



Gobierno de  
**México**



**IMSS BIENESTAR**  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



# **HOSPITAL GENERAL DE ACTOPAN**

## **COORDINACION DE SALUD MATERNA Y PERINATAL**

### **MANUAL DE APOYO PARA PROTOCOLO DE ILE**

**DRA ERLA ADRIANA DOMINGUEZ VERA  
ENERO 2025**

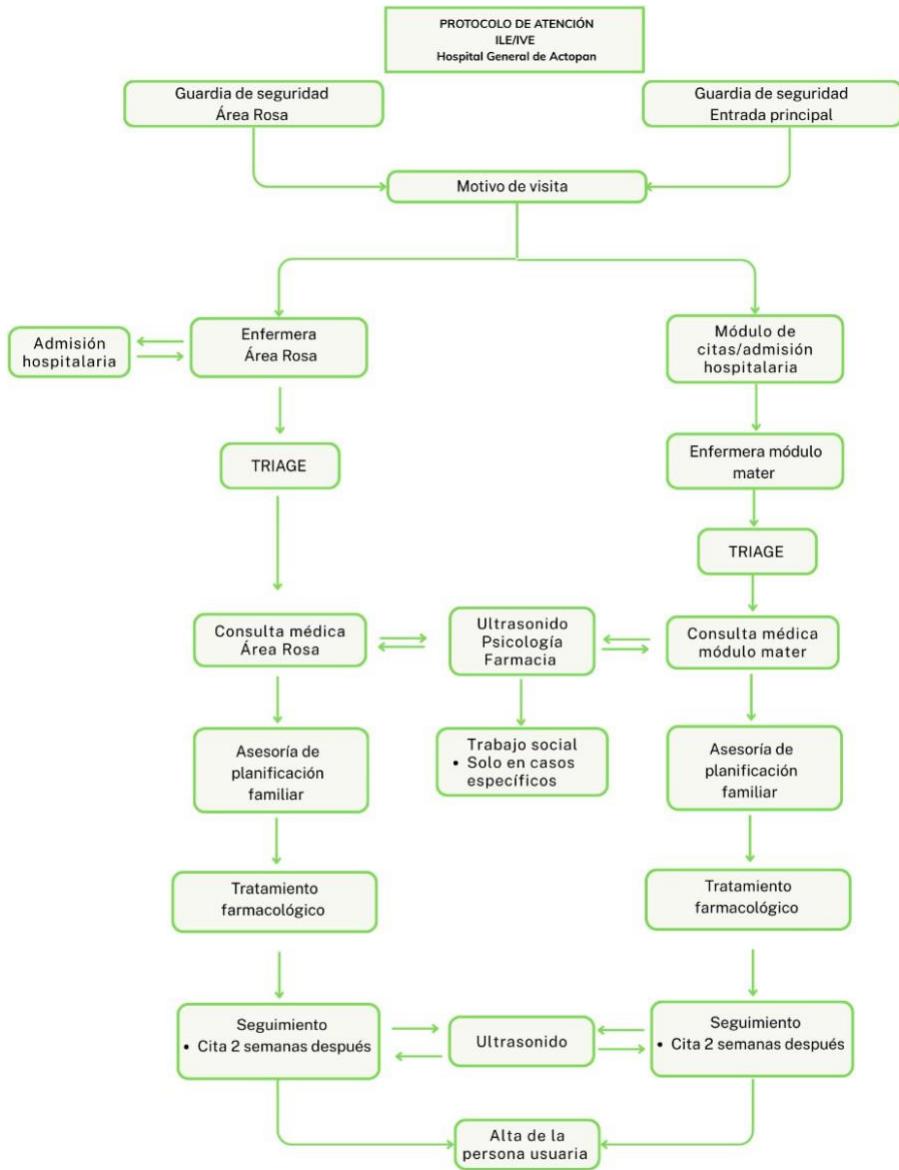


**2025**  
Año de  
La Mujer  
Indígena

Carlos Mayorga No. 55 Col. Chapultepec, Municipio de Actopan Hgo., C.P. 42504 Tel. 01 (772) 72 7 34 82 admon.hactopan.ibh@outlook.com



## FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A LAS USUARIAS



Fuente: Elaboración propia

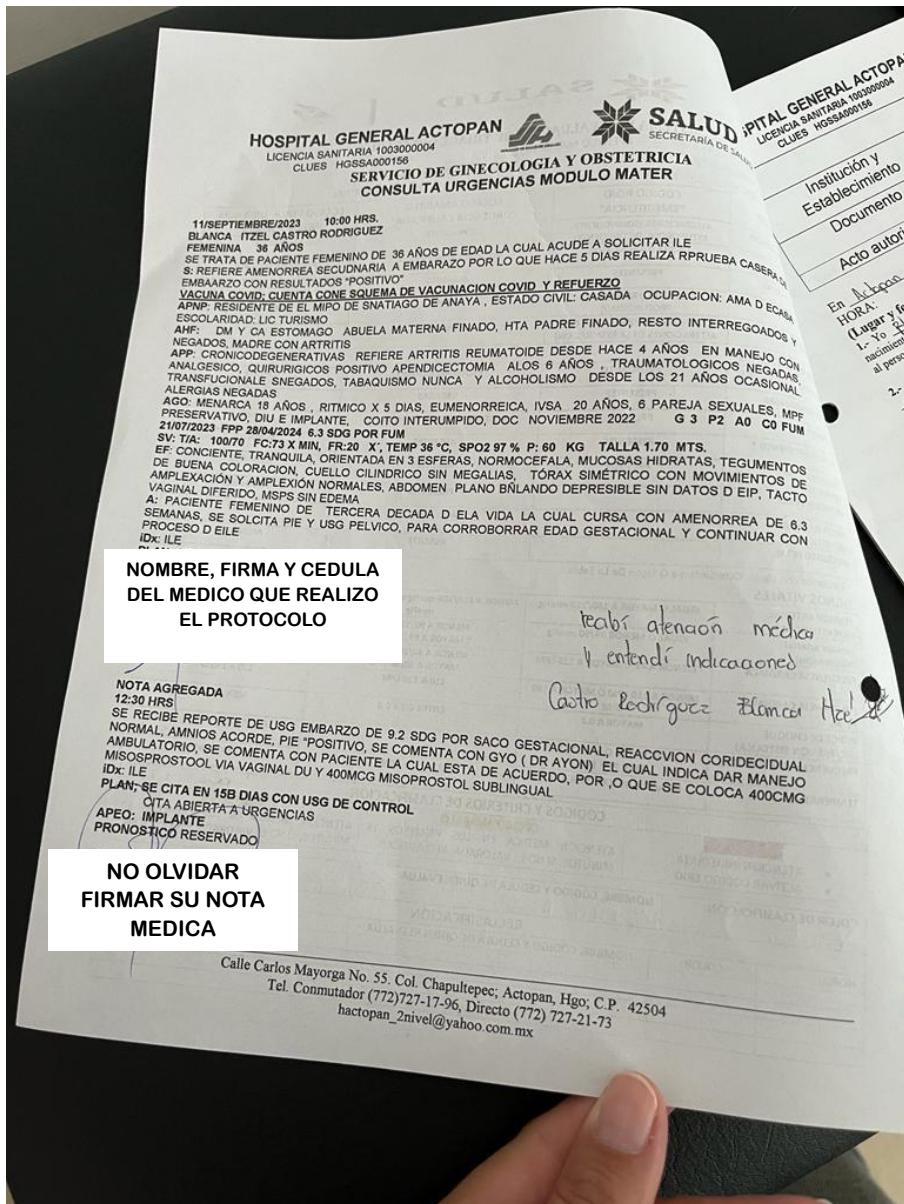




A continuación, se muestra un ejemplo de los documentos necesarios para el expediente de las pacientes.

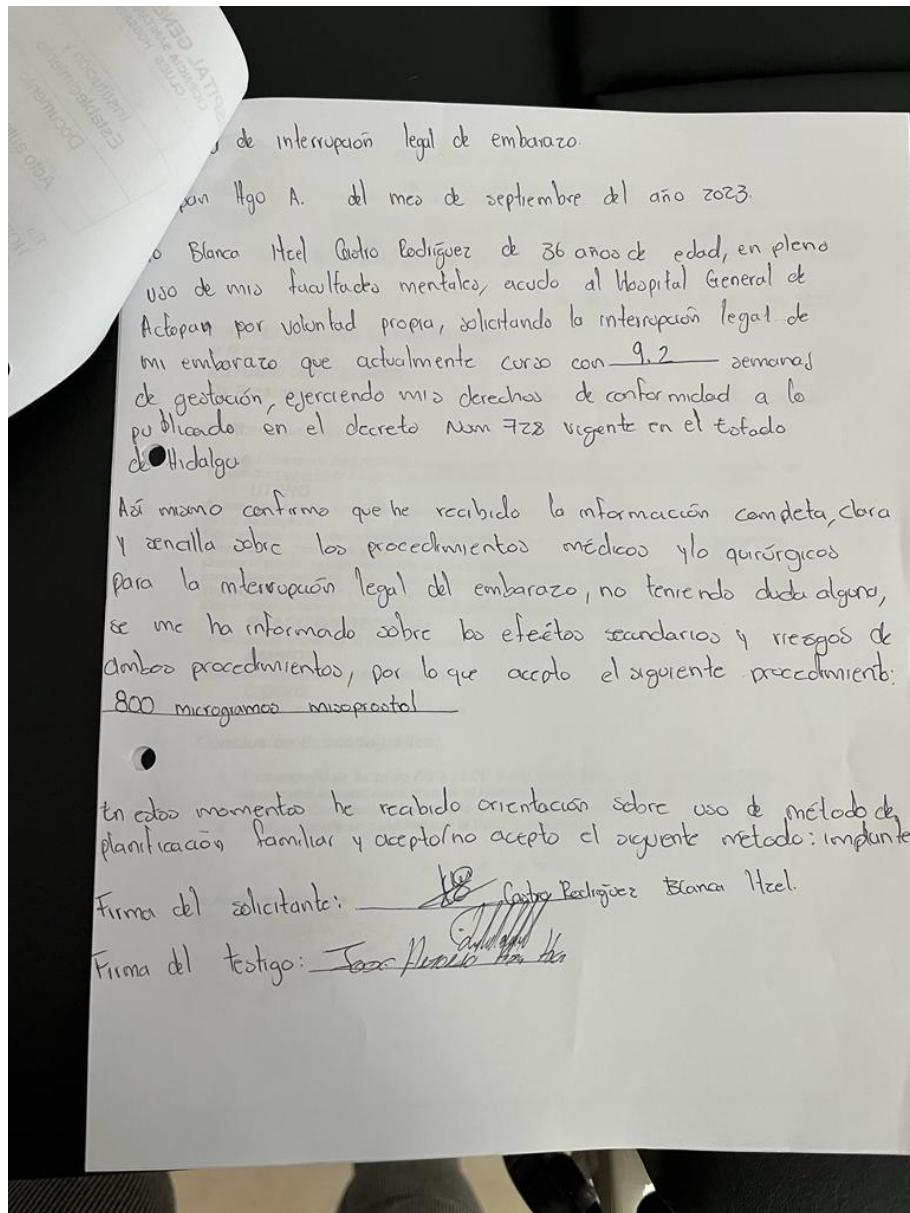
- Nota medica completa, incluyendo numero de embarazo, fecha de nacimiento de la paciente, semanas de gestación, ocupación, domicilio completo, APEO

\*RECORDAR EL DX EN SIGHO CLAVE: 0049 ABORTO MEDICO COMPLETO O NO ESPECIFICADO, SIN COMPLICACION





## 2. SOLICITUD A MANO POR LA USUARIA: "SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO"





### 3. CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

**HOSPITAL GENERAL ACTOPAN**  
LICENCIA SANITARIA 1003000004  
CLUES HGSSA000156

Institución y Establecimiento	<b>Hospital General de Actopan</b> Carlos Mayorga No 55 Esq. Constitución Col. Chapultepec. Actopan Hgo. CP 42500. Lic Sanitaria 1003000004
Documento	<b>Carta de Consentimiento bajo información</b>
Acto autorizado	<b>ABORTO MEDICAMENTOSO</b>

En Actopan Hidalgo 11 de septiembre de 2023  
HORA:  
(Lugar y fecha)  
1.- Yo Blanca Htel. Castro Rodríguez de 36 años de edad y con fecha de nacimiento 25/06/1987 manifiesta que es mi libre y voluntaria decisión sin presión alguna, autorizar al personal médico me sea otorgado el tratamiento médico para aborto.  
2.- Se me ha informado que mi diagnóstico consiste en embarazo de 9.2 semanas por etracoamido.  
3.- Se me ha explicado de manera clara en que consiste el tratamiento y me ha permitido realizar preguntas para aclarar todas mis dudas.  
4.- En forma voluntaria y previamente informada autorizo la administración de los siguientes medicamentos como tratamiento medicamentoso del aborto, el cual consiste en la toma de mifepristona 200 mg dosis única y 24 horas posteriormente la toma de misoprostol tabletas de 200 Mcgr con una dosis de 800 microgramos modo protocolo.  
Se me ha informado que se pueden presentar algunos efectos adversos como: náusea, vómito, fiebre, diarrea, dolor abdominal de intensidad leve a severo, así como sangrado transvaginal de cantidad variable, y en caso de presentar dolor abdominal severo o sangrado transvaginal abundante (uso de dos toallas nocturnas en una hora) deberá de acudir al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia de forma inmediata para revaloración.  
Así mismo en caso de persistir con sangrado transvaginal por más de una semana, fiebre y/o sangrado fétido, deberá acudir inmediatamente a revisión al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia, o bien en caso de no presentar ninguno de los datos previos a los 15 días debe de acudir con ultrasonido endovaginal para corroborar la expulsión completa de los restos ovulares.

Nombre y firma de la paciente Castro Rodríguez Blanca Htel

Nombre y firma del familiar responsable y/o tutor José Pérez Hidalgo

Nombre y firma del testigo Ent. Edith Hernández S 537 77

Nombre, firma y cédula del médico tratante Dra. Susana Cuera Torres   
2019290





Gobierno de  
**México**



**IMSS BIENESTAR**  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



## 4. VALORACIÓN POR PSICOLOGIA

LLENADO COMPLETO DEL FORMATO



**2025**  
Año de  
**La Mujer  
Indígena**

Carlos Mayorga No. 55 Col. Chapultepec, Municipio de Actopan Hgo., C.P. 42504 Tel. 01 (772) 72 7 34 82 admon.hactapan.ibh@outlook.com



**HOSPITAL GENERAL ACTOPAN**  
**Consulta**

JO RODRIGUEZ BLANCA ITZEL	No. Expediente:	Edad: 36a	Sexo: Femenino
Fecha: Lunes, 11 Septiembre, 2023 11:24	Fecha de Impresión: Lunes, 11 Septiembre, 2023 11:21 am		
Psicología	Area: Consulta Externa Psicología	Lugar de Residencia: Santiago de Anaya	
Profesional completa	Lugar de Nacimiento: HIDALGO	Religión: CATOLICA	
SN SEC SUR MZA 3 C.P.	Occupación: AMA DE CASA	Teléfono:	

**Consulta:**  
Realizar intervención con el fin de dar cumplimiento a los protocolos de atención a las usuarias solicitantes de Aborto.

**Estado Actual:**  
Blanca Itzel mujer de 36 años de edad, quien al momento de la intervención se encuentra ubicada en esferas de tiempo, espacio y persona, con apariencia acorde a edad y sexo, en condiciones adecuadas de higiene, de selectividad adecuada al contacto visual con la terapeuta, la actividad psicomotriz motora funcional, de aspecto activo, humor claro, sensoperceptible de memoria retrograda y anterograda sin alteraciones, no refiere patologías crónicas ni de apoyo consistente, hasta este momento no refiere ideación suicida, consciente de su padecimiento actual, paciente estable para la intervención.

Se lleva a cabo aplicación de Cédula de detección de violencia con resultado NEGATIVO.

Se lleva a cabo detección en expediente, en cumplimiento a protocolos.

**Terapéutico/Resultados Esperados:**  
Dicha a este servicio a solicitud de la usuaria.

**EXPLORACION FÍSICA:**

Peso (Kg)= 83  
Talla (Altura) Cm. = 171  
I.M.C. (Kg / Altura<sup>2</sup>)= 28.3848

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**  
Aborto médico completo o no especificado, sin complicación

Dra. MILCA GUZMAN VIEJO  
Ced. Prof. 6857795

Page 1 of 1





Gobierno de  
**México**

**IMSS BIENESTAR**  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



5. CEDULA DE VIOLENCIA, ESTA GENERALMENTE LA APLICA LA PSICOLOGA,  
SIN EMBARGO, EN LOS TURNOS DONDE NO SE CUENTE CON EL SERVICIO, EL  
MEDICO TRATANTE DEBERA APlicar LA CEDULA DE VIOLENCIA

SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO  
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN  
CARLOS MAYORGA NO. 55 ESQ. CONSTITUCIÓN COL. CHAPULTEPEC, ACTOPAN, HGO. C.P. 42500  
NÚMERO DE LICENCIA SANITARIA 100300004

**SERVICIO DE PSICOLOGÍA**  
NOM 046 - SSAH2 - 2005

**SERVICIO DE SALUD DE HIDALGO**  
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN  
CARLOS MAYORGA NO. 55 ESQ. CONSTITUCIÓN COL. CHAPULTEPEC, ACTOPAN, HGO. C.P. 42500  
NÚMERO DE LICENCIA SANITARIA 100300004

**SERVICIO DE PSICOLOGÍA**  
NOM 046 - SSAH2 - 2005

**CEDULA DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA**

**HORA:** 11 Septiembre 23 11:00 h.  
F. COMPLETO: Blanca Tzel Castañeda EDAD: 36 F. NAC.: 25 Jun 1981  
C. F. SERVICIO: Psicología NÚMERO DE EXPEDIENTE: 81n CAMA: 5/0

**EN LOS ULTIMOS 12 MESES SU PAREJA O ALGUIEN ANTE USTED**

CONTROLA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, SI ¿QUIEN LO HIZO?   
IVIDADES Y DINERO? SI ¿QUIEN LO HIZO?   
HA HONORIFICADO O HUMILLADO? SI ¿QUIEN LO HIZO?   
A HAN AMENAZADO CON GOLPEARLA O USAR CONTRA USTED ALGUNA NAVAJA, CUCHILLO, MACHETE O ARMA DE JUEGO? SI ¿QUIEN LO HIZO?

SE SOSPECHA ANOTE INDICADORES DE SOSPECHA:

**SECCION 2: VIOLENCIA FÍSICA [V.F.]**

EN LOS ULTIMOS 12 MESES SU PAREJA O ALGUIEN ANTE USTED:

¿LA HA GOLPEADO PROVOCANDOLE MORETONES, SI ¿QUIEN LO HIZO?   
FRACTURA U OTRAS LESIONES? SI ¿QUIEN LO HIZO?   
¿LA HA TRATADO DE AHORCAR? SI ¿QUIEN LO HIZO?   
¿LA HA AGREDIDO CON ALGUN OBJETO, NAVAJA, CUCHILLO, MACHETE O ARMA DE FUEGO? SI ¿QUIEN LO HIZO?

SE SOSPECHA ANOTE INDICADORES DE SOSPECHA:

**SECCION 3: VIOLENCIA SEXUAL [V.S.]**

EN LOS ULTIMOS 12 MESES SU PAREJA O ALGUIEN ANTE USTED:

¿LA HA FORZADO A TOCAMIENTOS O MANOSEOS SEXUALES EN CONTRA DE SU VOLUNTAD? SI ¿QUIEN LO HIZO?   
¿LA HA FORZADO A TENER RELACIONES SEXUALES EN CONTRA DE SU VOLUNTAD CON VIOLENCIA? SI ¿QUIEN LO HIZO?   
¿LA HAN FORZADO A MANTENER RELACIONES SEXUALES EN CONTRA DE SU VOLUNTAD Y RESULTO EMBARAZADA? SI ¿QUIEN LO HIZO?

SE SOSPECHA ANOTE INDICADORES DE SOSPECHA:

**SECCION 4: VIOLENCIA ECONOMICA/ABANDONO [V.E.Y.A.]**

EN LOS ULTIMOS 12 MESES SU PAREJA O ALGUIEN ANTE USTED:

¿LE HA NEGADO SUSTENTO ECONOMICO PARA SU ALIMENTACION O LA MANUTENCION DE SUS HIJOS? SI ¿QUIEN LO HIZO?   
¿HA HECHO CASO OMISO AL CUIDADO DE SU SALUD CUANDO SE ENCUENTRA ENFERMA, O SUS HIJOS SE ENCUENTRAN ENFERMOS? SI ¿QUIEN LO HIZO?   
¿LA HA IGNORADO CUANDO QUIERE COMENTARLE ALGUN PROBLEMA PERSONAL? SI ¿QUIEN LO HIZO?

SE SOSPECHA ANOTE INDICADORES DE SOSPECHA:

**OBSERVACIONES: SE DETECTA [V.P] [V.F] [V.S] [V.E.Y.A.] PACIENTE NIEGA INDICADORES DE RIESGO. [ ]**

La usuaria no refiere violencia.

Castro Rodriguez Blanca Tzel   
NOMBRE O FIRMA DEL PACIENTE

Ps. Mtra. Carmen Urquiza   
PSICÓLOGO



**2025**  
Año de  
**La Mujer  
Indígena**

Carlos Mayorga No. 55 Col. Chapultepec, Municipio de Actopan Hgo., C.P. 42504 Tel. 01 (772) 72 7 34 82 admon.hactopan.ibh@outlook.com



Gobierno de  
**México**

**IMSS BIENESTAR**  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



6. LOS DATOS DE ALARMA SE EXPLICAN Y FIRMAN POR LA PACIENTE Y UNA COPIA SE DEJA EN EL EXPEDIENTE Y LA OTRA SE ENTREGA A LA USUARIA

**SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO**  
**HOSPITAL GENERAL ACTOPAN**  
**CLINICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Si presenta cualquiera de los siguientes síntomas, acude inmediatamente al hospital:

- Dolor abdominal severo que no se calma con medicamentos.
- Sangrado vaginal intenso; moja más de 2 toallas nocturnas por hora durante dos horas seguidas.
- Sangrado intenso que vuelve a aparecer de repente después de haberse detenido, y/o sangrado con mal olor.
- Fiebre por arriba de 38° C por más de 6 horas
- Debilidad acompañada de pulso rápido, mareos, somnolencia
- Más de 6 horas con vómito, diarrea, mareos, náuseas

Nombre : \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO**  
**HOSPITAL GENERAL ACTOPAN**  
**CLINICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Si presenta cualquiera de los siguientes síntomas, acude inmediatamente al hospital:

- Dolor abdominal severo que no se calma con medicamentos.
- Sangrado vaginal intenso; moja más de 2 toallas nocturnas por hora durante dos horas seguidas.
- Sangrado intenso que vuelve a aparecer de repente después de haberse detenido, y/o sangrado con mal olor.
- Fiebre por arriba de 38° C por más de 6 horas
- Debilidad acompañada de pulso rápido, mareos, somnolencia
- Más de 6 horas con vómito, diarrea, mareos, náuseas

Nombre : \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

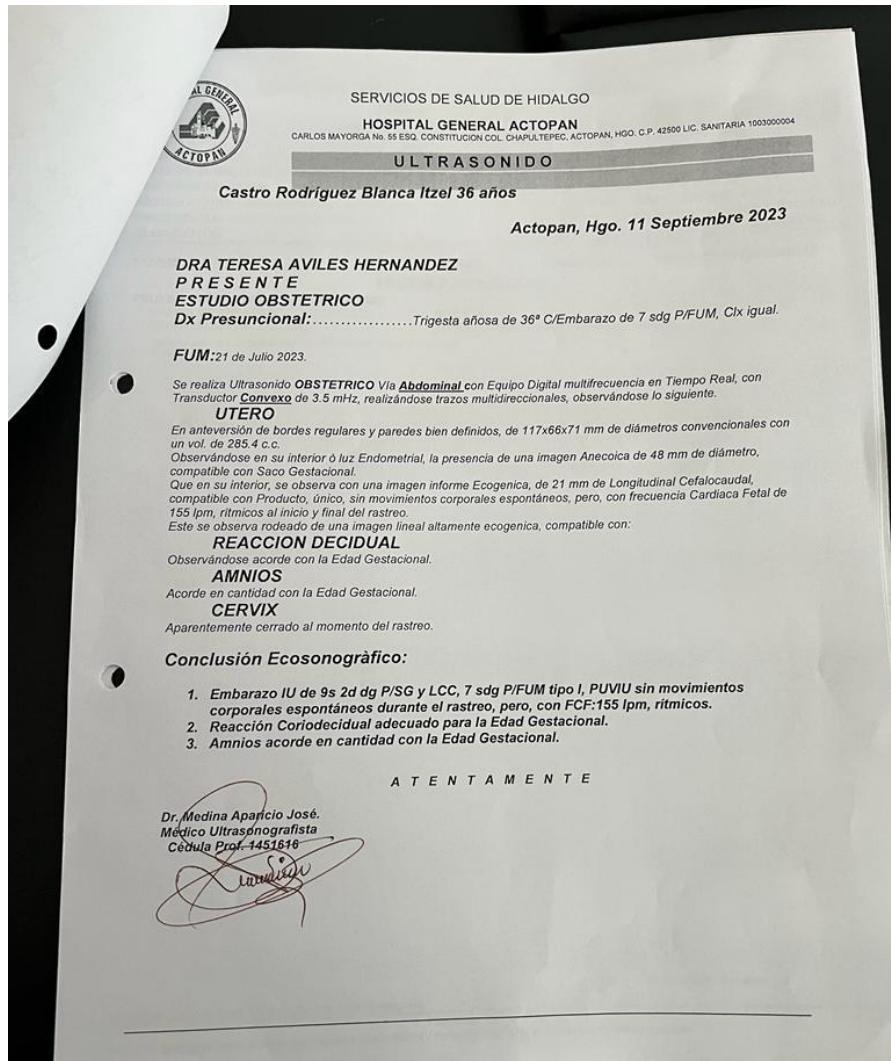


**2025**  
Año de  
**La Mujer  
Indígena**

Carlos Mayorga No. 55 Col. Chapultepec, Municipio de Actopan Hgo., C.P. 42504 Tel. 01 (772) 72 7 34 82 admon.hactopan.ibh@outlook.com

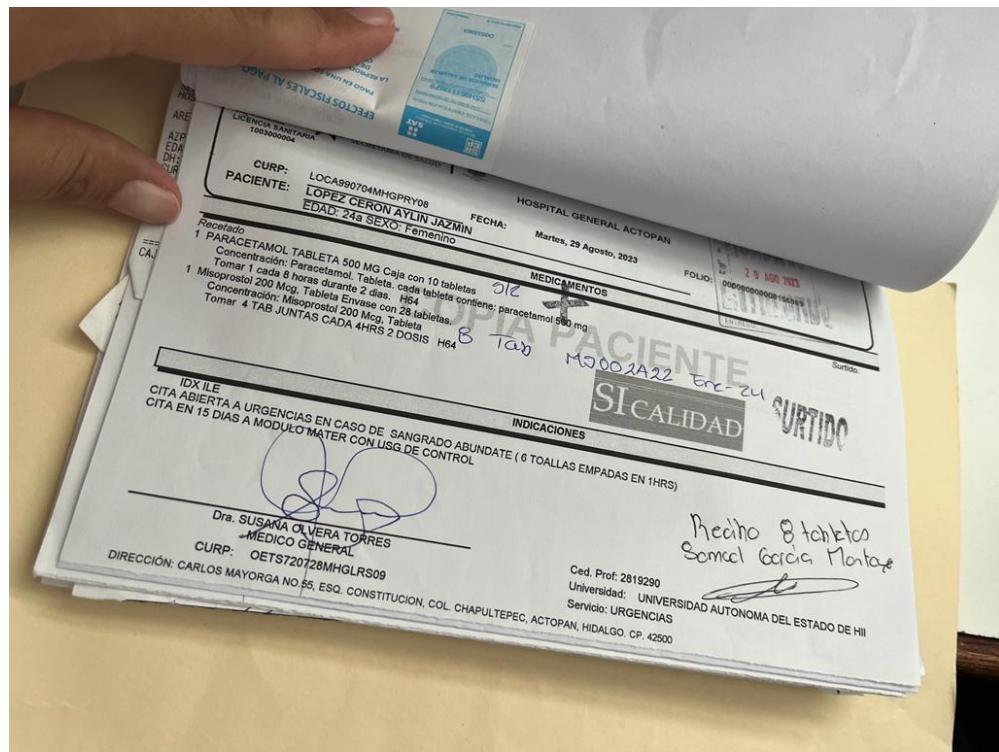


## 7. ESTUDIOS DE IMAGEN O LABORATORIO



## 8. RECETA MEDICA





**POR EJEMPLO: MISOPROSTOL 200MCG, CANTIDAD: 1, DOSIS: 4 TAB JUNTAS, FRECUENCIA: CADA 12HRS, DURACION 1 DIA, OBSERVACIONES: SURTIR 8 TAB**

**MAS UN ANALGESICO, DE PREFERENCIA PARACETAMOL.**

**ESTO CON LA FINALIDAD DE JUSTIFICAR EL USO DEL MEDICAMENTO**

**\*\*RECORDAR QUE SE OTORGAN DOS DOSIS DE 4 TABLETAS DE MISOPROSTOL JUNTAS (800 MCG) CON INTERVALO DE 4 HRS CADA DOSIS.**

**FINALMENTE SE OTORGIA METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR, EL CUAL SE COLOCA EN ESTE MISMO MOMENTO, IMPLANTES SUBDERMICO DE 3 O 5 AÑOS DE VIGENCIA**

**Y SE SOLICITA ACUDIR A LOS 15 DIAS DE REALIZADO EL PROCEDIMIENTO PARA REVALORACION O ANTES EN CASO DE ALGUN DATO DE ALARMA.**





Gobierno de  
**México**

9. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR

 **IMSS BIENESTAR**  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



Gobierno de  
**México**

 **IMSS BIENESTAR**  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR

HOSPITAL GENERAL ACTOPAN

Nombre del/de la solicitante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
CURP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Signos Vitales:

Tensión arterial: \_\_\_\_\_ mmHg Temperatura: \_\_\_\_\_ °C

Frecuencia cardíaca: \_\_\_\_\_ lpm Peso: \_\_\_\_\_ Kg.

Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_ pm Talla: \_\_\_\_\_ cm.

Saturación: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, manifiesto haber recibido información suficiente, clara, comprensible y veraz sobre los **métodos de planificación familiar** disponibles, tanto **temporales**, como **definitivos**.

Se me explicó, en apego a la **Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993**, de los Servicios de Planificación Familiar, lo siguiente: **Beneficios, riesgos, efectos secundarios y complicaciones** de cada método anticonceptivo, que la elección es **libre, voluntaria, confidencial y sin coacción**, y que puedo **cambiar o suspender** el método en cualquier momento. Que cuenta con el derecho a recibir información completa, oportuna y de calidad sobre mi salud sexual y reproductiva.

Que mis **derechos sexuales y reproductivos** incluyen: decidir de manera libre, informada y responsable el número y espaciamiento de mis hijos, acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, con respeto a mi dignidad, derecho a la privacidad, confidencialidad y la igualdad sin discriminación.

Declaro que comprendí la información proporcionada, que se me dio oportunidad de resolver mis dudas y que mi decisión es plenamente **informada y consciente**.

Autorizo la aplicación del siguiente método  
anticonceptivo: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la solicitante: \_\_\_\_\_



Carlos Mayorga No. 55 Col. Chapultepec, Municipio de Actopan Hgo., C.P. 42504 Tel. 01 (772) 72 7 34 82 admon.hactopan.ibh@outlook.com



**2025**  
Año de  
**La Mujer  
Indígena**

Carlos Mayorga No. 55 Col. Chapultepec, Municipio de Actopan Hgo., C.P. 42504 Tel. 01 (772) 72 7 34 82 admon.hactopan.ibh@outlook.com