



OSPatrones



Protocolo IVE

NUESTRA PRIORIDAD ES CUIDAR TU SALUD.

Obra Social Patrones De Cabotaje
www.ospatrones.com.ar

PROTOCOLO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO – IVE

ATENCIÓN PREVIA A LA ENTREGA DE MEDICACIÓN

Por protocolo de Servicio, se solicitará la siguiente documentación:

- ✓ Ecografía obstétrica/TV que confirme embarazo intraútero y EG
- ✓ GyF
- ✓ Consejería anticoncepción
- ✓ Presentar calendario de vacunación

TRATAMIENTO

Paciente cursando embarazo mayor a 12 semanas, sin comorbilidades. (Se deberá entregar medicación y folleto)

Paciente cursando embarazo menor o igual a 12 semanas o paciente que no desea tratamiento médico ambulatorio, o con comorbilidades, se interna.

Se consideran comorbilidades:

- ✓ Mayores 16 años
- ✓ Cicatriz uterina
- ✓ Anemia: mayor 9mg /dl o paciente sintomática
- ✓ Discrasia sanguínea
- ✓ Otros según criterio médico

PROCEDIMIENTO MEDICAMENTOSO CON MISOPROSTOL

	Edad gestacional	Dosis, vía de administración y esquemas
Organización Mundial de la Salud (OMS 2019)	< 12 semanas ¹	Misoprostol 800 mcg vaginal, sublingual o bucal repetir dosis hasta expulsión.
	≥ 12 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal, sublingual o bucal cada 3 hs (sin máximo de dosis).
Ipas (2019)	< 13 semanas	Misoprostol 800 mcg vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión.
	≥ 13 semanas	Misoprostol 400 mcg vía sublingual o vaginal* cada 3 horas hasta la expulsión del feto. Si la mujer se encuentra estable se puede esperar por lo menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que expulse la placenta antes de intervenir (Ipas 2020)
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 2017)	< 13 semanas	Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 horas o vaginal**/bucal cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis como mínimo). ***
	> 13 semanas	13 a 24 semanas: Misoprostol 400 mcg vía vaginal**, sublingual o bucal cada 3 horas. ****

PROCEDIMIENTO MEDICAMENTOSO CON MIFEPRISTONA + MISOPROSTOL

	Edad gestacional	Dosis de mifepristona y vía de administración	Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS 2019)	< 12 semanas	Mifepristona 200 mg vía oral única dosis	1 a 2 días después misoprostol 800 mcg vaginal, bucal o sublingual.
	≥12 semanas	Mifepristona 200 mg vía oral única dosis	1 a 2 días después misoprostol 400 mcg vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas (sin máximo de dosis hasta la expulsión).
Ipas (2019)	Hasta 10 semanas	200 mg de mifepristona vía oral	1-2 días posterior 800 mcg vía bucal, sublingual o vaginal.
	10-13 semanas		1-2 días después 600 mcg vía sublingual u 800 mcg vía vaginal y continuar con 400 mcg vía sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión.
	13 semanas o más		1-2 días posterior 400 mcg vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión. Si la mujer se encuentra estable se puede esperar por lo menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que expulse la placenta antes de intervenir (Ipas, 2020).

CRITERIO DE INTERNACIÓN

Independientemente de la edad gestacional, se indicará la internación para realizar el procedimiento medicamentoso en aquellas personas que presenten comorbilidades como enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardiovascular, neuropatías, diabetes mellitus o hipertensión arterial descompensada, tratamiento actual con anticoagulantes. Deben considerarse también situaciones de vulnerabilidad social como falta de red social, violencia, distancia geográfica y otras. La internación deberá ser bajo supervisión y seguimiento continuo durante el tiempo de uso de misoprostol. Asimismo, en presencia de una enfermedad del trofoblasto, utilizar el misoprostol y complementar la evacuación intrauterina por aspiración al vacío o legrado, en caso de no estar disponible la aspiración

Por otro lado, si se trata de un embarazo producto de una violación y la persona decide realizar la denuncia penal, es necesario informarle que para conservar el material para estudio de ADN se requiere realizar el procedimiento en forma hospitalaria. Siempre la decisión de internarse para poder conservar la prueba es de la persona

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE MISOPROSTOL SOLO Y DE MISOPROSTOL CON MIFEPRISTONA

	Misoprostol	Mifepristona + misoprostol
Precauciones	<p>Tiene colocado un DIU: se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol (Ipas, 2018).</p> <p>Está amamantando: recomendar que deseche la leche materna durante las primeras horas después de la administración (Gynuity, 2009a).</p> <p>Problemas graves o inestables de salud tales como: trastornos hemorrágicos, cardiopatías, disfunciones hepáticas y anemia grave entre otros (Ipas, 2018; FLASOG, 2013). Se recomienda evaluación clínica individualizada y seguimiento constante.</p>	<p>Tiene colocado un DIU: se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol (Ipas, 2018).</p> <p>Está amamantando: recomendar que deseche la leche materna durante las primeras horas después de la administración (Gynuity, 2009a).</p> <p>Problemas graves o inestables de salud tales como: trastornos hemorrágicos, cardiopatías, disfunciones hepáticas y anemia grave entre otros (Ipas, 2018; FLASOG, 2013). Se recomienda evaluación clínica individualizada y seguimiento constante.</p> <p>Ásma grave no controlada o terapia corticoesteroidea a largo plazo (Ipas, 2018). Se recomienda evaluación clínica individualizada y seguimiento constante.</p>
Contraindicaciones	<p>Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.</p> <p>Antecedentes de reacción alérgica a misoprostol.</p>	<p>Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.</p> <p>Antecedentes de reacción alérgica a mifepristona o misoprostol.</p> <p>Porfiria hereditaria.</p> <p>Insuficiencia suprarrenal crónica.</p>

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Las vías de administración que se utilizan en distintos esquemas de misoprostol solo pueden ser bucal, vaginal o sublingual. En la administración por vía bucal, el comprimido de misoprostol se coloca en el espacio entre la encía y la mejilla, y se deja absorber a través de la mucosa bucal (Figura 1), mientras que por la vía sublingual se aplica bajo la lengua (Figura 2). El comprimido es altamente soluble y puede disolverse en 20 minutos o menos. Pasados 30 minutos, se debe tragar lo que quede de los comprimidos. Es importante poner en consideración la vía de administración teniendo en cuenta que la vía bucal o sublingual puede incrementar la presencia de náuseas y/o vómitos. En caso de ser necesario se pueden utilizar antieméticos



Figura 1. Administración por vía bucal.



Figura 2. Administración por vía sublingual

En los casos en que se utilicen comprimidos de misoprostol asociado a diclofenac, para evitar su ingesta, hay quienes sugieren que antes de aplicarlo se extraiga el núcleo del comprimido (compuesto por diclofenac) y se descarte. Hay quienes, en cambio, sugieren no extraerlo y, pasados los 30 minutos, escupir para evitar la ingesta de diclofenac. No existe evidencia al respecto, pero es necesario considerar este punto en los lugares donde la presentación accesible sea la de misoprostol asociado a diclofenac. Es importante considerar que algunas mujeres prefieren evitar la vía vaginal. Tener esto en cuenta especialmente en niñas/os y adolescentes, y cuando el embarazo es producto de una violación, ya que esta forma de aplicación podría implicar una situación traumática. En estos casos, ofrecer especialmente otras vías de administración

TIEMPO PARA OBTENER RESULTADO TERAPÉUTICO Y EFICACIA

El aborto con misoprostol es seguro y eficaz, con tasas de expulsión de entre el 72% y el 91% a las 24 horas, el tiempo promedio de 10 a 15 horas desde la inducción hasta el aborto y tasas de complicaciones graves de menos del 1%. El estándar de oro es siempre el régimen combinado (mifepristona + misoprostol); es seguro y eficaz, con tasas de expulsión de más del 90% a las 24 horas, intervalo medio de 6 a 10 horas desde la inducción hasta la finalización del aborto y tasas de complicaciones graves de menos del 1%.

En la mayoría de los casos, la expulsión fetal y placentaria ocurre en las primeras 24 horas, pero puede demorarse entre 48 y 72 horas

INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES

Es importante informar a la persona sobre los efectos esperables, especialmente en los casos en que realice el tratamiento de manera ambulatoria en su domicilio, para disminuir así las preocupaciones que pudieran surgirle.

Estos incluyen:

Sangrado: normalmente empieza el mismo día en que se toma el medicamento. Es leve a moderado, suele durar en promedio 9 días, pero puede continuar hasta la siguiente menstruación.

- Dolor o cólicos abdominales: normalmente comienzan durante la hora posterior a la toma o colocación. Para disminuirlos se pueden tomar analgésicos, como ibuprofeno 400/600 mg, desde una hora antes de realizar el procedimiento. No se recomienda el uso de aspirina ni de sustancias que puedan alterar la percepción (como el alcohol y drogas), ya que pueden dificultar el reconocimiento de pautas de alarma.

- Síntomas gastrointestinales: pueden presentarse diarrea, náuseas y vómitos pasajeros. Se puede utilizar antieméticos.
- Fiebre/escalofríos: ocurren ocasionalmente y son pasajeros, cede con dosis habituales de AINES.

También es importante brindar pautas o signos de alarma a los que la mujer o persona con otra identidad de género tiene que estar atenta para que, si se presentan, realice una consulta oportuna en la guardia hospitalaria o, de no ser posible, en un centro de salud.

Recomendar que concurra de inmediato si presenta:

- Fiebre un día después de realizar el tratamiento.
- Dolor abdominal fuerte, que no mejora después de tomar analgésicos.
- Sangrado importante, es decir, si empapa más de dos apóstitos femeninos grandes por hora durante más de dos horas consecutivas.
- Sangrado abundante repentino, después de que este disminuyó o se detuvo durante varios días luego de haber tomado misoprostol.
- Sangrado continuo durante varias semanas y/o mareos

SEGUIMIENTO

En los casos en que se realice el tratamiento ambulatorio utilizando misoprostol solo, se recomienda hacer el control a los 7 a 14 días posteriores, no antes para permitir que pueda completarse el proceso de expulsión. No se recomienda la realización de examen físico de rutina. Debe realizarse solo ante la presencia de síntomas que lo ameriten. En algunos casos, puede resultar importante mantener una consulta antes de ese tiempo para brindar mayor contención y acompañamiento en el proceso. Para determinar si el aborto se completó, puede utilizarse examen pélvico o ecografía. Es importante tener en cuenta que la ecografía puede ser útil para detectar situaciones en las que los embarazos sigan adelante. No es recomendable como rutina medir por este medio el engrosamiento endometrial como forma de diagnóstico de aborto incompleto, ya que el uso de este indicador puede llevar a intervenciones quirúrgicas innecesarias. Si en el momento de la visita de seguimiento, por la entrevista y el examen clínico, se constata que la persona se encuentra cursando un aborto incompleto, según el criterio profesional y la preferencia de la persona, se puede repetir el procedimiento medicamentoso o realizar una aspiración endouterina. En este último caso, el centro de salud debe contar con la posibilidad de efectuarlo o realizar la derivación a otro efector de salud donde cuenten con esta opción. No se recomienda realizar la aspiración antes de los 7 días de iniciado el procedimiento medicamentoso, a menos que esté indicado clínicamente porque se presenta alguna complicación, como una hemorragia intensa o infección. Estas pautas también deben tenerse en cuenta en los casos de mujeres o personas con otras identidades de género, con gestaciones menores a 12 semanas que realicen una interrupción con un procedimiento medicamentoso con internación. En los casos de embarazos mayores a 12 semanas, luego del tratamiento medicamentoso, si se constata un aborto incompleto, se procederá a completar la evacuación uterina mediante un procedimiento instrumental.

ESQUEMAS DE USO DE MISOPROSTOL EN DIVERSAS SITUACIONES CLÍNICAS

Cuadro clínico	Tratamiento
<p>Aborto incompleto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expulsión parcial del producto de la gestación. • Hemorragia y dolor tipo cólico • Dilatación cervical. • Volumen uterino menor a la amenorrea. • Ecografía que confirme diagnóstico (no es imprescindible). 	<p><13 semanas de gestación: Misoprostol 600 mcg vía oral en dosis única o 400 mcg sublingual en dosis única. En ausencia de sangrado vaginal puede usarse la vía vaginal.</p> <p>≥13 semanas de gestación: Misoprostol 400 mcg vía bucal, vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta finalizar el proceso.</p>
<p>Aborto retenido o diferido (huevo muerto y retenido)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraso menstrual o amenorrea secundaria. • Puede no acompañarse de hemorragia o dolor. • No hay modificaciones cervicales. • Volumen uterino menor a la amenorrea. • Suele cursar con regresión de signos y síntomas de gestación. • Ecografía: ausencia de viabilidad fetal o presencia de saco gestacional sin embrión (huevo anembriónado). 	<p>Huevo anembriónado de 6 a 12 semanas de gestación: Misoprostol 800 mcg – vía sublingual – monodosis.</p> <p>Aborto retenido <13 semanas de gestación: Misoprostol 600 mcg – vía sublingual – o en ausencia de sangrado vaginal 800 mcg por vía vaginal cada 3 horas hasta la expulsión del feto (por lo general de 1 a 3 dosis).*</p> <p>Retenido ≥13 semanas de gestación: Misoprostol 400 mcg – vía vaginal o sublingual – cada 4 horas.</p>
<p>Muerte fetal intrauterina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre 14 y 28 semanas de gestación. • Suele cursar con regresión de signos y síntomas de gestación. • Ausencia de dilatación cervical. • Puede haber sangrado vaginal. • Ecografía: ausencia de viabilidad fetal. 	<p>Puede tratarse con conducta expectante, quirúrgicamente o con tratamiento medicamentoso. Es importante evaluar con la persona usuaria sus posibilidades y preferencias.</p> <p>Tratamiento medicamentoso</p> <p>Opción recomendada: 200 mg de mifepristona – vía oral 1 a 2 días después: dosis repetidas de 400 mcg de misoprostol – vía sublingual o vaginal – cada 4 a 6 horas (hasta expulsión).</p> <p>Opción alternativa: Misoprostol solo: dosis repetidas de 400 mcg de misoprostol – vía sublingual de preferencia (vía vaginal en los casos en que la vía sublingual no sea posible) – cada 4 a 6 horas (hasta expulsión).</p>

La práctica de IVE/ILE también puede realizarse mediante un procedimiento instrumental. La práctica recomendada es la aspiración de vacío manual o eléctrica. El raspado o legrado uterino se considera un método obsoleto dados sus riesgos. La aspiración de vacío presenta mínimas complicaciones, en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Además, la aspiración de vacío es un procedimiento más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor. El raspado evacuador o legrado resulta un

método menos seguro y más doloroso que otros tratamientos. Por ese motivo, deberá reservarse solo para los casos en que no pueda realizarse tratamiento medicamentoso y no esté disponible la aspiración de vacío. En aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino se deben dirigir todos los esfuerzos a reemplazarlo por la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención. En el presente Protocolo se desarrollará la técnica de aspiración de vacío, que consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. Según sea la forma en que se produce el vacío, la técnica puede ser de aspiración eléctrica (mediante una bomba eléctrica), o manual (en la que el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano).

Antes de comenzar con el procedimiento es fundamental explicarle a la mujer y persona con otra identidad de género, en qué consiste y cómo es el seguimiento posterior (duración; posibles efectos secundarios, como dolor, sangrado, náuseas, diarrea, vómitos; tipo de anestesia que se utilizará; tiempo de recuperación; posibles complicaciones). Este procedimiento no debe completarse mediante raspado uterino a modo de rutina.

MANEJO DEL DOLOR

Durante el procedimiento de evacuación uterina, la mujer puede presentar dolor de distinta intensidad, desde cierto grado de molestia hasta un malestar muy incómodo. Esta percepción del dolor y la consecuente reacción pueden variar en cada persona en función de distintos factores. Es importante explicarle a la persona gestante que, si bien el procedimiento es relativamente corto, durante ese tiempo probablemente sentirá cierto grado de molestia. El dolor puede atenuarse mediante una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical y un trato amable y respetuoso. A continuación, se detallan los medicamentos orales y sus efectos.

- Analgésicos: el ibuprofeno disminuye el dolor. Puede iniciarse su administración desde antes del procedimiento para maximizar su eficacia.
- Opiáceos: los analgésicos narcóticos no han sido demostrados como eficaces para aliviar el dolor durante el proceso de aborto, por ende, no se recomiendan para su uso rutinario.
- Tranquilizantes (ansiolíticos): reducen la ansiedad y la memoria, pero no actúan en forma directa sobre el dolor. Al usar benzodiacepinas, tales como diazepam, se deben seguir las mismas recomendaciones que para los opiáceos.

INDICACIONES PARA LUEGO DEL PROCEDIMIENTO O EL MOMENTO DE ALTA

En el momento de dar el alta o, en el caso de que el procedimiento sea ambulatorio, luego de dar las indicaciones de cómo utilizar los medicamentos, es importante explicarle a la persona lo relacionado con algunas situaciones que pueden presentarse durante los días siguientes y brindarle la información necesaria.

- Aclarar que los primeros días puede tener cólicos uterinos moderados, similares a los de una menstruación normal, que se pueden controlar con un analgésico de potencia leve a moderada (AINES, como ibuprofeno).
- Aclarar que no utilice aspirinas ni sustancias que alteren la percepción (como alcohol o drogas), ya que podrían disminuir la identificación de signos de alarma.

- Explicar que tendrá un sangrado leve o manchas de sangre durante un par de semanas, y que si continúan por más tiempo debe realizar una consulta médica. La menstruación normal debe reanudarse dentro de las cuatro a ocho semanas siguientes al procedimiento.
- Hacer sugerencias sobre la higiene personal rutinaria: que mientras dure el sangrado evite el uso de tampones, las duchas vaginales y los baños de inmersión.
- Brindar recomendaciones sobre la reanudación de la actividad sexual con penetración vaginal, indicando la conveniencia de esperar hasta que se detenga el sangrado vaginal por completo para reiniciarlas.
- Informar sobre la posibilidad de quedar embarazada nuevamente pocos días después del tratamiento y brindar información sobre anticoncepción haciendo hincapié en los métodos de larga duración.

Luego de haber realizado la consejería en anticoncepción, garantizar la entrega/colocación del método en caso de que haya seleccionado uno.

Informar sobre signos y síntomas que puede presentar y requieren atención inmediata: sangrado excesivo (más abundante que el de una menstruación normal) o persistente (más de dos semanas). Cólicos persistentes y/o de intensidad creciente, que no ceden con analgésicos comunes. Dolor ante la presión en el abdomen o distensión abdominal, mareos o desmayos, náuseas o vómitos, fiebre y/o escalofríos que aparecen o persisten 24 horas después de finalizado el tratamiento medicamentoso. Flujo de mal olor o purulento, otras situaciones que le generen preocupación.

- Explicar qué hacer y dónde buscar atención médica urgente en estos casos.
- Ofrecer a la mujer la oportunidad de hacer preguntas y obtener más apoyo si lo necesita. Realizar las derivaciones que se consideren oportunas (servicio social, salud mental, atención a mujeres víctimas de violencia).
- Establecer una cita de control entre los 7 y 14 días posteriores al procedimiento.
- Remarcar la importancia de los cuidados de seguimiento y de los controles periódicos de salud.
- En lo posible, dar la información de forma escrita y con apoyo gráfico. El proceso de atención a una persona no culmina con el procedimiento de IVE/ILE; en algunos casos puede requerir acompañamiento psicológico o social, información sobre su fertilidad futura, su estado de salud u otras intervenciones. Las entrevistas de seguimiento son una oportunidad para que el equipo de salud aborde estas cuestiones y/o realice las derivaciones pertinentes

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ADECUADOS PARA EL USO POST ABORTO

Los métodos anticonceptivos pueden utilizarse de inmediato, siempre y cuando:

- No existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional.
- La persona haya recibido consejería.

- El/la profesional de la salud haya indagado y valorado, basándose en los criterios médicos de elegibilidad, todas las posibles contraindicaciones para el uso de determinados métodos anticonceptivos.

PAUTAS PARA EL COMIENZO DE LA ANTICONCEPCIÓN

A continuación, se presentan las especificidades para el inicio de cada método luego de una interrupción del embarazo.

Dispositivo intrauterino. El DIU con cobre y el DIU con levonorgestrel pueden insertarse inmediatamente después de un aborto (de primer o segundo trimestre) sin complicaciones. Para los casos de aborto medicamentoso, se puede insertar tan pronto se tenga la certeza de que el aborto se completó de manera exitosa. Es central garantizar una consejería adecuada. La colocación inmediata post evacuación está contraindicada en los casos en que se haya presentado una complicación infecciosa (aborto séptico). Se debe posponer la inserción hasta que la mujer se haya curado de la infección.

Anticonceptivos hormonales combinados. Esta categoría incluye: anticonceptivos combinados orales, inyectables mensuales, anillos vaginales y parches. Puede iniciarse su uso luego de la primera toma de la medicación o de inmediato luego de un procedimiento instrumental, incluso si existe infección o trauma, en interrupciones del embarazo realizadas durante el primero o el segundo trimestre.

No podrán indicarse estos métodos a aquellas personas que tengan antecedentes o hallazgos de riesgo cardiovascular.

Anticonceptivos hormonales solo de progestágenos. Esta categoría incluye minipíldora, desogestrel, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) e implante. Puede iniciarse su uso luego de la primera toma de la medicación o de inmediato luego de un procedimiento instrumental. En el caso del AMPD (inyectable trimestral) existe evidencia de que su uso mientras se realiza el procedimiento medicamentoso puede disminuir levemente su eficacia. Sin embargo, la OMS recomienda su ofrecimiento de todas formas en dicha situación.

Anticoncepción hormonal de emergencia. El suministro de antemano de pastillas anticonceptivas de emergencia podría ayudar a evitar futuros embarazos no deseados.

Preservativos. No hay restricciones para su uso y puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales con penetración vaginal post interrupción. Es el único método que protege contra el VIH y otras ITS.

Anticoncepción quirúrgica. Esta categoría incluye la ligadura tubaria y la vasectomía. En los casos de abortos producidos en el primer trimestre de embarazo, la ligadura tubaria es similar a un procedimiento de intervalo; y en el segundo trimestre, a un procedimiento post parto. Puede efectuarse inmediatamente después del tratamiento de interrupción, salvo en los casos en que se presente una infección o pérdida sanguínea grave; en ese caso es necesario aplazar la práctica hasta que se cure la infección por completo o se sane la lesión.

Tener en cuenta la importancia de proporcionar la consejería adecuada y obtener el consentimiento informado, lo que a menudo no es posible en el momento de prestar atención de urgencia. También informar, si corresponde, sobre la posibilidad de la vasectomía para una eventual pareja. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. No se recomienda su uso inmediato después de una interrupción del embarazo, sino recién después del primer

sangrado espontáneo posterior al evento. Mientras tanto, se requiere un método alternativo (por ejemplo, preservativo) o no mantener relaciones sexuales con penetración vaginal.

PROVISION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

El equipo de salud debe asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces preferentemente en la misma institución. Es importante que las/los profesionales ofrezcan e informen sobre la disponibilidad de servicios de salud sexual y salud reproductiva que aseguren la entrega de métodos y realicen consejerías, tanto en el mismo establecimiento de salud como en otros cercanos a él.

Consideraciones generales a tener en cuenta

- Recomendar a la persona usuaria que no tenga relaciones sexuales con penetración vaginal, que no utilice tampón ni geles vaginales hasta que cese el sangrado post aborto.
- Reafirmar que para evitar un embarazo no planificado necesita empezar a usar un método anticonceptivo casi de inmediato.
- Informar sobre los métodos que puede utilizar de manera segura.
- Entregar anticoncepción de emergencia, de considerarse oportuno.
- Procurar que haya existencia de insumos anticonceptivos y favorecer el acceso a los mismos.