendo monitoreada, ya sea en el área de tratamiento o en otro lugar designado en el establecimiento de salud, hasta que sus signos vitales regresen a lo que se considera normal para esa paciente. La duración del período de recuperación varía según el estado médico de la paciente, el tipo de procedimiento practicado, los tipos de medicamentos administrados para el manejo del dolor y cualquier otro tratamiento proporcionado. El propósito del monitoreo es:

- Asegurar una recuperación adecuada del procedimiento en sí y de la sedación, analgesia o anestesia perioperatoria administrada
- Detectar y manejar los síntomas y signos de las complicaciones postoperatorias
- Brindar consejería y remisión para cubrir otras necesidades de salud reproductiva, incluida la consejería y los servicios de anticoncepción
- Informar a la paciente sobre qué esperar y qué hacer después de su egreso del establecimiento de salud

Mientras que la paciente se recupera, el prestador de servicios de salud debe monitorear de cerca su estado fisiológico y sus signos vitales, de conformidad con los protocolos del establecimiento de salud. Asimismo, debe evaluar el sangrado de la paciente por lo menos dos veces antes de darla de alta, a fin de confirmar que han disminuido el sangrado y los cólicos. Entre los métodos para evaluar el sangrado deben figurar pedirle a la mujer que describa su sangrado, examinar su ropa para ver si tiene sangre y evaluar su aspecto físico. Las pacientes que sufren una hemorragia se ven pálidas y cada vez más débiles, posiblemente con pérdida de conocimiento y dolor abdominal. Los cólicos severos y el sangrado abundante persistente no son normales.

Además de monitorear el estado médico de la paciente para detectar cualquier cambio, es importante revisar su historia clínica al inicio del período de recuperación y verificar todas las afecciones detectadas antes de la evacuación endouterina y durante la misma a fin de asegurar que éstas sean monitoreadas y manejadas adecuadamente. Si fue atendida por complicaciones como sepsis, sangrado abundante o lesiones intraabdominales, es posible que necesite más tiempo para recuperarse. Si se ha iniciado el tratamiento de las complicaciones, continúe el tratamiento conforme al estado médico. (Para mayor información, ver el módulo *Manejo de las complicaciones*.)

Si se observan algunos de los siguientes síntomas durante el período postoperatorio, será necesario proporcionar tratamiento médico inmediato o remitir a la paciente a otros servicios para que reciba dicho tratamiento:

- Deterioro físico significativo reflejado en los signos vitales o en el estado fisiológico
- Mareo, dificultad respiratoria, síncope (desmayos). Estos síntomas pueden ser causados por sangrado interno o externo. El síncope también puede deberse a la ansiedad o a una reacción vagal pasajera.
- Sangrado vaginal abundante. Aunque se espera que se presente sangrado postoperatorio, la cantidad de éste debe disminuir rápidamente con el tiempo. El sangrado excesivo puede ser un signo de retención de restos ovulares, atonía uterina (falta de tono normal del útero), laceración cervical u otras complicaciones.
- Dolor o cólicos abdominales severos. Después del procedimiento, es normal que la paciente experimente algunos cólicos, pero la intensidad de éstos debe disminuir rápidamente con el tiempo. Los cólicos severos persistentes pueden ser una señal de perforación uterina o hematómetra postaborto (colección de sangre en el útero que puede presentarse después de la evacuación endouterina). Un hematómetra postaborto puede ocurrir inmediatamente después del procedimiento o varios días después.

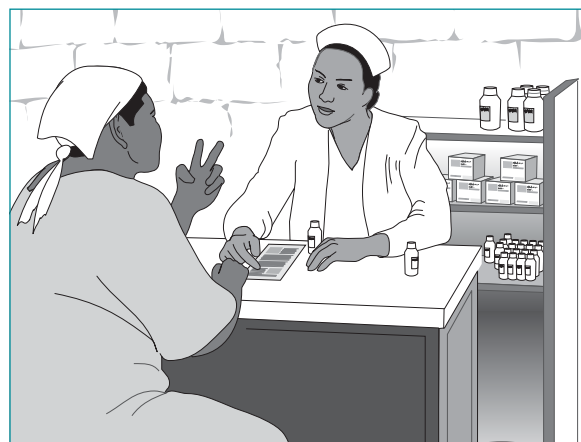
2.1 — Manejo del dolor

Debido a las contracciones del útero, la presencia de algún grado de dolor es normal incluso después de los procedimientos sin complicaciones. Si el dolor aumenta con el tiempo, se debe realizar una evaluación clínica. Los analgésicos de potencia leve a moderada, como el paracetamol, o los antiinflamatorios no esteroides (AINES), como el ibuprofén, ayudan a aliviar el dolor abdominal. Por lo general, no es necesario administrar narcóticos. Si se administraron narcóticos u otros medicamentos de alta potencia para el manejo del dolor antes, durante o después del procedimiento de evacuación endouterina, puede que sea necesario monitorear a la paciente más de cerca, según la vía, la dosis y el tipo de medicamento administrado. Los protocolos respecto a las medidas que se deben tomar después de la sedación varían según cada localidad, pero una recuperación total generalmente significa que la paciente se encuentra consciente y alerta, puede caminar sin ayuda, tiene signos vitales normales y está de acuerdo en que se siente lista para irse. Además, debe mostrar signos de recuperación normal de la evacuación endouterina y de cualquier otro procedimiento, por ejemplo, disminución del sangrado y del dolor abdominal.

Los prestadores de servicios de salud deben informar a las mujeres acerca de todas sus opciones en cuanto al manejo del dolor en el período de seguimiento y proporcionarles instrucciones sobre cómo tomar los medicamentos que reciban para manejar el dolor.

2.2 — Antibioticoterapia

Aunque la administración de antibióticos profilácticos a las mujeres que reciben tratamiento del aborto incompleto ayuda a disminuir el riesgo de infección, se deben administrar antibióticos adicionales a dosis terapéuticas en caso de sospecha o diagnóstico de infección. Las mujeres que pueden estar inmunocomprometidas, incluidas las mujeres con VIH, podrían necesitar un tratamiento más agresivo de la infección. (Para mayor información, ver el *Apéndice C: Administración de antibióticos* en la sección *Evaluación y plan de tratamiento*.)



Instrucciones para la toma de medicamentos

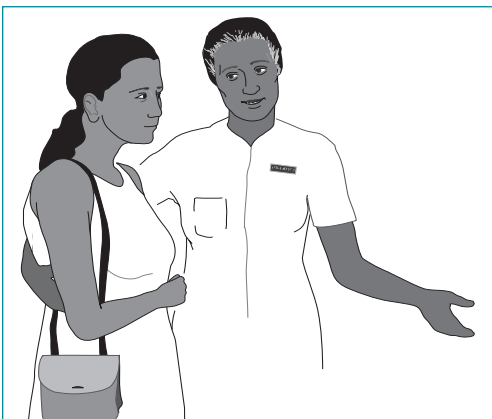
2.3 — Otros problemas de salud física

En caso de diagnóstico o sospecha de anemia, el prestador de servicios de salud debe dar a la mujer recomendaciones dietéticas y suplementos nutricionales. Entre los tratamientos de la anemia figuran las tabletas de hierro y los alimentos ricos en hierro, tales como los vegetales de hojas verdes y las carnes rojas.

Las mujeres que reciben atención postaborto y que han experimentado un aborto en condiciones de riesgo, pueden haber sido expuestas al tétanos si la interrupción del embarazo se realizó con las manos sucias o con instrumentos sucios. Si el prestador de servicios de salud sabe o sospecha que ese es el caso, particularmente en comunidades donde se ha informado de casos de tétanos postaborto, él o ella debe aplicar una vacuna antitetánica o remitir a la paciente a un establecimiento de salud donde se la puedan aplicar. Las mujeres que han sido vacunadas anteriormente deben recibir una inyección de refuerzo de toxoide tetánico por vía IM. Aquéllas que no han sido inmunizadas anteriormente deben recibir suero antitetánico por vía IM, seguido por una inyección de refuerzo de toxoide tetánico por vía IM cuatro semanas después. Si hay alguna duda en cuanto a sus antecedentes de vacunación, se debe administrar toxoide tetánico y antitoxina tetánica por vía IM.

La prevención de la isoimmunización Rh no es esencial para la prestación de servicios de atención postaborto (APA). En los establecimientos de salud donde la inmunoglobulina Rh se aplica de manera rutinaria, ésta debe ser aplicada a las mujeres Rh-negativas que se presentan para recibir servicios de APA.

Posiblemente, algunas mujeres deseen obtener más información y recursos de remisión para abordar diversos aspectos de su salud sexual y reproductiva, tales como las pruebas para la detección de ITS, la detección sistemática del cáncer cervical, la detección sistemática de violencia y la consejería al respecto, y la detección y el tratamiento de la infertilidad. Aunque la cita de control es el momento oportuno para suministrar educación en salud y remitir a la paciente a los servicios complementarios (ver el módulo *Cuidados de seguimiento*), si las mujeres están interesadas en esta información y el prestador de servicios de salud dispone de ella, ésta puede ser proporcionada durante los cuidados postoperatorios.



Apoyo de la paciente

3.0 — Monitoreo y apoyo psicológico

El personal de salud que trabaja con las pacientes durante el período postoperatorio debe ser capacitado para evaluar y responder con sensibilidad al estado emocional de las pacientes, y para monitorear y atender a la paciente según corresponda. El estado emocional de la mujer afecta la intensidad de dolor que ella siente y la velocidad de su recuperación. Cuando una paciente recibe apoyo psicológico como parte integral de su atención médica, se encuentra más capacitada para entender y aceptar su estado médico, el tratamiento recomendado y las posibles consecuencias para su salud. Entre las formas apropiadas de ofrecer ayuda a la paciente figuran: consolarla, tocándole el brazo u hombro, y dándole palmaditas en la mano o frotándole la mano.

Los estudios han demostrado que cuando el personal de salud demuestra empatía y emplea habilidades de comunicación eficaz, las pacientes se sienten comprendidas y más satisfechas con la atención médica recibida. Estas pacientes

tienen mayor probabilidad de pasar por una mejor recuperación en general y de buscar cuidados de seguimiento si es necesario. Mientras más información reciba la paciente antes, durante y después de su tratamiento, mejor preparada estará para cuidarse a sí misma.

Antes de dar de alta a la paciente, se le debe ofrecer consejería y apoyo para ayudarla a enfrentarse a sus emociones. El consejero luego puede remitir a la mujer a otros servicios, cuando corresponda, tales como servicios de apoyo para las mujeres que han sufrido violencia. (Para mayor información sobre la remisión a otros servicios y ejemplos de los formularios de remisión, ver los módulos *Consejería y Cuidados de seguimiento* y el Apéndice A de la sección *Evaluación y plan de tratamiento*).

3.1 — Consejería anticonceptiva

Si aún no ha sido ofrecida, la consejería anticonceptiva debe efectuarse durante el período de recuperación o antes de dar de alta a la paciente. Es posible que la paciente se sienta más cómoda hablando sobre sus futuras necesidades de salud reproductiva y opciones anticonceptivas en este momento que en las etapas iniciales del tratamiento. Inicie con sensibilidad una conversación con la paciente sobre su deseo de tener hijos en el futuro tanto a corto plazo como a largo plazo. Si desea evitar un embarazo, asegúrese de que reciba el método anticonceptivo que escogió antes de que egrese del establecimiento de salud y de que entienda dónde puede obtener su método deseado durante la cita de control. Si la paciente desea un método que no es clínicamente apropiado en este momento, se le podría dar a escoger entre varios métodos temporales para utilizar provisionalmente. (Para mayor información, ver el módulo *Servicios de anticoncepción*.)



Consejería anticonceptiva

3.2 — Consejería sobre los riesgos del aborto inseguro y otras opciones para la interrupción del embarazo

En muchos lugares, las mujeres que no tienen acceso a los servicios de aborto seguro acuden a prestadores de servicios de salud no capacitados para que se les practique un aborto, o utilizan métodos inseguros para tratar de interrumpir el embarazo ellas mismas. Tales métodos ocasionan la muerte de millares de mujeres y producen lesiones en muchas más de ellas cada año.

Cuando corresponde, los consejeros de APA tienen la responsabilidad de explicar los riesgos de los servicios de aborto inseguro y del aborto autoinducido. Las mujeres necesitan saber los tipos de comportamiento que pueden ponerlas en riesgos graves, como insertarse químicos u objetos (incluidos los instrumentos médicos) en la vagina, tomar veneno o autoagredirse causándose lesiones ellas mismas. Los consejeros deben explicar que éstas no son formas seguras o eficaces de interrumpir un embarazo y que pueden ocasionar lesiones graves o incluso la muerte.

Los consejeros quizá vean la necesidad de mencionar específicamente los peligros de autoadministrarse dosis inapropiadas de misoprostol. Por lo general, la información sobre el uso no supervisado del misoprostol para interrumpir el embarazo es divulgada “de boca en boca” entre las mujeres. Por tanto, podría ser útil informarles que deben evitar el uso de dosis excesivas de misoprostol o su uso en el segundo trimestre (cuando puede ocurrir un sangrado abundante).

Aun conociendo los riesgos, la mujer puede encontrarse lo suficientemente desesperada como para intentar una interrupción del embarazo. Si la paciente solicita información sobre dónde obtener una interrupción legal del embarazo (ILE), el consejero debe informarla sobre las opciones para los servicios de ILE, así como sobre los lugares donde se prestan dichos servicios y cómo accederlos.

4.0 — Cuidados de seguimiento

Los prestadores de servicios deben fijar una cita de control, de conformidad con el estado clínico de la paciente y con los protocolos del establecimiento de salud. Es preferible que la mujer reciba cuidados de seguimiento en el establecimiento de salud donde recibió el tratamiento de APA. Sin embargo, dado que las mujeres suelen viajar largas distancias para obtener servicios de APA, a veces les es necesario buscar cuidados de seguimiento en establecimientos más cercanos a su hogar. Si la mujer piensa obtener cuidados de seguimiento en otro establecimiento de salud, los prestadores de servicios de salud deben asegurarse de que haya escogido a un prestador de servicios de salud y que esa persona tenga la información pertinente sobre el tratamiento de APA. Esto puede lograrse proporcionando a la mujer un formulario de remisión que resuma su estado médico y su tratamiento, o enviando el formulario de remisión, ya sea por correo o por fax, al profesional de la salud que proporcionará los cuidados de seguimiento. (Ver el *Apéndice A: Ejemplos de los formularios de remisión* de la sección *Evaluación y plan de tratamiento*.) Los prestadores de servicios de salud pueden mantener la confidencialidad obteniendo permiso de la mujer antes de enviar su historia clínica a otro prestador de servicios. (Para mayor información, ver el módulo *Manejo de las complicaciones*.)

5.0 — Instrucciones de alta

En ciertos casos, el período de recuperación dura entre media hora y una hora. En otros, es más largo. La paciente puede egresar del establecimiento de salud tan pronto como se encuentre estable y pueda caminar con paso firme y sin ayuda. Asimismo, es necesario que haya recibido toda la información necesaria sobre su tratamiento, incluidas las instrucciones de alta y para sus cuidados de seguimiento. Los prestadores de servicios de salud deben conocer y seguir los protocolos de su establecimiento para dar de alta a las pacientes, dado que las políticas y los procedimientos difieren.

El saber remitir a las pacientes que tienen otras necesidades reproductivas y psicosociales a otros servicios competentes es una parte esencial de la APA. Los prestadores de servicios de salud deben asegurarse de que cada mujer que deje el establecimiento de salud disponga de toda la información y recomendaciones indispensables para cuidarse a sí misma y para tomar decisiones informadas respecto a su salud, su fecundidad y sus cuidados después del tratamiento de APA. (Para mayor información, ver el módulo *Consejería*.)

Antes de su egreso, la paciente debe recibir consejería y la siguiente información postoperatoria:

- Signos de una recuperación normal:
 - durante los días siguientes pueden presentarse cólicos uterinos moderados similares a los de un período menstrual normal y se controlan con un analgésico de potencia leve a moderada y con compresas o baños tibios.

- Manchas de sangre o sangrado cuya duración no debe sobrepasar la de un período menstrual normal. La menstruación normal debe reanudarse dentro de las próximas cuatro a ocho semanas.
- Instrucciones para tomar los medicamentos que hayan sido recetados
- Información sobre la higiene personal rutinaria (los baños y las duchas son permitidos)
- Información sobre la reanudación de la actividad sexual y la anticoncepción:
 - la paciente puede tener relaciones sexuales vaginales e insertarse tampones en la vagina una vez que toda complicación haya sido resuelta y que haya regresado a un estado normal
 - La paciente podría quedar embarazada tan pronto como 10 días después del tratamiento. Si un nuevo embarazo no es deseado o es contraindicado en este momento por razones médicas, aconseje a la mujer para que busque consejería y servicios de anticoncepción. (Para mayor información, ver el módulo *Servicios de anticoncepción*.)
- Signos y síntomas que requieren atención urgente inmediata (ver el recuadro a continuación)
- Qué hacer y dónde buscar atención médica urgente en caso de complicaciones
 - Información en forma escrita o gráfica con instrucciones para obtener atención urgente, con información de contacto y números telefónicos a los que se puede llamar las 24 horas en casos de urgencia, si existe este servicio.

(Para obtener un ejemplo de las instrucciones para la paciente, ver el *Apéndice A: Hoja de información*.)

- Una lista de servicios de consejería y otros servicios prestados en el establecimiento de salud o en la comunidad, si corresponde
- Cita de control (fecha, hora, lugar)

5.1 — Egreso de las pacientes que tuvieron complicaciones

Las mujeres que presentaron complicaciones postaborto, independientemente de que hayan aparecido antes de su llegada al establecimiento de salud, durante la intervención o después, podrían necesitar instrucciones especiales antes de su egreso. A la hora de dar de alta a estas pacientes, los prestadores de servicios de salud deben insistir en la importancia de los cuidados de seguimiento. Además, es esencial que los prestadores de servicios y los establecimientos de salud elaboren protocolos adecuados para dar seguimiento a las mujeres con alto riesgo de presentar complicaciones tardías o secuelas. (Ver el módulo *Manejo de las complicaciones*.)

6.0— Resumen

- Los cuidados postoperatorios permiten detectar y tratar antes del egreso de la paciente toda complicación y todo problema médico grave que haya surgido durante el tratamiento o después del mismo.
- El suministro de información es esencial para ayudar a cada paciente a reconocer los signos de alerta postoperatorios y a buscar atención médica en caso de problemas.
- Se debe ofrecer a cada paciente consejería anticonceptiva y, si la mujer lo

Signos de alerta después del tratamiento de APA

Aconseje a la mujer que esté pendiente de los siguientes signos y síntomas que requieran atención médica inmediata:

- fiebre
- escalofríos
- cólicos persistentes (dolor abdominal, cólicos o dolores de espalda que duren más de unos días)
- dolor a la presión en el abdomen o distensión del abdomen
- sangrado persistente (más de dos semanas de sangrado leve)
- sangrado abundante (más abundante que un período menstrual normal)
- secreción vaginal fétida
- demora en el retorno de la menstruación (ocho semanas)
- náuseas o vómito
- síncope
- mareos

(Adaptado de la OMS, 1995)

desea, proporcionarle un método anticonceptivo o remitirla a otro servicio antes de darla de alta.

- Como parte rutinaria de los cuidados postoperatorios, los prestadores de servicios de salud deben identificar las mujeres que tienen otras necesidades reproductivas y psicosociales y remitirlas a otros servicios complementarios.
- Los prestadores de servicios de salud deben ayudar a cada mujer a hacer arreglos para sus cuidados de seguimiento antes de su egreso del establecimiento de salud.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

- Los sistemas y establecimientos de salud pueden capacitar a los trabajadores de salud o voluntarios comunitarios para que eduquen a la comunidad sobre los signos de alarma de las complicaciones postaborto, así como sobre la necesidad de una atención médica urgente en caso de complicaciones.
- Los trabajadores de salud comunitarios pueden ser capacitados en el seguimiento postoperatorio de las pacientes que han regresado a su hogar y deben tener la capacidad de repasar las instrucciones de APA proporcionadas antes del egreso de la mujer, remitir en caso de complicación, facilitar citas de control, y conectar a las mujeres con otros servicios de salud reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción.
- Los sistemas y establecimientos de salud pueden ayudar a los trabajadores de salud o voluntarios comunitarios a organizar grupos de apoyo psicológico para las mujeres que experimentan trastornos emocionales relacionados con el tratamiento de APA u otros problemas, tales como la violencia sexual, las ITS/VIH y la infecundidad.

Bibliografía

EngenderHealth. 2002. *Postabortion warning signs*. Disponible en el sitio Web:

<http://www.engenderhealth.org/wh/pac/pacwarn.html> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

EngenderHealth. 2002. *Postprocedure information: How to take care of yourself after an abortion*.

Disponible en el sitio Web: <http://www.engenderhealth.org/wh/pac/pacpis.html> (última vez que fue consultado: noviembre de 2003).

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1995. *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra, OMS.

----- . 2000. *Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Ginebra, OMS.

----- . 2003. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra, OMS.

Policar, Michael S. y Amy E. Pollack, redactores. 1995. *Clinical training curriculum in abortion practice*. Washington, DC, National Abortion Federation.

Policar, Michael S., Amy E. Pollack, Cate Nicholas y Susan Dudley, redactores. 1999. *Principles of abortion care: A curriculum for physician assistants and advanced practice nurses*. Washington, DC, National Abortion Federation.

Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. EE.UU., Consorcio de Atención Postaborto.

Yellen, Elaine y Gail Davis. 2001. Patient satisfaction in ambulatory surgery. *Association of Operating Room Nurses (AORN) Journal*, 74 (4): 483-98.

Yordy, Laura, Ann Hogan Leonard y Judith Winkler. 1993. *Guía práctica para la aspiración manual endouterina*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.

Apéndice A: Hoja de información

Cómo cuidarse a sí misma

- Reanude sus actividades normales, siempre y cuando no sean difíciles, únicamente cuando se sienta lo suficientemente cómoda para hacerlo.
- Coma de acuerdo a sus costumbres y dieta habitual.
- Bañarse en la ducha o en la tina y nadar es permitido.
- Tome los medicamentos que se le recetaron de manera correcta y completa:

_____ es un antibiótico para evitar o tratar la infección.
 __Tome ____ píldora(s) ____ veces al día por ____ día(s) hasta que se terminen todas las píldoras.

_____ es para el dolor y las molestias.
 __Tome ____ píldora(s) ____ cada ____ hora(s), según sea necesario.

__ A usted se le ha diagnosticado anemia, una deficiencia de hierro en la sangre.
 __Las tabletas de hierro ayudarán a lograr que su sangre vuelva a ser normal y saludable.
 __Tome ____ píldora(s) ____ veces al día. También hay muchos alimentos que son ricos en hierro, tales como los vegetales de hojas verdes y las carnes rojas. Trate de incluir estos alimentos en su dieta.

- La vacuna que se le aplicó fue: Tétanos_____ Rhogam_____.
 - No deje de asistir a su cita de control fijada para el:_____.
- Regrese a la clínica cada vez que tenga algún problema o alguna preocupación respecto a su salud.
- Si recibió un método anticonceptivo, empiece a usarlo **de inmediato**. Puede volver a quedar embarazada tan pronto se reanuden las relaciones sexuales. Si no recibió un método anticonceptivo y le gustaría usar uno, acuda a su prestador de servicios de salud lo antes posible.

Qué se debe evitar

- No practique actividades difíciles, tales como levantar objetos pesados, durante los próximos 2 a 3 días.
- No tenga relaciones sexuales hasta que haya cesado su sangrado. Si tiene relaciones sexuales, asegúrese de usar un condón. Evite utilizar una esponja vaginal, un diafragma o un capuchón cervical hasta que haya dejado de sangrar por completo.
- No se aplique duchas vaginales durante una semana después del procedimiento. A menos que lo recete su médico o prestador de servicios de salud, no se recomienda la aplicación de duchas vaginales como rutina.

Qué es normal

- Sangrado y cólicos similares a los de un período menstrual normal durante una semana. Posiblemente se presente un manchado durante varias semanas.
- Fatiga leve durante unos pocos días
- No hay ninguna reacción emocional "normal" al tratamiento de APA. Algunas mujeres sienten alivio, mientras que otras se sienten tristes. Si usted se siente muy afectada emocionalmente, puede que le ayude hablar con una amiga, pariente o consejero/a de confianza acerca de estos sentimientos.

Qué es anormal

- Fiebre
- Mareos, desvanecimiento o desmayos
- Dolor abdominal
- Dolor abdominal agudo
- Náuseas, vómito
- Sangrado mucho más abundante que el de un período menstrual normal
- Secreción vaginal maloliente

Busque atención médica **inmediatamente** si experimenta cualquiera de estos síntomas anormales.

Instrucciones especiales

(Adaptado de EngenderHealth, 2002; Policar et al., 1999)

Cuidados de seguimiento

Temas clave en este módulo:

- Elementos clínicos, psicosociales y anticonceptivos del seguimiento de la APA
- Aspectos de salud sexual y reproductiva durante el seguimiento de la APA

1.0 — Introducción

Antes de dar de alta a cada paciente que reciba tratamiento de atención postaborto (APA), se le debe fijar una cita de control. El momento oportuno para la cita varía según las necesidades clínicas y psicosociales de cada mujer, pero, por lo general, debe ocurrir dentro de los ocho días posteriores a su egreso, ya que es durante este período que se presenta la mayoría de los problemas. Al fijarse la cita para una fecha posterior, podría ponerse en peligro la salud o la vida de la mujer.

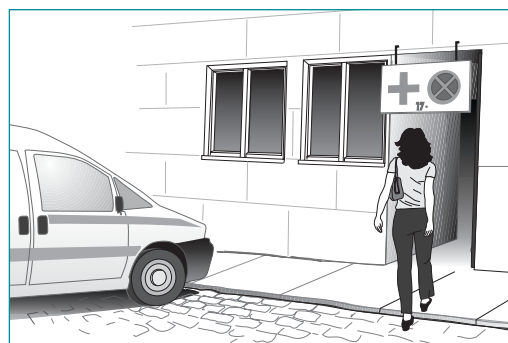
La cita de control puede o no efectuarse en el mismo establecimiento de salud donde la mujer recibió los servicios de APA. A menudo, ella recibe cuidados de seguimiento en su comunidad por medio del prestador de servicios de salud primario. En estos casos, los prestadores de servicios de APA pueden garantizar una continuación de la atención en salud proporcionando a cada mujer un formulario de remisión con información sobre su tratamiento, el cual ella podrá entregarle al personal de salud que le proporcione los cuidados de seguimiento. (Para mayor información, ver el *Apéndice A: Ejemplos de los formularios de remisión* en la sección *Evaluación y plan de tratamiento*.)

La cita de control tiene dos objetivos principales:

1. Manejar cualquier problema pendiente, tales como complicaciones físicas no resueltas, aspectos psicológicos y sus necesidades anticonceptivas
2. Proporcionar cuidados preventivos y remisión a otros servicios que no sean prestados en el establecimiento de salud donde se realice la cita de control

Algunas mujeres que acuden a recibir los servicios de APA se presentan ya con complicaciones o experimentan complicaciones durante o después del tratamiento. Durante la cita de control, el prestador de servicios de salud debe cerciorarse de que se haya resuelto toda complicación previa y de que no haya surgido ninguna complicación nueva. Cuando una mujer se presenta a esta cita con problemas médicos agudos, se debe examinar y estabilizar de inmediato, y luego se le debe administrar tratamiento. Si en el establecimiento de salud al cual acude la mujer no se cuenta con los recursos necesarios para el tratamiento, se debe remitir a la paciente sin demora (ver los módulos *Evaluación y plan de tratamiento* y *Manejo de las complicaciones*).

Si la paciente no tiene complicaciones graves, el prestador de servicios de salud tiene la oportunidad de dedicarle tiempo ahora que el dolor y la ansiedad son menores que lo experimentado durante el tratamiento de APA. Es un momento favorable para que la mujer se reúna con un consejero o una consejera y reciba



Clínica

Los cuidados de seguimiento rutinarios deben incluir una parte o el conjunto de los siguientes elementos médicos:

- Repasar con la paciente la historia clínica y los documentos de remisión disponibles
- Evaluar el estado físico general de la paciente
 - signos vitales
 - sangrado después del procedimiento
 - dolores o cólicos actuales
 - toma actual o anterior de medicamentos para el control del dolor
 - fiebre
 - elementos insertados en la vagina desde el procedimiento, relaciones sexuales después del procedimiento
 - uso actual de un método anticonceptivo
 - señales de maltrato físico
- Practicar un examen pélvico para evaluar la altura uterina, la consistencia del útero y si hay dolor a la palpación, con el fin de descartar la posibilidad de retención de restos ovulares, de embarazo ectópico o de infección. Si la paciente es una adolescente o una mujer que ha sido violada, se debe prestar atención particular para lograr que el examen sea lo más cómodo posible, por ejemplo, tranquilizándola verbalmente, si la paciente lo desea, y utilizando un espéculo pequeño.
 - Evaluación para la detección de clamidia, gonorrea u otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en pacientes que presenten molestias no habituales, dolor a la movilización del cuello uterino, secreción vaginal fétida o con aspecto de pus, u otros indicios de ITS
 - Si los restos ovulares no fueron extraídos por completo, volver a aspirar el útero. (Para mayor información, ver el módulo *Procedimiento de evacuación endouterina*.)
- Dar seguimiento al resultado de pruebas diagnósticas efectuadas antes o durante el tratamiento de APA, tal como una citología cervicovaginal (Prueba de Papanicolaou) o pruebas de detección sistemática de ITS
- Investigar y manejar todo problema físico que requiera atención médica, incluida toda complicación vinculada al tratamiento

(Adaptado de Hern, 1984; Paul et al., 1999)

atención y cuidados personalizados. También es el momento oportuno para que la mujer acceda a los recursos para mejorar su salud y bienestar. Con frecuencia, las mujeres asisten a la cita de control para obtener servicios de anticoncepción. (Para mayor información, ver el módulo *Servicios de anticoncepción*.)

2.0 — Elementos de los cuidados de seguimiento

Aunque los servicios de seguimiento pueden variar según los recursos y la infraestructura de cada establecimiento de salud, existen ciertos elementos esenciales de naturaleza clínica y psicosocial que deben formar parte de toda cita de control.

2.1 — Elementos clínicos

En primer lugar, el prestador de servicios de salud debe estudiar los datos sobre el tratamiento de APA recibido. Si los servicios de APA fueron prestados por otro profesional de la salud, el prestador de servicios de seguimiento debe recopilar la mayor cantidad posible de información sobre el procedimiento y sobre el estado físico de la mujer. (Ver el *Apéndice A: Formulario para la cita de control de APA*.) Los protocolos de privacidad y confidencialidad permiten que se compartan los datos clínicos con el prestador de servicios de salud involucrado en los cuidados de seguimiento de la paciente, siempre y cuando la paciente esté de acuerdo.

Es importante tomar en cuenta que algunas mujeres tienen sus motivos para no querer revelar por qué están buscando atención médica y posiblemente no deseen discutir el tratamiento de APA que han recibido. Los profesionales de la salud deben respetar los deseos de cada paciente y abstenerse de divulgar datos clínicos o personales contra su voluntad.

2.2 — Elementos psicosociales

Durante la cita de control, las mujeres pueden sentir una variedad de emociones. Los prestadores de servicios de salud deben brindarles apoyo emocional y contestar sus preguntas.

Consejería

Las experiencias de las mujeres con los servicios de aborto y de APA son tanto físicas como emocionales. Cuando las mujeres reciben apoyo emocional como parte de sus cuidados de seguimiento, son más capaces de afrontar su estado médico y las posibles secuelas que puedan presentarse. La sesión de consejería durante la cita de control ayuda a los prestadores de servicios de salud a determinar qué pacientes necesitan cuidados especiales debido a su trastorno emocional o a sus circunstancias personales. Las pacientes que cubren sus necesidades emocionales a medida que éstas surgen afrontan menos dificultades psicológicas a largo plazo.

Después de recibir atención postaborto, las mujeres pueden tener diversas emociones, entre ellas temores relacionados con su salud, su fertilidad o la reacción de los demás a la pérdida de su embarazo. La cita de control es un momento importante para brindar apoyo emocional, contestar preguntas y continuar cualquier consejería que se haya iniciado durante la consulta al centro de APA.

Es posible que algunas mujeres tengan necesidades o inquietudes específicas que no fueron abordadas durante el tratamiento de APA. Quizá

ellas tenían ansiedad o dolor en el momento en que recibieron el tratamiento de APA, lo cual dificultó su participación en una sesión de consejería. Además, puede que ciertas situaciones personales no hayan sido divulgadas durante esa cita, tales como la violencia o la práctica del sexo comercial. Es importante detectar y abordar estas necesidades e inquietudes especiales durante la cita de control. Entre los grupos de mujeres que se beneficiarán de la consejería especializada figuran: las adolescentes; mujeres que viven con VIH/SIDA; mujeres con repetidos abortos; mujeres víctimas de actos de violencia; mujeres que practican sexo comercial; mujeres que han sido sometidas a la mutilación genital femenina (MGF); mujeres refugiadas o desplazadas; mujeres con una discapacidad cognitiva y de desarrollo o con una enfermedad mental; mujeres que tienen sexo con otras mujeres; y mujeres que se vuelven infecundas a consecuencia de las complicaciones del aborto. (Ver el módulo *Consejería* para mayor información sobre la consejería de los sectores especiales de la población.)

Servicios de anticoncepción

La mujer puede ovular tan pronto como 10 días después del procedimiento de evacuación endouterina. Al preguntarles a las mujeres cuáles son sus metas reproductivas y al ofrecerles servicios de anticoncepción durante la cita de control, se les puede ayudar a evitar futuros embarazos no deseados.

Las mujeres que desean quedar embarazadas deben recibir consejería sobre cómo proseguir con un embarazo saludable después de la APA. Las mujeres que han experimentado múltiples abortos espontáneos necesitan ser remitidas para recibir atención ginecológica especializada. A veces es aconsejable que la mujer utilice un método anticonceptivo provisional antes de volver a quedar embarazada, de manera que se puedan resolver los aspectos que afectan su capacidad de sostener un embarazo saludable. En tales casos, a la mujer se le debe explicar por qué se le aconseja esto, por cuánto tiempo debe utilizar el método anticonceptivo y qué método es más apropiado para su situación.

A las mujeres que no desean quedar embarazadas se les debe ofrecer consejería y métodos anticonceptivos. (Ver el módulo *Servicios de anticoncepción* para mayor información.) Aun si la mujer recibió un método anticonceptivo antes de dejar el centro de APA, suele haber la necesidad de proporcionar seguimiento con más consejería anticonceptiva o con el suministro de otro método. Es posible que el método proporcionado inicialmente no sea el ideal para la paciente si se presentaron efectos secundarios, si no tuvo acceso a un suministro habitual, o si tiene una pareja que no colabora o desaprueba el uso del método.

Es posible que la mujer haya escogido el método anticonceptivo que usa en la actualidad para protegerse durante el período intermedio entre el tratamiento de APA y su cita de control, y que ahora desee seleccionar un método más adecuado. Éste podría ser el momento ideal para recetar anticonceptivos orales, para medir o volver a medir a la mujer para colocar un diafragma o capuchón cervical, o para administrar un anticonceptivo inyectable. Puede que la paciente haya fijado la cita de control específicamente para que se le practique una ligadura de trompas o se le inserte un sistema intrauterino (SIU) o un dispositivo intrauterino (DIU) si no se encontraba clínicamente apta para el uso de estos métodos cuando recibió el tratamiento de APA.

Los cuidados de seguimiento rutinarios deben incluir una parte o el conjunto de los siguientes elementos psicosociales:

- Evaluar el estado emocional de la paciente, el nivel de apoyo a su disposición y la necesidad de remitirla a otros servicios
- Determinar las metas de fecundidad de la mujer y sus necesidades de anticoncepción
- Proporcionar consejería y un método anticonceptivo apropiado, si es necesario
- Remitir a la paciente a un establecimiento de tratamiento de infertilidad en caso de repetidos abortos espontáneos, o a un servicio de preparación para el embarazo si planea volver a quedar embarazada pronto
- Remitir a la mujer a otros establecimientos que ofrezcan servicios de salud o servicios sociales complementarios que no se ofrezcan en este establecimiento de salud

Adaptado de Hern, 1984; Paul et al., 1999



Métodos anticonceptivos

Los prestadores de servicios de salud deben tener en cuenta las ventajas de un fácil acceso a la anticoncepción de emergencia para las mujeres que han recibido tratamiento de APA. (Para mayor información, ver el módulo *Servicios de anticoncepción*.)

Toda información clínica y psicosocial sobre la paciente que sea recopilada durante la cita de control debe anotarse en la historia clínica de la paciente. (Ver el *Apéndice A: Formulario para la cita de control de APA*.) Si la paciente recibe los cuidados de seguimiento en otro establecimiento de salud, idealmente, los resultados de esa cita deben obtenerse empleando protocolos de remisión o seguimiento y deben ser registrados por el establecimiento donde se proporcionó el tratamiento de APA inicial.

3.0 — Remisión

Es común que surjan otros aspectos médicos y psicosociales antes, durante o después del tratamiento de APA. Aunque los prestadores de servicios de APA pueden contar con las habilidades para evaluar estos aspectos y prestar los servicios iniciales, la paciente podría necesitar servicios más intensivos que los que es capaz de prestar el centro de tratamiento de APA o el establecimiento donde se efectúa el seguimiento. Las adolescentes tienen una necesidad particularmente importante de ser remitidas a servicios de salud sexual y reproductiva que sean sensibles a este grupo de edad.



Remisión

Los prestadores de servicios de salud deben ser conscientes de los recursos disponibles en su región y de cómo remitir a las pacientes a ellos. Siempre que esté indicado, se debe remitir a la paciente a otros servicios y tratamientos médicos y ginecológicos, así como a consejería. (Para mayor información, ver el *Apéndice A: Ejemplos de los formularios de remisión* de la sección *Evaluación y plan de tratamiento*.) Además, un proceso de remisión eficaz incluye informar a la mujer que ella puede regresar al establecimiento de salud si no logra acceder al servicio o recurso al cual fue remitida. (Ver el módulo *Consejería* para mayor información sobre cómo remitir a las pacientes.)

4.0 — Vínculos a servicios de salud sexual y reproductiva

Las mujeres que buscan cuidados de seguimiento pueden desear obtener más información y recursos de remisión con respecto a diversos aspectos de su salud sexual y reproductiva. La consulta de control es un momento oportuno para educar a la paciente sobre una variedad de temas relacionados con la salud, evaluarla para determinar si tiene otras necesidades de salud sexual y reproductiva, y facilitar su acceso a los servicios adicionales.

Entre los posibles vínculos a otros servicios de salud sexual y reproductiva figuran:

- Pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH//SIDA y otras infecciones del tracto reproductivo (ITR). Si la paciente tiene síntomas, riesgos u otras razones para que el prestador de servicios de salud sospeche una ITS, necesitará una evaluación posiblemente seguida de tratamiento y consejería, si se considera apropiado. Si el prestador de servicios de APA realizó otras pruebas de detección sistemática antes, durante o después del procedimiento de APA, la paciente deberá regresar para obtener los resultados y cualquier prueba o tratamiento de seguimiento que sea necesario.

- Atención antes de la concepción para preparar a la mujer si su deseo es quedar embarazada
- Pruebas de detección sistemática de infertilidad y tratamiento
- Pruebas de detección sistemática de violencia y consejería para las mujeres víctimas de violencia
- Consejería y remisión a servicios clínicos complementarios para las mujeres que han sufrido prácticas tradicionales perjudiciales, tal como la mutilación genital femenina (MGF)
- Consejería sobre las necesidades nutricionales de la mujer
- Remisión para chequeos en pro del bienestar de la mujer, que incluyan detección sistemática del cáncer (del seno, ovárico, cervical y uterino) y exámenes rutinarios de Papanicolaou (citología cervicovaginal) y mamografía, si los hay
- Consejería para las adolescentes sobre cualquier otra necesidad de salud y remisión a recursos comunitarios centrados en las adolescentes



Apoyo de la paciente

5.0— Resumen

- Los cuidados de seguimiento, por lo general, deben proporcionarse dentro de los ocho días posteriores al tratamiento de APA.
- El propósito de la cita de control es verificar cualquier problema clínico y psicosocial pendiente, proporcionar cuidados preventivos y remitir a la paciente a servicios complementarios.
- La cita de control es un momento oportuno para que la mujer se entreviste con un consejero o una consejera y reciba consejería personalizada que cubra sus necesidades e inquietudes.
- Entre los elementos clínicos de la cita de control figuran revisar la historia clínica, evaluar el estado físico de la paciente, practicar un examen pélvico, dar seguimiento a los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas y detectar y manejar cualquier problema físico.
- Entre los elementos psicosociales de la cita de control figuran evaluar el estado emocional de la paciente, sus metas reproductivas, su nivel de apoyo y necesidad de remisión; ofrecer consejería y métodos anticonceptivos, cuando sea apropiado; y remitir a la paciente a otros servicios de salud o servicios sociales que pueda necesitar.
- Los servicios de consejería ofrecidos durante la cita de control pueden ayudar a las pacientes con su recuperación física y emocional después del tratamiento de APA.
- La cita de control suele ser el momento ideal para hablar con la paciente sobre su fertilidad y sus planes de tener hijos en el futuro, así como para ofrecer servicios de anticoncepción o información sobre un embarazo saludable, según sea apropiado.
- Durante la cita de control, los prestadores de servicios pueden ofrecer remitir a la paciente a servicios de salud sexual y reproductiva complementarios.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

- Los prestadores de servicios de salud pueden colaborar con los líderes comunitarios para informar a las mujeres, sus parejas y sus familias respecto a los diagnósticos y tratamiento de APA, los síntomas de las complicaciones que requieren atención médica inmediata y los cuidados de seguimiento rutinarios.

- Los trabajadores de salud o voluntarios comunitarios pueden ser capacitados en los establecimientos de salud para que ayuden a las mujeres a recibir atención médica inmediata para tratar las complicaciones y regresar para recibir los cuidados de seguimiento rutinarios después del tratamiento de APA.
- Los prestadores de servicios de salud deben informar a los miembros de la comunidad sobre las deficiencias de los servicios de salud sexual y reproductiva y que necesitan las mujeres que han recibido tratamiento de APA.
- Los líderes comunitarios pueden abogar para que los sistemas de salud suplan las deficiencias en los servicios o inicien servicios comunitarios tales como consejería, grupos de apoyo o manejo de casos para las sobrevivientes de la violencia o las mujeres que viven con VIH.

Bibliografía

American Medical Women's Association. 1997. *Fourth-year elective curriculum in reproductive health. Module 7: Abortion*. Alexandria, VA, AMWA.

Hern, Warren M. 1984. *Abortion practice*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company.

Paul, Maureen, E. Steve Lichtenberg, Lynn Borgatta, David A. Grimes y Phillip G. Stubblefield, redactores. 1999. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Nueva York, Churchill Livingstone.

Planned Parenthood Federation of America. 2000. *Manual of medical standards and guidelines, Section VII-A-1, Abortion*. Nueva York, PPFA.

Policar, Michael S. y Amy E. Pollack, redactores. 1995. *Clinical training curriculum in abortion practice*. Washington, DC, National Abortion Federation.

Policar, Michael S., Amy E. Pollack, Cate Nicholas y Susan Dudley, redactores. 1999. *Principles of abortion care: A curriculum for physician assistants and advanced practice nurses*. Washington, DC, National Abortion Federation.

Rademakers, J. 1995. *Abortus in Nederland 1991-1992*. Utrecht, Stimezo Nederland.

Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. Estados Unidos, Consorcio de Atención Postaborto.

Apéndice A: Formulario para la cita de control de APA

Fecha _____
 Nombre _____
 Información de contacto: _____
 Fecha del procedimiento de APA _____ nombre del prestador de los servicios de APA y establecimiento donde se prestaron

 Pulso _____ Temp _____ Presión arterial _____
 Hgb /Hct _____ Otros exámenes de laboratorio _____

Entrevista

¿Sangrado actual? Sí ___ No ___ Cantidad _____ Duración _____
 ¿Coágulos? Sí ___ No ___ Tamaño _____ Sangre fresca _____
 ¿Dolor o cólicos en la actualidad? Sí ___ No ___ Lugar _____ Leve ___ Moderado ___ Intenso ___ Duración _____
 ¿Tomó medicamento para el dolor? Sí ___ No ___ Cuándo _____ Alivio _____
 ¿Fiebre? Sí ___ No ___ Cuándo _____ Por cuánto tiempo _____ Temp. más alta registrada: _____
 ¿Se tomó la cantidad total de antibióticos formulados? Sí ___ No ___ Por qué no _____
 ¿Uso actual de un método anticonceptivo? Sí ___ No ___ Cuál _____
 ¿Inserción de algún elemento en la vagina desde que se le efectuó el procedimiento? Sí ___ No ___ Qué _____

Examen psicosocial

Estado emocional _____
 Violencia _____
 ¿Cómo dice la paciente que se siente en este momento? _____

Examen físico

Útero: altura ___ semanas ___ dolor a la palpación ___
 Cuello uterino: dolor a la movilización
 Abdomen: blando / no doloroso ___
 Anexos: dolor ___ masa ___
 ¿Se efectuó un examen con espéculo vaginal (especuloscopia)? Sí ___ No ___
 Comentarios: _____
 Plan: _____

Procedimiento de reevaluación (si fue efectuado)

Notas sobre el procedimiento de reevaluación: _____

Seguimiento

Medicamentos recetados: _____

Remisión a otros servicios

(Adaptado de Hern, 1984; Paul et al., 1999)

Blank

Manejo de las complicaciones

Temas clave en este módulo:

Signos y síntomas, causas y manejo y tratamiento de:

- Shock
- Sangrado vaginal abundante
- Infección/sepsis
- Lesión intraabdominal

1.0 — Introducción

Las complicaciones del aborto, ya sea inducido o espontáneo, pueden surgir en cualquier momento: antes de que la mujer busque atención médica, durante el tratamiento, o después del tratamiento médico. Estas complicaciones pueden ocurrir individualmente o varias a la vez. Independientemente de cuándo ocurran, el prestador de servicios de salud debe evaluar continuamente el estado médico de la paciente para detectar las complicaciones a medida que se presenten y manejarlas, ya sea atendiendo inmediatamente a la paciente o estabilizándola y preparándola para transportarla a un establecimiento de salud donde le puedan brindar el tratamiento médico adecuado.

Antes de tratar las complicaciones, efectúe una evaluación inicial rápida para detectar la presencia de shock, realice una evaluación clínica completa y obtenga el consentimiento informado voluntario (para mayor información sobre el consentimiento informado, ver el módulo *Visión general y principios rectores*). En el módulo Evaluación y plan de tratamiento se expone información sobre cómo evaluar a una mujer con un posible aborto y cómo diagnosticar afecciones y complicaciones relacionadas con el aborto. Cuando una mujer presenta sangrado leve a moderado sin complicaciones, y el tratamiento recomendado es la evacuación endouterina, ver el módulo *Procedimiento de evacuación endouterina*.

Las complicaciones graves son más frecuentes en ambientes donde el aborto practicado en condiciones de riesgo es más común y donde se carece de servicios de anticoncepción y de aborto seguro. La retención de restos ovulares (RO) suele contribuir a dichas complicaciones, causando sangrado, infección y dolor. En tales casos, por lo general, es necesario efectuar una evacuación endouterina.

En casos de shock u otras entidades emergentes que amenazan la vida de la mujer, la evaluación clínica completa y el consentimiento informado voluntario pueden aplazarse hasta que se hayan tomado medidas inmediatas para salvar la vida de la mujer. Una vez que la paciente se encuentre estabilizada, el prestador de servicios de salud debe realizar una evaluación clínica completa y obtener su consentimiento informado voluntario para poder continuar con el tratamiento.

Entre los signos y síntomas comunes de las complicaciones graves del aborto figuran:

- Inestabilidad fisiológica hasta el punto de shock
- Sangrado vaginal que ha llegado a ser abundante o hemorrágico
- Fiebre tan alta que indica sepsis generalizada
- Dolor abdominal intenso, lo cual indica una lesión abdominal

Cuando una mujer presenta complicaciones graves, consulte este módulo antes de efectuar la evacuación endouterina.

En este módulo se expone información sobre las siguientes cuatro complicaciones graves: **shock, sangrado vaginal abundante, sepsis y lesión intraabdominal**. Cada una de ellas es descrita y ampliada con información en cada una de estas categorías: signos y síntomas; causas; manejo; tratamiento inicial; tratamiento definitivo; y tratamiento continuo.

2.0 — Shock

Cualquier paciente puede presentar un shock en cualquier momento durante el tratamiento de APA, especialmente si las lesiones importantes no fueron detectadas desde el inicio. Por tanto, es fundamental estar alerta para percibir los signos de shock durante todo el tratamiento de la mujer. Siempre que se presenten signos de shock, es necesario tomar medidas rápidas para salvar la vida de la paciente o para evitar que su estado empeore. Evalúe la etapa y la gravedad del shock inmediatamente. El shock en su etapa inicial generalmente responde bien al tratamiento; el shock en etapa tardía es más difícil de tratar y requiere cuidados más intensivos.

2.1 — Signos y síntomas del shock

Shock en su primera etapa

- ansiedad, inquietud
- frecuencia cardíaca acelerada de 110 latidos por minuto o más
- respiración rápida y superficial (30 o más respiraciones por minuto)
- palidez en la parte interna del párpado (conjuntiva), las palmas de la mano, la boca, las puntas de los dedos
- hipotensión (presión sistólica menor de 90 mmHg)
- hemoglobina de 8 g/100 mL o mayor; hematocrito de 26% o mayor
- pulmones limpios
- piel fría y pegajosa, aunque la paciente está sudorosa

Shock en su etapa tardía

- confusión o pérdida de la conciencia
- pulso débil y acelerado
- respiración superficial y acelerada
- palidez y frialdad
- hipotensión grave
- edema pulmonar
- hematocrito menor de 26%
- flujo de eliminación urinaria bajo (menos de 30 mL/hr)

2.2 — Causas del shock

En situaciones de APA, el shock, por lo general, es causado por una hemorragia grave, infección aguda (sepsis) o lesión intraabdominal, y puede ser el resultado final de la retención de restos ovulares (aborto incompleto).

2.3 — Manejo del shock

El objetivo principal del tratamiento del shock es estabilizar a la paciente. El logro de la estabilización es indicado por un aumento en la presión arterial y una disminución de la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. Si el shock se trata en las etapas iniciales, es reversible y, por lo general, puede ser tratado en el primer nivel de atención. (Para mayor información, ver el módulo *Evaluación y plan de tratamiento*.) Para el tratamiento del shock en su etapa tardía, generalmente es necesario remitir a la paciente a otros establecimientos de salud para que reciba atención médica de más alto nivel una vez que se haya iniciado la atención urgente (Ver el *Apéndice A: Manejo del shock y el Apéndice A: Ejemplos de los formularios de remisión* de la sección *Evaluación y plan de tratamiento*.)

2.4 — Tratamiento inicial del shock

Medidas universales:

- Pida colaboración urgente del personal de salud.
- Asegure la permeabilidad de la vía respiratoria.
- Coloque la cabeza y el cuerpo de la paciente de lado, de manera que si vomita es menos probable que broncoaspire.
- Mantenga a la mujer abrigada, pero no demasiado.
- Eleve sus piernas para aumentar el retorno de sangre al corazón.
 - Si es posible, eleve los pies de la cama colocando bloques debajo de las patas de la cama o colocando frazadas debajo de los pies de la paciente.
 - Si esto causa dificultad respiratoria, baje las piernas de la paciente y eleve su cabeza, colóquela sentada en la cama si es posible, puesto que podría estar presentando un edema pulmonar secundario a una falla cardíaca.
- Monitoree los signos vitales y la pérdida de sangre.

Administración de oxígeno:

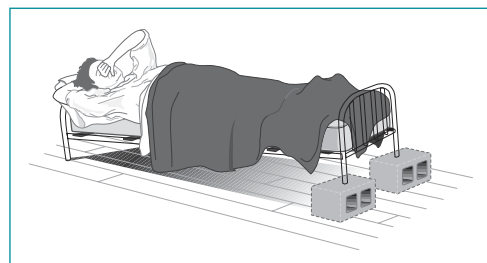
- Asegúrese de que la vía respiratoria de la paciente se encuentre permeable; administre de 6 a 8 litros de oxígeno por minuto con una máscara o cánula nasal.

Administración de líquidos:

- No administre líquidos por vía oral (a menos que no se disponga de acceso IV y ésta sea la única opción).
- Administre líquidos IV si está disponible esta vía.
 - Inicie una o dos venoclisis usando agujas o catéteres de diámetro grande (calibre 16, o el tamaño más grande disponible).
 - Administre rápidamente los líquidos por vía IV (lactato de Ringer o solución salina isotónica) a un goteo inicial de 1 litro cada 15 a 20 minutos; puede que la estabilización de la paciente en shock requiera de 1 a 3 litros o más de líquidos administrados a este goteo.



Toma de los signos vitales



Elevar las piernas de la paciente



Traslado de la paciente a un establecimiento médico

- Evite el uso de substitutos del plasma (dextrán).
- Monitoree los líquidos administrados y eliminados; si está disponible, coloque una sonda de Foley para medir el flujo de eliminación urinaria con precisión.
- Determine la necesidad de una transfusión sanguínea.
 - Una hemoglobina de 5 g/100 mL o menos o un hematocrito de 15% o menos indica una afección que amenaza la vida de la paciente y requiere una transfusión sanguínea. (Ver el Apéndice C: *Transfusión de sangre*.)
 - Una transfusión de sangre puede salvar una vida; sin embargo, los riesgos, tales como el VIH o la transmisión de hepatitis, deben sopesarse cuidadosamente.
 - Monitoree y anote el volumen de sangre administrada al monitorear los líquidos.

***Si no se dispone de líquidos IV, transporte inmediatamente a la paciente a un establecimiento de salud mejor equipado.**

Administración de medicamentos:

- En caso de signos y síntomas de sepsis, administre antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa (IV) o intramuscular (IM).
 - Tienen acción contra la clamidia y otros microorganismos anaerobios, gram-negativos o gram-positivos (Ver el Apéndice C: *Administración de antibióticos* de la sección *Evaluación y plan de tratamiento*.)

Exámenes de laboratorio:

- Tome muestras de sangre para realizar la determinación de la cifra de hemoglobina, compatibilidad cruzada y pruebas de coagulación, si se dispone de instalaciones de laboratorio; de lo contrario, no aplase el tratamiento.

Otras medidas:

- Tan pronto lo permita el estado de la paciente, elimine todo RO presente a la entrada del orificio cervical, pero no practique un examen pélvico completo en este momento. La eliminación de este tejido a veces permite la contracción del útero, lo cual disminuye considerablemente el sangrado.

En caso de remisión de la paciente:

- Explique la situación al familiar o al acompañante de la paciente.
- Envíe un formulario de remisión debidamente diligenciado para uso de los establecimientos de salud a donde es remitida la paciente. (Ver el Apéndice A: *Ejemplos de los formularios de remisión* de la sección *Evaluación y plan de tratamiento*.)
- Si es posible, pida a un miembro del personal de salud que acompañe a la paciente y se encargue de administrar cualquier medicamento o sangre, así como de monitorear los signos vitales y la pérdida de sangre de la paciente.

El tratamiento de shock debe iniciarse sin demora, aun si no se dispone de un laboratorio.

Si se dispone de un laboratorio:

- Verifique la hemoglobina o el hematocrito.
- Tome muestras de sangre para realizar un cuadro hemático completo (incluir un recuento de plaquetas, si es posible), el grupo sanguíneo, el factor Rh (hemoclasificación) y las pruebas cruzadas de compatibilidad.
- Evalúe los electrolitos y los indicadores de la función renal, tales como el nitrógeno ureico en sangre (BUN) o creatinina y pH sanguíneo, si es posible.
- Tome una muestra de orina y mida el flujo de eliminación urinaria.
 - Si no es posible recolectar la orina, observe si la orina parece estar concentrada (de color oscuro) o si la cantidad es muy baja (lo cual indica poca o ninguna producción de orina).
 - Si el flujo de eliminación urinaria es menor a 30 mL por hora, una insuficiencia renal es posible.
- Tome hemocultivos si hay indicio de infección, como fiebre, escalofríos o pus, y administre antibióticos de amplio espectro solamente por vía IV (preferible) o IM. La vía oral es aceptable si es imposible administrar los antibióticos por vía IV o IM. (Ver el Apéndice C: Administración de antibióticos de la sección Evaluación y plan de tratamiento.)

2.5 — Tratamiento definitivo del shock

Una vez que se hayan tomado las medidas iniciales para estabilizar a la paciente, la causa del shock debe determinarse con prontitud mediante una evaluación clínica más completa, y se debe iniciar su tratamiento mientras se continúa monitoreando los signos vitales, el flujo de eliminación urinaria y los líquidos administrados por vía IV. Entre las causas del shock pueden figurar una hemorragia resultante de un aborto incompleto, una ruptura de un embarazo ectópico, una lesión interna (por ejemplo, una perforación uterina) o una infección generalizada.

Si el estado de la paciente no se estabiliza:

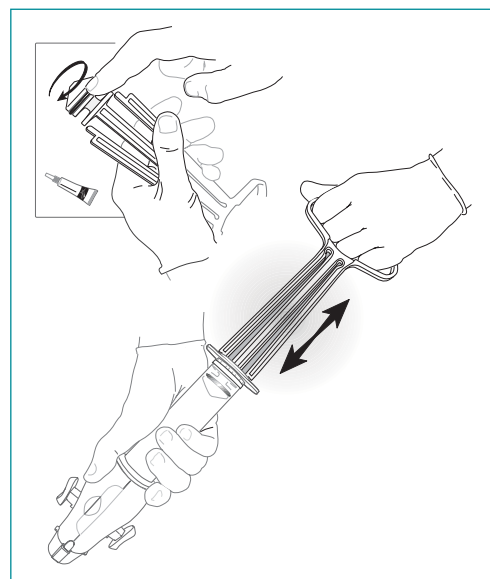
- Continúe la administración de líquidos IV y la oxigenoterapia.
- Reevalúe los signos de sepsis y la necesidad de antibioticoterapia. Si ya se ha iniciado la administración de antibióticos, ajuste el tratamiento según sea necesario.
- Continúe el tratamiento de las causas del shock.
- Monitoree el estado de la paciente.

Si el estado de la paciente no es estable después de dos horas, debe remitirse inmediatamente a un establecimiento de salud con capacidad de manejar el shock continuado.

2.6 — Tratamiento continuado del shock

Si el estado de la paciente está mejorando, los siguientes signos serán evidentes:

- aumento de la presión arterial (sistólica de por lo menos 100 mm Hg)
- estabilización de la frecuencia cardíaca (menor de 90 latidos por minuto)
- mejoría del estado de conciencia (disminuye la desorientación o se recupera la conciencia)



Pasos de la lubricación

- mejoría del color de la piel
- disminución de la frecuencia respiratoria
- aumento del flujo de eliminación urinaria (por lo menos 100 mL cada 4 horas)

En caso de mejoría o de estabilización del estado de la paciente:

- Ajuste el goteo de los líquidos administrados por vía IV a 1 litro cada 6 a 8 horas.
- Monitoree la transfusión sanguínea o la administración de otros líquidos.
- Retire gradualmente la oxigenoterapia, salvo si el estado de la paciente empeora.
- Continúe la antibioticoterapia si se inició la administración de antibióticos.
- Continúe el tratamiento de la causa del shock.

3.0 — Sangrado vaginal abundante

Por lo general, se espera observar cierta cantidad de sangrado vaginal en las mujeres que reciben APA. No obstante, el sangrado excesivo es una complicación grave. Es también la complicación más frecuente que presentan estas pacientes. Es fundamental controlar la pérdida de sangre, y cualquier demora en el tratamiento para reponer los líquidos corporales o el volumen sanguíneo puede ser mortal para la mujer.

3.1 — Signos y síntomas de un sangrado vaginal abundante

- sangrado vaginal abundante color rojo vivo, con o sin coágulos
- toallas sanitarias, sábanas o ropa empapadas en sangre
- palidez de las conjuntivas o en la parte interna de los párpados, alrededor de la boca, las palmas de las manos o las puntas de los dedos
- mareos o síncope
- cambios considerables en los signos vitales
- disminución del flujo de eliminación urinaria

3.2 — Causas de un sangrado vaginal abundante

- aborto inevitable o incompleto
- lesión del aparato reproductivo (desgarros de la vagina, cervix, útero) y/o de los órganos intraabdominales (intestinos, vejiga, vasos sanguíneos)
- aborto diferido (o aborto retenido)
- embarazo molar
- embarazo ectópico

La retención de restos ovulares (aborto incompleto) o la lesión de la vagina, del cuello uterino, del útero o de otro órgano interno son causas probables de un sangrado vaginal abundante. Estas lesiones podrían revelar que la paciente o una tercera persona intentaron interrumpir el embarazo. En ese caso, es posible que la mujer presente una infección debido al uso de métodos inseguros, y que necesite antibióticos.

Un aborto diferido también puede causar sangrado abundante, al igual que una perforación o desgarro durante un aborto practicado en condiciones adecuadas.

Aunque estos accidentes rara vez ocurren, requieren cuidados inmediatos. Un embarazo molar, el cual es una condición anormal del embarazo, también puede causar un sangrado vaginal abundante, sobre todo en caso de tentativa de intervención.

3.3 — Manejo de un sangrado vaginal abundante

Durante la evaluación y el tratamiento de un sangrado vaginal abundante, se debe monitorear de cerca la presión arterial y la frecuencia cardíaca de la paciente, dado que en cualquier momento puede presentarse un shock resultante de la pérdida sanguínea. (Para mayor información, ver el *Apéndice B: Manejo de un sangrado vaginal abundante*.)

3.4 — Tratamiento inicial de un sangrado vaginal abundante

Medidas universales:

- Monitoree los signos vitales.
- Verifique la permeabilidad de la vía respiratoria.
- Evalúe la pérdida sanguínea basándose en los siguientes parámetros:
 - presión arterial
 - frecuencia cardíaca
 - flujo de eliminación urinaria
 - cantidad de sangre presente en las sábanas, la ropa o las compresas
 - cifras de hematocrito y hemoglobina, si los exámenes de laboratorio son posibles.
- No administre nada por vía oral (a menos que no se disponga de vía IV y ésta sea la única opción).

Administración de oxígeno:

- Asegúrese de que la vía respiratoria se encuentre permeable; administre oxígeno a razón de 6 a 8 litros por minuto utilizando una máscara o cánula nasal.

Administración de líquidos:

- Administre líquidos por vía IV, si es posible.
 - Inicie una o dos venoclisis utilizando una aguja o catéter de diámetro grande (calibre 16, o el tamaño más grande posible).
 - Administre los líquidos (lactato de Ringer o solución salina isotónica) por vía IV a un goteo inicial de 1 litro cada 15 a 20 minutos; puede que se necesiten de 1 a 3 litros o más de líquidos administrados a ese goteo para estabilizar a una paciente que ha perdido mucha sangre.
 - Administre 2 litros durante la primera hora.
 - Evite utilizar substitutos del plasma (dextrán).
- Monitoree los líquidos administrados y eliminados; si se dispone de una, coloque una sonda de Foley para medir con exactitud el flujo de eliminación urinaria.
- Tome una muestra de orina y mida el flujo de eliminación urinaria.

- Observe si la orina parece estar concentrada (color oscuro) o si la cantidad está muy reducida (lo cual indica poca o ninguna eliminación urinaria).
- Si el flujo de eliminación urinaria es menor de 50 mL por hora, una insuficiencia renal es posible
- Determine la necesidad de una transfusión sanguínea.
 - Si la hemoglobina es de 5g/100 mL o menos o el hematocrito es de 15% o menos, la vida de la paciente corre peligro y requiere una transfusión sanguínea. (Ver el *Apéndice C: Transfusión de sangre*.)
 - Aunque una transfusión sanguínea puede salvar la vida de la mujer, se deben sopesar los riesgos de transmisión de VIH o de hepatitis.
 - Monitoree y anote el volumen de sangre administrado cuando se monitoreen los líquidos administrados y eliminados.

Administración de medicamentos:

- En los casos en que se presentan signos y síntomas de sepsis, administre antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa (IV) o intramuscular (IM).
 - Tienen acción contra la clamidia y los microorganismos anaerobios, gram-negativos o gram-positivos. (Ver el *Apéndice C: Administración de antibióticos* de la sección *Evaluación y plan de tratamiento*.)
- Para el manejo del dolor, administre medicamentos por vía IV o IM. (Ver el módulo *Procedimiento de evacuación endouterina* para mayor información.)

Exámenes de laboratorio:

- Tome muestras de sangre para determinar la cifra de hemoglobina, pruebas cruzadas para determinar la compatibilidad sanguínea y pruebas de coagulación. Si no se dispone de un laboratorio, no aplase el tratamiento.

Otras medidas:

- Una vez que el estado de la paciente lo permita, elimine todo RO presente a la entrada del orificio cervical, pero no practique un examen pélvico en este momento. La eliminación de este tejido a veces permite la contracción del útero, lo cual disminuye considerablemente el sangrado.

***Si el servicio no puede administrar líquidos por vía IV o efectuar una evacuación endouterina, prepare a la paciente para remisión inmediata; antes de la remisión:**

- Administre uterotónicos.
- Practique un masaje uterino: coloque una mano limpia con guante en la vagina y la otra mano en el fondo uterino; masajee vigorosamente el útero entre las dos manos.

3.5 — Tratamiento definitivo de un sangrado vaginal abundante

Si la paciente está sangrando en varios lugares y el sangrado no cesa con facilidad, realice la evaluación pertinente para determinar si presenta una coagulación intravascular diseminada (CID).

Una vez que la paciente se encuentre estable, trate la causa del sangrado con prontitud.

Si la causa es una retención de RO, practique una evacuación endouterina lo antes posible; esto podría detener la hemorragia.

Si la causa del sangrado es un aborto diferido, se debe efectuar una evacuación endouterina lo antes posible.

Asimismo, la evacuación endouterina es el tratamiento recomendado para un embarazo molar. En este caso, prepare tres aspiradores, dado que el contenido uterino es copioso; es importante realizar la evacuación endouterina rápidamente. Para ayudar a detener el sangrado durante el procedimiento, administre un agente uterotónico, tal como la oxitocina, a una concentración de 20 unidades en 1 litro de líquidos por vía IV a razón de 60 gotas por minuto.

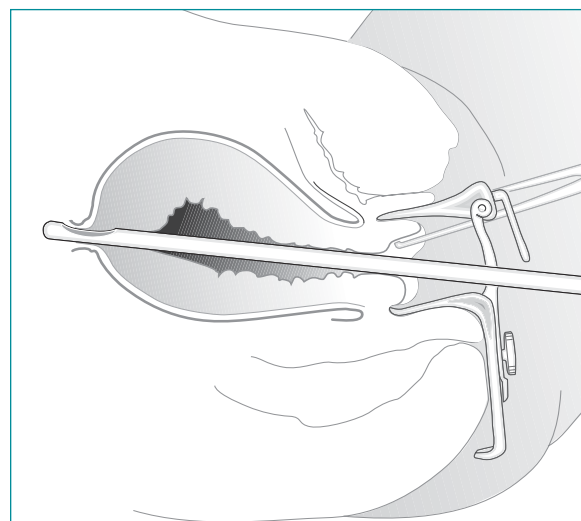
Desgarros cervicales

En caso de laceración vaginal o cervical:

- Limpie el cuello uterino, y luego la vagina, con un antiséptico
- Use petidina y diazepam por vía IV administradas lentamente (mezcladas en diferentes jeringas) o ketamina para efectuar la reparación de las lesiones extensas. Para reparar la mayoría de las lesiones cervicales, no se requiere una anestesia general. Para aminorar las molestias de la paciente, se puede aplicar un anestésico local, como la lidocaína, al tejido alrededor de la lesión.
- Pida a un ayudante que masajee el útero y ejerza presión sobre el fondo uterino.
- Sujete el cuello uterino delicadamente con pinzas de falsos gérmenes o de anillo; aplique las pinzas en ambos lados de la lesión y hale delicadamente en diversas direcciones para inspeccionar todo el cuello uterino, dado que podría haber varios desgarros.
- Cierre la lesión con una sutura continua con catgut cromado 0 o una sutura poliglicólica comenzando desde el vértice o punto superior del desgarro.
 - Si el vértice es difícil de alcanzar y ligar, a veces es posible sujetarlo con pinzas vasculares o pinzas de anillo.
 - Deje las pinzas en el sitio durante 4 horas, sin tratar de ligar los puntos que sangran, dado que esto podría aumentar el sangrado.
- Abra las pinzas parcialmente después de 4 horas, pero no las retire.
- Retire las pinzas completamente después de otras 4 horas.
- Repare mediante una laparotomía todo desgarro que se haya extendido mucho más allá de la cúpula vaginal.

Perforación uterina

La perforación uterina encontrada como complicación en una mujer que acude a un centro de APA, suele ser el resultado de un aborto inducido en condiciones de riesgo. Dicha complicación puede poner en peligro la vida de la mujer, y se requiere un manejo rápido, dado que el riesgo de infección y de lesión de otros órganos abdominales o pélvicos es elevado. Durante la evaluación inicial, el personal clínico debe sospechar una perforación uterina si la mujer tiene antecedentes de un aborto practicado en condiciones inadecuadas y si se presenta uno de los siguientes síntomas:



Perforación uterina

- frecuencia cardíaca rápida (110 o más latidos por minuto)
- disminución de la presión arterial (la presión diastólica es menor a 60)
- sangrado abundante
- dolor intenso
- infección

Una perforación uterina puede implicar un sangrado profuso, y la sangre puede acumularse en el abdomen, con poco o ningún sangrado vaginal. Las perforaciones de gran tamaño no se cierran espontáneamente; por tanto, la lesión debe ser reparada mediante una intervención quirúrgica.

Rara vez ocurre una perforación uterina durante el procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU). En dichos casos, el desgarro resultante es muy pequeño. Si la complicación es detectada rápidamente y tratada con las medidas adecuadas, por lo general, no es necesaria una laparotomía, dado que la contracción del útero después de la evacuación endouterina suele cerrar la abertura y detener el sangrado.

Durante el procedimiento de AMEU, es evidente que el útero ha sido perforado si se observa tejido adiposo, intestino o epiplón en los restos obtenidos con la aspiración. Se debe sospechar una perforación uterina en todos los casos siguientes:

- aumento repentino del sangrado durante el procedimiento
- penetración de un instrumento más allá de la altura uterina calculada
- disminución del vacío de la jeringa mientras que la cánula se encuentra dentro de la cavidad uterina
- sangrado abundante persistente una vez que se desocupa la cavidad uterina
- aumento repentino del dolor de la paciente

El manejo de esta complicación depende, por un lado, de la etapa de la evacuación endouterina en el momento en que se descubre la perforación y, por otro lado, de la capacidad del establecimiento de salud. En muchos casos, se requiere un traslado rápido a un hospital de remisión.

Si la perforación se descubre una vez que se ha concluido la evacuación endouterina:

- Inicie la administración de líquidos y antibióticos por vía IV.
- Administre ergometrina (0.2 mg por vía IM), repita según sea necesario hasta tres dosis. (La ergometrina debe emplearse con precaución si la paciente es hipertensa.)
- Monitoree de cerca durante 2 horas; verifique con frecuencia los signos vitales y la pérdida sanguínea; haga arreglos para una posible remisión.

Si la paciente permanece estable y el sangrado disminuye, administre ergometrina (0.2 mg por vía oral o IM cada 8 horas) y continúe la observación hasta el día siguiente. Si el estado de la paciente empeora y el sangrado no cesa después de administrarse una dosis más elevada de oxitocina o ergometrina, puede que sea necesario practicar una laparoscopia o laparotomía para localizar y

reparar la fuente del sangrado. Si no es posible realizar una intervención quirúrgica, remita a la paciente a un nivel de atención superior.

Si la perforación se descubre antes de concluirse la evacuación endouterina:

- Inicie la administración de líquidos y antibióticos por vía IV. Verifique el hematocrito y haga arreglos para administrar una transfusión de sangre o un expansor del volumen plasmático, si es necesario.
- Concluya la evacuación endouterina bajo control visual directo (laparoscopia o laparotomía) para evaluar el daño y para evitar lesión de los órganos abdominales como los intestinos. Si el establecimiento de salud no se encuentra equipado para dicho examen, remita a la paciente a un hospital de nivel superior.
- Repare los tejidos afectados, según sea necesario, efectuando una mini-laparotomía.
 - Asegúrese de que los intestinos estén intactos y de que no haya lesión de otros órganos abdominales.
 - Si el cuello uterino está demasiado lesionado o si la perforación uterina es muy extensa, puede que sea necesario efectuar una histerectomía.

Después de la cirugía:

- Administre agentes uterotónicos (salvo después de una histerectomía) y observe los signos vitales por lo menos cada 15 minutos durante 2 horas.
- Traslade a la paciente a un hospital de remisión si su estado empeora.

3.6 — Tratamiento continuado de un sangrado vaginal abundante

Una vez tratada(s) la(s) causa(s) del sangrado, se debe monitorear continuamente los signos vitales, el flujo de eliminación urinaria y la reposición de líquidos de la paciente. El tratamiento debe ajustarse según el estado de la paciente.

Para mayor información sobre el esquema de administración de antibióticos, ver el *Apéndice C: Administración de antibióticos* de la sección *Evaluación y plan de tratamiento*.

4.0 — Sepsis

La infección es frecuente en muchas mujeres que acuden a los centros de APA y puede ser una amenaza para la vida de éstas. Se debe intervenir con prontitud para estabilizar su estado y tratar la causa de la infección, en algunos casos para preservar la vida de la paciente.

4.1 — Signos y síntomas de sepsis

Se debe sospechar una infección localizada o generalizada si una paciente presenta los siguientes signos y síntomas:

- fiebre superior a 38° C, con escalofríos y sudoración
- secreción vaginal o cervical fétida
- dolor en la parte inferior del abdomen, con o sin signo de rebote
- sangrado prolongado
- dolor intenso o dolor a la palpación del cuello uterino, del útero o de los anexos durante el examen pélvico

- antecedentes de aborto espontáneo o de aborto practicado en condiciones de riesgo
- presencia de cuerpos extraños en la vagina
- DIU en su lugar

Si se sospecha infección, determine el riesgo de shock séptico resultante de la infección generalizada. Este riesgo es importante si:

- El aborto ocurrió después de 14 semanas de gestación;
- La temperatura de la paciente es muy alta (más de 38.5° C) o muy baja (menos de 36.5° C);
- Existen signos de lesión intraabdominal o de shock (disminución de la presión arterial y aumento de la frecuencia cardíaca)

4.2 — Causas de una sepsis

Cuando ocurre una sepsis en los casos de APA, ésta suele ser la consecuencia de un aborto incompleto o practicado en condiciones de riesgo. La infección puede ocurrir después de un procedimiento de evacuación endouterina si no se siguen las prácticas de prevención de infección o si ya había una infección pélvica en el momento del tratamiento. Una infección pélvica localizada puede generalizarse rápidamente (septicemia o sepsis) y llevar a un shock séptico, el cual podría tener consecuencias mortales.

Si la paciente tiene fiebre peligrosamente elevada, se deben considerar las siguientes posibles causas, que pueden ocurrir simultáneamente:

- aborto séptico: aborto incompleto con retención de restos ovulares infectados
- lesiones sépticas a los órganos intraabdominales

4.3 — Manejo de infección/sepsis

El manejo varía según la gravedad y causa de la infección. Si una infección inicialmente localizada se generaliza, ésta puede amenazar la vida de la paciente y requerir su hospitalización. El shock como resultado de sepsis (shock séptico) requiere atención médica intensiva de inmediato en un establecimiento de nivel superior.

Una infección localizada puede ser manejada sin hospitalización con administración inmediata de antibióticos de amplio espectro (por vía IV o IM), que tienen efecto contra la clamidia, los microorganismos anaerobios y los gram-negativos o gram-positivos. (Para mayor información, ver el *Apéndice C: Administración de antibióticos* de la sección *Evaluación y plan de tratamiento*.) Las mujeres inmunodeprimidas, incluidas las mujeres que se sabe son portadoras del VIH, podrían necesitar un tratamiento más agresivo de la infección. (Para mayor información, ver el *Apéndice D: Manejo de la sepsis*.)

4.4 — Tratamiento inicial de la infección generalizada o shock séptico

Medidas universales:

- Monitoree los signos vitales.
- Verifique la permeabilidad de la vía respiratoria.
- No administre nada por vía oral, sino por vía IV (a menos que no se disponga de vía IV y sea la única alternativa).

Administración de oxígeno:

- Asegúrese de que la vía respiratoria se encuentre permeable; administre oxígeno con una máscara o cánula nasal, a razón de 6 a 8 litros por minuto.

Administración de líquidos:

- Administre líquidos por vía IV si el estado de la paciente empeora.
 - Administre rápidamente los líquidos por vía IV (lactato de Ringer o solución salina isotónica) a un goteo inicial de 1 litro en 15 a 20 minutos, teniendo en cuenta que la estabilización de una paciente con shock séptico puede requerir varios litros de líquidos.
- Monitoree los líquidos administrados y eliminados.

Administración de medicamentos:

- Administre inmediatamente, por vía IV o IM, antibióticos de amplio espectro hasta que la fiebre no se vuelva a presentar durante un período de por lo menos 48 horas.
 - Antes de todo tratamiento antibiótico, tome muestras de sangre, orina y pus para realizar cultivos en el laboratorio.
 - Los resultados de los hemocultivos se demoran varios días, pero deben utilizarse para realizar una antibioticoterapia con base a ellos.
 - Administre 2 g de ampicilina por vía IV cada 6 horas más 5 mg por kg de peso corporal de gentamicina, por vía IV, cada 24 horas más 500 mg de metronidazol por vía IV cada 8 horas.
- Administre toxoide tetánico y antitoxina tetánica si la paciente experimentó un aborto en condiciones de riesgo y se ignoran sus antecedentes de vacunación antitetánica.

Exámenes de laboratorio:

- Tome muestras de sangre para determinar cifras de hemoglobina, realizar pruebas cruzadas de compatibilidad sanguínea y pruebas de coagulación. Si el centro de salud no dispone de un laboratorio clínico, no aplase el tratamiento.
- Tome radiografías abdominales: con la paciente acostada para la detección de aire en el abdomen (lesión de los órganos) o de gas en los tejidos (gangrena gaseosa); o con la paciente de pie para la detección de aire debajo del diafragma (perforación uterina o intestinal).

4.5 — Tratamiento definitivo de una infección generalizada o de un shock séptico

Dado que la causa de la infección debe ser eliminada y que esta causa suele ser un aborto séptico resultante de la retención de restos ovulares, la evacuación endouterina, por lo general, es una parte esencial del tratamiento. Tan pronto se establezca el estado de la paciente, se debe efectuar la evacuación endouterina. Si es posible, administre antibióticos antes del procedimiento. Si la mujer tiene un DIU en su lugar, éste se debe retirar antes de iniciar la antibioticoterapia.

Una lesión intraabdominal séptica puede ir acompañada de un absceso pélvico, peritonitis, gangrena gaseosa o tétanos, y a veces de un aborto séptico. Posiblemente sea necesario efectuar una intervención quirúrgica para reparar de

forma definitiva una lesión intraabdominal, o drenar un absceso pélvico o una peritonitis. En los casos de retención de restos ovulares, se puede efectuar una evacuación endouterina en el momento de realizar la laparotomía, si el estado de la paciente lo permite.

Si la paciente está sangrando en varios lugares y el sangrado no cesa con facilidad, se debe proceder a evaluar a la paciente para determinar si existe una coagulación intravascular diseminada (CID).

Para el manejo de una gangrena gaseosa y de casos activos de tétanos, se debe remitir a la paciente a un hospital que pueda proporcionarle cuidados especializados.

Para mayor información, vea el módulo *Procedimiento de evacuación endouterina*.

4.6 — Tratamiento continuado de una infección generalizada o de un shock séptico

Durante el tratamiento de las causas de la infección, el prestador de servicios de salud debe continuar monitoreando los signos vitales, el flujo de eliminación urinaria y la reposición de líquidos, y debe ajustar el tratamiento de apoyo (oxígeno, antibióticos y otros medicamentos) conforme al estado de la paciente.

5.0 — Lesión intraabdominal

El dolor abdominal es un síntoma común de muchas mujeres que reciben tratamiento de APA. No obstante, cuando este dolor es muy intenso, se debe determinar si la paciente presenta una lesión de los órganos abdominales, tales como el cuello uterino, el útero, la vagina o los intestinos.

5.1 — Signos y síntomas de una lesión intraabdominal

- distensión abdominal, dolores y cólicos intensos
- dolor a la palpación abdominal, signo de rebote positivo
- dolor a la movilización del cuello uterino
- abdomen tenso y duro (abdomen en tabla)
- dolor en el hombro
- náuseas y vómito
- fiebre mayor de 38° C
- sangrado vaginal y/o sangrado interno
- disminución de los ruidos intestinales

Si la paciente presenta alguno de estos síntomas, así como signos de shock (hipotensión arterial, frecuencia cardíaca acelerada y respiración acelerada), se debe pensar en la posibilidad de una hemorragia intraabdominal. Es posible que la paciente tenga una lesión intraabdominal y que sea necesario operarla de inmediato. Tal es el caso, por ejemplo, de la ruptura de un embarazo ectópico.

5.2 — Causas de una lesión intraabdominal

Las laceraciones cervicales y las perforaciones uterinas figuran entre las lesiones frecuentemente observadas después de un aborto practicado en condiciones de riesgo. La instrumentación inadecuada causa también lesiones vesicales o

intestinales. La mayoría de estas lesiones son el resultado de una interrupción de embarazo intentada por la mujer o por una persona no calificada, pero dichos accidentes también pueden ocurrir durante un tratamiento adecuado efectuado por personal calificado. Otra causa posible de una lesión intraabdominal es la ruptura de un embarazo ectópico.

5.3 — Manejo de una lesión intraabdominal

El manejo adecuado de una lesión intraabdominal puede salvarle la vida a la mujer. (Para mayor información, ver el *Apéndice E: Manejo de una lesión intraabdominal*.)

Conforme al órgano afectado y al tipo de lesión, el manejo varía desde una simple observación hasta una laparotomía para reparar los tejidos desgarrados o perforados. Idealmente, se debe estabilizar a la paciente antes de toda intervención quirúrgica. Si se trata de un aborto incompleto, se debe efectuar una evacuación endouterina además de la intervención quirúrgica para reparar las lesiones intraabdominales. También es posible que la mujer presente una infección y necesite que se le administren antibióticos.

5.4 — Tratamiento inicial de una lesión intraabdominal

- Monitoree los signos vitales.
- Eleve las piernas de la mujer o los pies de la cama.
- Asegúrese de que la vía respiratoria se encuentre permeable; administre oxígeno con una máscara o cánula nasal a razón de 6 a 8 litros por minuto.
- No administre nada por vía oral (salvo si es imposible utilizar una vía IV).
- Si es posible, administre líquidos por vía IV inmediatamente.
 - Administre rápidamente los líquidos (lactato de Ringer o solución salina isotónica) por vía IV a un goteo inicial de 1 litro en un lapso de 15 a 20 minutos, teniendo en cuenta que la estabilización de una paciente en estado de shock o que ha perdido mucha sangre puede requerir 3 litros o más de líquidos administrados a este goteo.
- Tome muestras de sangre para determinar la cifra de hemoglobina, y realizar pruebas cruzadas de compatibilidad sanguínea y pruebas de coagulación. Si el establecimiento de salud no dispone de un laboratorio, no aplase el tratamiento.
- Determine la necesidad de una transfusión sanguínea.
 - Si la hemoglobina es de 5 g/100 ml o menos, o si el hematocrito es de 15% o menos, la vida de la mujer corre peligro y es necesaria una transfusión de sangre (Ver el *Apéndice C: Transfusión de Sangre*).
 - Aunque una transfusión sanguínea puede salvar la vida de la paciente, se deben sopesar cuidadosamente los riesgos de transmisión de VIH o de hepatitis.
 - Cuando monitoree los líquidos administrados, monitoree y registre el volumen de sangre administrado.
- En caso de signos o síntomas de sepsis, administre antibióticos de amplio espectro por vía IV o IM. (Ver el *Apéndice C: Administración de antibióticos de la sección Evaluación y plan de tratamiento*.)

- Si se trata de un aborto practicado en condiciones de riesgo y se ignoran los antecedentes de vacunación antitetánica, administre toxoide tetánico y antitoxina para proteger a la paciente contra el tétanos.
- Administre analgesia por vía IV o IM para el manejo del dolor.
- Tome radiografías abdominales: con la mujer de pie para la detección de aire en la cavidad abdominal (lo cual indica una perforación uterina, intestinal o vesical).
- Si no se dispone de los recursos para efectuar una laparotomía, prepare a la paciente para su traslado después del tratamiento inicial.
- Antes de efectuar la evacuación endouterina, se debe estabilizar a la paciente. Si el estado de la paciente lo permite, se puede efectuar el procedimiento de evacuación endouterina simultáneamente con la laparotomía.

5.5 — Tratamiento definitivo de una lesión intraabdominal

Los siguientes signos podrían ser indicios de una urgencia y podrían requerir una laparotomía inmediata:

- Abdomen tenso y duro (abdomen en tabla)
- Dolor abdominal agudo e hipotensión persistente o shock que no se puede estabilizar ni aun con la administración IV de hasta 3 litros de solución isotónica o de lactato de Ringer
- Radiografía abdominal que muestra la presencia de aire o de gas en la cavidad peritoneal
- Peritonitis, perforación uterina, lesión intestinal, lesión intraabdominal o ruptura de un embarazo ectópico
 - Puede que sea necesario drenar el abdomen, reparar o extraer el tejido lesionado
 - En casos extremos, puede que sea necesario efectuar una histerectomía.

Si una evacuación endouterina está indicada, ésta puede ser efectuada después del tratamiento de la lesión intraabdominal. Si se sospecha una lesión pero el estado de la paciente es estable, la evacuación endouterina puede realizarse en la misma oportunidad.

5.6 — Tratamiento posterior de una lesión intraabdominal

Después del tratamiento de la lesión intraabdominal y, si es apropiado, de la evacuación endouterina, monitoree los signos vitales, el flujo de eliminación urinaria y los líquidos administrados, y ajuste el tratamiento de apoyo (oxígeno, antibióticos y otros medicamentos) conforme al estado de la paciente.

6.0 — Remisión a otros servicios de salud

Es necesario que el personal de salud se encuentre preparado las 24 horas del día para trasladar a la paciente de urgencia a otro servicio de salud. Cada establecimiento de salud debe contar con un plan de remisión. Dicho protocolo debe haber sido redactado cuidadosamente para guiar a la mujer por todos los niveles jerárquicos, desde la comunidad donde ella vive hasta el establecimiento de nivel superior que pueda atenderla adecuadamente. La rapidez de los sistemas de comunicación y de los medios de transporte de la paciente dentro del establecimiento de salud y entre establecimientos es un factor esencial. (Ver el

Apéndice A: Ejemplos de los formularios de remisión de la sección Evaluación y plan de tratamiento.)

7.0 — Cuidados postoperatorios

Los cuidados postoperatorios de una paciente tratada por complicaciones del aborto en un establecimiento de salud deben incluir lo siguiente:

- Monitoreo y apoyo psicológico centrado en las necesidades médicas y determinado por la naturaleza de sus complicaciones
- Discusión de su estado, de los medicamentos, de los métodos anticonceptivos y de los cuidados de seguimiento indispensables
- Consejería sobre el impacto de las complicaciones y de su tratamiento en la vida de la paciente (por ejemplo, consecuencias de una histerectomía o de una operación después de una perforación intestinal)
- Discusión de la evolución probable de su estado, de los posibles signos de alerta, así como de las medidas que se deben tomar y lo que se debe evitar en caso de urgencia.
- Suministro de materiales escritos o ilustrados sobre su situación médica.

Para mayor información, ver los módulos *Cuidados postoperatorios*, *Cuidados de seguimiento*, *Consejería* y *Servicios de anticoncepción*.

8.0 — Resumen

- Antes del tratamiento de otras complicaciones, se debe, en primer lugar, realizar una evaluación rápida del estado de la paciente y tratar inmediatamente toda urgencia (como un shock), y, en segundo lugar, efectuar una evaluación clínica completa.
- Entre las complicaciones graves postaborto figuran: el shock, el sangrado vaginal abundante, la sepsis y la lesión intraabdominal.
- Entre las pacientes que reciben APA, un shock suele ser el resultado de una pérdida importante de sangre, de una sepsis o de una lesión intraabdominal.
- Si el establecimiento de salud no dispone de los líquidos necesarios para la administración por vía intravenosa o de otros suministros vitales, será necesario trasladar a la paciente a un establecimiento de salud mejor equipado.
- En caso de shock, se debe estabilizar a la paciente de inmediato; y después, se debe determinar su causa y tratarla.
- La infección es una complicación frecuente del postaborto, que puede amenazar la vida de la mujer y requiere un tratamiento rápido.
- Después de una complicación del aborto, se debe monitorear de cerca el estado de la paciente, informarle del seguimiento necesario y proporcionarle consejería sobre las consecuencias médicas y psicológicas de dicha complicación.
- Un sangrado vaginal abundante suele ser causado por la retención de restos ovulares o por un trauma del cuello uterino o del útero, tal como una perforación uterina.
- Un dolor abdominal intenso puede ser indicio de una lesión cervical, uterina, vaginal o intestinal.

- Las infecciones y las lesiones intraabdominales, tales como una perforación uterina o una laceración cervical, suelen ser la consecuencia de un aborto practicado en condiciones de riesgo.
- Un sangrado vaginal abundante se evidencia por los siguientes signos: pérdida de sangre de color rojo brillante; toallas sanitarias, toallas, ropa o sábanas empapadas en sangre; palidez de las conjuntivas (interior de los párpados), de la boca, de las palmas de las manos o de las puntas de los dedos; mareos; y desmayos.
- Después del tratamiento inmediato de las complicaciones que amenazan la vida de una mujer en el período postaborto, la evacuación endouterina es una parte esencial del tratamiento de un sangrado vaginal abundante, de una sepsis o de una lesión intraabdominal.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

- Los administradores de los establecimientos de salud pueden capacitar a las mujeres en las comunidades locales para que sirvan de trabajadoras de salud capaces de educar al resto de la comunidad, de ayudar a las comunidades a movilizar los recursos para ofrecer servicios de transporte urgente, de remitir a las mujeres a servicios de salud competentes y de proporcionarles seguimiento después de su tratamiento.
- Los prestadores de servicios de salud pueden colaborar estrechamente con los trabajadores de salud comunitarios para educar a las mujeres y su familia sobre los signos y síntomas de las complicaciones del aborto, así como los servicios de salud con capacidad de prestar atención médica urgente.
- Los establecimientos de salud que reciben un número elevado de pacientes con complicaciones de aborto pueden informar a los líderes comunitarios acerca de dicha situación, incitarlos a crear mayor conciencia entre los miembros de la comunidad, e incluso intentar determinar las causas subyacentes de las complicaciones.
- Los establecimientos de salud que atienden a un número elevado de mujeres con ciertas complicaciones pueden pensar en modificar sus protocolos para aumentar los esfuerzos de prevención, tal como la administración rutinaria de antibióticos profilácticos para una evacuación endouterina o el suministro de anticoncepción de emergencia a cada paciente que recibe APA.

Bibliografía

Copeland, Larry J. 1993. Gestational trophoblastic neoplasia. En Copeland, Larry J., redactor. *Textbook of gynecology*. Filadelfia, W.B. Saunders.

Creinin, Mitchell, Jill Schwartz, Richard Guido y Helen Pymar. 2001. Early pregnancy failure — Current management concepts. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 56(2):105-13.

Gutiérrez, Miguel, Suellen Miller y Cathy Solter. 2000. Manual vacuum aspiration (MVA) for treatment of incomplete abortion. *Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum, module 11*. Watertown, MA, Pathfinder International.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1994. *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Maternal Health and Safe Motherhood Program, Division of Family Health, Ginebra, OMS. (OMS/FHE/MSM/94.1).

-----, 1995. *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra, OMS.

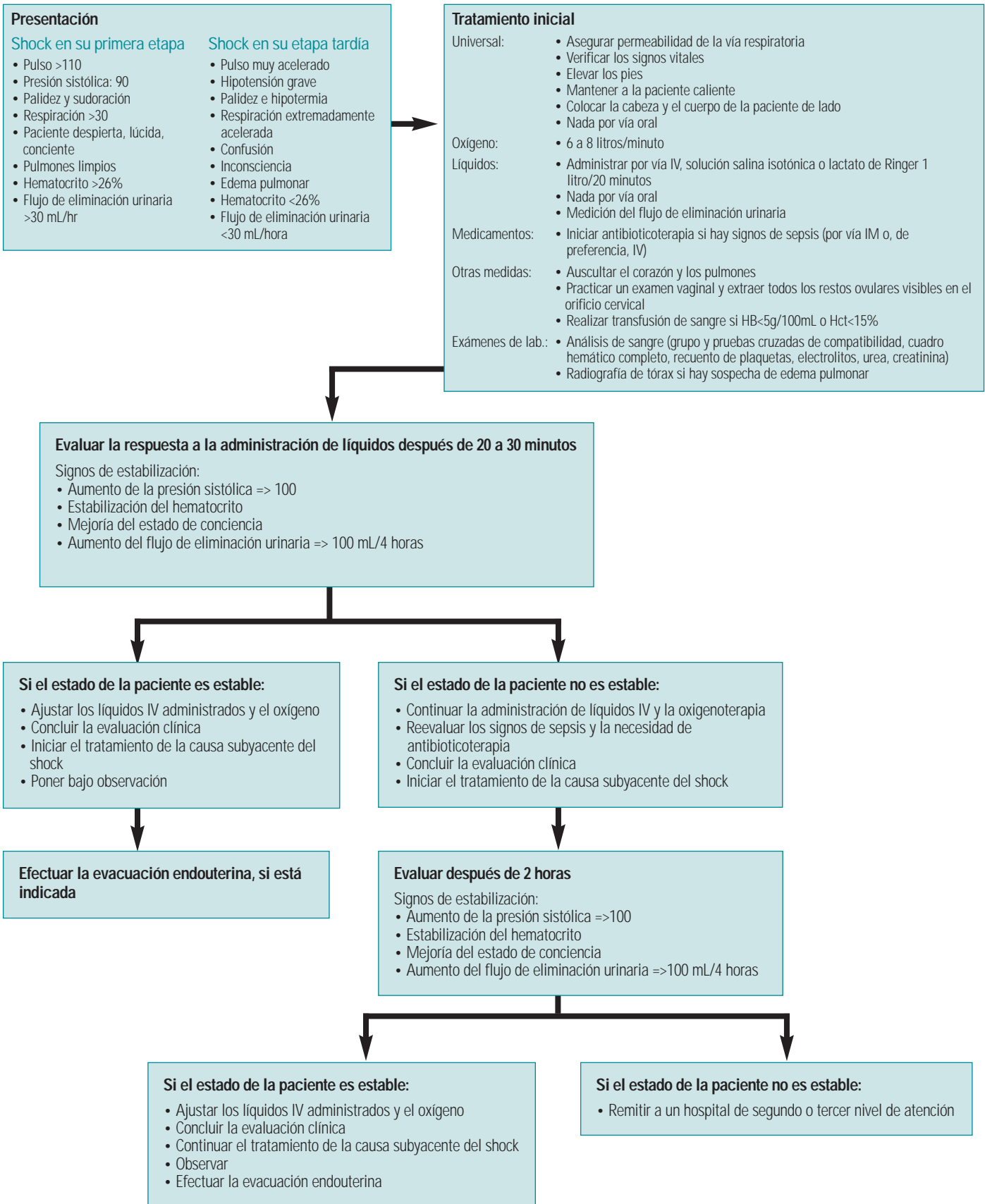
-----, 2000. *Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Ginebra, OMS.

Winkler, Judith, Elizabeth Oliveras y Noel McIntosh, redactores. 1995. *La atención postaborto: Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención*. EE.UU., Consorcio de Atención Postaborto.

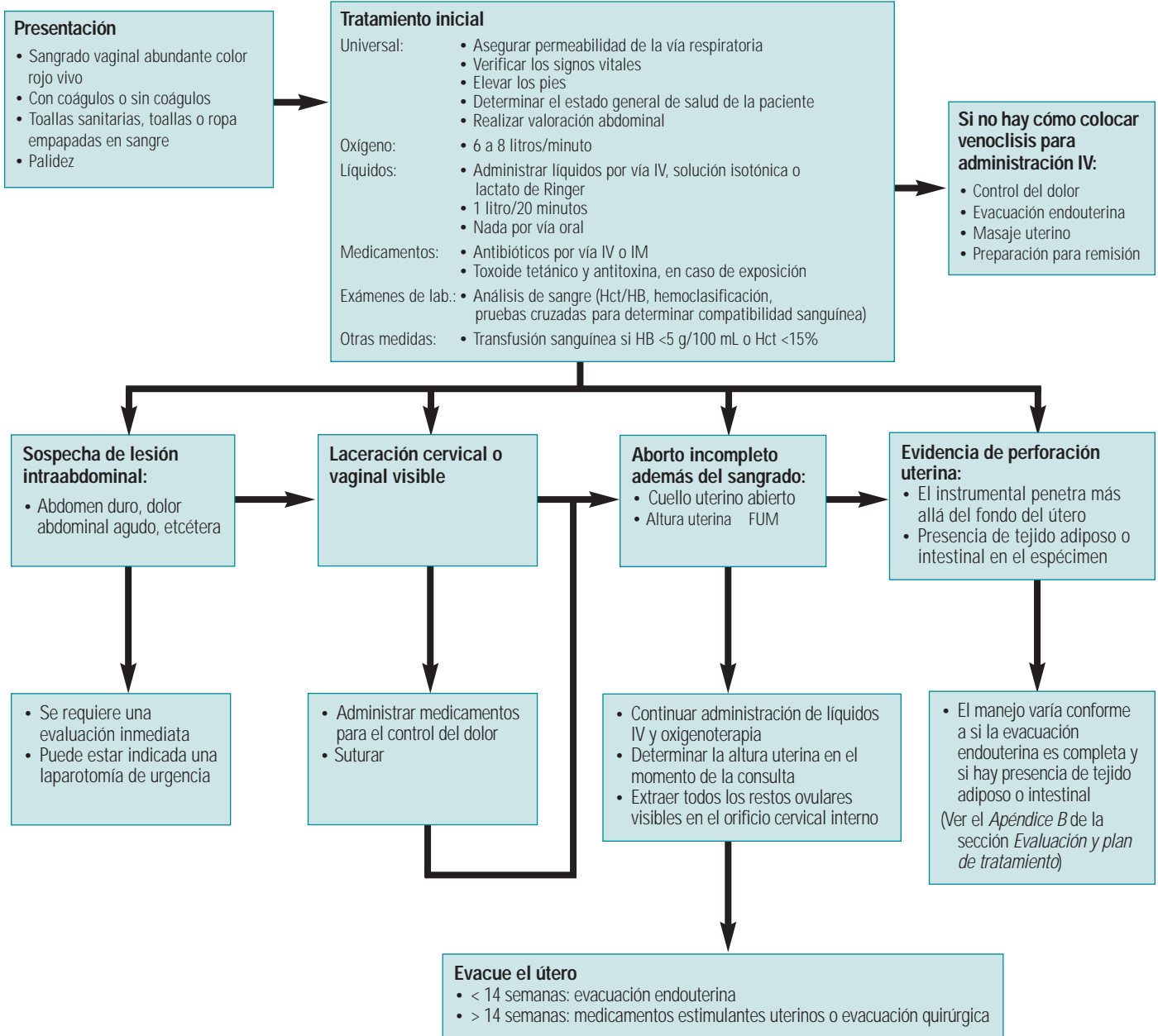
Winkler, Judith y Sarah Verbiest. 1997. Providing postabortion care services. *Reproductive health training for primary providers: A sourcebook for curriculum development, module 5*. Chapel Hill, Carolina del Norte, INTRAH.

Yordy, Laura, Ann Hogan Leonard y Judith Winkler. 1993. *Guía práctica para la aspiración manual endouterina*. Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.

Apéndice A: Manejo del shock



Apéndice B: Manejo de un sangrado vaginal abundante

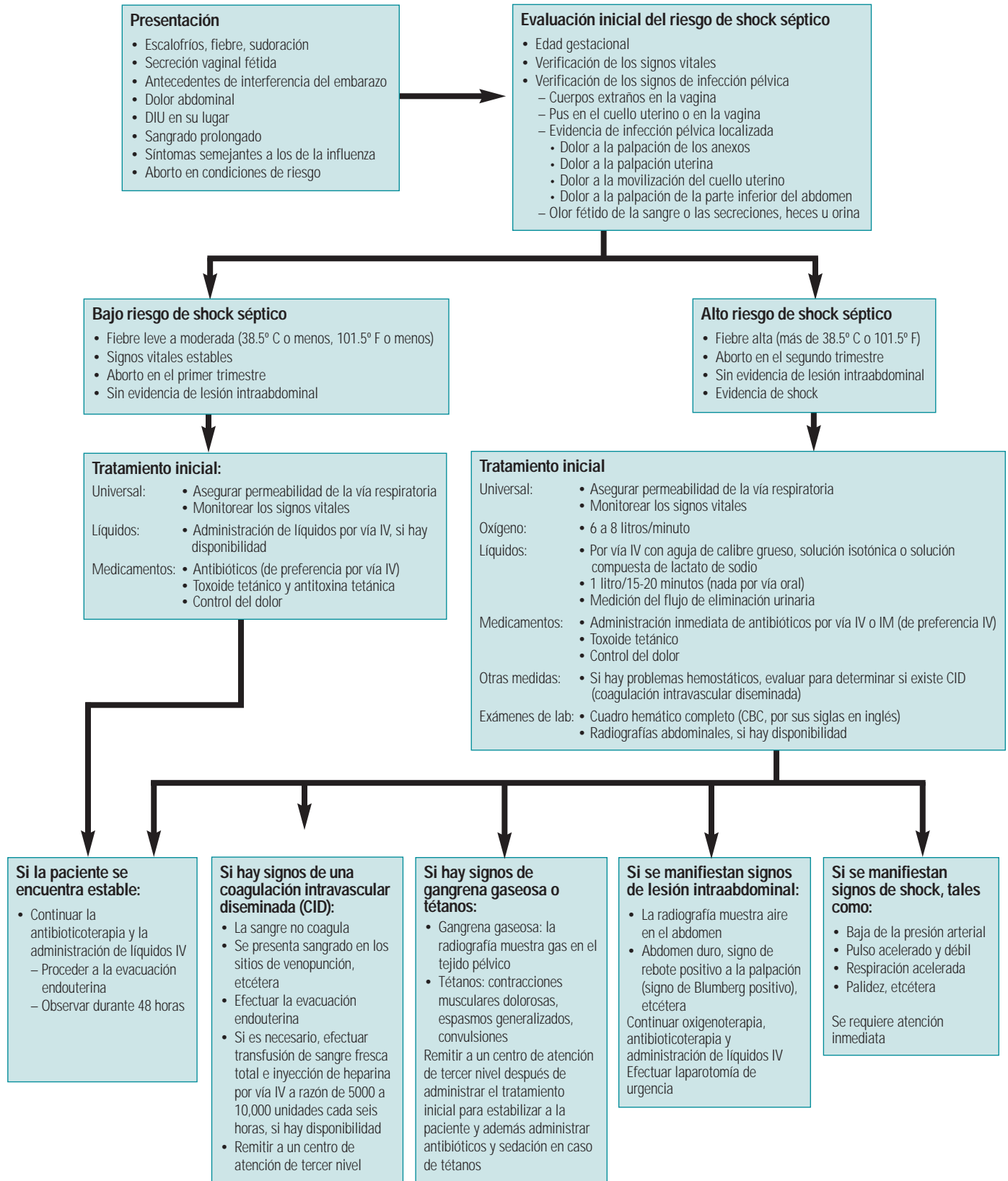


*La aspiración endouterina es el método preferido para la evacuación endouterina.

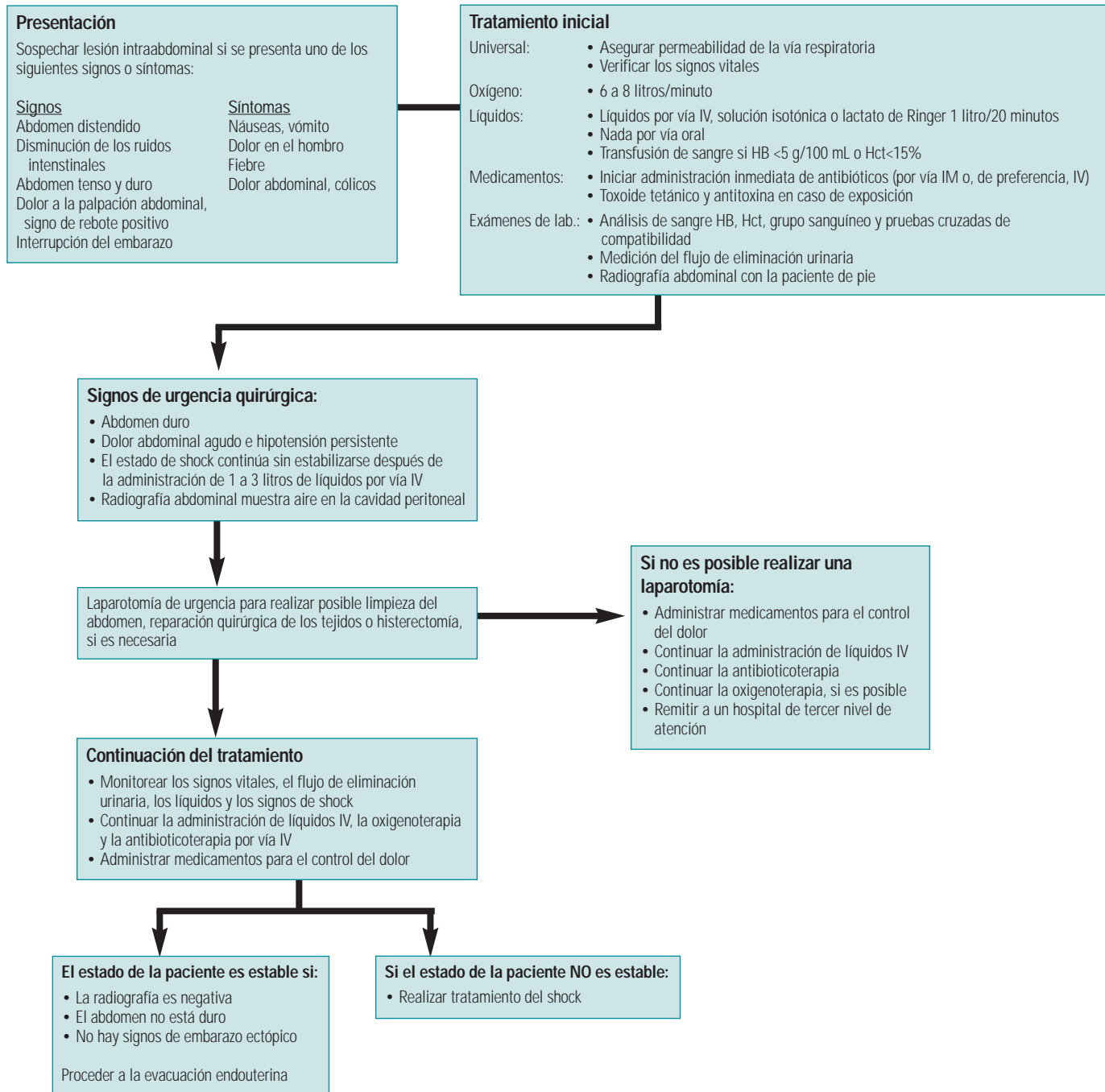
Apéndice C: Transfusión de sangre

Si los valores de la hemoglobina o del hematocrito son inferiores a 5 g/100 ml o a 15%, respectivamente, la vida de la paciente se encuentra en peligro y es necesario realizar una transfusión de sangre. Podría requerirse una reposición de líquidos por vía intravenosa y la remisión de la paciente a un establecimiento de salud donde existan los recursos para realizar la transfusión sanguínea. Para compensar la pérdida aguda de sangre, es preferible usar una administración intravenosa de solución salina normal, y de expansores plasmáticos o de volumen en vez de sangre. Las transfusiones de sangre deben utilizarse de manera selectiva con el fin de disminuir el riesgo de transmisión de agentes infecciosos tales como la hepatitis o el VIH, y deben reservarse para la mujer que presente concomitantemente un valor bajo de hemoglobina y síntomas de pérdida aguda de sangre o de anemia grave.

Apéndice D: Manejo de la sepsis



Apéndice E: Manejo de una lesión intraabdominal



Monitoreo para mejorar los servicios

Temas clave en este módulo:

- *Sistemas de monitoreo eficaz*
- *Uso de datos de monitoreo para mejorar los servicios*
- *Pasos para establecer un sistema de monitoreo para la APA*

1.0 — Introducción

No importa cuán baja sea su casuística o cuán alta sea su calidad, todo establecimiento de salud se beneficia de un monitoreo rutinario. Gracias al monitoreo, los servicios de salud alcanzan y mantienen un nivel de calidad satisfactorio tanto para las pacientes como para los prestadores de servicios de salud. En este módulo se proporcionan algunas directrices básicas para realizar el monitoreo de los servicios, incluidas las características clave de los sistemas de monitoreo eficaz, los pasos básicos de dicho monitoreo y ejemplos de los elementos de la prestación de servicios de atención postaborto (APA) que deben evaluarse de manera rutinaria mediante un proceso de monitoreo.

2.0 — Definición e importancia del monitoreo

El monitoreo, o el seguimiento rutinario de los servicios, es una forma de utilizar la información con el fin de establecer las fortalezas y debilidades de los servicios de salud y de proporcionar una retroalimentación para lograr un mejoramiento continuo de la calidad. Al proporcionar a los profesionales y administradores de la salud la información sobre la calidad de sus servicios, el monitoreo les permitirá ver las áreas en las que sus servicios son más eficaces, así como dónde se deben mejorar los servicios. El monitoreo también proporciona información de cuáles directrices y políticas de prestación de servicios tienen un efecto negativo sobre los servicios, y ayudan a los profesionales de la salud a abogar por que se efectúen cambios en dichas directrices y políticas.

El monitoreo no es necesariamente costoso, difícil o complicado. No requiere diseñar sistemas de monitoreo sofisticados. Se puede simplemente utilizar los sistemas rutinarios de recopilación de información ya establecidos o con ligeras modificaciones, tales como los libros de registro, las estadísticas de los servicios y las historias clínicas de las pacientes, para reunir la información para el monitoreo. Con pocos esfuerzos y herramientas sencillas, los prestadores de servicios de salud pueden llevar a cabo investigaciones periódicas sobre diversos aspectos de la prestación de servicios o sobre la satisfacción de las pacientes, que tal vez no serían abordados mediante una recopilación rutinaria de información.

El monitoreo es un método de evaluación tanto de la calidad de la atención que reciben las pacientes como del ambiente en que trabajan los prestadores de servicios de salud. Asimismo, proporciona a los trabajadores de salud la

El monitoreo es una forma de:

- Evaluar las fortalezas y debilidades de los servicios
- Formular y ejecutar un plan de acción para fortalecer las áreas de servicios que necesitan mejorar
- Reevaluar los servicios para garantizar que los cambios realizados tengan los resultados deseados

El monitoreo de la calidad de los servicios es una estrategia eficaz para determinar si los derechos de las pacientes están siendo respetados en los lugares donde se presta atención postaborto. Al definir y monitorear la calidad de la atención, se debe recordar que:

Las pacientes tienen derecho a:

- información clara
- acceso a los servicios
- aceptación o rechazo de un plan de tratamiento o de un método anticonceptivo
- servicios seguros y de alta calidad
- privacidad y confidencialidad
- dignidad, comodidad y libre expresión de sus opiniones
- oferta continua de suministros y servicios

Los prestadores de servicios necesitan:

- suministros adecuados y un ambiente de trabajo eficaz
- gestión y supervisión de alta calidad
- información y capacitación claras
- respeto de sus colegas, de sus pacientes y de la comunidad
- retroalimentación y motivación

(Adaptado de Huezco y Díaz, 1993)

información fundamental sobre el volumen de los servicios, y datos de cómo estos servicios están siendo prestados y recibidos por las pacientes. El monitoreo frecuente de los servicios y el ajuste de los servicios de conformidad con los resultados son elementos esenciales para garantizar que las pacientes reciban servicios de alta calidad y para que los profesionales de la salud cuenten con los recursos que necesitan para prestar una atención de alta calidad.

El monitoreo no es un evento que se efectúa una sola vez; es un proceso continuo. Depende del uso de herramientas sencillas para evaluar los mismos servicios en diferentes momentos. Los resultados obtenidos de la “serie temporal” suministran una visión general amplia de cómo cambian los servicios con el tiempo. Esta información les permite tanto a los prestadores de servicios de salud como a los administradores de dichos servicios identificar las áreas problemáticas, hacer los ajustes necesarios a los servicios y después verificar si dichos ajustes han tenido los efectos deseados. Este proceso continuo de evaluación, ajuste y reevaluación de los servicios debe repetirse mientras existan los mismos.

El monitoreo debe efectuarse en establecimientos de salud tanto del sector público como del privado. En los establecimientos de salud más grandes, por lo general, los directores y administradores son los que realizan las actividades de monitoreo. En los establecimientos más pequeños, a veces es necesario que los prestadores de servicios de salud se encarguen de iniciar y llevar a cabo dichas actividades. Las fuentes de información para el monitoreo, así como el número y la complejidad de las actividades de monitoreo, pueden variar según la disponibilidad de personal y recursos. En cada establecimiento de salud, el sistema de monitoreo debe ser sencillo y fácil de utilizar, y debe proporcionar a los prestadores de servicios la información pertinente.

En el siguiente cuadro se exponen ejemplos concisos de monitoreo que pueden efectuarse en los establecimientos de salud sin la necesidad de recopilar información compleja o de utilizar herramientas de análisis. Estos ejemplos muestran que el monitoreo funciona mejor cuando se lleva a cabo a lo largo de determinado período de tiempo, con evaluaciones continuas y planes de mejoramiento actualizados. En la realidad, estos planes serían mucho más específicos que los que se proporcionan aquí. Deben precisar el nombre de las personas encargadas, dónde, cuándo y cómo se deben realizar los pasos.

Meta	Datos de monitoreo	Datos recolectados	Plan de mejoramiento
Brindar tratamiento a las pacientes dentro de las dos horas siguientes a su llegada al establecimiento de salud.	El tiempo de espera de la paciente para recibir tratamiento es de tres horas en promedio.	Comparado con los datos del año anterior, el tiempo de espera de la paciente aumentó en 30 minutos.	Modernizar el procedimiento de ingreso para disminuir el tiempo de espera de la paciente.
Asegurar que los productos químicos esenciales para una desinfección de alto nivel (DAN) del instrumental se encuentren disponibles el 100% del tiempo.	Dichos productos están disponibles el 70% del tiempo. La entrega de estos químicos a menudo se demora de una a tres semanas.	Al compararse con los datos de los seis meses anteriores, la disponibilidad de los químicos para el procesamiento del instrumental aumentó en un 10%.	Aunque un aumento en la disponibilidad es positivo, la meta es una disponibilidad de un 100%. Cambiar el procedimiento administrativo para pedir dichos químicos realizándolo mucho antes de que se acaben los suministros, a fin de asegurar que haya una existencia adecuada pese a los retrasos en las entregas.

3.0 — Principios de un sistema de monitoreo eficaz

Para lograr eficacia máxima, el monitoreo debe...

...integrarse a las tareas rutinarias

Los sistemas de monitoreo más eficaces integran la recopilación de información a las tareas rutinarias del establecimiento. Cuando esta recopilación les impone demasiadas formalidades a los prestadores de servicios, el proceso se vuelve algo tedioso y consume gran parte de su tiempo. En vez de crear herramientas especiales para la recolección de datos, la información reunida para fines de monitoreo debe ser recopilada de fuentes ya existentes, tales como los libros de registros y las estadísticas de los servicios.

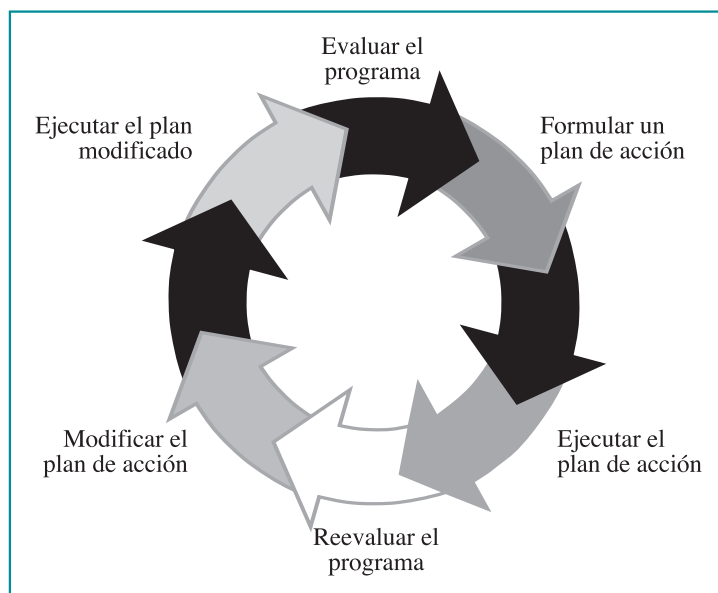
...utilizar indicadores sencillos

Los establecimientos de salud suelen cometer el error de tratar de recopilar demasiada información, o información demasiado compleja. Los prestadores de servicios de salud deben evitar recopilar información que nunca se utilizará o que no puede ser analizada en el establecimiento de salud. Es preferible utilizar unos pocos indicadores sencillos y bien escogidos, que proporcionarán valiosos datos sobre los servicios prestados.

...hacer participe al personal en un ambiente abierto

Los profesionales y administradores de los establecimientos de salud deben colaborar juntos para definir la calidad y monitorear los servicios. Cuando el proceso de monitoreo verdaderamente incluye a todos los miembros del personal de salud, es más probable que ellos desarrollen un sentido de pertenencia de los resultados obtenidos, así como de los procesos de mejoramiento.

Al involucrar al personal en el proceso de definir los criterios de calidad, se sensibilizan mejor a las expectativas con respecto al desempeño de sus tareas. Al



El monitoreo es un proceso continuo

compartir los resultados de los esfuerzos de monitoreo con el personal de salud, se les muestran las formas en que los servicios que prestan son eficaces y cuáles aspectos de estos servicios deben mejorarse. Asimismo, al invitarlos a contribuir a la formulación de los planes de mejoramiento, se previenen directamente de los cambios que afectarán su trabajo y se facilita su participación a favor de dichos cambios.



El monitoreo incluye a todos los miembros del personal de salud

...respetar ciertas reglas de ética

Todos los esfuerzos de monitoreo deben realizarse de manera respetuosa tanto hacia las pacientes como hacia los prestadores de servicios de salud. La privacidad y confidencialidad de las pacientes debe respetarse en todo momento. Ninguna paciente debe sentirse presionada a participar en los esfuerzos de monitoreo. Se debe obtener el consentimiento informado antes de entrevistar a las pacientes o de llevar a cabo cualquier interacción entre el prestador de servicios de salud y la paciente.

...abstenerse de acciones punitivas

A fin de que el monitoreo sea lo más eficaz posible, debe ser un proceso libre de prejuicios y de acciones punitivas. El monitoreo gana eficacia cuando los integrantes del equipo de prestación de servicios se automonitorean y la información reunida es utilizada como base para recompensar y otorgar reconocimiento a los mejores empleados.

4.0 — Las cuatro etapas de un monitoreo eficaz de programas

Un monitoreo eficaz comprende cuatro etapas básicas: planificación, recopilación de información, análisis y formulación de un plan de acción.

4.1 — Planificación

La fase de planificación implica el establecimiento de normas de calidad, la selección de métodos de recopilación de información y de indicadores de esas normas, y el disponer del personal y apoyo administrativo necesarios para el monitoreo. Antes de iniciar la recolección de datos, formule un plan de monitoreo que especifique cómo éstos serán recolectados, compartidos y analizados. Es importante dirigirse a todos los directores, administradores y prestadores de servicios de salud que se verán afectados por el proceso, con el fin de obtener su respaldo.

Se debe seleccionar un líder de monitoreo o un equipo de monitoreo y capacitarlo para reunir, analizar y compartir la información. Con la participación activa del personal y los administradores, el personal debe determinar los aspectos de los servicios a ser monitoreados. Basándose en las normas de desempeño de tareas, el personal podrá establecer criterios para medir los servicios actuales y crear listas de verificación y otras herramientas para guiar el proceso de observaciones, entrevistas y revisión de los documentos del establecimiento de salud. Las listas de verificación deben incluir las características y los procesos esenciales para la prestación de atención de alta calidad, tal como la disponibilidad de suministros, el uso de técnicas médicas preferidas y los aspectos esenciales de la consejería. (Para mayor información, ver el *Apéndice C: Ejemplo de una lista de verificación para efectuar la observación.*)

Uso de los indicadores

Los indicadores son parámetros cuantitativos que permiten medir diversos aspectos de los servicios. Sirven de barómetro a partir de los cuales se pueden evaluar las

actividades o los procesos cualitativos más complejos. A continuación se presentan algunos ejemplos de los indicadores para los que se deben recolectar datos:

- Número y tipo de procedimientos efectuados
- Altura uterina aproximada (en semanas a partir de la FUM) para cada procedimiento efectuado
- Número y tipo de complicaciones
- Número y porcentaje de mujeres que desean usar un método anticonceptivo
- Número y porcentaje de mujeres que desean usar un método anticonceptivo y reciben tal método
- Número de mujeres remitidas a otros servicios de salud
- Número y porcentaje de mujeres sometidas a pruebas de detección sistemática del VIH
- Número y porcentaje de mujeres sometidas a pruebas de detección sistemática de una ITS
- Edad de la paciente

El siguiente cuadro contiene los aspectos de los servicios de APA que podrían ser monitoreados. Los indicadores y fuentes de información enumerados deben ser considerados como ejemplos y no como una lista detallada. Las fuentes y los métodos de recolección pueden variar entre establecimientos de salud, según el tipo de información regularmente recopilada y de la manera en que es registrada. Las preguntas expuestas en el cuadro son ejemplos de lo que podría incluirse en las listas de verificación, en los cuestionarios o en las entrevistas.

4.2 — Recopilación de información

La recopilación de información es el proceso por el cual se obtienen los datos sobre los servicios. Una vez que las herramientas (listas de verificación, etcétera) necesarias para realizar las observaciones, las entrevistas y la revisión de los documentos internos del establecimiento de salud estén listas, el equipo de monitoreo puede iniciar la recopilación de información. Las personas encargadas del monitoreo deben utilizar dichas herramientas para evaluar periódicamente no sólo las fuentes de información existentes, sino también ciertos otros aspectos de los servicios, como la calidad de la atención.

Los establecimientos de salud tanto del sector público como del privado utilizan rutinariamente herramientas tales como los libros de registro, las historias clínicas de las pacientes y los libros de control de suministros, para recopilar información. Estos datos pueden ser examinados periódicamente para proporcionar información sobre los aspectos importantes de los servicios de salud. Con la ayuda de indicadores clave y de las listas de verificación, el equipo de monitoreo puede revisar estas fuentes de información en fechas predeterminadas. Al evaluar de manera habitual los aspectos rutinarios de los servicios de APA, los establecimientos de salud podrán detectar las tendencias que los ayudarán a crear planes de mejoramiento.

Los establecimientos que pertenecen a un sistema de salud tienen la obligación de recopilar información sobre los servicios que prestan y de transmitirla a una sede administrativa central. La información recopilada para estos grupos puede ser analizada y compartida con los trabajadores de salud en cada establecimiento. El análisis local de estos datos evita la duplicación de esfuerzos de monitoreo y

El plan de monitoreo debe especificar los siguientes puntos:

- los integrantes del equipo de monitoreo
- los aspectos de los servicios a ser monitoreados
- las normas del desempeño de tareas
- las fuentes de información para el monitoreo, tales como los libros de registro con estadísticas de los servicios y las historias clínicas de las pacientes
- los métodos para reunir información, tales como entrevistas, grupos focales, revisión de registros y observación
- las herramientas que se utilizarán para guiar la recopilación de información, incluidas las listas de verificación y los formularios de consentimiento de las pacientes (Para mayor información, ver el *Apéndice A: Formulario de consentimiento por escrito: Entrevista* y el *Apéndice B: Formulario de consentimiento por escrito: Observación*.)
- un plan para compartir los resultados con el personal y hacer ajustes a los servicios, si es necesario
- un cronograma para el monitoreo, que precise las actividades y personas responsables de su realización

Tipos de servicios: ¿Qué servicios deben ser monitoreados?	Indicadores: ¿Qué parámetros utilizaremos para medir nuestras actividades?	Fuentes de información: ¿Dónde podemos obtener esta información?	Listas de verificación, cuestionarios y entrevistas efectuadas en el momento del egreso: ¿Qué tipo de preguntas debemos hacer?
Evaluación y plan de tratamiento	Porcentaje de casos en que las pacientes fueron evaluadas inmediatamente para diagnosticar un posible shock	Observación de los servicios utilizando las listas de verificación del desempeño de tareas del personal de salud	¿Fueron evaluadas las pacientes al llegar al establecimiento de salud para determinar la presencia de shock?
Gestión y organización de los servicios	Tiempo promedio de permanencia de las pacientes que reciben atención postaborto, en el establecimiento de salud Tiempo promedio desde la llegada hasta la práctica del procedimiento Horas de disponibilidad de los servicios de APA	Revisión de los documentos financieros de la clínica y de los registros de inventario o del personal Observación y evaluación del flujo de pacientes Revisión de las historias clínicas de las pacientes y entrevistas con el personal	¿Durante qué horas del día es más largo el tiempo de espera de las pacientes?
Consejería	Número y porcentaje de pacientes que reciben consejería	Observación de los servicios de consejería utilizando las listas de verificación del desempeño de tareas Revisión de casos recientes de APA en los libros de registro Uso de formularios de cuestionarios para pacientes ficticias	¿Fueron remitidas a otros servicios correspondientes las pacientes con necesidades especiales?
Consejería y servicios de anticoncepción	Número y tipos de anticonceptivos distribuidos a las pacientes en el establecimiento Número y porcentaje de pacientes que recibieron consejería anticonceptiva Número y porcentaje de pacientes que desearon usar un método anticonceptivo y en efecto lo recibieron	Observación de la consejería utilizando las listas de verificación Entrevistas con las pacientes antes de su egreso del establecimiento de salud Revisión de los casos recientes de APA en los libros de registro	¿Qué tan bien fue aconsejada la paciente acerca de los métodos anticonceptivos disponibles? ¿La paciente dejó el establecimiento de salud con la información o el método deseado? ¿Tuvo que ir a otro establecimiento de salud para recibir un método anticonceptivo?
Satisfacción de las pacientes	Porcentaje de pacientes que creen que los precios de la clínica son razonables	Entrevistas con las pacientes antes de su egreso del establecimiento de salud	¿Cree usted que el precio que pagó por los servicios es razonable?

además, tiene el beneficio adicional de cerrar el “bucle de retroalimentación”. Los trabajadores de salud que se encargan de recolectar los datos, por lo general, no son informados acerca de las conclusiones que se obtienen a partir de ellos. Dicha falta de información puede tener un efecto desmoralizante, ya que los prestadores de servicios de salud pueden sentirse tratados no como colaboradores del proceso sino como objetos del monitoreo. Aunque cada establecimiento de salud a menudo no tiene ninguna certeza de recibir los resultados de estos esfuerzos de monitoreo externos, ellos mismos pueden analizar los datos y compartir sus propios resultados con sus empleados completando así el “bucle de retroalimentación”.

Existen ciertos aspectos importantes de los servicios que no pueden medirse utilizando las herramientas rutinarias de recolección de datos. Los mencionados aspectos son la calidad de los servicios clínicos, la calidad de la interacción entre las pacientes y los prestadores de servicios y la satisfacción de las pacientes. Además de examinar las fuentes existentes, es necesario realizar investigaciones periódicas detalladas para estudiar estos aspectos de la prestación de servicios. Para ello, las personas encargadas del monitoreo deben emplear las entrevistas con las pacientes y la observación de los procesos realizados con las pacientes.

Antes de realizar una entrevista o una observación, se debe obtener el consentimiento de la paciente. Al inicio de cada sesión, la persona responsable del monitoreo debe presentarse, explicarle a la mujer los motivos de la observación o de la entrevista, y pedirle permiso para continuar. Si la paciente se niega a dar su consentimiento, se debe respetar su voluntad y no insistir. (Para mayor información, ver el *Apéndice A: Formulario de consentimiento por escrito: Entrevista* y el *Apéndice B: Formulario de consentimiento por escrito: Observación*.)

Las personas a cargo del monitoreo deben garantizar que se guarde el debido respeto a la privacidad y confidencialidad de las pacientes durante todo el proceso de entrevista y observación. El nombre de las pacientes y los datos que permiten identificarlas no deben incluirse en los formularios utilizados para la recolección de datos.

4.3 — Análisis

El análisis de los datos del monitoreo implica recopilar y analizar los resultados del proceso de monitoreo con el fin de determinar las áreas problemáticas subyacentes, formular un plan de mejoramiento y evaluar el progreso logrado. El objetivo es identificar los problemas más urgentes para poder estudiarlos más a fondo y formular y ejecutar un plan de acción para resolverlos. La revisión de los resultados del monitoreo es una oportunidad para que el grupo ventile abiertamente las fortalezas y debilidades del establecimiento de salud.

El análisis de datos cuantitativos implica su tabulación y análisis estadístico. Los datos cualitativos, tales como aquellos recolectados durante las entrevistas, pueden utilizarse para complementar los datos cuantitativos. Por ejemplo, mientras que la información cuantitativa puede revelar que las consultas de las pacientes son siempre más numerosas en cierto día de la semana; es posible que los datos cualitativos expliquen la razón por la cual se presenta este fenómeno. Estos últimos permiten análisis más detallados y también suministran información sobre aspectos de los servicios que no pueden estudiarse de manera cuantitativa.

Los datos recolectados durante el proceso de recopilación de información deben ser compilados de manera que cada integrante del equipo de monitoreo pueda

revisarlos. A partir de estos datos, el grupo estará en capacidad de detectar las áreas problemáticas y los motivos de preocupación, así como las áreas fuertes y la aptitud del establecimiento de salud.

Una vez que el grupo tenga un mejor conocimiento de los problemas existentes, podrá investigar más a fondo las causas subyacentes. Los participantes deben hacerse la siguiente pregunta: “¿Qué factores han contribuido a que estos problemas se presenten?” Es posible que las causas subyacentes de una deficiencia en los servicios de consejería residan en la falta de capacitación del personal, o en que la fase de recepción de las pacientes deje muy poco tiempo para la consejería. El problema se explica a veces por causas menos fáciles de discernir, por ejemplo, la creencia de que la consejería no es una parte importante del proceso de prestación de servicios.

Con frecuencia, el equipo de monitoreo encontrará que los problemas superficiales y sus causas subyacentes están interrelacionados. Esto es importante porque así el equipo de monitoreo puede desarrollar soluciones dirigidas a corregir varios de estos problemas a la vez. El equipo debe decidir cuáles son los problemas prioritarios que deben incluirse en el plan de mejoramiento.

4.4 — Uso de sus datos: formulación de un plan de acción

El plan de acción debe procurar corregir todos los problemas de calidad que hayan sido detectados durante el proceso de monitoreo. Una vez que las áreas problemáticas sean identificadas y evaluadas, el equipo de monitoreo podrá formular un plan de mejoramiento para tratar de resolverlas y mejorar la calidad de los servicios de APA. Primero, el equipo debe determinar qué problemas son los más fáciles de corregir, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Una vez que el equipo haya seleccionado los problemas que serán tratados en el plan de mejoramiento, se podrán formular posibles soluciones. Antes de escoger la solución más factible, se deben analizar cuidadosamente varias opciones de solución de cada problema. Se deben prever otras opciones en caso de que la solución inicial no proporcione los resultados esperados.

A fin de llevar a cabo las mejoras propuestas de manera eficaz y eficiente, el equipo debe especificar quién será responsable de ejecutar cada paso de la solución propuesta. En el plan por escrito deben incluirse todos los detalles de lo que implica dicha ejecución y cuándo, dónde y cómo será realizada. También se debe preparar un cronograma para la implementación y evaluación de las mejoras.

Posteriormente, el plan de mejoramiento y las estrategias de implementación deben ser discutidos con los empleados que no forman parte del equipo de monitoreo pero que tendrán una función directa en el proceso de implementación. Una vez que se haya informado a todas las personas que participarán en la aplicación de las soluciones propuestas, el equipo de monitoreo debe presentar sus conclusiones y soluciones propuestas a todo el personal. Ésta es la oportunidad de obtener retroalimentación del personal sobre el proceso de recopilación de información, así como sobre el plan de mejoramiento.

Es importante compartir los resultados positivos con el personal, tales como las áreas de fortaleza y aptitud y cualquier progreso que haya sido detectado.

Forma de pensar creativa

- Identifique los problemas que el equipo pueda tratar con eficacia, dados los recursos humanos y financieros disponibles.
- Determine las opciones posibles sin recursos suplementarios.
- Escoja problemas con soluciones factibles y oportunas.
- Concéntrese en máximo tres áreas problemáticas por ocasión. Lo ideal es corregir una o dos áreas problemáticas a la vez.
- Seleccione problemas que el equipo sea capaz de manejar.

Además, se deben reconocer los aportes del personal que han llevado a una mejor calidad de los servicios, de manera que los empleados puedan celebrar sus logros.

5.0 — Resumen

- El monitoreo puede utilizarse para lograr metas importantes: mejorar los servicios de salud y mejorar el ambiente en el cual trabajan los profesionales de la salud.
- El monitoreo funciona mejor cuando es sistemático y continuo: se utilizan los mismos instrumentos para medir los resultados periódicamente, a lo largo de toda la existencia de los servicios.
- El monitoreo debe integrarse a las tareas rutinarias del establecimiento de salud, utilizar indicadores sencillos, involucrar a todo el personal en un espíritu abierto y efectuarse de manera ética.
- El monitoreo no debe ser un proceso demasiado complejo o punitivo.
- Las cuatro etapas del monitoreo son: planificación, recopilación de información, análisis y formulación de un plan de acción.

Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios

- Los directores y prestadores de servicios del establecimiento de salud pueden involucrar a los miembros de la comunidad en el monitoreo de los servicios, capacitándolos para realizar encuestas sobre la satisfacción postoperatoria de las pacientes de manera confidencial, ya sea en la clínica o en la comunidad.
- Los establecimientos de salud pueden formar grupos asesores comunitarios capaces de colaborar en la evaluación de los servicios y de hacer recomendaciones para cambios o mejoras.
- El personal de los establecimientos de salud puede integrarse mejor a la comunidad si asiste a las reuniones municipales y a otros encuentros públicos con el fin de compartir los resultados de su monitoreo de los servicios y de anunciar las medidas tomadas para mejorarlos.

A continuación figuran algunos ejemplos de soluciones a los problemas con los servicios de APA...

- capacitación del personal en su lugar de trabajo
- reorganización de los servicios clínicos
- cambios en las horas de funcionamiento de la clínica
- cambios en la adquisición de suministros y en los sistemas de almacenamiento
- fortalecimiento de los sistemas de remisión

Bibliografía

Adamchak, Susan, Katherine Bond, Laurel MacLaren, Robert Magnani, Kristin Nelson y Judith Seltzer. 2000. *A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs*. Focus on Young Adults Tool Series 5, Junio de 2000. Washington, DC, FOCUS on Young Adults.

AVSC International. 1995. *COPE: Patient-oriented provider-efficient services*. Nueva York, AVSC International.

Bruce, Judith. 1990. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2).

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 1997. *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services*. Nueva York, UNICEF.

García-Núñez, José. 1992. *Improving family planning evaluation: A step-by-step guide for managers and evaluators*. West Hartford, CT, Kumarian Press.

Huezo, Carlos y Soledad Díaz. 1993. Quality of care in family planning: Clients' rights and providers' needs. *Advances in Contraception*, 9:129-39.

King, Timothy D.N., Mariana Abernathy y Charlotte Hord. 1998. *A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care*. DataPAC Core Questionnaire Series, Módulo 3. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

King, Timothy D.N., Janie Benson y Karen Stein. 1998. *A guide to using the general information questionnaire for postabortion care patients*. DataPAC Core Questionnaire Series, Módulo 1. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Leonard, Ann H. y Judith Winkler. 1991. Marco conceptual de calidad de atención para el tratamiento del aborto. *Adelantos en el Tratamiento del Aborto*, 1(1). Carrboro, Carolina del Norte, IPAS.

Management Sciences for Health. 1997. Using evaluation as a management tool. *The Family Planning Manager*, 6(1).

McInerney, Teresa, Traci L. Baird, Alyson G. Hyman y Amanda B. Huber. 2001. *A guide to providing abortion care*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Otsea, Karen, Janie Benson, Diana Measham, Margaret Thorley y Rosalinda Lidh. 1999 Monitoreo de la atención postaborto. *Recursos técnicos para la atención postaborto, Volumen 3*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Apéndice A: Formulario de consentimiento por escrito: Entrevista

Solicitud de entrevista con la paciente después de recibidos los servicios:

¡Hola! Me llamo _____, y trabajo con un equipo encargado de monitorear la calidad de los servicios. Deseamos mejorar los servicios ofrecidos en este establecimiento de salud y por tanto queremos saber cuáles son sus impresiones acerca de los servicios que acaba de recibir.

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que conversó con el personal del establecimiento y sobre el procedimiento que le acaban de efectuar. No anotaré su nombre en el formulario de recolección de datos. Todas las observaciones que usted haga se tratarán de manera estrictamente confidencial y se compartirán sólo con otros integrantes del equipo de monitoreo. Nadie podrá identificarla por medio de la información que recopilamos. Su participación es voluntaria y no está obligada a contestar preguntas que no desee contestar. Sus respuestas no cambiarán ni afectarán la atención médica o los servicios que recibirá hoy.

¿Tengo su permiso para continuar?

Sí, tiene mi permiso.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

Nombre del establecimiento de salud

Apéndice B: Formulario de consentimiento por escrito: Observación

Solicitud del consentimiento para observar a la paciente durante su tratamiento:

¡Hola! Me llamo _____, y trabajo con un equipo encargado de monitorear la calidad de los servicios. Nos gustaría observar el tratamiento que recibirá, con el fin de mejorar los servicios ofrecidos en este establecimiento de salud.

No anotaré su nombre en el formulario de recolección de datos. Todas las observaciones que yo anote se tratarán de manera estrictamente confidencial y se compartirán sólo con otros integrantes del equipo de monitoreo. Nadie podrá identificarla por medio de la información que recopilamos. Su participación es voluntaria y no está obligada a permitirme realizar esta observación. Si no desea participar, esto no afectará la atención médica o los servicios que recibirá hoy.

¿Tengo su permiso para continuar?

Sí, tiene mi permiso.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

Nombre del establecimiento de salud

Apéndice C: Ejemplo de una lista de verificación para efectuar la observación

Planificación familiar postaborto y otros servicios de salud reproductiva

Nombre del establecimiento de salud: _____ Fecha: _____

Nombre del recolector de datos: _____

Para rellenar esta lista de verificación:

- Haga una copia por separado de esta lista por cada lugar donde se prestan servicios de planificación familiar postaborto y consejería.
- Observe el área de tratamiento
- Observe por lo menos a una paciente en cada lugar durante la consejería anticonceptiva.
- Haga una copia por separado de la lista de verificación por cada paciente observada.
- Solicite a cada paciente permiso para observar su sesión antes de iniciar la observación. Si ella accede, pídale que firme el formulario de consentimiento (ver el *Apéndice B*). Si no accede, déle las gracias y solicite el consentimiento a otra paciente.

Nombre del lugar observado: _____ _____	Clasificación 1 = Deficiente o Rara vez/ Nunca 2 = Adecuado o a veces 3 = Muy bueno o rutinariamente / Siempre	Comentarios sobre los problemas o fortalezas hallados <i>¿Qué encontró usted? ¿Cuáles son las causas de los problemas o de las fortalezas?</i>
--	---	--

	1	2	3	
1. ¿Saludó el prestador de servicios a la paciente de manera amigable; hablándole directamente y presentándose?				
2. ¿Le preguntó el prestador de servicios de salud si éste era un buen momento para hablar sobre la anticoncepción?				
3. ¿Preguntó el prestador de servicios de salud acerca de los factores que llevaron al aborto incompleto? (Por ejemplo, si la paciente está usando un método anticonceptivo; si la respuesta es afirmativa, ¿cómo falló el método?)				
4. ¿Determinó el prestador de servicios de salud si era necesario repasar el tema de la reproducción humana con la paciente? Si sí, ¿explicó el tema de manera sencilla y en un tono servicial?				
5. ¿Determinó el prestador de servicios de salud si la paciente desea aplazar o evitar un futuro embarazo?				
6. ¿Conversó el prestador de servicios de salud con la paciente acerca de los métodos que son médicamente apropiados para tratar su situación clínica actual?				
7. ¿Tomó en cuenta el prestador de servicios de salud la situación personal de la paciente, así como cualquier consideración de sectores especiales de la población?				

	1	2	3	
8. ¿Conversó el prestador de servicios de salud con la paciente acerca de las posibles barreras a un uso exitoso de la anticoncepción y cómo encontrar formas de resolver o superar dichas barreras?				
9. ¿Habló el prestador de servicios de salud acerca de los métodos disponibles y accesibles a la paciente (incluido el reabastecimiento de suministros)?				
10. ¿Habló el prestador de servicios de salud con la paciente acerca de los métodos anticonceptivos apropiados para ella, así como sus características, efectos secundarios y dónde puede ir para conseguir un reabastecimiento, si es necesario?				
11. ¿Ayudó el prestador de servicios de salud a la paciente a decidir qué método escoger (sin tomar la decisión por ella)?				
12. ¿Explicó claramente el prestador de servicios de salud cómo funcionará el método que escogió la paciente y cómo debe utilizarse?				
13. Si fue necesario, ¿remitió el prestador de servicios de salud a la paciente a servicios comunitarios complementarios?				
14. ¿Demostró el prestador de servicios de salud habilidades de comunicación positiva? <ul style="list-style-type: none"> • centradas en la paciente • comunicación bidireccional • escucha activa • preguntas abiertas • comunicación no verbal apropiada • preguntas para aclaración 				
15. ¿Respetó el prestador de servicios de salud la confidencialidad y privacidad de la paciente?				
16. ¿Demostró el prestador de servicios de salud compasión y tranquilizó a la paciente?				
17. ¿Interactuó el prestador de servicios de salud con la paciente de una manera libre de prejuicios personales?				
18. ¿Proporcionó el prestador de servicios de salud información exacta?				
19. ¿Respondió el prestador de servicios de salud directa y francamente a la información proporcionada por la paciente? ¿Le contestó todas sus preguntas?				

Número total de puntos _____ (sume los totales de las columnas)

Anote toda fuente adicional de información utilizada para contestar las preguntas anteriores:

Si desea hacer comentarios adicionales, por favor anótelos a continuación:

Glosario

Aborto completo: Expulsión o extracción total de los restos ovulares (RO).

Aborto retenido (aborto frustrado, huevo muerto y retenido): Muerte fetal sin expulsión del feto.

Aborto incompleto: Expulsión de algunos pero no todos los RO; puede ser el resultado de un aborto espontáneo o de una extracción durante un intento de interrupción del embarazo.

Aborto inevitable: El embarazo no continuará y procederá a un aborto incompleto o a un aborto completo. La interrupción espontánea es inminente y no puede evitarse. El cuello uterino se encuentra abierto, aunque el embarazo aún se encuentra dentro del útero.

Aborto practicado en condiciones de riesgo (aborto inseguro): Aborto practicado ya sea por personas que no poseen las habilidades necesarias o en un ambiente que no cumple con los requisitos médicos mínimos, o ambas cosas.

Amenaza de aborto: Embarazo que es viable e intrauterino, donde el cuello uterino se encuentra cerrado y se presenta una pequeña cantidad de sangrado vaginal. El embarazo puede continuar o progresar a una pérdida del embarazo.

Apoyo emocional: Asistencia delicada y gentil realizada con el objeto de aminorar los temores o los sentimientos negativos de una persona. El apoyo emocional puede ser físico, tal como tomar la mano de la persona, o verbal, tal como utilizar palabras reconfortantes o alentadoras.

Apoyo verbal: Palabras gentiles y alentadoras para aminorar los temores o sentimientos negativos de una persona.

Atención postaborto (APA): Una serie de intervenciones médicas y afines ideadas para manejar las complicaciones de los abortos espontáneos e inducidos, tanto seguros como inseguros, y cubrir las necesidades de salud reproductiva de las mujeres.

Atención médica antes de la concepción: Tratamiento que recibe una mujer antes de intentar quedar embarazada, cuyo objetivo es hacerla a ella, a su embarazo y al recién nacido más saludables.

Barreras de protección personal: Batas, guantes, máscaras protectoras y otras prendas utilizadas para evitar la exposición a los patógenos.

Bucle de retroalimentación: Proceso mediante el cual el suministro de información sobre el resultado de un proceso o de una actividad estimula una respuesta que proporciona más información, más datos o una intervención.

Calidad de la atención: Grado de conformidad con los principios y las prácticas (normas) aceptadas, grado de aptitud para cubrir las necesidades de la paciente, y grado de logros en los resultados que se pueden alcanzar, conforme a la distribución o al uso adecuado de los recursos.

Consejería anticonceptiva: Hablar con la mujer y escuchar sus necesidades y deseos con respecto al embarazo, a fin de ayudarla a determinar si necesita un método anticonceptivo y, en caso de que lo necesite, escoger el método más acorde a su situación. También se le conoce como consejería sobre planificación familiar.

Consejería de pares: Consejería efectuada por aquellas personas que son consideradas iguales, en ciertas características, a la persona que está recibiendo consejería.

Consortio de Atención Postaborto: Grupo de organizaciones que trabajan a nivel internacional para informar a los prestadores de servicios de salud, a los formuladores de políticas y a las comunidades acerca del aborto practicado en condiciones de riesgo (o aborto inseguro) y su impacto, así como para promover la APA como una estrategia eficaz para disminuir en las mujeres el número de muertes y lesiones relacionadas con el aborto. Las organizaciones fundadoras del Consorcio de APA son: EngenderHealth, la Federación Internacional de Planificación de la Familia, IntraHealth, Ipas, JHPIEGO, Pathfinder International, el Center for Communication Programs de la Universidad Johns Hopkins, CONRAD, Family Care International, MotherCare, el Programa para una Tecnología Apropriadada en Salud (PATH, por sus siglas en inglés) y The Population Council.

Derecho humano: Todo derecho fundamental o libertad que tiene todo ser humano en cuyo ejercicio no debe interferir un gobierno.

Desinfección de alto nivel (DAN): Proceso por el cual se inactivan la mayoría (pero no todos) los microorganismos que causan enfermedades, y que se encuentran en los objetos inanimados. La desinfección de alto nivel por medio de la ebullición o del uso de ciertos químicos inactiva todos los microorganismos excepto algunas endósporas bacterianas.

Desinfibulación: Procedimiento médico por medio del cual a una mujer que ha sido infibulada se le restituye el orificio de la vagina.

Discapacidad cognitiva y de desarrollo: Entre las discapacidades cognitivas figuran el atraso mental y otras discapacidades de desarrollo, tales como el autismo, las enfermedades mentales graves y persistentes, las lesiones cerebrales traumáticas (TBIs, por sus siglas en inglés), los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad de Alzheimer. La discapacidad cognitiva conlleva un desempeño intelectual por debajo del promedio y limitaciones en el comportamiento de adaptación. Dichas discapacidades pueden surgir en cualquier momento.

Embarazo ectópico: Embarazo que se implanta por fuera de la cavidad uterina, por lo general en la trompa de Falopio. Estos embarazos ectópicos pueden romperse y llevar a una lesión o a la muerte de la mujer.

Embarazo molar: Embarazo en el que se observa una proliferación anormal de vellosidades coriónicas, con aspecto de uvas. También se llama "mola hidatiforme".

Endósporas: Bacterias con un revestimiento exterior duro, las cuales son difíciles de destruir.

Esterilización a vapor o autoclave: Cámara para realizar la esterilización a vapor bajo presión.

Esterilizar: Eliminación de bacterias, endósporas u otros microorganismos vivos.

Exámenes de rutina para lograr el bienestar de la mujer: Consultas realizadas con un prestador de servicios médicos con el objetivo de prevenir o detectar futuras enfermedades, así como de conservar el bienestar actual de la mujer.

Evaluación clínica completa: Información tomada por el prestador de servicios de salud, la cual incluye el examen físico de la paciente, la revisión de los antecedentes médicos y quirúrgicos de la paciente, una evaluación psicosocial, y la realización de exámenes de laboratorio y de radiología.

Evaluación psicosocial: Parte de la evaluación clínica completa, la evaluación psicosocial explora, por medio de una entrevista con la paciente, los aspectos pertinentes del trabajo, la vida familiar, la historia social y los planes futuros de esa persona, así como sus sentimientos con respecto a cualquiera de estos aspectos, por lo general en el contexto de su situación actual.

Género: Ideas y expectativas ampliamente compartidas con respecto a las identidades, las apariencias, los comportamientos y las funciones de las mujeres y de los hombres. Estas ideas y expectativas suelen variar de cultura a cultura y son moldeadas en gran medida por los valores de la sociedad.

Guantes de uso práctico: Guantes de caucho que se usan para la prevención de infecciones al limpiar las superficies, el equipo o el instrumental sucio.

Hematómetra aguda: Acumulación de sangre en la cavidad uterina que de vez en cuando ocurre después del procedimiento de evacuación endouterina.

Herramientas: Programas, formularios u otros elementos utilizados para determinar, evaluar o recopilar información.

Imagen retrospectiva: Una imagen mental recurrente e intensamente vívida o sensación física de una experiencia traumática.

Indicador: Una medida cuantitativa utilizada para monitorear cualquier aspecto de un proceso o de un resultado.

Infertilidad: En la mujer, la disminución en la capacidad, o la incapacidad, de concebir o dar a luz; en el hombre, la disminución en la capacidad, o la incapacidad, de fecundar a una mujer.

Infertilidad secundaria: Este término se emplea cuando una mujer que anteriormente tenía la capacidad de concebir no puede volver a hacerlo, independientemente del hecho de que haya llevado el primer embarazo a término.

Infibulación: También conocido como circuncisión faraónica en su forma más extrema, el procedimiento consiste en una clitoridectomía (extirpación parcial o

completa del clítoris), escisión (extirpación parcial o completa de los labios menores), e incisiones en los labios mayores para crear superficies cruentas, las cuales son suturadas o unidas para formar una cubierta sobre la abertura vaginal cuando cicatricen. Se deja un orificio pequeño para el paso de la orina y el flujo menstrual. En algunas formas menos convencionales de la infibulación, se extrae menos tejido, dejando una abertura más grande.

Instrumental punzo-cortante: Agujas u objetos puntiagudos que pueden penetrar la piel.

Limpieza del medioambiente: Entorno físico higiénico. Todos los elementos de un ambiente clínico, incluidas las pacientes, el instrumental y el equipo, deben mantenerse limpios y secos; los trabajadores de salud estarán en contacto con las superficies clínicas y las pacientes, lo cual puede contribuir a la propagación de infecciones.

Manejo del dolor: Uso de fármacos, apoyo psicológico y otros medios para aminorar la sensación y/o reacción de la paciente al dolor. Es más probable que las pacientes que tienen temor o ansiedad experimenten mayores niveles de dolor que las pacientes cuyos temores o inquietudes han sido mitigados.

Metas de fecundidad: Número de hijos que una mujer desea tener y el espaciamiento de esos hijos.

Métodos anticonceptivos de respaldo: Cualquier método anticonceptivo que se utiliza simultáneamente con otro método anticonceptivo en caso de que falle el primero.

Métodos anticonceptivos masculinos: Métodos que pueden utilizar los hombres para evitar embarazar a una mujer; el condón es el anticonceptivo masculino empleado con mayor frecuencia.

Métodos anticonceptivos modernos: Métodos de anticoncepción creados científicamente, cuya seguridad y eficacia ha sido comprobada.

Métodos anticonceptivos temporales: La mayoría de los métodos anticonceptivos son temporales, salvo las esterilizaciones masculina y femenina, que son permanentes. Los métodos temporales varían desde aquellos que son eficaces durante un solo acto sexual, tales como los condones masculino y femenino, a aquellos que duran un largo período de tiempo pero son reversibles, tales como el dispositivo intrauterino.

Métodos de barrera: Métodos anticonceptivos que evitan el embarazo impidiendo físicamente que los espermatozoides pasen a través del cuello uterino. Algunos de estos métodos también pueden proteger contra ciertas infecciones de transmisión sexual. Entre los métodos de barrera típicos figuran el condón, el diafragma y las barreras dentales.

Microorganismo: Organismo de tamaño microscópico o submicroscópico, por ejemplo, una bacteria o un virus.

Monitoreo: Llevar cuenta de los servicios de salud de manera habitual, con el fin de suministrar retroalimentación para la mejoría continua de la calidad.

Mutilación genital femenina (MGF): Término utilizado para hacer referencia a cualquier práctica que incluya la extirpación o alteración de los genitales femeninos por motivos culturales y otros motivos no terapéuticos. También conocida como circuncisión femenina y, en algunas formas, infibulación.

Paridad: Clasificación de la historia obstétrica de una mujer de acuerdo al número de partos a término, partos prematuros, abortos e hijos vivos. Se utiliza un sistema de clasificación de cuatro dígitos para anotar esta historia.

Patógeno: Todo microorganismo que cause enfermedad, tal como una bacteria o un virus.

Plan de mejoramiento: Iniciativa para eliminar los problemas u otras dificultades que surjan en un programa.

Plan de seguridad personal: Plan para garantizar la seguridad inmediata de una persona que está siendo sometida a actos de violencia perpetrados por otra persona. El plan puede variar pero, por lo general, abarca pasos tales como saber cómo salir del área circunvecina de manera rápida y segura, tener una bolsa o maleta empacada con documentos, ropa y otros objetos necesarios en caso de que la persona necesite huir con rapidez, y poder contar con alguien cercano que la ayude y con un lugar adonde ir para ponerse fuera de peligro.

Precauciones universales/Normas universales de bioseguridad: Dar por sentado que la sangre y los líquidos corporales de todas las personas se encuentran potencialmente contaminadas. Esto incluye tomar medidas para el control de infecciones, tales como el lavado de las manos y el uso de barreras diseñadas para bloquear la transmisión entre la persona y la posible infección. Las precauciones universales aplican a la sangre, a todos los líquidos corporales, a las secreciones y a las excreciones (excepto el sudor), independientemente de que contengan sangre visible, a la piel no intacta y a las mucosas.

Procesamiento del instrumental: Inactivación de todos los microorganismos presentes en el instrumental lavado y limpio, para garantizar la seguridad al usarlos en las pacientes.

Reacción vagal: También conocida como síncope vasovagal, o desmayo, es una reacción transitoria, caracterizada por palidez, náuseas, sudoración, bradicardia y un descenso rápido de la presión arterial que puede ocasionar una pérdida de conciencia; por lo general es causada por el estrés asociado con temor o dolor extremo.

Recipientes para el desecho de instrumental punzo-cortante: Recipientes diseñados específicamente para depositar el instrumental punzo-cortante usado hasta que pueda desecharse de manera permanente.

Retroalimentación: Suministro de información sobre el resultado de un proceso o de una actividad; respuesta evaluadora.

Salud sexual: Salud del aparato reproductor físico de una persona, así como su capacidad de expresar su sexualidad en formas psicológicamente saludables.

Servicios de anticoncepción: Suministro de métodos anticonceptivos, apropiados para las necesidades y el estilo de vida de una persona, efectuado por personal médico.

Servicios de planificación familiar: Otro término para los servicios de anticoncepción. Los métodos anticonceptivos y la planificación familiar ayudan a los hombres y a las mujeres a planificar el nacimiento de sus hijos evitando o espaciando los embarazos.

Sexo comercial: Intercambio de sexo por un bien tangible, tal como dinero, comida, albergue o protección.

Sexo no consensual: Acto sexual en que uno de los miembros de la pareja no ha dado su consentimiento para participar.

Sistema intrauterino (SIU): Método anticonceptivo que consiste en un dispositivo intrauterino (DIU) o intracervical que además libera hormonas.

Solución de cloro al 0.5%: Solución de blanqueador tipo cloro (hipoclorito de sodio) que se utiliza como desinfectante para procesar el equipo e instrumental clínico y para limpiar el ambiente; inactiva algunos, pero no todos, los microorganismos.

Sostenibilidad: Capacidad de satisfacer las necesidades en el presente sin compromiso de la habilidad para satisfacer las necesidades futuras.

TARSA: Siglas que significan terapia antirretroviral sumamente activa, la cual consiste en una combinación de medicamentos utilizada en el tratamiento del VIH/SIDA.

Técnica ACCEDA: Empleada con frecuencia en la consejería sobre la planificación familiar; las siglas representan las palabras Atender, Conversar, Comunicar, Elegir, Describir y Acordar otra consulta.

Técnica de asepsia: Término general utilizado en los establecimientos de salud para describir la combinación de esfuerzos realizados para impedir la entrada de microorganismos en cualquier área del cuerpo donde podrían causar infección. El objetivo de la técnica de asepsia es disminuir a un nivel seguro o eliminar el número de microorganismos tanto de las superficies vivas (piel y tejidos) como de los objetos sin vida (instrumental quirúrgico, equipos y ambiente clínico).

Técnica de no tocar: Técnica de asepsia utilizada durante un procedimiento médico que consiste en evitar que el instrumental procesado que entrará en el cuerpo toque objetos contaminados. En el procedimiento de evacuación endouterina, incluye el evitar tocar las paredes vaginales durante la manipulación del instrumental intrauterino utilizado en el procedimiento.

Violencia contra las mujeres: Cualquier acto de violencia por razones de género que lleva a, o probablemente lleve a, sufrimiento o a lesiones físicas, sexuales o mentales en las mujeres, incluido el amenazar con dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea llevado a cabo en público o en la vida privada.



P.O. Box 5027 / Chapel Hill, NC 27516 EE.UU.

1-919-967-7052 / ipas@ipas.org / www.ipas.org

Ipas trabaja a nivel mundial para aumentar la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y reducir las muertes y lesiones relacionadas con el aborto. Nos esforzamos por ampliar la disponibilidad, calidad y sostenibilidad de los servicios de aborto y de otros servicios de salud reproductiva relacionados, así como por mejorar el ambiente político para defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En Ipas, creemos que ninguna mujer debería verse obligada a arriesgar su vida o su salud por carecer de opciones seguras de salud reproductiva.