

Fascículo 3 de 4

ABORTO CON MEDICAMENTOS

3

SERIE DE CONSULTA RÁPIDA

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)

Actualización 2022

Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina



Para profundizar los temas de esta serie de consulta rápida se puede consultar en el siguiente QR el “**Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE), 2022**”. Resolución 1063/2023.



SERIE DE CONSULTA RÁPIDA

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)

Actualización 2022

Fascículo 3 de 4

ABORTO CON MEDICAMENTOS

3

Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina

Presidente de la Nación
Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación
Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud
Sandra Tirado

Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
Valeria Isla

Esta serie de consulta rápida del “**Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)**”. Actualización **2022** fue realizada por Marcela Masabanda y Guillermo Ortiz de Ipas LAC, y la revisión estuvo a cargo de Sonia Ariza Navarrete, Valeria Isla y Mariana Romero.

La producción general estuvo a cargo de Daniel P. Zárate y Mariana Papadópulos. La edición estuvo a cargo de Andrea Franco y el diseño de Mauro Salerno.

Octubre 2023

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asigne los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales. Distribución gratuita.



Fascículo 3 de 4

ABORTO CON MEDICAMENTOS



1 | ABORTO CON MEDICAMENTOS

El procedimiento para la interrupción del embarazo con medicamentos ha demostrado ser seguro, efectivo y aceptable en muchos entornos, aun en países de escasos recursos.¹ El régimen indicado varía de acuerdo con la edad gestacional. Antes de las 12 semanas de gestación y a partir de esa edad gestacional se requiere una dosis diferente, como se verá adelante.

La medicación de elección recomendada por la OMS es la mifepristona combinada con misoprostol. Esta combinación aumenta la efectividad del tratamiento y disminuye el tiempo de respuesta y el dolor. **Sin embargo, la mifepristona no se encuentra disponible en todos los países** y en esos casos habitualmente se emplean los regímenes recomendados de misoprostol solo.

A continuación, se presenta en las siguientes tablas que resumen el manejo de estos esquemas:

¹ OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2022.

Tabla 1²: **Aborto con medicamentos con misoprostol solo**

	Edad gestacional	Dosis, vía de administración y esquemas
Organización Mundial de la Salud, OMS ³ , Ipas ⁴	< 12 semanas ^o	Se recomienda el uso de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal.*
	A partir de las 12 semanas	Se recomienda el uso repetido de 400 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas.** ***

Observaciones:

- La evidencia de los estudios clínicos demuestra que el régimen combinado de mifepristona y misoprostol es más eficaz que el de misoprostol solo.⁵
- Se incluyen todas las vías como opciones para la administración de misoprostol, en consideración a la preferencia de la persona y del equipo de salud.⁶

² En este fascículo los números de tablas respetan la numeración original del "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)". Actualización 2022.

³ *Ibidem*.

* Se puede considerar la repetición de dosis de misoprostol cuando sea necesario para que el proceso de aborto sea exitoso. En las directrices de OMS no se indica un número máximo de dosis de misoprostol. Ipas (2021) recomienda repetir 800 mcg de misoprostol cada 3 horas hasta lograr la expulsión.

** La evidencia apunta a que la vía vaginal es más efectiva. Al considerar las preferencias de la persona y el equipo de salud deben considerarse todas las vías.⁷

*** La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el aborto sea efectivo. Los equipos de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente: el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en períodos gestacionales más avanzados.

^o Para el **aborto con medicamentos antes de las 12 semanas** (usando la combinación de mifepristona y misoprostol o usando solo misoprostol):

Las **directrices de OMS** recomiendan la opción de autogestión del proceso de aborto con medicamentos en su totalidad o en cualquiera de las tres partes que lo componen:

- autoevaluación de la idoneidad (determinar la duración del embarazo; descartar las contraindicaciones);
- autoadministración de los medicamentos para el aborto fuera de un establecimiento sanitario y sin la supervisión directa de personal de la salud capacitada, y gestión del proceso de aborto;
- autoevaluación de la efectividad del aborto.

⁴ Ipas, *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. N. Kapp (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas, 2021.

⁵ *Op. cit.* OMS, 2022.

⁶ *Op. cit.* OMS, 2022.

⁷ *Op. cit.* OMS, 2022; Ipas, 2021.

Observaciones:

- Hay más evidencia para la autogestión del aborto con medicamentos (con cualquiera de los tratamientos) para embarazos de menos de 10 semanas de gestación.
- Esta recomendación se aplica al tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol y a la utilización de misoprostol solo.
- Todas las personas que se autogestionen el aborto con medicamentos deben tener también acceso a información precisa, a medicamentos de calidad garantizada, incluso para el tratamiento del dolor, al apoyo de personal sanitario capacitado y al acceso a un establecimiento sanitario y a servicios de derivación si lo necesitan o lo desean.

Tabla 2: Aborto con medicamentos con mifepristona* y misoprostol

	Edad gestacional	Dosis de mifepristona y vía de administración	Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud, OMS ⁸ , Ipas ⁹	< 12 semanas ^o	Se recomienda mifepristona 200 mg vía oral única dosis.	1 a 2 días después misoprostol, dosis 800 mcg vaginal, bucal o sublingual. * El intervalo mínimo recomendado entre la mifepristona y el misoprostol es de 24 horas
	≥12 semanas	Se recomienda 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).**

⁸ Op. cit. OMS, 2022.

⁹ Op. cit. Ipas, 2021.

Observaciones:

- La evidencia de los estudios clínicos demuestra que el régimen combinado de mifepristona y misoprostol es más eficaz que el de misoprostol solo.¹⁰
- La evidencia apunta a que la vía vaginal es la más efectiva. Se incluyen todas las vías como opciones para la administración de misoprostol, en consideración a la preferencia de la persona y del equipo de salud.¹¹

* Se puede considerar la repetición de dosis de misoprostol cuando sea necesario para que el proceso de aborto sea exitoso. En las directrices de OMS no se indica un número máximo de dosis de misoprostol.

** La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el aborto sea efectivo. Los equipos de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente: el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en períodos gestacionales más avanzados.

◦ Para el **aborto con medicamentos antes de las 12 semanas** (usando la combinación de mifepristona y misoprostol o usando solo misoprostol):

Las **directrices de OMS** recomiendan la opción de autogestión del proceso de aborto con medicamentos en su totalidad o en cualquiera de las tres partes que lo componen:

- autoevaluación de la idoneidad (determinar la duración del embarazo; descartar las contraindicaciones);
- autoadministración de los medicamentos para el aborto fuera de un establecimiento sanitario y sin la supervisión directa de personal de la salud capacitada, y gestión del proceso de aborto;
- autoevaluación de la efectividad del aborto.

Observaciones:

- Hay más evidencia para la autogestión del aborto con medicamentos (con cualquiera de los tratamientos) para embarazos de menos de 10 semanas de gestación.
- Esta recomendación se aplica al tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol y a la utilización de misoprostol solo.
- Todas las personas que se autogestionen el aborto con medicamentos deben tener también acceso a información precisa, a medicamentos de calidad garantizada, incluso para el tratamiento del dolor, al apoyo de personal sanitario capacitado y al acceso a un establecimiento sanitario y a servicios de derivación si lo necesitan o lo desean.

¹⁰ Op. cit. OMS, 2022.

¹¹ Op. cit. OMS, 2022; Ipas, 2021.

Para que la persona pueda llevar a cabo el procedimiento medicamentoso de forma ambulatoria, es importante que el equipo interviniente:

- » Brinde la consejería previa para que la persona pueda decidir realizarlo de esa forma.
- » Garantice a la persona la medicación necesaria para el procedimiento, incluyendo analgésicos.
- » Corrobore que la persona usuaria comprenda las consignas y las pautas de alarma.
- » Evalúe que la persona no presente comorbilidades que puedan poner en riesgo su salud.
- » Cumplimente todos los requisitos administrativos: confección de la historia clínica, consentimiento informado y declaración jurada en caso de violación.
- » Ofrezca visitas de seguimiento posaborto.

Una vez que se establece que es posible llevar a cabo el tratamiento fuera de la institución de salud y la persona elige esta opción, se le debe explicar cómo debe realizarlo, brindando información clara y precisa sobre qué esperar en relación con el sangrado vaginal y la expulsión del producto de la concepción, y sobre cómo reconocer los signos de alarma. Si es posible, reforzar la explicación en forma escrita o con folletería.

- » **RECUERDA:** Es muy importante establecer un vínculo personalizado entre la persona y el equipo de salud que la asiste. De esa manera, la persona cuenta con referentes a quienes recurrir para realizar el seguimiento de su tratamiento o ante cualquier duda o inconveniente.

CRITERIOS DE INTERNACIÓN

- » Si se presentan comorbilidades como enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardiovascular, neuropatías, diabetes mellitus o hipertensión arterial descompensada y tratamiento actual con anticoagulantes, entre otras.
- » 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 bajo internación.

USO DE MISOPROSTOL EN PERSONAS CON CICATRIZ UTERINA

- » No existe evidencia concluyente sobre el uso de misoprostol en personas con cicatrices uterinas.
- » FIGO señala que entre la semana 13 y la 26, con uso de misoprostol con un parto con cesárea previa, el riesgo de ruptura uterina es menor al 0.3 %.¹² No concluyente.

- » IPAS en gestaciones de 22 a 24 semanas no recomienda ningún cambio en el régimen de aborto. Después de 22 a 24 semanas de gestación con una sola cicatriz uterina o de 13 a 24 semanas con más de una cicatriz uterina, se recomienda considerar disminuir la dosis de misoprostol incrementando o no el intervalo entre dosis.
- » La OMS señala que las personas profesionales intervinientes deben utilizar el criterio técnico para decidir el máximo de dosis de misoprostol a utilizar en personas con cicatrices uterinas por cesárea previa.¹³

¹² FIGO, *Misoprostol solo: regímenes recomendados 2017*, 2017.

¹³ Op. cit. OMS, 2022.

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE MISOPROSTOL Y MIFEPRISTONA

Tabla 3: Precauciones y contraindicaciones para el uso del régimen combinado de mifepristona y misoprostol y misoprostol solo¹⁴

	Régimen de mifepristona y misoprostol	Régimen de misoprostol solo
Contraindicaciones	Antecedentes de reacción alérgica a la mifepristona o misoprostol. Sospecha o confirmación de embarazo ectópico Porfiria hereditaria Insuficiencia suprarrenal crónica	Antecedentes de reacción alérgica al misoprostol Sospecha o confirmación de embarazo ectópico
Precauciones	Dispositivo intrauterino (DIU) colocado Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros. Asma grave no controlada o terapia corticosteroidea o terapia corticosteroide a largo plazo.	Dispositivo intrauterino (DIU) colocado. Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros.

¹⁴ Op. cit. Ipas, 2021.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Las vías de administración que se utilizan en distintos esquemas de misoprostol solo pueden ser bucal, vaginal o sublingual.

BUCAL



El comprimido de misoprostol se coloca en el espacio entre la encía inferior y la mejilla y se deja absorber a través de la mucosa bucal.

SUBLINGUAL



Se aplica bajo la lengua.

VAGINAL

- » Algunas mujeres u otras personas con capacidad de gestar prefieren evitar esta vía.
- » En niñas/es/os y adolescentes y/o cuando el embarazo es producto de una violación tener en cuenta lo traumático que esta vía puede llegar a ser.

Estas vías pueden incrementar la presencia de náuseas y/o vómito. De ser necesario utilizar antieméticos.

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 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 %.¹⁵

En la mayoría de los casos, la expulsión fetal y placentaria ocurren en las primeras 24 horas, pero puede demorarse entre 48 y 72 horas.¹⁶

En caso de embarazos de > 13 semanas de edad gestacional, se puede esperar hasta 4 horas entre la expulsión del feto y la de la placenta, siempre y cuando la persona esté estable.¹⁷

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

No se recomienda el uso de antibióticos de rutina en mujeres u otras personas con capacidad de gestar en proceso de aborto con medicamentos. El riesgo de infección intrauterina es muy bajo; por lo tanto, no se requieren antibióticos profilácticos.¹⁸

INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES

» **Sangrado.** En general, no hay sangrado con la toma de mifepristona. El sangrado normalmente empieza el mismo día en que se usa el misoprostol. 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 al inicio del uso de misoprostol. Para disminuirlos se pueden tomar analgésicos, como ibuprofeno 400/600 mg entre 30 minutos y una hora antes del uso de misoprostol. 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.

¹⁵ Op. cit. Ipas, 2021.

¹⁶ FLASOG, *Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología*. Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología, 2013.

¹⁷ Op. cit. Ipas, 2021.

¹⁸ Op. cit. OMS, 2022; Ipas, 2021.

- » **Síntomas gastrointestinales.** Pueden presentarse diarrea, náuseas y vómitos pasajeros. Se puede utilizar antieméticos.
- » **Fiebre/escalofríos.** Ocurren ocasionalmente y son pasajeros, ceden con dosis habituales de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Recomendar a la persona que concurra de inmediato si presenta:

- » Fiebre > 38 grados, que persiste después de la expulsión o inicia 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 apósitos para menstruación 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.

- » Ausencia de sangrado o sangrado muy escaso 24 horas después de la toma de la última dosis de misoprostol (puede sugerir continuación del embarazo o embarazo ectópico).
- » Persistencia de signos y síntomas de embarazo (puede sugerir continuación del embarazo o embarazo ectópico).

SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN POSABORTO

Después de un aborto quirúrgico o con medicamentos sin complicaciones, las directrices de la OMS, de 2022, indican que no hay necesidad médica de realizar una visita de seguimiento de rutina.

En la situación que se opte por una visita se recomienda hacer el control a los 7 a 14 días posteriores y no antes para permitir que pueda completarse el proceso de expulsión.

En algunos casos, puede resultar importante mantener una consulta antes de ese tiempo para brindar mayor contención y acompañamiento en el proceso.

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 y si la persona gestante está de acuerdo se realizará evacuación uterina mediante un procedimiento quirúrgico como primera opción.

OTROS USOS DEL MISOPROSTOL

En la Tabla 4 se indican distintos esquemas de uso de misoprostol para diversas situaciones clínicas.

Tabla 4: Esquemas de uso de misoprostol en diversas situaciones clínicas

Cuadro clínico	Tratamiento
Aborto incompleto • 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).	< 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. ≥ 13 semanas de gestación: • Misoprostol 400 mcg vía bucal, vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta finalizar el proceso.

Tabla 4: Esquemas de uso de misoprostol en diversas situaciones clínicas (continúa)

Cuadro clínico	Tratamiento
Aborto retenido - 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 anembrionado).	Antes de las 14 semanas de gestación: - Misoprostol 800 mcg – por cualquier vía (bucal, sublingual o, vaginal).* - Cuando se disponga de mifepristona, agregar pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol.

Fuentes: OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2022; Ipas, *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. N. Kapp (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas, 2021.

Tabla 4: Esquemas de uso de misoprostol en diversas situaciones clínicas (continúa)

Cuadro clínico	Tratamiento
Muerte fetal intrauterina - 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.	Puede tratarse con conducta expectante, quirúrgicamente o con tratamiento medicamentoso. Es importante evaluar con la persona usuaria sus posibilidades y preferencias. Tratamiento medicamentoso <u>Opción recomendada:</u> 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). <u>Opción alternativa:</u> Misoprostol solo: dosis repetidas de 400 mcg de misoprostol – vía sublingual o vaginal cada 4 a 6 horas (hasta expulsión).

2 | CONSERVACIÓN DE TEJIDOS

- » En los casos en que la interrupción del embarazo se haya realizado **por causal de violación y la persona decida realizar la denuncia penal, es necesario informarle que para conservar el material para estudio de ADN se requiere realizar el procedimiento en el establecimiento de salud.**
- » El material **deberá preservarse tomando todos los recaudos necesarios para evitar su contaminación**, en un frasco preferentemente de plástico y si fuera posible estéril, sin agregar ninguna solución.
- » **Utilizar guantes estériles.** Si no se dispone de un frasco, se puede recurrir a una bolsa plástica.
- » En los casos en que sea posible, **separar en recipientes diferentes** los tejidos fetales (feto y cordón) de los de la persona gestante o de aquellos en que haya mezcla de tejidos (decidua y placenta); si no, poner todo el material en el mismo recipiente.
- » **Rotular el frasco y precintarlo, con firma y sello del profesional que realiza la práctica.** Constatar en la HC todo lo realizado. El o los frascos conteniendo el material deben conservarse congelados o, si ello no fuera posible, en una heladera a 4 °C.
- » **En caso de traslado del material deberá garantizarse la cadena de frío** mediante un contenedor de telgopor con bolsas de freezer. Debido a que el material se encuentra en cadena de custodia, solo podrá ser retirado de la institución mediante una orden judicial. En ese caso, deben registrarse los datos de quien lo retira en la historia clínica y/o en aquellos sistemas de registro establecidos en cada institución.
- » **Si no se requiere la preservación de los tejidos, las directrices de OMS sugieren que los tejidos deben ser tratados en la misma forma que otros materiales biológicos**, a menos que la persona exprese su deseo de un manejo diferente.

3 | MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

Si bien son infrecuentes durante una IVE-ILE o luego de concluida, pueden presentarse complicaciones. Por este motivo, es importante que los servicios que realicen esta práctica, en todos los niveles del sistema de salud, estén equipados y cuenten con personal entrenado para reconocer las posibles complicaciones en forma temprana, de manera de proveer una rápida atención y/o derivar a la mujer u otra PCG de manera oportuna.

Algunas situaciones posibles son:

ABORTO INCOMPLETO

- » Los signos y síntomas que lo indican son el sangrado vaginal y el dolor abdominal; también puede incluir signos de infección.
- » El tratamiento dependerá principalmente del tiempo transcurrido desde la realización de la interrupción, de la edad gestacional y de la situación clínica de la mujer, adolescente u otra persona con capacidad de gestar.
- » Si es un aborto incompleto antes de las 14 semanas, se puede optar por aspiración al vacío o tratamiento medicamentoso. En el segundo caso, se propone el uso de 600 mcg de misoprostol

administrados por vía oral o 400 mcg por vía sublingual.

- » Si es mayor a 14 semanas: se recomienda el uso repetido de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas, recordando la recomendación sobre la repetición de administración del misoprostol en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto sea efectivo.¹⁹

INTERRUPCIÓN FALLIDA

- » Si en el control posprocedimiento se constata que el embarazo continúa, puede considerarse una segunda ronda con medicamentos dependiendo de la edad gestacional, o realizar una aspiración de vacío o dilatación y evacuación. Esta complicación es aún menos frecuente si se usa el esquema combinado de mifepristona y misoprostol y cuanto menor es la edad gestacional.
- » Si la persona usuaria refiere no haber sangrado y continúa con signos o síntomas de continuación del embarazo, se recomienda indicar que acuda lo más oportunamente posible a control, adonde se confirmará la sospecha clínica de interrupción fallida por examen pélvico y/o ecografía. También esto podría sugerir una gestación ectópica por lo que antes de decidir una nueva opción terapéutica deberá descartarse que no sea así.

¹⁹ Op. cit. OMS, 2022.

HEMORRAGIA

- » La hemorragia puede deberse a la retención del producto de la concepción, el traumatismo o daño del cérvix u, ocasionalmente, de una perforación uterina. Una hemorragia después de un aborto inducido es rara, ya que ocurre en 0 a 3 de cada 1.000 casos después del aborto con medicamentos realizado hasta las 9 semanas de gestación o de la aspiración por vacío realizada antes de las 13 semanas de gestación, y en 0.9 a 10 de cada 1.000 casos después de la evacuación endouterina realizada a las 13 semanas o más de gestación.²⁰

El tratamiento para la hemorragia posaborto es:²¹

- » Metilergonovina 0.2 mg por vía intramuscular o intracervical; repetir cada 2 a 4 horas. Evitar en personas con hipertensión arterial.
- » Misoprostol 800 mcg por vía sublingual o si no es posible sublingual será rectal.
- » Oxitocina de 10 a 40 unidades por cada 500 ml a 1000 ml de líquido intravenoso o 10 unidades por vía intramuscular (solo en úteros grandes).
- » Taponamiento intrauterino: gasa estéril, de 30 ml a 75 ml con balón de sonda Foley, balón de Bakri o preservativo peneano inflado colocado en útero.

²⁰ Op. cit. Ipas, 2021.

²¹ Op. cit. Ipas, 2021.

- » Si se sospecha una perforación uterina puede requerirse una laparoscopia o laparotomía exploradora.

El sangrado tipo menstrual prolongado es frecuente en el aborto con medicamentos, aunque por lo general no es lo suficientemente abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio de salud debe tener la capacidad, en caso de que sea necesario, de estabilizar y tratar o derivar a una persona con hemorragia de la forma más rápida posible.

INFECCIÓN

- » Si el procedimiento se realizó de manera apropiada, las infecciones ocurren raramente. Los síntomas habituales incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos.
- » Cuando se diagnostica una infección, administrar antibióticos y, si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, completar la evacuación uterina.
- » Las personas con infecciones severas requieren internación.

4 | ATENCIÓN POSTERIOR A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

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: mientras dure el sangrado la persona debe evitar el uso de tampones, las duchas vaginales y los baños de inmersión.
- » Brindar recomendaciones sobre la importancia de no tener relaciones sexuales con penetración vaginal o realizarse duchas vaginales o usar tampones o copa menstrual hasta que no haya cesado el sangrado posaborto. Enfatizar que se pueden reanudar las relaciones sexuales cuando la persona se sienta dispuesta físicamente y emocionalmente. Si así lo decide, puede ser prudente utilizar un preservativo en caso de relaciones con penetración vaginal durante las primeras dos semanas, para prevenir el riesgo de infección.
- » 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 y/o colocación del método en caso de que haya seleccionado uno.



Para profundizar en el tema ver parte 1, sección 13 del "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE)". Actualización 2022, disponible en código QR en portada.

» Si la persona usuaria no eligiera un método anticonceptivo de inicio inmediato (un DIU, un implante o uno hormonal al momento de la toma de mifepristona o pos AMEU), es importante reiterar la oferta anticonceptiva en consultas posteriores, además de brindar anticoncepción hormonal de emergencia y preservativos.

» **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 persona 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).

» Ofrecer una cita de control entre los 7 y 14 días posteriores al procedimiento. Si bien las directrices de OMS no recomiendan el seguimiento de un aborto con medicamentos o quirúrgico sin complicaciones sí enfatizan la provisión de información sobre la disponibilidad de servicios adicionales si fueran necesarios o se desearan.

» 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.

» **RECUERDA:** 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 es una oportunidad para que el equipo de salud aborde estas cuestiones y/o realice las derivaciones pertinentes.

ANTICONCEPCIÓN POSINTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

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

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

- » **RECUERDA:** La elección y/o colocación de un método anticonceptivo (MAC) nunca puede ser requisito para el acceso a una IVE-ILE.

Es importante recordar a la persona usuaria que no se sugiere tener relaciones sexuales con penetración vaginal o realizarse duchas vaginales o usar tampones o copa menstrual hasta que no haya cesado el sangrado posaborto.

Enfatizar que puede reanudar las relaciones sexuales cuando se sienta dispuesta físicamente y emocionalmente.

Si así lo decide, puede ser prudente utilizar un preservativo en caso de relaciones con penetración vaginal durante las primeras dos semanas, para prevenir el riesgo de infección.

CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

A través de los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”,²² la OMS propone recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que una persona puede usar determinado MAC en forma segura.

Estas condiciones se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías, según el siguiente detalle:

- 1 Condición en la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.**
- 2 Condición en la que las ventajas del uso del método anticonceptivo generalmente superan los riesgos teóricos o probados.**

²² OMS, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, Quinta edición, 2015.

3 Condición en la que los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.

4 Condición que representa un riesgo para la salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica, teniendo siempre presente su singularidad y las características del método que está eligiendo.

En términos de la práctica cotidiana, según la posibilidad de acceder a observaciones clínicas amplias o limitadas, las cuatro categorías anteriores se pueden traducir en dos posibilidades de uso del método (Tabla 6). En la Tabla 7 se presentan los criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos en el posaborto.²³

» **RECUERDA:** Los criterios de elegibilidad permiten que la persona pueda elegir, según sus preferencias y condiciones de vida, el método que prefiere entre las opciones que son seguras para su salud.

²³ Op. Cit. OMS, 2015.

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.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

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.²⁴ La colocación inmediata posevacuación está contraindicada en los casos en que se haya presentado una complicación infecciosa (aborto séptico), ya que se trataría de un caso de categoría 4 de la OMS. Se debe posponer la inserción hasta que la persona se haya curado de la infección.²⁵

²⁴ OMS, *Tratamiento médico del aborto*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2019.

²⁵ OMS, *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2018.

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 medicación²⁶ o de inmediato luego de un procedimiento quirúrgico, incluso si existe infección o trauma, en interrupciones del embarazo realizadas durante el primer 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 implantes. Puede iniciarse su uso luego de la primera toma de la medicación²⁷ o de inmediato luego de un procedimiento quirúrgico. En el caso de 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.²⁸

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA (AHE)

El suministro de antemano de pastillas anticonceptivas de emergencia podría ayudar a evitar futuros embarazos no deseados. Se recomienda ofrecer AHE al momento del alta. En la Nota técnica N°1 de la DNNSR, disponible para su descarga, puede encontrarse información ampliatoria.²⁹

PRESERVATIVOS

No hay restricciones para su uso y puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales con penetración vaginal posinterrupción. 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 posparto.

²⁶ Op. Cit. OMS, 2019.

²⁷ Op. Cit. OMS, 2019.

²⁸ Op. Cit. OMS, 2019.

²⁹ DNNSR, Nota técnica N°1: Anticoncepción hormonal de emergencia. 2da edición, mayo 2023. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2023.

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.

Tabla 6: Uso de las categorías de criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos para la práctica diaria

Categorías	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia.	Sí usar el método
2	En general, use el método. Las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos demostrados.	
3	El método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados o haya serias dificultades para la adherencia. Los riesgos teóricos o demostrados superan las ventajas de utilizar el método.	NO usar el método
4	No debe usarse el método. El uso del método constituye un riesgo inaceptable para la salud.	

Fuente: OMS, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, Quinta edición 2015, 2015; DNSSR, *Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud*. Actualización 2023. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud, 2023.

Tabla 7: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos posaborto

Situación	ACO	ACI	AOPS	AMPD	Implante	DIU-Cu/DIU-Lng
Posaborto de primer trimestre	1	1	1	1	1	1
Posaborto de segundo trimestre	1	1	1	1	1	1
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	1

Fuente: OMS, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, Quinta edición 2015; DNSSR, *Métodos anticonceptivos*. Guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2023. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud, 2023.

PROVISIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El equipo de salud debe asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces preferentemente en la misma institución.

Es importante que las personas 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 no tener relaciones sexuales con penetración vaginal, no realizar duchas vaginales o usar tampones o copa menstrual hasta que cese el sangrado posaborto.
- » Señalar que si la persona se siente dispuesta física y emocionalmente y decide reanudar las relaciones sexuales se recomienda usar preservativo en caso de relaciones con penetración vaginal durante las primeras dos semanas para prevenir el riesgo de infección.
- » 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.



3

Línea de Salud Sexual

0800 222 3444

saludsexual@msal.gov.ar

Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina