



Organización
Mundial de la Salud



Manual de práctica clínica para una atención de calidad del aborto



Organización
Mundial de la Salud

human
reproduction
programme
hrp.
research for impact

UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

Manual de práctica clínica para una atención de calidad del aborto

Manual de práctica clínica para una atención de calidad del aborto

ISBN 978-92-4-011337-4 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-011338-1 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2025

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Manual de práctica clínica para una atención de calidad del aborto [Clinical practice handbook for quality abortion care]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <https://iris.who.int/?locale-attribute=es&>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <https://www.who.int/publications/book-orders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/es/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Nota de agradecimiento	vii
Abreviaciones.....	ix
Glosario	xi
Finalidad del manual	xv
Principios rectores.....	xv
1. Preaborto	1
1.1 Información, asesoramiento y toma de decisiones	2
1.1.1 Proporcionar información	2
1.1.2 Ofrecer asesoramiento	4
1.1.3 Facilitar la toma de decisiones.....	4
1.1.4 Obtener el consentimiento informado para el aborto.....	5
1.1.5 Considerar la aplicación de enfoques de autogestión	10
1.1.6 Comentar las opciones en materia de anticoncepción postaborto antes del procedimiento	10
1.2 Anamnesis.....	11
1.3 Exploración física.....	13
1.4 Pruebas de laboratorio y otras investigaciones	15
1.5 Determinación de la edad gestacional.....	17
1.6 Prevención y control de infecciones: precauciones habituales	19
1.6.1 Lavado de manos y uso de equipos de protección individual.....	19
1.7 Inducción de la asistolia fetal antes del aborto	19
2. Aborto	27
2.1 Aborto médico	28
2.1.1 Resumen de los métodos: aborto médico	28
2.1.2 Enfoques de autogestión.....	30
2.1.3 Consideraciones clínicas sobre el aborto médico a cualquier edad gestacional	31
2.1.4 Tratamiento del dolor en el aborto médico	34
2.1.5 Aborto médico provocado antes de las 12 semanas de gestación	36
2.1.6 Aborto médico provocado a partir de las 12 semanas de gestación.....	40

2.1.7 Tratamiento médico del aborto retenido	45
2.1.8 Tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina	49
2.2 Aborto quirúrgico	54
2.2.1 Resumen de los métodos: aborto quirúrgico	54
2.2.2 Consideraciones clínicas sobre el aborto quirúrgico	58
2.2.3 Tratamiento del dolor en el aborto quirúrgico	60
2.2.4 Preparación del cuello uterino previa al aborto quirúrgico	68
2.2.5 Aborto quirúrgico antes de las 14 semanas de gestación	73
2.2.6 Aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación	79
3. Postaborto	89
3.1 Antes del alta del establecimiento de salud tras el aborto	89
3.2 Seguimiento tras el aborto	91
3.2.1 Seguimiento tras un aborto quirúrgico o un aborto médico sin complicaciones	91
3.2.2 Evaluación suplementaria para confirmar el éxito del aborto médico	92
3.3 Aborto incompleto	94
3.4 Evaluación y tratamiento de las complicaciones del aborto	95
3.4.1 Complicaciones relacionadas con el aborto, por orden alfabético	95
3.4.2 Otras complicaciones derivadas del método utilizado para provocar el aborto	98
3.4.3 Complicaciones no específicas del procedimiento o método abortivo	99
3.5 Anticoncepción después del aborto	99
3.5.1 Información general	99
3.5.2 Elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos o la esterilización después de un aborto	100
Anexo 1. Metodología y colaboradores	107
Anexo 2. Medicamentos, suministros y equipos para una atención de calidad del aborto ..	108

Nota de agradecimiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) agradece mucho las contribuciones técnicas de los expertos externos y los miembros anteriores y actuales del personal de la OMS que orientaron la elaboración del presente documento y de las *Directrices sobre la atención para el aborto*, en las que se basa gran parte de este manual. En el anexo 1 se describe la metodología y se enumeran los colaboradores.

La producción ha contado con el apoyo del Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana.

Abréviations

AE	aspiración al vacío eléctrica
AINE	antiinflamatorio no esteroideo
AM	aspiración al vacío manual
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (publicación de la OMS)
DIU	dispositivo intrauterino
DyE	dilatación y evacuación
FUM	fecha de la última menstruación
hCG	gonadotropina coriónica humana
i.m.	por vía intramuscular
ITS	infección de transmisión sexual
i.v.	por vía intravenosa
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Rh	Rhesus (grupo sanguíneo)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Glosario

Teniendo en cuenta a los usuarios finales de este documento (trabajadores de la salud), se ha modificado la redacción de algunas de las definiciones, que por lo tanto difieren de las que figuran en las *Directrices sobre la atención para el aborto* publicadas por la OMS en 2022, y se ha añadido una definición nueva.

- **Aborto espontáneo:** Interrupción espontánea de la gestación antes de que el feto sea viable fuera del útero. Los signos clínicos son hemorragia vaginal y, por lo general, dolor abdominal continuo y cólico. Si se han expulsado los tejidos gestacionales, el aborto espontáneo se denominará «completo» o «incompleto» en función de que queden o no tejidos retenidos en el útero.
- **Aborto incompleto:** Presencia clínica de un orificio cervical abierto y de hemorragia, lo que indica que no se han expulsado del útero todos los productos de la concepción, o los productos expulsados no se corresponden con la duración estimada del embarazo. Los síntomas más frecuentes son hemorragia vaginal profusa o prolongada y dolor abdominal. El aborto incompleto sin complicaciones puede producirse tras un aborto provocado o un aborto espontáneo.
- **Aborto provocado:** Interrupción deliberada de un embarazo intrauterino por medios médicos o quirúrgicos con la que no se pretende como resultado un nacimiento vivo.¹
- **Aborto retenido:** Detención del desarrollo de la gestación en la que el embrión, el feto o los tejidos embrionarios, o el saco gestacional vacío, permanecen en el útero y el orificio cervical está cerrado. Los síntomas pueden consistir en dolor, hemorragia o ambos, o faltar por completo.
- **Aspiración al vacío (eléctrica o manual):** La aspiración al vacío consiste en evacuar el contenido del útero a través de una cánula de plástico o de metal conectada a una fuente de vacío. En la aspiración al vacío eléctrica se utiliza una bomba de vacío eléctrica.
- **Atención comunitaria:** Servicios que presta el personal de salud comunitario, definido en sentido amplio, con arreglo a su formación y capacidad, y que engloba a diversos agentes de salud, profesionales y no profesionales, formales e informales, remunerados y no remunerados, así

¹ Esta definición se ha añadido basándose en la información de la CIE-11 (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http://id.who.int/icd/entity/1517114528>).

como al personal de los establecimientos de salud que les presta apoyo y supervisión y proporciona servicios periféricos y campañas de divulgación.

- **Atención integral para el aborto:** Suministro de información, gestión del aborto (incluidos el aborto provocado y la atención relacionada con el aborto espontáneo) y atención posterior al aborto.
- **Atención posterior al aborto:** Prestación de servicios tras un aborto, como servicios de anticoncepción y enlaces con otros servicios necesarios en la comunidad o fuera de ella. Puede incluir el tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones tras un aborto.
- **Autoasistencia:** Capacidad de las personas, las familias y las comunidades de promover la salud, prevenir la enfermedad, mantener la salud y hacer frente a afecciones y discapacidades con o sin el apoyo de personal de salud. Por consiguiente, el alcance de la autoasistencia incluye la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, la automedicación, la atención a personas dependientes, la solicitud de atención médica primaria, especializada u hospitalaria cuando sea necesario, y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos. Engloba un abanico de prácticas y enfoques de autoasistencia.
- **Autogestión del aborto:** Autogestión de todo el proceso de aborto médico o de uno o varios de sus pasos, como la autoevaluación de la idoneidad para el aborto médico, la autoadministración de medicamentos sin la supervisión directa de un trabajador de la salud y la autoevaluación de la efectividad del proceso de aborto.
- **Calidad de la atención:** La calidad de la atención engloba seis áreas o dimensiones de la calidad que son necesarias en relación con la atención de salud:
 - *eficacia:* prestación de una atención de salud que se atiene a una base empírica y da lugar a unos mejores resultados de salud para las personas y las comunidades, en función de las necesidades;
 - *eficiencia:* prestación de una atención de salud que optimiza el uso de los recursos y evita el despilfarro;
 - *accesibilidad:* prestación de una atención de salud oportuna, accesible desde el punto de vista geográfico y dispensada en un entorno en el que las capacidades y los recursos se ajustan a las necesidades médicas;
 - *aceptabilidad/centrada en la persona:* prestación de una atención de salud que tiene en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales de los servicios y las culturas de sus comunidades;

- *equidad*: prestación de una atención de salud cuya calidad no varía en función de características personales como el género, la raza, la etnia, la ubicación geográfica o el nivel socioeconómico;
- *seguridad*: prestación de una atención de salud que reduce al mínimo los riesgos y los perjuicios para los usuarios de los servicios.
- **Dilatación y evacuación (DyE)**: La dilatación y evacuación se utiliza a partir de las 12 a 14 semanas de gestación. Es la técnica quirúrgica más segura y eficaz para el aborto a edades gestacionales avanzadas si se dispone de profesionales cualificados y experimentados. Exige la maduración del cuello uterino mediante dilatadores osmóticos y/o fármacos, seguida de la evacuación del útero esencialmente con pinzas y el uso de la aspiración al vacío (véase la entrada correspondiente del glosario) para extraer los restos de sangre y tejidos.
- **Dilatadores osmóticos**: Varillas cortas y finas elaboradas con algas (laminarias) o un material sintético. Una vez colocadas en el orificio cervical, absorben la humedad, se expanden y dilatan gradualmente el cuello uterino.
- **Edad gestacional (duración del embarazo)**: Número de días o semanas transcurridos desde el primer día de la última menstruación normal de la mujer (FUM) en las mujeres con ciclos regulares (véase el cuadro siguiente). En las mujeres con ciclos irregulares o cuando se desconozca la FUM, la edad gestacional será el tamaño del útero, estimado en semanas, según la exploración clínica o la ecografía, que corresponde a un útero gestante de la misma edad gestacional datada según la FUM.

Cuadro 1. Edad gestacional equivalente en semanas y días durante la primera etapa del embarazo

Semanas de gestación	Días de gestación
0	0-6
1	7-13
2	14-20
3	21-27
4	28-34
5	35-41
6	42-48
7	49-55
8	56-62
9	63-69
10	70-76
11	77-83
12	84-90
13	91-97
14	98-104

Nota: El día 0 es el primer día de la última menstruación (fecha de la última menstruación o FUM) y también el primer día de la semana 0 de gestación (no de la semana 1).

Fuente: Directrices sobre la atención para el aborto (OMS, 2022; <https://iris.who.int/handle/10665/362897>, página xv), adaptado de la guía Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición (OMS, 2012, <https://iris.who.int/handle/10665/77079>; página iv) según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10.ª revisión (CIE-10), vol. 2, segunda edición (OMS, 2004, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>, página 95).

- **Métodos médicos de aborto (aborto médico):** Uso de fármacos para interrumpir el embarazo.
- **Métodos quirúrgicos de aborto (aborto quirúrgico):** Uso de procedimientos transcervicales para interrumpir el embarazo, entre ellos, la aspiración al vacío y la dilatación y evacuación. En casos infrecuentes se utiliza también la histerotomía o la histerectomía obstétrica.
- **Muerte fetal intrauterina (muerte fetal):** Muerte intrauterina de un feto en cualquier momento de la gestación.

- **Salud mental:** Estado de bienestar que permite a las personas desarrollar sus habilidades, hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y contribuir a la mejora de su comunidad.
- **Sedación consciente (moderada):** Utilización de una combinación de medicamentos —un sedante para relajar y un anestésico para bloquear el dolor— a fin de reducir el nivel de conciencia en el curso de un procedimiento médico «durante el cual los pacientes responden de manera deliberada a órdenes verbales, solas o acompañadas de una ligera estimulación táctil.»²
- **Telemedicina (o telesalud):** Modalidad de prestación de servicios de salud en la que proveedores y clientes, o proveedores y consultores, están a distancia unos de otros. La interacción puede producirse en directo (sincrónica), página ej. por teléfono o videoconferencia. Pero también puede ser asincrónica (almacenamiento y retransmisión) cuando se envía una consulta y la respuesta llega un tiempo después, página ej. por correo electrónico o mensaje de texto, voz o audio.

Fuente de las definiciones del glosario, salvo que se indique lo contrario: Directrices sobre la atención para el aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/362897>).

² Las palabras añadidas entre comillas proceden de: Practice guidelines for moderate procedural sedation and analgesia 2018: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Moderate Procedural Sedation and Analgesia, the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, American College of Radiology, American Dental Association, American Society of Dentist Anesthesiologists, and Society of Interventional Radiology. *Anesthesiology*. 2018;128:437–79. doi:10.1097/ALN.0000000000002043.

Finalidad del manual

El *Manual de práctica clínica para una atención de calidad del aborto* de la OMS se ha concebido para facilitar la aplicación práctica de las recomendaciones clínicas que figuran en las *Directrices sobre la atención para el aborto* publicadas por la OMS en 2022.³ Aunque el contexto jurídico, normativo, político y de prestación de servicios puede variar de un país a otro, la finalidad de las recomendaciones y mejores prácticas descritas en estos dos documentos es permitir una toma de decisiones de base empírica con respecto a la atención de calidad para el aborto.

Este manual está orientado a los trabajadores de la salud que ya cuentan con los conocimientos y la formación necesarios para prestar servicios de calidad para el aborto o tratar las complicaciones del aborto peligroso. No es ni un sustituto de la formación reglada ni un tutorial de capacitación.

Confiamos en que este documento resulte de utilidad para todo un abanico de trabajadores de la salud que se desempeñen en distintos entornos y en contextos jurídicos y de atención de salud diversos.

3 Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/362897>.

Principios rectores

Este manual concierne a todos los trabajadores de la salud recomendados; consulte las recomendaciones sobre la prestación de servicios en las *Directrices sobre la atención para el aborto* publicadas en 2022.

Los proveedores de atención para el aborto deben conocer las leyes y los requisitos de notificación vigentes a escala nacional y local. En el marco de estas leyes y requisitos, todos los estándares, normas y prácticas clínicas relacionados con el aborto deben promover y proteger:

- la salud y los derechos humanos de las mujeres y las adolescentes;
- la toma de decisiones informada y voluntaria;
- la autonomía en la toma de decisiones;
- la ausencia de discriminación;
- la confidencialidad y la privacidad.

Igualdad de género e inclusividad: En este documento, reconocemos que se puede dar por hecho que la mayor parte de los datos empíricos disponibles sobre el aborto proceden de estudios en poblaciones de mujeres cisgénero y reconocemos, asimismo, que las mujeres cisgénero, los hombres transgénero y las personas no binarias, de género fluido e intersexuales con aparato reproductor femenino y capaces de gestar pueden necesitar atención para el aborto. En pro de la concisión y la legibilidad de este manual, al referirnos a todas las personas de género diverso que pueden necesitar atención para el aborto utilizaremos por lo general la palabra «mujeres», aunque también emplearemos el término «personas». Los proveedores de atención para el aborto deben tener en cuenta las necesidades de todas las personas y prestarles una atención igualitaria; la identidad de género o su expresión no deben ser fuente de discriminación.

Entorno propicio: El entorno de una persona desempeña un papel crucial a la hora de determinar su acceso a la atención e influir en los resultados de salud. La base de una atención integral y de calidad para el aborto es que exista un entorno propicio, el cual comprende el respeto de los derechos humanos (incluido un marco legislativo y político favorable), la disponibilidad y accesibilidad de la información, y un sistema de salud que preste apoyo, ofrezca un acceso universal, sea asequible y funcione correctamente.

Derechos humanos: Denegar a las mujeres aspectos esenciales de la atención médica, como el tratamiento del dolor o del aborto incompleto, en castigo por abortar es una violación de los derechos humanos.

En las *Directrices sobre la atención para el aborto* publicadas por la OMS en 2022 se ofrece más información sobre todo lo antedicho.⁴

Algunos ejemplos prácticos del modo en que los trabajadores de la salud pueden aplicar estos principios

- Trate a todas las personas por igual, con independencia de la edad, el sexo, el género, la etnia, el nivel socioeconómico, el estado civil, etc., y présteles los servicios de forma rápida y oportuna.
- Asegúrese de que la atención para el aborto se preste siempre de manera respetuosa y compasiva.
- Facilite y apoye la autonomía de las personas en la toma de decisiones.
- Proporcione información completa, exacta y fácil de entender en múltiples lenguas y formatos accesibles.
- Respete la dignidad de la mujer, y para ello garantice la privacidad y la confidencialidad.
- Muéstrese sensible a las necesidades y perspectivas de la persona.
- Proteja la información médica frente a divulgaciones no autorizadas.
- Tenga presentes las situaciones en las que se puede coaccionar a una mujer para que aborte en contra de su voluntad (por ejemplo, por su estado civil o su estado de salud, como el hecho de vivir con el VIH).
- Cuando trate con adolescentes, pregúnteles si desean que sus progenitores participen en el proceso y, en caso afirmativo, anime a estos a colaborar ofreciéndoles información y educación, pero no insista en la autorización del aborto por parte del progenitor o tutor a menos que sea un requisito legal.
- Vele por que todas las personas puedan recibir la atención que necesitan sin que ello les acarree dificultades económicas ni les obligue a recurrir a un aborto peligroso.
- Colabore con la comunidad local para asegurarse su apoyo a unos servicios de calidad para el aborto.

4 Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/362897>.

1. Preaborto

- Información, asesoramiento y toma de decisiones
 - Proporcionar información
 - Ofrecer asesoramiento
 - Facilitar la toma de decisiones
 - Obtener el consentimiento informado para el aborto
 - Considerar la aplicación de enfoques de autogestión
 - Comentar las opciones en materia de anticoncepción postaborto antes del procedimiento
- Anamnesis
- Exploración física
- Pruebas de laboratorio y otras investigaciones
- Determinación de la edad gestacional
- Prevención y control de infecciones
- Inducción de la asistolia fetal antes del procedimiento de aborto

Objetivos del capítulo 1

- Facilitar información y orientaciones de manera que la mujer pueda entenderlas, para permitirle tomar sus propias decisiones respecto a si abortar o no y, en caso afirmativo, qué método elegir.
- Brindar la oportunidad de comentar las opciones de autogestión del aborto y el uso futuro de anticonceptivos, cuando proceda.
- Confirmar el embarazo y la edad gestacional.
- Determinar si existe algún problema médico que precise tratamiento o pueda influir en la elección del procedimiento de aborto.

1.1 Información, asesoramiento y toma de decisiones

No existe un único enfoque recomendado para la prestación de servicios de aborto. La decisión acerca de qué trabajador de la salud prestará el servicio (de entre las opciones recomendadas) o si la propia mujer se encargará de gestionar todas o algunas de las tareas y la elección del lugar de prestación de aquel dependerán de los valores y preferencias de la persona, de los recursos disponibles y del contexto nacional y local.

Es importante garantizar que las diversas opciones de prestación del servicio proporcionen a la persona que solicita atención lo siguiente:

- acceso a información científicamente rigurosa y comprensible en todas las etapas;
- acceso a personal de salud competente;
- acceso a equipos y medicamentos de calidad garantizada (incluidos los de tratamiento del dolor);
- apoyo en caso de necesitar o desear una derivación;
- enlaces a una selección adecuada de servicios de anticoncepción para quienes deseen recurrir a esta tras el aborto.

1.1.1 Proporcionar información

Las personas deben tener acceso a información sobre el aborto exacta, de buena calidad y con base empírica, y se facilitará respetando la privacidad y la confidencialidad. **La información se presentará de forma no coercitiva, no discriminatoria, comprensible, aceptable y accesible para la persona,** e incluirá formatos adaptados a poblaciones con bajo nivel de alfabetización o con capacidades diferentes y varios idiomas. Sin embargo, deberá respetarse el derecho de la persona a rechazar la información cuando se le ofrezca.

La información facilitada incluirá, como mínimo:

- las opciones disponibles en cuanto a métodos abortivos y tratamientos del dolor;
- los posibles riesgos y beneficios del aborto y las alternativas a este;
- la descripción de lo que ocurrirá antes, durante y después del procedimiento o proceso de aborto, incluido lo que es probable que la persona vea cuando salgan al exterior los tejidos gestacionales (sangre, coágulos, productos de

la concepción) y las pruebas que habrá que realizar;

- todos los aspectos de la atención que la persona podría autogestionar si lo deseara, con o sin apoyo a distancia;
- los efectos secundarios que pueden aparecer durante y después del procedimiento o proceso de aborto (como dolor y hemorragia);
- la duración probable del procedimiento o proceso y de la recuperación;
- el tiempo que tardará la persona en poder reanudar las actividades normales, incluida la recuperación de la fertilidad;
- la manera de reconocer los posibles efectos secundarios y los síntomas de que el embarazo sigue adelante, y otras razones médicas para acudir a una consulta de revisión, como complicaciones del tipo de hemorragias abundantes y prolongadas o fiebre;
- el momento, el lugar y la manera de acceder a la atención de seguimiento o a otros servicios que la persona pueda desear, como los de asesoramiento y anticoncepción.

Datos clave sobre el aborto

- El aborto seguro tiene un riesgo de complicaciones muy bajo ($<1\%$), por lo que en la mayoría de las mujeres no se observa ningún efecto a largo plazo sobre la salud general o reproductiva (1,2).
- El riesgo de muerte por un aborto seguro es menor que el de administrar una inyección de penicilina o llevar un embarazo a término (3,4).
- En conjunto, los datos no indican que exista una asociación entre un aborto seguro y unos desenlaces adversos en posteriores embarazos (5).
- No existe ninguna relación entre el aborto seguro y enfermedades, entre ellas, el cáncer de mama o la depresión (6).
- Las secuelas psicológicas adversas se dan en un número muy reducido de mujeres y parecen ser continuación de trastornos preexistentes, no consecuencia de la experiencia del aborto provocado (7,8).

1.1.2 Ofrecer asesoramiento

Algunas personas desean recibir asesoramiento antes o después de un aborto. Asesorar es más que brindar información. El asesoramiento es un proceso dirigido e interactivo por medio del cual una persona recibe voluntariamente apoyo, información suplementaria y orientaciones no prescriptivas por parte de una persona capacitada y en un entorno propicio para comunicar abiertamente ideas, sentimientos, percepciones y experiencias personales.

Al ofrecer y proporcionar asesoramiento recuerde aplicar los siguientes principios.

- Brinde asesoramiento únicamente si la persona lo ha solicitado o está de acuerdo en recibirlo; el asesoramiento no es obligatorio.
- Garantice la privacidad y mantenga la confidencialidad.
- Pregunte a la persona qué quiere o necesita y cuáles son sus preocupaciones, concédale el tiempo que precise para responder y escuche activamente las necesidades y preferencias que exprese.
- Preséntele todas las opciones adecuadas para ella sin imponerle usted sus propios valores y creencias personales.
- Durante la sesión de asesoramiento ponga de relieve la información de interés (como la proporcionada en el apartado 1.1.1).
- Comunique la información con claridad y respeto, sin introducir juicios de valor y utilizando unas formas y un lenguaje comprensibles para la persona.
- Apoye las necesidades de la persona, responda de manera satisfactoria a sus preguntas y asegúrese de que ella comprende la información facilitada.
- Utilice la toma de decisiones compartida para determinar qué servicios necesita la persona al tiempo que apoya la autonomía de esta en dicha toma de decisiones.

El asesoramiento no es lo mismo que el proceso de obtención del consentimiento informado (véase el apartado 1.1.4).

1.1.3 Facilitar la toma de decisiones

Si la mujer decide abortar y tiene acceso a varios métodos abortivos, se le debe permitir que elija entre los que sean apropiados en función de la edad gestacional y su estado de salud. Utilice el instrumento de la figura 1.1 para facilitar esta elección.

Para ayudarla a elegir también es clave ofrecerle una información suficiente y científicamente exacta sobre los posibles factores de riesgo y las ventajas e inconvenientes de cada método disponible. La información pertinente se presenta en el cuadro 1.1.

1.1.4 Obtener el consentimiento informado para el aborto

La prestación del servicio de aborto debe basarse en el consentimiento libre e informado de la persona que va a abortar, y este debe obtenerse y documentarse antes del aborto. El acceso de la mujer a servicios de calidad para el aborto no debe verse limitado por:

- la falta de autorización del cónyuge, la pareja, los progenitores o tutores, o las autoridades de salud;
- el hecho de no estar casada;
- la discriminación de las personas con discapacidad, que tienen derecho a la autonomía;
- la edad o cualquier otro factor sociodemográfico.

El consentimiento debe otorgarse sin coacciones ni tergiversaciones, y debe incluir información exhaustiva, exacta y de calidad sobre los beneficios y riesgos asociados y las alternativas. Esta información debe estar disponible en diversos formatos e idiomas, de manera que sea accesible a las personas con capacidad reducida, y presentarse de manera aceptable para la mujer.

Figura 1.1 Métodos de aborto recomendados según la edad gestacional



Cuadro 1.1 Características de los procedimientos de aborto

<12 semanas de gestación

Aborto médico	Aspiración al vacío
• Evita la intervención quirúrgica • Limita el proceso del aborto espontáneo • Lo controla la mujer y puede llevarse a cabo en el domicilio • El aborto tarda un tiempo (horas o días) en lograrse y el plazo puede no ser previsible • La mujer presenta hemorragia y dolor de tipo cólico, y puede que otros efectos secundarios (náuseas, vómitos) • Posiblemente hagan falta más visitas al consultorio o una mayor vigilancia que tras la aspiración al vacío. Puede ser preferible en las siguientes situaciones: • Si la mujer presenta obesidad grave • Si el útero presenta malformaciones o fibromas • Si hay antecedentes de cirugía del cuello uterino • Si la mujer desea evitar una intervención quirúrgica • Si no es posible o no se desea realizar una exploración ginecológica	• Procedimiento rápido que se lleva a término en un plazo previsible • Tiene lugar en un establecimiento de salud • Es fácil verificar que el aborto ha resultado efectivo mediante la evaluación del contenido uterino aspirado • Se puede llevar a cabo la esterilización o la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) al mismo tiempo que el procedimiento abortivo • Entraña un riesgo muy pequeño de lesión uterina o cervical • Exige introducir instrumental en el útero • El momento de llevar a cabo el aborto está bajo el control del establecimiento de salud y el personal de salud • Puede realizarse bajo sedación Puede ser preferible en las siguientes situaciones: • Si hay contraindicaciones para el aborto médico • Si hay limitaciones de tiempo para el aborto

≥12 semanas de gestación	
Aborto médico	Dilatación y evacuación (DyE)
• Evita la intervención quirúrgica • A algunas mujeres puede parecerles más natural • Tiene lugar en un establecimiento de salud • El aborto tarda un tiempo (horas o días) en lograrse y el plazo puede no ser previsible • La mujer presenta hemorragia y dolor de tipo cólico, y puede que otros efectos secundarios (náuseas, vómitos) • La mujer permanece en el establecimiento de salud hasta la expulsión de los tejidos gestacionales • En las mujeres con una cicatriz uterina, el riesgo de rotura del útero es muy bajo (del 0,28% o aproximadamente 1 de cada 350) durante un aborto médico realizado entre las semanas 12 y 24 (9) Puede ser preferible en las siguientes situaciones: • Si la mujer presenta obesidad grave • Si el útero presenta malformaciones o fibromas • Si hay antecedentes de cirugía del cuello uterino • Si la mujer desea evitar una intervención quirúrgica • Si la mujer desea ver el feto • Si no se dispone de personal de salud cualificado para realizar la dilatación y evacuación	• Procedimiento rápido que se lleva a término en un plazo previsible • Tiene lugar en un establecimiento de salud • Es fácil verificar que el aborto ha resultado efectivo mediante la evaluación del contenido uterino • Se puede llevar a cabo la esterilización o la colocación de un DIU al mismo tiempo que el procedimiento abortivo • Exige la maduración del cuello uterino antes del procedimiento • Entraña un riesgo pequeño de lesión uterina o cervical • Exige introducir instrumental en el útero • El momento de llevar a cabo el aborto está bajo el control del establecimiento de salud y del personal de salud • Puede realizarse bajo sedación Puede ser preferible en las siguientes situaciones: • Si hay contraindicaciones para el aborto médico • Si hay limitaciones de tiempo para el aborto

Contraindicaciones

- Antecedentes de reacción alérgica a alguno de los medicamentos que van a utilizarse
- Porfiria hereditaria
- Insuficiencia suprarrenal crónica
- Sospecha o confirmación de embarazo ectópico (ni el misoprostol ni la mifepristona sirven para tratar este)

Se requiere cautela y aplicación del criterio clínico en los casos siguientes:

- Tratamiento prolongado con corticoesteroides (incluye a las personas con asma grave no controlada)
- Trastorno hemorrágico
- Anemia grave
- Cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular
- Presencia de un DIU (debe extraerse antes de iniciar la pauta)

- No se conocen contraindicaciones absolutas

Se requiere cautela y aplicación del criterio clínico en los casos siguientes:

- Presencia de un DIU (debe extraerse antes de iniciar el procedimiento)

Contraindicaciones

- Antecedentes de reacción alérgica a alguno de los medicamentos que van a utilizarse
- Porfiria hereditaria
- Insuficiencia suprarrenal crónica
- Sospecha o confirmación de embarazo ectópico (ni el misoprostol ni la mifepristona sirven para tratar este)

Se requiere cautela y aplicación del criterio clínico en los casos siguientes:

- Tratamiento prolongado con corticoesteroides (incluye a las personas con asma grave no controlada)
- Trastorno hemorrágico
- Anemia grave
- Cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular
- Presencia de un DIU (debe extraerse antes de iniciar la pauta)

- No se conocen contraindicaciones absolutas

Se requiere cautela y aplicación del criterio clínico en los casos siguientes:

- Presencia de un DIU (debe extraerse antes de iniciar el procedimiento)

1.1.5 Considerar la aplicación de enfoques de autogestión

En el caso del aborto médico hasta las 12 semanas de gestación, las personas pueden llevar a cabo por sí mismas algunos o todos los pasos que componen el proceso de aborto: autoevaluación de la idoneidad, autoadministración de los medicamentos y autoevaluación de la efectividad del aborto. Por lo general, la autogestión supone interactuar con trabajadores de la salud capacitados, ya sea en el ámbito comunitario o en un establecimiento de salud, incluidas las farmacias. Lo ideal sería que la persona decidiera qué aspectos de la atención para el aborto desea autogestionar en función de sus circunstancias y preferencias individuales. Para algunas mujeres, la autogestión de algunos o todos los elementos de un aborto médico puede ser la única opción factible en su contexto, mientras que para otras puede ser una elección activa y una preferencia entre las diversas opciones disponibles. En el caso de los abortos quirúrgicos que precisen la maduración del cuello uterino, la mujer también puede desempeñar un papel activo en la autogestión de esta si se va a llevar a cabo por métodos farmacológicos, es decir, administrando mifepristona, misoprostol o ambos (véase el apartado 2.2.4).

1.1.6 Comentar las opciones en materia de anticoncepción postaborto antes del procedimiento

Se ha demostrado que iniciar de inmediato la anticoncepción tras un aborto mejora el cumplimiento y reduce el riesgo de embarazos no deseados. Tras un aborto sin complicaciones se pueden considerar todas las opciones de anticoncepción. Si la persona desea iniciar o reanudar el uso de un método anticonceptivo, se pueden valorar todas las opciones; la mayoría de los métodos se pueden empezar a utilizar en el momento del aborto. Por ello, lo ideal es hablar de la anticoncepción postaborto antes de llevar a cabo el procedimiento.

Proporcione información y ofrézcase a comentar las opciones de anticoncepción en el contexto del asesoramiento.

- Informe a todas las mujeres de que, tras un aborto, puede producirse la ovulación al cabo de apenas 8-10 días y, por lo general, en el plazo de un mes, lo que las expone al riesgo de embarazo, a menos que utilicen un método anticonceptivo eficaz lo antes posible tras el aborto, en el curso del primer mes.
- Si la mujer está interesada en la anticoncepción, proporciónale información exacta para ayudarla a elegir el método más acorde con sus necesidades (véase el apartado 3.5: Anticoncepción después del aborto, y también la nueva edición de 2022 de *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores* [10]).

- Si el método anticonceptivo elegido por la mujer no está disponible o esta no puede usarlo de inmediato debido a una complicación, ofrézcale un método «provisional», esto es, un método anticonceptivo que sea seguro para ella hasta que pueda empezar a usar el de su elección.
- Si una mujer desea abortar tras lo que considera un fracaso del método anticonceptivo, comente con ella la posibilidad de que se hiciera un uso incorrecto de este y cuál es la forma adecuada de utilizarlo, o si tal vez sería preferible que cambiara de método.
- Algunas mujeres prefieren no comentar las opciones de anticoncepción hasta después de que el aborto haya tenido éxito, y otras no desean abordar en absoluto la anticoncepción; estas preferencias deben respetarse.
- La decisión final acerca del uso o no de un método anticonceptivo y la elección de este corresponden exclusivamente a la mujer. Solo debe proporcionarse un método anticonceptivo cuando la persona haya dado su consentimiento libre e informado para recibirlo.

IMPORTANTE: Los proveedores de servicios para el aborto nunca deben dar a entender que para que la persona reciba dichos servicios es condición previa que acepte empezar a usar un método anticonceptivo tras abortar; esta decisión siempre debe dejarse en manos de la persona que solicita el aborto, aceptando que en algunos casos no querrá recurrir a la anticoncepción.

1.2 Anamnesis

Además de permitir el cálculo de la edad gestacional, la anamnesis sirve para identificar contraindicaciones y factores de riesgo de complicaciones. Si se detectan problemas de salud que podrían causar complicaciones o agravarlas (como enfermedades concomitantes o anomalías uterinas), debe derivarse a la persona a un establecimiento de salud adecuado de un nivel asistencial superior para el procedimiento de aborto u otros servicios, según proceda.

Cuadro 1.2 Elementos de la anamnesis

Datos personales	Nombre, edad e información de contacto, si es posible
Motivo de la consulta	• Circunstancias del embarazo (si se necesita la información a efectos de notificación), incluidos los síntomas de gestación o las posibles complicaciones, como hemorragia vaginal
Antecedentes obstétricos	• Datos de los anteriores embarazos y sus desenlaces, lo que incluye los embarazos ectópicos, los embarazos molares, los abortos espontáneos o provocados, las muertes fetales, los recién nacidos vivos y las cesáreas
Antecedentes ginecológicos	• Fecha de inicio de la última menstruación (FUM), si la última menstruación fue normal, y características del ciclo menstrual • Problemas ginecológicos, lo que incluye los antecedentes de intervenciones quirúrgicas ginecológicas, los antecedentes de mutilación genital femenina, y otras anomalías físicas o afecciones conocidas • Uso presente y pasado de métodos anticonceptivos^a
Antecedentes sexuales	• Antecedentes o síntomas de alguna infección de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/sida
Antecedentes médicos y quirúrgicos	• Enfermedades crónicas como hipertensión, trastornos convulsivos, trastornos de la coagulación de la sangre, hepatopatías, cardiopatías, diabetes, anemia drepanocítica, asma, enfermedades psiquiátricas importantes • Datos de hospitalizaciones anteriores de interés, datos de intervenciones quirúrgicas anteriores de interés • Uso reciente de algún método físico (como la inserción de objetos) con la intención de autoabortar
Medicamentos y alergias	• Medicamentos de uso diario • Uso reciente de medicamentos o remedios a base de plantas, incluidos los detalles de dicho uso (dosis, vía, horario) si se emplearon con la intención de autoabortar • Alergias a medicamentos

Antecedentes sociales

- Apoyo social
- Violencia o coacción, por ejemplo, por parte de la pareja o familiares
- Otros problemas sociales que podrían repercutir en la asistencia
- Consumo presente y pasado de alcohol o estupefacientes

Nota: En el contexto de la prestación de servicios médicos, los trabajadores de la salud pueden encontrarse con mujeres en situaciones sociales complicadas. Facilitar su derivación a los servicios sociales para que estos atiendan sus necesidades es un aspecto importante de la atención de salud de calidad. Sin embargo, no deben utilizarse los antecedentes sociales para crear barreras adicionales a la atención de salud, incluida la atención de calidad para el aborto.

^a El asesoramiento en materia de métodos anticonceptivos o la provisión de estos no debe ser nunca una condición previa para practicar un aborto.

1.3 Exploración física

Aunque no siempre están indicados, algunos o todos los elementos siguientes de una exploración física pueden permitir una evaluación más detallada de la edad gestacional y la identificación de problemas médicos de interés. Si se detectan problemas de salud que podrían causar complicaciones o agravarlas (como enfermedades concomitantes o anomalías uterinas), debe derivarse a la persona a un establecimiento de salud adecuado de un nivel asistencial superior para el procedimiento de aborto u otros servicios, según proceda.

Cuadro 1.3 Elementos de la exploración física

Evaluación de la salud general	• Aspecto general • Constantes vitales • Signos de debilidad, letargo, anemia o malnutrición • Signos o marcas de violencia física • Exploración física general (según proceda)
Exploración abdominal	• Si la persona no está segura de la fecha de inicio de la última menstruación (FUM), palpe el útero y observe el tamaño y si hay dolor a la palpación. • Observe si hay alguna otra masa abdominal. • Observe si hay cicatrices abdominales de anteriores intervenciones quirúrgicas.
Exploración ginecológica	• Explique qué cabe prever durante la exploración ginecológica, si procede.^a • Examine los genitales externos en busca de anomalías o signos de enfermedad o infección. Exploración con espéculo: inspeccione el cuello uterino y la vagina. - Busque posibles anomalías o cuerpos extraños. - Busque posibles signos de infección, como salida de pus u otras secreciones a través del orificio cervical. - En caso de que observe pus u otras secreciones, tome una muestra para cultivo, si es posible, y administre antibióticos antes de la aspiración al vacío. - En este momento puede realizarse una citología cervical, si está indicada y disponible. Exploración bimanual - Observe el tamaño, la forma, la posición y la movilidad del útero. - Determine si hay masas anexiales y/o dolor a la exploración. - Determine si hay dolor al palpar el útero o movilizar el cuello uterino o al palpar el espacio rectovaginal (fondo de saco), lo cual puede ser signo de infección. Confirme el estado de gestación y la edad gestacional.

^a La exploración ginecológica (bimanual y/o con espéculo) es útil para confirmar la edad gestacional cuando la FUM es incierta y para investigar más a fondo los signos y síntomas de ITS, o puede estar indicada desde el punto de vista médico por otras razones, según el criterio clínico. Asimismo, puede servir de comprobación confirmatoria antes de iniciar el aborto quirúrgico.

1.4 Pruebas de laboratorio y otras investigaciones

IMPORTANTE: La realización sistemática de pruebas de laboratorio no es condición previa para la prestación de servicios de aborto.

Pueden realizarse algunas o todas las pruebas siguientes en función de los factores de riesgo individuales, los resultados de la exploración física y los recursos disponibles:

- prueba de embarazo, si el embarazo no está confirmado;
- determinación de la hemoglobina o el hematocrito, si reviste interés clínico;
- determinación del grupo Rh, si se dispone de inmunoglobulina Rh para las mujeres Rh negativo;
 - edad gestacional <12 semanas: no es necesario realizar pruebas ni administrar inmunoglobulina Rh en caso de aborto médico o quirúrgico;
 - edad gestacional ≥12 semanas: determinar el grupo Rh y ofrecer inmunoglobulina Rh a las mujeres Rh negativo;

Se pueden prestar servicios de aborto aun en ausencia de inmunoglobulina Rh y de las pruebas correspondientes.

- pruebas del VIH y/o asesoramiento;
- detección de ITS (utilizando muestras recogidas en el análisis de sangre o en la exploración ginecológica);
- cribado del cáncer de cuello uterino (es habitual realizarlo durante la exploración ginecológica);
- otros análisis, según lo indique la anamnesis (por ejemplo, pruebas de función renal o hepática).

Si se detectan problemas de salud que podrían causar complicaciones o agravarlas (como enfermedades concomitantes o anomalías uterinas), debe derivarse a la persona a un establecimiento de salud adecuado de un nivel asistencial superior para el procedimiento de aborto u otros servicios, según proceda.

IMPORTANTE: La exploración ecográfica no es condición previa para la prestación de servicios de aborto y, en concreto, el cribado sistemático del embarazo ectópico mediante ecografía no es necesario antes de un aborto.

- Considerando cada caso individualmente, puede haber razones clínicas para realizar una ecografía antes del aborto (por ejemplo, para determinar la localización de la gestación o investigar un problema médico).
- La incidencia de embarazo ectópico es menor en las mujeres que solicitan un aborto que en la población general (11).

1.5 Determinación de la edad gestacional

Determinar la edad gestacional es un paso preliminar antes de elegir el método abortivo más adecuado. Hay varias formas de determinarla. Puede hacerse basándose únicamente en la fecha de inicio de la última menstruación (FUM) o combinando el uso de un instrumento validado (como una aplicación móvil, una lista de comprobación o un gestograma), lo que permite la autoevaluación de la edad gestacional.

Cuando no se conoce a ciencia cierta la FUM, la edad gestacional puede determinarse mediante una exploración clínica y física (es decir, una exploración abdominal y ginecológica bimanual) o mediante una ecografía; ambos métodos se utilizan para evaluar el tamaño del útero, estimado en semanas, que corresponde a un útero gestante de la misma edad gestacional datada según la FUM. En general, debe utilizarse el método menos invasivo que sea adecuado a las circunstancias y esté disponible en el entorno.

IMPORTANTE: La exploración ecográfica no es condición previa para la prestación de servicios de aborto y, en concreto, el cribado sistemático del embarazo ectópico mediante ecografía no es necesario antes de un aborto.

- Considerando cada caso individualmente, puede haber razones clínicas para realizar una ecografía antes del aborto (por ejemplo, para determinar la localización de la gestación o investigar un problema médico).
- La incidencia de embarazo ectópico es menor en las mujeres que solicitan un aborto que en la población general (11).

Los proveedores deberán tener en cuenta lo siguiente:

- La información sobre la edad gestacional, como cualquier otro tipo de información de salud, será de buena calidad, exacta, con base empírica y accesible.
- No se proporcionará información sobre la edad gestacional con el objetivo de orientar la toma de decisiones sobre el aborto.
- La información sobre la edad gestacional se presentará de forma respetuosa y aceptable para la persona que la recibe, y protegiendo su privacidad y confidencialidad. Esta información no alimentará el estigma ni la discriminación.
- Se respetará el derecho de la persona a rechazar dicha información cuando se le ofrezca; ello incluye el derecho a negarse a ver imágenes ecográficas o a escuchar los latidos del corazón.

Cuadro 1.4 Edades gestacionales equivalentes en semanas y días durante la primera etapa del embarazo

Semanas de gestación	Días de gestación
0	0-6
1	7-13
2	14-20
3	21-27
4	28-34
5	35-41
6	42-48
7	49-55
8	56-62
9	63-69
10	70-76
11	77-83
12	84-90
13	91-97
14	98-104

Nota: El día 0 es el primer día de la última menstruación (FUM), y también es el primer día de la semana 0 de la gestación (no de la semana 1).

Fuente: OMS, 2022, página xv (12), adaptado de OMS, 2012, página iv (13), basado en OMS, 2004, página 95 (14).

IMPORTANTE: Si la persona solicita o necesita pruebas prenatales u otros servicios de diagnóstico médico, no se le deben negar por el hecho de que, en función de los resultados, pueda optar por interrumpir el embarazo. Una mujer tiene derecho, en virtud de la legislación internacional sobre derechos humanos, a conocer el estado de su gestación y a actuar en consecuencia. Al mismo tiempo, no se la debe obligar a recibir información que no desee sobre la gestación.

1.6 Prevención y control de infecciones: precauciones habituales

En los procedimientos y la atención relacionados con el aborto puede producirse el contacto con sangre y otros líquidos corporales, por lo que todo el personal clínico y auxiliar que preste estos servicios deberá conocer y aplicar las precauciones habituales para la prevención y el control de infecciones, tanto por su propia protección como por la de sus pacientes.

Las precauciones habituales, también llamadas universales, reducen al mínimo o eliminan la transmisión de enfermedades de los pacientes a los trabajadores de la salud, de estos a los pacientes, o entre pacientes. Deben aplicarse sistemáticamente:

- en todas las situaciones en las que el personal de salud prevea un contacto con sangre, cualquier líquido corporal distinto del sudor, piel no intacta o mucosas;
- con independencia de que se sospeche o se haya diagnosticado una infección.

1.6.1 Lavado de manos y uso de equipos de protección individual

- El lavado de manos con agua corriente y jabón se realizará sistemáticamente antes y después de todo contacto, incluido el establecido con objetos potencialmente contaminados, aunque se lleven guantes.
- Se deben usar guantes (pueden no ser estériles) y se sustituirán por unos nuevos entre el contacto con una paciente y la siguiente y entre la exploración vaginal y la rectal en una misma paciente. Tras terminar de atender a una persona y quitarse los guantes, el personal de salud deberá siempre lavarse las manos, ya que los guantes pueden tener orificios no detectados.
- Si se dispone de equipos de barrera tales como batas quirúrgicas, guantes, delantales, mascarillas, y gafas y calzado de protección, deben usarse sistemáticamente.
- Cabe señalar que el uso de suministros auxiliares tales como cubrezapatos estériles aumenta los costes sin reducir en grado significativo las tasas de infección.

1.7 Inducción de la asistolia fetal antes del aborto

En el aborto después de las 20 semanas de gestación puede estudiarse la conveniencia de inducir la asistolia fetal para evitar signos de vida durante el aborto médico o en caso de que se produzca la expulsión del feto después de la preparación del cuello uterino, pero antes de una dilatación y evacuación planificada.

La probabilidad de supervivencia fetal transitoria tras la expulsión crece al aumentar la edad gestacional y al disminuir el intervalo entre la preparación del cuello uterino y el procedimiento de aborto. En el cuadro 1.5 se resumen las pautas utilizadas habitualmente para inducir la asistolia fetal, y en el recuadro 1.1 se describen los pasos para inducirla (15,16).

Cuadro 1.5 Pautas utilizadas habitualmente para inducir la asistolia fetal

	Inyección de cloruro potásico (KCl) (por cordocentesis o cardiocentesis)	Inyección de digoxina (intraamniótica o intrafetal)	Inyección de lidocaína (intracardíaca o intratorácica)
EFICACIA	Este método es muy eficaz.	La digoxina tiene una tasa de fracaso mayor que el cloruro potásico cuando se utiliza para inducir la asistolia fetal intrauterina.	La lidocaína actúa rápidamente.
MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN	- Lo habitual es administrar el cloruro potásico el mismo día del aborto o la víspera. - La asistolia se observa de inmediato en el momento de la inyección.	- La digoxina necesita tiempo para que se produzca la absorción fetal, por lo que generalmente se administra la víspera del aborto (en el caso del aborto médico esto significa un día antes de que se empiece a administrar el misoprostol, con independencia de que también se utilice o no mifepristona). - Por lo general se confirma la asistolia antes de iniciar el aborto.	- La lidocaína suele administrarse el día del aborto o la víspera. - Puede observarse el cese de la actividad cardíaca en el plazo de unos cinco minutos.
SEGURIDAD	Este método requiere experiencia para realizar una inyección precisa y segura.	- La digoxina es más fácil de usar desde el punto de vista técnico y no exige guiarse por la ecografía si se administra por vía intraamniótica. - Se ha observado que las concentraciones séricas maternas de digoxina son seguras, en niveles iguales o inferiores a las terapéuticas.	- Una inyección intracardíaca precisa exige más experiencia que una inyección intratorácica; ambos métodos son muy eficaces. - La lidocaína entraña unos riesgos mínimos para la madre. Puede ser una alternativa segura en entornos en los que no se disponga de digoxina o cloruro potásico.
POSOLOGÍA	Las dosis de cloruro potásico están comprendidas entre 4 y 6 mEq.	Las dosis de digoxina están comprendidas entre 1 y 2 mg.	Las dosis de lidocaína están comprendidas entre 200 y 240 mg.

Preaborto | Inducción de la asistolia fetal antes del aborto

Fuentes: Drey *et al.*, Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation, 2000 (15); Hammond, Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review, 2009 (17); y Tufa *et al.*, Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review, 2020 (18).

RECUADRO 1.1: Pasos para inducir la asistolia fetal

1. Proporcione información a la mujer sobre el proceso de inducción de la asistolia fetal y lo que cabe prever que ocurra; de acuerdo con el proceso de consentimiento informado, explíquela los riesgos y beneficios del procedimiento (véase el apartado 1.1.4).
2. Utilice una técnica estéril para la inyección.
3. Pida a la paciente que evacue la vejiga antes del procedimiento.
4. Localice el punto de inyección mediante la exploración física o la ecografía.
 - La guía ecográfica solo es necesaria para las inyecciones de cardiocentesis o cordocentesis.
5. Piense en la conveniencia de aplicar lidocaína como anestesia local sobre la piel de la zona de inyección.
6. Utilice una aguja raquídea (de calibre 20 a 22 y la longitud adecuada) para inyectar lentamente el medicamento destinado a inducir la asistolia fetal (utilice la dosis eficaz más baja).
 - Cuando lleve a cabo la inyección intraamniótica de digoxina sin guía ecográfica, confirme la correcta colocación de la aguja aspirando líquido amniótico antes de inyectar.
 - Si se trata de una gestación múltiple, inyecte en cada saco o feto por separado para inducir la asistolia.
7. Confirme la asistolia; puede verificarse de inmediato cuando se realiza una cordocentesis o una cardiocentesis, y 24 horas después cuando se administra una inyección intrafetal o intraamniótica de digoxina. Si es necesario, puede administrarse otra inyección.
8. Asegure la hemostasia y cubra el lugar de inyección con un pequeño apósito limpio.

Si la mujer va a recibir el alta antes del procedimiento de aborto:

9. Infórmele acerca de cuándo debe regresar para completar el proceso de aborto.
10. Infórmele de que existe riesgo de parto prematuro, parto extrahospitalario o pérdida de líquido. Dígame que si se da alguna de estas circunstancias, debe ponerse en contacto con su proveedor de servicios para el aborto o acudir a un establecimiento de salud.

Fuentes: Alfrevic *et al.*, Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis, 2017 (19); Diedrich, Drey and Society of Family Planning, Induction of fetal demise before abortion, 2010 (20); Grimes *et al.*, Feticidal digoxin injection before dilation and evacuation abortion: evidence and ethics, 2012 (21); y Reeves *et al.*, Transabdominal lidocaine to induce fetal demise: a cohort study, 2022 (22).

Referencias del capítulo 1

1. Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillières Clin Obstet Gynaecol.* 1990;4(2):391–405. doi:10.1016/s0950-3552(05)80234-2.
2. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2007;357:648–53. doi:10.1056/NEJMoa070445.
3. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. The public health impact of legal abortion: 30 years later. *Perspect Sex Reprod Health.* 2003;35(1):25–8. doi:10.1363/3502503.
4. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):729–37. doi:10.1097/01.AOG.0000116260.81570.60.
5. Rowland Hogue CJ, Boardman LA, Stotland N. Chapter 16: Answering questions about long-term outcomes. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editors. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care.* Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2009:252–63.
6. Setting the record straight: the facts on some popular myths about abortion. Briefing Paper. Center for Reproductive Rights; 2005 (http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_bp_tk_myths.pdf).
7. Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic-abortion – denied and completed. *Am J Psychiatry.* 1991;148(5):578–85. doi:10.1176/ajp.148.5.578.
8. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. *Am Psychol.* 2009;64(9):863–90. doi:10.1037/a0017497.
9. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2009;113:1117–23. doi:10.1097/AOG.0b013e31819dbfe2.
10. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores, 4.^a edición, actualizada. Baltimore y Ginebra, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs y Organización Mundial de la Salud, 2022 (https://fphandbook.org/sites/default/files/JHU-Handbook22_Spanish.pdf).
11. Duncan C, Reynolds-Wright J, Cameron S. Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: a retrospective review. *BMJ Sex Reprod Health.* 2020;48(1):bmjsrh-2020-200888. doi:10.1136/bmjsh-2020-200888.
12. Directrices sobre la atención para el aborto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/362897>).

13. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/77079>).
14. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión (CIE-10), Vol. 2, segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>).
15. Drey E, Thomas LJ, Benowitz NL, Goldschlager N, Darney PD. Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1063–6. doi:10.1067/mob.2000.105438.
16. Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. *Hum Reprod Update.* 2007;13:37–52. doi:10.1093/humupd/dml049.
17. Hammond C. Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200:347–56. doi:10.1016/j.ajog.2008.11.016.
18. Tufa TH, Prager S, Lavelanet AF, Kim C. Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contraception:X.* 2020;2:100046. doi:10.1016/j.conx.2020.100046.
19. Alfirevic Z, Navaratnam K, Mujezinovic F. Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(9):CD003252.
20. Diedrich J, Drey E. Society of Family Planning. Induction of fetal demise before abortion. *Contraception.* 2010;81(6):462–73. doi:10.1016/j.contraception.2010.01.018.
21. Grimes DA, Stuart GS, Raymond EG. Feticidal digoxin injection before dilation and evacuation abortion: evidence and ethics. *Contraception.* 2012;85(2):140–3.
22. Reeves MF, Goldfarb CN, Rubin SL, Kuperstock JL, DiBianco LP, Picciotto A. Transabdominal lidocaine to induce fetal demise: a cohort study. *BMJ Sex Reprod Health.* 2022;48:275–80.

2. Aborto

Aborto médico

- Resumen de los métodos: aborto médico
- Enfoques de autogestión
- Consideraciones clínicas sobre el aborto médico (incluidas las contraindicaciones)
- Tratamiento del dolor en el aborto médico
- Aborto médico provocado antes de las 12 semanas de gestación
- Aborto médico provocado a partir de las 12 semanas de gestación
- Tratamiento médico del aborto retenido
- Tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina

Aborto quirúrgico

- Resumen de los métodos: aborto quirúrgico (incluidos fármacos, suministros y equipos)
- Tratamiento del dolor en el aborto quirúrgico
- Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico
- Aspiración al vacío para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas de gestación
- Aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación

Objetivos del capítulo 2

- Proporcionar el método adecuado en función de la información recopilada en la fase previa al aborto
- Proporcionar profilaxis antibiótica cuando sea necesario
- Ofrecer y proporcionar tratamiento del dolor
- Llevar a cabo la preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico si es necesario

2.1 Aborto médico

2.1.1 Resumen de los métodos: aborto médico

El aborto médico comprende los siguientes componentes o subtareas:

- i. evaluar la idoneidad para el aborto médico (es decir, determinar la edad gestacional y descartar contraindicaciones);
- ii. administrar la pauta adecuada de medicamentos abortivos y gestionar el proceso de aborto y los efectos secundarios habituales de dichos medicamentos;
- iii. evaluar si el proceso de aborto ha tenido un desenlace satisfactorio y si es necesaria alguna otra intervención.

Un solo trabajador de la salud puede dispensar todo el conjunto de medidas asistenciales necesarias para el aborto médico, pero es igualmente posible que las subtareas sean llevadas a cabo por diversos trabajadores de la salud y en diferentes lugares (incluso a distancia), lo que incluye la autogestión de algunas o todas las tareas por parte de la mujer, con apoyo en caso necesario (véanse las recomendaciones para la prestación de servicios en las *Directrices sobre la atención para el aborto* publicadas por la OMS en 2022 [1]).

Cuadro 2.1 Pautas

RECOMENDACIONES

ABORTO PROVOCADO
<12 SEMANAS

PAUTAS RECOMENDADAS^a

ABORTO PROVOCADO
<12 SEMANAS
PAUTA ALTERNATIVA

ABORTO PROVOCADO
≥12 SEMANAS

ABORTO RETENIDO
<14 SEMANAS^a

MUERTE FETAL
INTRAUTERINA (MFIU)
ENTRE ≥14 Y
≤28 SEMANAS^a

ABORTO PROVOCADO
<14 SEMANAS DE
TAMAÑO UTERINO
(VÉASE APARTADO 3.3)

ABORTO PROVOCADO
≥14 SEMANAS DE
TAMAÑO UTERINO
(VÉASE APARTADO 3.3)

- ^a La pauta combinada de mifepristona y misoprostol es a
- ^b Se puede pensar en administrar dosis repetidas de miso
la OMS no indica un número máximo de dosis de misop
de misoprostol en gestantes que presentan una incisión
tener en cuenta el criterio clínico y la preparación del s
- ^c Se necesitan más datos para determinar la seguridad, la
particular comparada con la que combina mifepristona
- ^d Tanto en el aborto provocado posterior a las 24 semana
Es preciso aplicar el juicio clínico para determinar la do

as para el aborto médico

PAUTAS COMBINADAS

MISOPROSTOL SOLO

MISOPROSTOL (EN TODOS LOS CASOS, COMO MÍNIMO 24 HORAS DESPUÉS DE LA MIFEPRISTONA)		MISOPROSTOL
MIFEPRISTONA >>UNO A DOS>>		
200 mg por vía oral una vez	800 µg por vía vaginal, sublingual o bucal ^b	800 µg por vía vaginal, sublingual o bucal ^b
Letrozol ^c (en lugar de mifepristona) 10 mg por vía oral diarios durante tres días	800 µg por vía sublingual el día 4 ^b	No procede
200mg por vía oral una vez	400 µg por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas ^{b,d}	400 µg por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas ^{b,d}
200mg por vía oral una vez	800 µg por vía bucal, vaginal o sublingual ^b	800 µg por vía bucal, vaginal o sublingual ^b
200mg por vía oral una vez	400µg por vía vaginal o sublingual cada cuatro a seis horas ^{b,d}	400µg por vía sublingual (preferente) o vaginal cada cuatro a seis horas ^{b,d}
No procede	No procede	600 µg por vía oral o 400 µg por vía sublingual ^b
No procede	No procede	400 µg por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas ^b

lgo más eficaz que el misoprostol solo.

oprostol (o repetirlas en el intervalo indicado) cuando se necesite para lograr que el proceso de aborto culmine. La guía de
rostol. El personal de salud debe proceder con cautela y aplicar el criterio clínico para decidir el número máximo de dosis
n uterina previa. La rotura del útero es una complicación infrecuente; en edades gestacionales avanzadas es indispensable
istema de salud para el tratamiento urgente de estos casos.

a efectividad y la aceptabilidad de la pauta combinada de letrozol más misoprostol en edades gestacionales avanzadas, en
y misoprostol (los datos disponibles se centran en la comparación con el uso del misoprostol solo).

s como en la MFIU posterior a las 28 semanas, debe reducirse la dosis de misoprostol, ya que se dispone de pocos datos.
osis apropiada, teniendo en cuenta la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas.

RECUADRO 2.1 Documentación de los abortos provocados en las estadísticas de mortalidad

Las estadísticas de mortalidad son de uso habitual en la investigación médica, en la planificación, el control y la evaluación de programas de salud pública e intervenciones sanitarias, en la asignación de recursos sanitarios y en el seguimiento de la atención de salud (2). En ellas se presentan por separado los datos sobre el aborto provocado o «interrupción artificial del embarazo», que está regulado por ley y se define como «la expulsión o extracción completa de un embrión o un feto de una mujer (independientemente de la duración del embarazo), luego de una interrupción deliberada de un embarazo en curso por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene por objeto dar lugar a un nacimiento vivo» (3, apartado 2.25.4.2). Los casos que se ajusten a la definición de interrupción artificial del embarazo no deberán contabilizarse junto con los abortos espontáneos o los mortinatos, sino aparte, y se diferenciarán claramente en las estadísticas (3, apartado 2.25.4.1).

Véase el recuadro 2.2 relativo a la documentación de los mortinatos y las muertes fetales por separado para las estadísticas de mortalidad.

2.1.2 Enfoques de autogestión

Autogestión para el aborto médico antes de las 12 semanas de gestación

(es decir, utilizando la combinación de mifepristona más misoprostol o el misoprostol solo): En este caso, se recomienda la opción de la autogestión —como alternativa a la supervisión directa y presencial por parte de un trabajador de la salud— para llevar a cabo todas o parte de las tareas de los tres componentes citados del proceso de aborto médico fuera de un establecimiento de salud (por ejemplo, en el domicilio). Es indispensable que toda persona que opte por la autogestión del aborto médico tenga acceso a información exacta, medicamentos de calidad garantizada (incluidos los del tratamiento del dolor), apoyo de personal de salud capacitado y acceso a un establecimiento de salud y a servicios de derivación si lo necesita o lo desea (1).

Telemedicina para el aborto médico: La telemedicina también es una opción recomendada como alternativa a las interacciones presenciales con el trabajador de la salud para la prestación de servicios de aborto médico en su totalidad o en parte (1). Ello significa que tanto la evaluación de la idoneidad para el aborto médico como el asesoramiento y/o las instrucciones para el proceso de aborto, las instrucciones para la administración de los medicamentos y su facilitación activa, y la atención de seguimiento tras el aborto pueden llevarse a efecto mediante servicios de telemedicina.¹ Estos comprenderán la derivación (en función de la ubicación de la mujer) para la dispensación de medicamentos (abortivos y de tratamiento del dolor)

1 Cabe señalar que los datos empíricos sobre este enfoque de prestación de servicios no incluían las líneas directas, las aplicaciones digitales ni los modos de comunicación unidireccionales (como los mensajes de texto recordatorios) que simplemente proporcionan información.

y la prestación de cualquier atención que se precise relacionada con el aborto o el seguimiento posterior (incluida la atención de urgencia si es necesaria) y de servicios de anticoncepción postaborto, que son pertinentes tanto tras un aborto médico como tras uno quirúrgico. Se ofrece más información en el apartado 3.6.1 de las *Directrices sobre la atención para el aborto* publicadas por la OMS en 2022.

2.1.3 Consideraciones clínicas sobre el aborto médico a cualquier edad gestacional

- El aborto médico es un proceso que consta de varias etapas y en el que se utilizan dos medicamentos (mifepristona o letrozol más misoprostol) y/o varias dosis de un medicamento (misoprostol).
 - En la actualidad se propone la administración de letrozol combinado con misoprostol como pauta alternativa únicamente para el aborto antes de las 12 semanas de gestación (y no para la autogestión). Sin embargo, hacen falta más estudios sobre la seguridad, la efectividad y la aceptabilidad de esta pauta en edades gestacionales avanzadas, en particular comparada con la pauta que combina mifepristona y misoprostol.
- Toda persona que vaya a someterse a un aborto médico debe tener acceso a un asesoramiento y a una atención de urgencia en caso de complicaciones (véase el cuadro 2.2).
- Informe a la persona de que el misoprostol podría ser teratógeno si el aborto fracasara y ella decidiera seguir adelante con la gestación. No hace falta insistir en la interrupción de un embarazo expuesto; los datos sobre teratogenicidad son limitados y no concluyentes. Sin embargo, aunque el riesgo es bajo (<1% de los embarazos que continúan [4]), a las mujeres en esta situación que llevan adelante la gestación se les indicará que deben solicitar un seguimiento prenatal.
- Informe a la persona de que es importante que los abortivos médicos sean de buena calidad farmacéutica, pero también de que el aborto médico tiene una tasa de fracaso inherente, incluso aunque los medicamentos utilizados sean de buena calidad y se administren correctamente.
- Ni la mifepristona ni el misoprostol (ni ambos combinados) interrumpirán un embarazo ectópico.
 - Por lo general, la ausencia de sangrado después de tomar misoprostol es signo de que el aborto médico ha fracasado, pero cabe la posibilidad de que se deba a que el embarazo es ectópico.

- Aunque el embarazo sea ectópico, cabe que la mujer sangre después de tomar mifepristona y misoprostol, ya que la decidua puede responder a los medicamentos.
- En los casos en los que, tras un aborto médico, la mujer refiera signos o síntomas de continuación del embarazo, deberá determinarse si sigue embarazada y también si se trata un embarazo ectópico.
- **Los antibióticos profilácticos no hacen falta ni se recomiendan antes de un aborto médico (1, apartado 3.3.4).**

Contraindicaciones del aborto médico:

- antecedentes de reacción alérgica a alguno de los medicamentos que van a utilizarse;
- porfiria hereditaria;
- insuficiencia suprarrenal crónica;
- sospecha o confirmación de embarazo ectópico.

Se requiere cautela y aplicación del criterio clínico en los casos siguientes:

- tratamiento prolongado con corticoesteroides (incluye a las personas con asma grave no controlada);
- trastorno hemorrágico;
- anemia grave;
- cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular;
- presencia de un DIU (debe extraerse antes de iniciar la pauta).

Si se detectan problemas de salud que podrían causar complicaciones o agravarlas (como enfermedades concomitantes o anomalías uterinas), debe derivarse a la persona a un establecimiento de salud adecuado de un nivel asistencial superior, según proceda.

Cuadro 2.2 Efectos secundarios o complicaciones del aborto médico y conducta clínica

Efecto secundario o complicación	Conducta clínica
Dolor	Comunicación respetuosa y exenta de juicios de valor Apoyo y tranquilización verbales Explicación detallada de lo que cabe esperar que ocurra Presencia de una persona de apoyo que pueda permanecer con la mujer durante el proceso (solo si esta lo desea) Bolsa de agua caliente o almohadilla eléctrica AINE, como el ibuprofeno <i>El dolor intenso y persistente</i> deberá evaluarse para descartar un embarazo ectópico (antes de las 12 semanas de gestación) o una rotura uterina, complicación infrecuente que es más probable cuando hay antecedentes de incisión uterina (a partir de las 12 semanas de gestación).
Hemorragia	Se crearán unas expectativas razonables sobre el volumen y la duración de la hemorragia Si hay indicios de deterioro hemodinámico, se administrarán líquidos i.v. Aspiración al vacío en caso de hemorragia profusa Transfusión de sangre, si es necesaria (infrecuente al vacío)
Fiebre o escalofríos (efecto secundario frecuente de las dosis repetidas de misoprostol)	Antipiréticos, como paracetamol o ibuprofeno, para aliviar las molestias <i>Si la fiebre persiste</i> durante más de 24 horas desde la última dosis de misoprostol, está justificada una evaluación adicional
Náuseas y vómitos	Se explicará que remiten por sí solos Se tranquilizará a la mujer y se le dispensarán antieméticos si lo desea
Diarrea	Se explicará que remite por sí sola Se tranquilizará a la mujer y se le dispensarán antidiarreicos si lo desea Se alentará la hidratación oral

Infección pélvica	Si se sospecha una infección, se llevará a cabo una exploración física
	<i>Si se confirma la infección,</i> se administrarán antibióticos, se evacuará el útero y, en caso necesario, se hospitalizará a la paciente

2.1.4 Tratamiento del dolor en el aborto médico

Casi todas las mujeres notan algo de dolor continuo y de tipo cólico durante y después del aborto. El tratamiento del dolor es un elemento importante de la atención y debe ofrecerse de forma sistemática y proporcionarse si la persona lo desea y cuando lo pida, antes del aborto médico. Debe administrarse por adelantado, en previsión de la aparición del dolor (como medida profiláctica) (5), o dispensarse a la mujer por si lo necesita posteriormente en el domicilio.

- El nivel de dolor que sienten las personas y su respuesta a él varían enormemente.
- La necesidad de tratamiento del dolor aumenta con la edad gestacional y el tiempo necesario para completar el aborto.
- El grado de dolor también varía en función de la edad, la paridad, los antecedentes de partos vaginales, los antecedentes de dismenorrea y el nivel de ansiedad o temor de la persona que se somete al aborto.
- La ansiedad puede aumentar la sensibilidad al dolor.

Principios del tratamiento del dolor:

- Evalúe de manera individual la necesidad de tratamiento del dolor de cada mujer.
- Considere tanto métodos farmacológicos como no farmacológicos para aliviar el dolor asociado al aborto médico (véase el cuadro 2.3).
- Con objeto de optimizar el uso seguro de los medicamentos para el dolor, preste especial atención a los antecedentes médicos de la persona, sus alergias y el uso simultáneo de otros medicamentos que podrían interactuar con alguno de los analgésicos o anestésicos disponibles.

Cuadro 2.3 Opciones para tratar el dolor en el aborto médico

Métodos no farmacológicos	Métodos farmacológicos
- Comunicación respetuosa y exenta de juicios de valor - Apoyo y tranquilización verbales - Explicación detallada de lo que cabe esperar que ocurra - Presencia de una persona de apoyo que pueda permanecer con la mujer durante el proceso (si esta lo desea) - Bolsa de agua caliente o almohadilla eléctrica	En cualquier edad gestacional: - Ansiolíticos/sedantes (p. ej., diazepam 5-10 mg) - Analgesia (AINE, p. ej., ibuprofeno 400-800 mg) - Medicación coadyuvante, si está indicada, para tratar los efectos secundarios del misoprostol (p. ej., loperamida para la diarrea) Antes de las 12 semanas de gestación: - Si no se dispone de AINE o están contraindicados, puede considerarse el paracetamol para aliviar el dolor. A partir de las 12 semanas de gestación: Además de los AINE, ofrezca uno o más de los siguientes: - opioides orales (según disponibilidad; p. ej., codeína, morfina); - opioides por vía intramuscular (i.m.) o intravenosa (i.v.);^a - ciertos antieméticos y anestesia epidural, cuando esté disponible.

^a Cuando se administre el tratamiento del dolor i.v., deberá estar presente un profesional clínico capacitado (y certificado, si así lo exige la ley) para vigilar las constantes vitales de la mujer (5). Es indispensable que el profesional de la salud que administre el tratamiento del dolor i.v. esté preparado para aplicar medidas de apoyo respiratorio en caso de depresión respiratoria.

Respetar las dosis recomendadas reduce considerablemente los riesgos asociados a estas opciones de tratamiento del dolor para el aborto médico.

IMPORTANTE: Descuidar el tratamiento del dolor aumenta innecesariamente la ansiedad y las molestias, y ello afecta gravemente a la calidad de la asistencia. Denegar el tratamiento del dolor en castigo por abortar es una violación de los derechos humanos.

2.1.5 Aborto médico provocado antes de las 12 semanas de gestación

Las pautas de tratamiento recomendadas para el aborto médico antes de las 12 semanas de gestación se muestran en el cuadro 2.4.

Cuadro 2.4 Pautas terapéuticas para el aborto médico antes de las 12 semanas de gestación

TIPO DE PAUTA	INFORMACIÓN POSOLÓGICA	
MIFEPRISTONA MÁS MISOPROSTOL^a PAUTA RECOMENDADA	Mifepristona 200 mg por vía oral una vez	Misoprostol 800 µg por vía vaginal, sublingual o bucal ^b
MISOPROSTOL SOLO PAUTA RECOMENDADA		Misoprostol 800 µg por vía vaginal, sublingual o bucal ^b
LETROZOL MÁS MISOPROSTOL PAUTA ALTERNATIVA	10 mg por vía oral diarios × tres días	Misoprostol 800 µg por vía sublingual el día 4

^a La pauta combinada de mifepristona y misoprostol es algo más eficaz que el misoprostol solo.

^b Se incluyen todas las vías como opciones para la administración del misoprostol, teniendo en cuenta las preferencias de paciente.

Aborto ación

OBSERVACIONES

Se puede pensar en repetir la administración de misoprostol cuando se necesite para lograr que el proceso de aborto culmine. La guía de la OMS no indica un número máximo de dosis de misoprostol.

Esta pauta puede ser segura y eficaz hasta las 14 semanas de gestación.

entes y proveedores.

Consideraciones clínicas sobre el aborto médico a edades gestacionales tempranas

- La mifepristona y el letrozol se administran siempre por vía oral.
- El misoprostol puede administrarse por diferentes vías, entre ellas, la vaginal, la bucal y la sublingual.
 - Los efectos secundarios y las instrucciones de uso difieren según la vía (véase el cuadro 2.5 Características de las distintas vías de administración del misoprostol y las ilustraciones de la figura 2.1).
- No es necesaria la profilaxis antibiótica para el aborto médico.
- La mifepristona y el misoprostol pueden utilizarse con seguridad en el domicilio y no es necesario que el proceso de expulsión de los tejidos gestacionales se produzca en un entorno clínico si la persona así lo decide.
- Véanse también las consideraciones clínicas sobre el aborto médico a cualquier edad gestacional (apartado 2.1.3).

Administración de los medicamentos y facilitación del proceso de aborto

- Administre el medicamento o medicamentos para iniciar el aborto médico (o entéguelos a la mujer con unas instrucciones claras).
- Hable de los grados de dolor y hemorragia que acompañan al proceso de aborto. Explique la posibilidad de que haya un sangrado abundante con coágulos, expulsión de los tejidos gestacionales y dolor que, en algunas personas, es mucho más intenso que la dismenorrea habitual. En el apartado 2.1.4 se ofrece información sobre el tratamiento del dolor.
- Asegúrese de que todas las mujeres tengan acceso a información, a medicamentos para el dolor y a los servicios necesarios para gestionar con éxito el proceso de aborto y hacer frente a los efectos secundarios habituales de los medicamentos (véase el cuadro 2.2), así como a información sobre dónde solicitar ayuda en caso de que surjan complicaciones (véase a continuación).

IMPORTANTE: Es fundamental que la mujer sepa solicitar atención médica en caso de:

- **hemorragia prolongada o abundante** (empapar más de dos compresas grandes por hora durante dos horas consecutivas);
- **fiebre que dure más de 24 horas** después de la última dosis de misoprostol;
- **sensación de malestar general que dure más de 24 horas** después de la administración de misoprostol.

Consideraciones sobre el uso domiciliario (autogestión) de la combinación de mifepristona y misoprostol o del misoprostol solo

Antes de que la mujer se vaya a casa con los medicamentos para el aborto y el alivio del dolor:

- asegúrese de que comprende cuándo y cómo utilizar las pastillas;
- asegúrese de que comprende cuándo y cómo autoadministrarse los medicamentos para el dolor y cómo aplicar otras medidas de alivio de este, basándose en un examen de sus preferencias;
- asegúrese de que sabe cómo ponerse en contacto con un trabajador de la salud capacitado en caso de que tenga alguna pregunta, inquietud o complicación;
- proporcione instrucciones sobre el modo de utilizar los signos y síntomas clínicos y/o las concentraciones de gonadotropina coriónica humana (hCG) (en sangre u orina) para autoevaluar el éxito del aborto médico (debe tenerse en cuenta que los resultados de las pruebas de embarazo de alta sensibilidad pueden ser positivos hasta cinco semanas después de un aborto médico llevado a cabo con éxito).

Consideraciones relativas al uso del misoprostol en establecimientos de salud

- Asegúrese de que la mujer tenga acceso a un aseo privado mientras espera la expulsión de los tejidos gestacionales.

Cuadro 2.5 Características de las diversas vías de administración del misoprostol

Vía	Instrucciones de uso	Notas
Bucal	Las pastillas se colocan entre la mejilla y las encías y se ingieren al cabo de 20-30 minutos.	La fiebre y los escalofríos son más acusados que con la administración vaginal.
Sublingual	Las pastillas se colocan bajo la lengua y se ingieren al cabo de 30 minutos.	La fiebre, los escalofríos, la diarrea y los vómitos son más acusados que con la administración vaginal. Es la vía que ofrece un inicio de acción más rápido y las mayores concentraciones plasmáticas.
Vaginal	Las pastillas se colocan en los fondos de saco vaginales (las partes más profundas de la vagina) y se pide a la mujer que permanezca tumbada durante 30 minutos.	Puede que sean visibles fragmentos de pastillas. Es la vía con menores tasas de efectos secundarios.

Figura 2.1 Ilustración de las vías de administración bucal y sublingual del misoprostol



2.1.6 Aborto médico provocado a partir de las 12 semanas de gestación

Las pautas de tratamiento recomendadas para el aborto médico a partir de las 12 semanas de gestación son:

Cuadro 2.6 Pautas terapéuticas para el aborto médico a partir de las 12 semanas de gestación

TIPO DE PAUTA	INFORMACIÓN POSOLÓGICA
MIFEPRISTONA MÁS MISOPROSTOL ^a	Mifepristona 200 mg por vía oral una vez » UNO A DOS DÍAS ANTES » Misoprostol 400 µg por vía bucal, sublingual o vaginal ^b cada tres horas ^c
MISOPROSTOL SOLO	No procede Misoprostol 400 µg por vía vaginal, sublingual o bucal ^b cada tres horas ^c

^a La pauta combinada de mifepristona y misoprostol es algo más eficaz que el misoprostol solo.

^b Los datos indican que la vía vaginal es la más eficaz. La consideración de las preferencias de la paciente y del proveedor sugiere la inclusión de todas las vías.

^c Se puede repetir la administración de misoprostol según los intervalos indicados cuando se necesite para lograr que el proceso de aborto culmine. La guía de la OMS no indica un número máximo de dosis de misoprostol. El personal de salud debe proceder con cautela y aplicar el criterio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en gestantes que presentan una incisión uterina previa. La rotura del útero es una complicación infrecuente; en edades gestacionales avanzadas es indispensable tener en cuenta el criterio clínico y la preparación del sistema de salud para el tratamiento urgente de estos casos.

NOTAS:

- **La fiebre y los escalofríos** son efectos secundarios frecuentes de las dosis repetidas de misoprostol; la administración de paracetamol o ibuprofeno reducirá las molestias en estos casos. Deberá evaluarse todo cuadro de fiebre que persista más de 24 horas después de la última dosis de misoprostol.
- Todo cuadro de **dolor intenso** que persista deberá evaluarse para descartar un embarazo ectópico.
- Se ofrece más información en el cuadro 2.2.

gestación

gestación se muestran en el cuadro 2.6.

aborto gestación

OBSERVACIONES

En el aborto provocado posterior a las 24 semanas debe reducirse la dosis de misoprostol, debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas. Sin embargo, debido a la falta de estudios clínicos y a la escasez de datos, no se dispone de unas recomendaciones posológicas específicas; debe aplicarse el criterio clínico para determinar la dosis adecuada.

Consideraciones clínicas sobre el aborto médico a edades gestacionales avanzadas

- La mifepristona se administra siempre por vía oral.
- El misoprostol puede administrarse por diferentes vías, entre ellas, la vaginal, la bucal y la sublingual.
 - Los efectos secundarios y las instrucciones de uso difieren según la vía (véase el cuadro 2.5 Características de las distintas vías de administración del misoprostol y las ilustraciones de la figura 2.1).
- Los medicamentos abortivos pueden administrarse en un establecimiento de salud o en el domicilio.
- No es necesaria la profilaxis antibiótica para el aborto médico.
- La mujer permanece en el establecimiento hasta que se consigue la expulsión de los tejidos gestacionales.
- Si la edad gestacional supera las 20 semanas, algunos proveedores de servicios de aborto pueden considerar la conveniencia de inducir la asistolia fetal antes del procedimiento (véase el apartado 1.7).
- La sensibilidad uterina a las prostaglandinas aumenta con la edad gestacional. Por lo tanto, la dosis adecuada de misoprostol disminuye a medida que dicha edad aumenta.
- Véase también el apartado 2.1.3 Consideraciones clínicas sobre el aborto médico a cualquier edad gestacional.

Administración de los medicamentos y facilitación del proceso de aborto

- Asegúrese de que todas las mujeres tengan acceso a información, a medicamentos para el dolor y a los servicios necesarios para gestionar con éxito el proceso de aborto y hacer frente a los efectos secundarios habituales de los medicamentos (véase el cuadro 2.2), así como a información sobre dónde solicitar ayuda en caso de que surjan complicaciones (véase a continuación).
- Hable de los grados de dolor y hemorragia que acompañan al proceso de aborto. Explique que habrá un sangrado abundante con coágulos, expulsión de los tejidos gestacionales y dolor que será mucho más intenso que la dismenorrea habitual. En el apartado 2.1.4 se ofrece información sobre el tratamiento del dolor.
- Administre el medicamento o medicamentos para iniciar el aborto médico (o entrégueselos a la persona con unas instrucciones claras).

- Asegúrese de que el misoprostol se administra sin demora en dosis repetidas cada tres horas y tantas veces como sea necesario para lograr el éxito del proceso de aborto, según el criterio clínico. Este medicamento puede administrarse aunque la persona presente hemorragia y dolor de tipo cólico o contracciones.
- Ofrezca atención de apoyo mientras se espera la expulsión de los tejidos gestacionales.
- En muchos casos, el dolor de tipo cólico aparece antes de que se administre la segunda dosis de misoprostol, pero este momento es variable. A partir de la primera dosis de misoprostol, se debe evaluar la situación de la mujer cada 30 minutos, en particular en lo que se refiere a su necesidad de tratamiento del dolor.
- La fiebre y los escalofríos son efectos secundarios frecuentes de las dosis repetidas de misoprostol; la administración de paracetamol o ibuprofeno reducirá las molestias en estos casos.
- El tiempo previsto hasta la expulsión y la finalización del aborto es mayor en las nulíparas, y aumenta en todas las mujeres con la edad gestacional.

IMPORTANTE: Es fundamental que la mujer sepa solicitar atención médica en caso de:

- **hemorragia prolongada o abundante** (empapar más de dos compresas grandes por hora durante dos horas consecutivas);
- **fiebre o escalofríos que duren más de 24 horas** después de la última dosis de misoprostol;
- **sensación de malestar general que dure más de 24 horas** después de la administración de misoprostol;
- **dolor intenso que persiste** (se debe evaluar el caso para descartar una rotura uterina, complicación infrecuente que es más probable en las mujeres con antecedentes de una incisión uterina).

Expulsión del feto y/o la placenta

- Si el feto o la placenta no se han expulsado 24-48 horas después de la primera dosis de misoprostol, piense en realizar un tacto vaginal y extraiga los tejidos que pueda haber en la vagina o en el orificio cervical.
- No se debe realizar sistemáticamente una ecografía para detectar el aborto incompleto, ya que hay una escasa correlación entre las imágenes ecográficas y los productos de la concepción retenidos (6).
- No está justificado realizar sistemáticamente un legrado uterino tras la expulsión completa del feto y la placenta.
 - El uso de métodos modernos de aborto médico en edades gestacionales de 12 semanas o más (es decir, misoprostol con o sin mifepristona) se acompaña de unas tasas bajas (<10%) de retención de la placenta.²
 - La evacuación del útero por aspiración al vacío (o por legrado, cuando no se disponga de aspiración) para extraer la placenta solo debe realizarse en caso de hemorragia copiosa, fiebre o retención de la placenta durante más de 3-4 horas después de la expulsión del feto.
- Los tejidos gestacionales deben tratarse del mismo modo que el resto de los materiales biológicos, a menos que la persona desee que reciban otro tratamiento o así lo dicten las normas locales.

Antes del alta tras un aborto médico a partir de las 12 semanas de gestación (véase también el capítulo 3, apartado 3.1)

- Tranquile a la mujer respecto a que el procedimiento ha finalizado y ya no está embarazada.
- Manténgala en observación (sangrado, dolor, tensión arterial y pulso) y administre tratamiento en caso necesario.
- Podrá abandonar el establecimiento de salud cuando esté estable y cumpla los criterios para recibir el alta.
- Documente todos los resultados del tratamiento, incluidos los eventos adversos, si los hay.
- Ofrezca un método anticonceptivo si la mujer lo desea.

2 Las fuentes indican tasas del 8% (7) y el 6% (8).

2.1.7 Tratamiento médico del aborto retenido

El aborto retenido se produce cuando se interrumpe el desarrollo de una gestación y el embrión, el feto, el tejido embrionario o el saco gestacional vacío permanece en el útero con el orificio cervical cerrado. Los síntomas pueden consistir en dolor y hemorragia o estar totalmente ausentes. Si se realiza una ecografía, esta puede mostrar un embrión o un feto sin actividad cardíaca, o lo que parece ser una gestación en fases tempranas del desarrollo, de modo que solo se ve un saco lleno de líquido dentro del útero (1).

Consideraciones clínicas sobre el tratamiento del aborto retenido

- Tanto el tratamiento médico como el quirúrgico (aspiración al vacío) y la conducta expectante son opciones terapéuticas en caso de aborto retenido. Se optará por una de ellas en función del estado clínico de la persona y de sus preferencias terapéuticas.
- La conducta expectante puede ofrecerse como opción siempre y cuando se informe a la mujer de que la expulsión de los tejidos gestacionales se demorará más y habrá un mayor riesgo de que el útero no se vacíe por completo y haya que recurrir a una intervención quirúrgica.
- Los tejidos gestacionales deben tratarse del mismo modo que el resto de los materiales biológicos, a menos que la persona exprese su deseo de que reciban otro tratamiento.

Para las mujeres que prefieren el tratamiento médico del aborto retenido, las pautas recomendadas para edades gestacionales inferiores a 14 semanas se muestran en el cuadro 2.7. Consulte también la información del apartado 2.1.5, incluidos los cuadros 2.4 y 2.5 y la figura 2.1.

Cuadro 2.7 Pautas terapéuticas para el aborto retenido antes de las 14 semanas de gestación

TIPO DE PAUTA	INFORMACIÓN POSOLÓGICA	
MIFEPRISTONA MÁS MISOPROSTOL (Pauta recomendada)	Mifepristona 200 mg por vía oral una vez	Misoprostol 800 µg por cualquier vía (bucal, vaginal o sublingual) una vez
MISOPROSTOL SOLO (Pauta alternativa)	No procede	Misoprostol 800 µg por cualquier vía (bucal, vaginal o sublingual)

OBSERVACIONES

El intervalo mínimo recomendado entre el uso de la mifepristona y el del misoprostol es de 24 horas.

Si se utiliza esta pauta, debe tenerse en cuenta que, según los datos, de las nueve semanas de gestación en adelante, es más eficaz administrar dosis repetidas de misoprostol para conseguir que el proceso de aborto culmine. La guía de la OMS no indica un número máximo de dosis de misoprostol.

Cuadro 2.8 Comparación entre las opciones terapéuticas para el aborto retenido e incompleto

Método	Posibles ventajas	Posibles desventajas	Eficacia (%) Aborto retenido	Eficacia (%) Aborto incompleto
Conducta expectante	• Puede reducir el número de visitas • Evita los efectos secundarios y las complicaciones de otros métodos • Evita la introducción de instrumental en el útero	• Plazo imprevisible • Puede que haya que recurrir a la aspiración al vacío si no tiene éxito	16-75%	82-100%
Tratamiento médico	• Evita la introducción de instrumental en el útero	• Puede causar más hemorragia y necesitar más seguimiento que la aspiración al vacío • Efectos secundarios a corto plazo del misoprostol	77-89%	61-100%
Tratamiento quirúrgico (aspiración al vacío)	• Resolución rápida	• Procedimiento quirúrgico	96-100%	96-100%

Nota: Para más información sobre el aborto incompleto, véase el apartado 3.3.

2.1.8 Tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina

La muerte fetal intrauterina (MFIU) o muerte fetal se refiere a situaciones en las que el feto ya no está vivo, pero el útero aún no ha empezado a expulsar su contenido y el orificio cervical permanece cerrado (9). El diagnóstico se realiza mediante ecografía tras las manifestaciones clínicas, que pueden consistir en hemorragia vaginal, ausencia de ruidos cardíacos fetales en la auscultación electrónica, ausencia de sensación de movimientos fetales o un útero significativamente más pequeño de lo previsto (9).

Ante la MFIU puede adoptarse una conducta expectante u optar por el tratamiento quirúrgico (dilatación y evacuación; véase el apartado 2.2.6) o médico, como se describe en este apartado. La decisión sobre el modo de actuar en caso de MFIU debe basarse en la situación clínica de la persona y en sus preferencias terapéuticas. Los tejidos gestacionales deben tratarse del mismo modo que el resto de los materiales biológicos, a menos que la persona exprese su deseo de que reciban otro tratamiento.

Para las personas que prefieren el tratamiento médico, las pautas recomendadas en los casos de MFIU en edades gestacionales de ≥ 14 a ≤ 28 semanas se muestran en el cuadro 2.9. Es importante señalar, no obstante, que si la mujer va a tomar la mifepristona en régimen ambulatorio, es fundamental que sepa que debe volver al establecimiento de salud o solicitar atención médica si la bolsa de las aguas se rompe o aparecen contracciones antes de haber empezado a tomar el misoprostol.



Cuadro 2.9 Pautas terapéuticas en los casos de muerte fetal intrauterina (MFIU) gestaciones de entre 14 y 28 semanas

TIPO DE PAUTA	INFORMACIÓN POSOLÓGICA	
MIFEPRISTONA MÁS MISOPROSTOL (Pauta propuesta) ^a	Mifepristona 200 mg por vía oral una vez	» UNO A DOS DÍAS ANTES » Misoprostol 400 µg por vía vaginal o sublingual cada cuatro a seis horas
MISOPROSTOL SOLO ^c (Pauta alternativa)	No procede	Misoprostol 400 µg por vía sublingual (preferente) o vaginal cada cuatro a seis horas ^c

a La pauta combinada de mifepristona y misoprostol es algo más eficaz que el misoprostol solo.

b El intervalo mínimo recomendado entre el uso de la mifepristona y el del misoprostol es de 24 horas.

c Se puede repetir la administración de misoprostol según los intervalos indicados cuando se necesite para lograr que el proceso de aborto culmine. La guía de la OMS no indica un número máximo de dosis de misoprostol. El personal de salud debe proceder con cautela y aplicar el criterio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en gestantes que presentan una incisión uterina previa. La rotura del útero es una complicación infrecuente; en edades gestacionales avanzadas es indispensable tener en cuenta el criterio clínico y la preparación del sistema de salud para el tratamiento urgente de estos casos.

en

OBSERVACIONES

g Tanto en el aborto provocado posterior a las 24 semanas como en la MFIU posterior a las 28 semanas, debe reducirse la dosis de misoprostol, ya que se dispone de pocos datos. Es preciso aplicar el juicio clínico para determinar la dosis apropiada, teniendo en cuenta la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas.

RECUADRO 2.2: Los abortos provocados no se documentan junto con las muertes fetales y los mortinatos en las estadísticas de mortalidad

Las estadísticas de mortalidad son de uso habitual en la investigación médica, en la planificación, el control y la evaluación de programas de salud pública e intervenciones sanitarias, en la asignación de recursos sanitarios y en el seguimiento de la atención de salud (2). En ellas se incluyen las correspondientes a las muertes fetales, los mortinatos y las muertes neonatales, que no deben registrarse junto con las de la interrupción artificial del embarazo, sino por separado. La interrupción artificial del embarazo se define como «la expulsión o extracción completa de un embrión o un feto de una mujer (independientemente de la duración del embarazo), luego de una interrupción deliberada de un embarazo en curso por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene por objeto dar lugar a un nacimiento vivo» (3, apartado 2.25.4.2).

Instrucciones clave de la CIE-11:

- Se expide un único certificado médico de la causa de la muerte para todas las muertes, incluidos los mortinatos (desde la actualización del formulario internacional del certificado médico de la causa de la muerte en 2016) *(3, apartado 2.25.4.4).*
- Como mínimo, deben incluirse en las estadísticas todos los mortinatos y las muertes de los nacidos vivos con al menos 22 semanas completas de gestación (≥ 154 días), aunque los requisitos legales para el registro pueden variar en función de las distintas legislaciones nacionales. Esto no se aplica a las interrupciones artificiales del embarazo, que se definen (véase más arriba) con independencia de la duración del embarazo y deben presentarse por separado, no junto con las muertes fetales, los mortinatos ni los nacidos vivos *(3, apartado 2.25.4.5).*
- La interrupción artificial de un embarazo en curso está regulada por ley y puede denominarse con los términos «aborto legal», «aborto provocado» o «reducción fetal», entre otros. Los casos que se ajusten a la definición de interrupción artificial del embarazo no deberán figurar junto con los de abortos espontáneos o mortinatos, sino aparte, y se diferenciarán claramente en las estadísticas *(3, apartado 2.25.4.1).*

2.2 Aborto quirúrgico

2.2.1 Resumen de los métodos: aborto quirúrgico

El aborto quirúrgico comprende las siguientes tareas: administración de profilaxis antibiótica y tratamiento del dolor (desde anestesia local hasta sedación mínima o profunda o, en algunos casos si es necesario, anestesia general), preparación del cuello uterino, realización del procedimiento de aborto utilizando el método seleccionado, supervisión de la recuperación de la paciente y alta.

Diversos profesionales de la salud pueden realizar estas tareas (véanse las recomendaciones sobre la prestación de los servicios en las *Directrices sobre la atención para el aborto* publicadas por la OMS en 2022 [1]).

Cuadro 2.10 Métodos de aborto quirúrgico

<14 semanas	≥14 semanas
Aspiración al vacío • aspiración al vacío manual (AM) • aspiración al vacío eléctrica (AE)	Aspiración al vacío avanzada • AM • AE Dilatación y evacuación

La aspiración al vacío consiste en evacuar el contenido del útero a través de una cánula de plástico o de metal conectada a una fuente de vacío. En la aspiración al vacío eléctrica se utiliza una bomba de vacío eléctrica. En la aspiración al vacío manual, el vacío se crea mediante un aspirador manual de plástico de 60 ml (también llamado jeringa). Los aspiradores manuales admiten cánulas de entre 4 y 12 mm. Los tubos de los aspiradores eléctricos se adaptan a cánulas de hasta 16 mm de diámetro, lo que permite utilizar la aspiración al vacío hasta las 15-16 semanas de gestación o en los casos de atención postaborto en los que el cuello uterino está dilatado y se necesitan cánulas de mayor tamaño para lograr un vacío eficaz.

La dilatación y evacuación es la técnica quirúrgica para el aborto después de las 12-14 semanas de embarazo en los casos en los que se disponga de profesionales cualificados y experimentados. Exige la preparación del cuello uterino mediante dilatadores osmóticos y/o fármacos, seguida de la evacuación del útero esencialmente con pinzas y el uso de la aspiración al vacío (véase la entrada correspondiente del glosario) para extraer los restos de sangre y tejidos.

En cuanto a los requisitos relativos a la documentación de los casos, véanse los recuadros 2.1 (Documentación de los abortos provocados en las estadísticas de mortalidad) y 2.2 (Los abortos provocados no se documentan junto con las muertes fetales y los mortinatos en las estadísticas de mortalidad), ambos en el apartado 2.1.

Cuadro 2.11 Suministros, medicamentos y equipos para el aborto quirúrgico³

	Evaluación clínica	Procedimiento de aspiración al vacío y procedimiento de dilatación y evacuación
SUMINISTROS Y MEDICAMENTOS	• Guantes de exploración limpios	• Agua limpia • Detergente o jabón • Fármacos y suministros para la preparación del cuello uterino (p. ej., misoprostol, mifepristona, dilatadores osmóticos) • Medicamentos para el dolor, como analgésicos y ansiolíticos • Guantes limpios y estériles • Equipo de protección personal (p. ej., mascarilla, pantalla facial, bata, delantal de plástico) • Soluciones y materiales para la esterilización o la desinfección de alto nivel • Gasas o bolas de algodón • Solución antiséptica (sin alcohol) para preparar el cuello uterino • Agujas (aguja raquídea de calibre 22 para bloqueo paracervical y aguja de calibre 21 para la administración de medicamentos) • Jeringas (5, 10 y 20 ml) • Lidocaína para el bloqueo paracervical • Silicona para lubricar las jeringas • Gel lubricante
EQUIPOS	• Tensiómetro • Estetoscopios	• Autoclave o esterilizador^a • Espéculo (de boca ancha para aumentar la exposición del cuello uterino y de valvas cortas para no presionar sobre este y alejarlo, o un espéculo de Sims si se dispone de ayudante) • Fuente de luz/lámpara frontal • Tenáculo (tenáculo atraumático; cuando esté disponible) • Dilatadores mecánicos cónicos, hasta 37 French (Fr) (o hasta 51 Fr para edades gestacionales avanzadas) o de circunferencia equivalente de Pratt, 13-43 Fr (o 41-79 Fr para edades gestacionales avanzadas) de Hern, hasta 98 Fr para edades gestacionales avanzadas • Cánulas de todos los tamaños hasta 16 mm • Aspirador eléctrico (con cánulas de hasta 14-16 mm) o aspirador manual (con cánulas de hasta 12-14 mm) • Pinzas de evacuación uterina de Bierer (grandes y pequeñas) • Pinzas de evacuación uterina de Sopher (pequeñas) • Cureta flexible de posparto grande • Pinzas con aros para torundas (pinzas de Foerster) • Cuenco de acero inoxidable para la solución antiséptica • Bandeja para instrumental • Placa de vidrio transparente para inspección de tejidos • Filtro (de metal, vidrio o gasa)

^a El equipo para dilatación y evacuación se resalta en negrita.

	Recuperación	En caso de complicaciones
	• Compresas higiénicas • Analgésicos • - Antibióticos • Folletos informativos (sobre la autoasistencia después del procedimiento y la anticoncepción postaborto) • Métodos anticonceptivos tras el aborto	• Antagonistas adecuados de los medicamentos utilizados para el dolor • Oxitócicos (p. ej., oxitocina, misoprostol o ergometrina) • Vía intravenosa (i.v.) y líquidos i.v. (p. ej., solución salina, lactato sódico, glucosa) • Compresas de gasa para taponamiento uterino • Oxígeno y ambú (balón autoinflable)
	• Tensiómetro • Estetoscopio	• Acceso a un ecógrafo <i>in situ</i> (opcional) • Portagujas largo y material de sutura • Tijeras

2.2.2 Consideraciones clínicas sobre el aborto quirúrgico

Si la edad gestacional supera las 20 semanas, algunos proveedores de servicios de aborto pueden considerar la conveniencia de inducir la asistolia fetal antes del procedimiento (véase el apartado 1.7).

Si se detectan problemas de salud que podrían causar complicaciones o agravarlas (como enfermedades concomitantes o anomalías uterinas), debe derivarse a la persona a un establecimiento de salud adecuado de un nivel asistencial superior para el procedimiento de aborto u otros servicios, según proceda.

Deben existir mecanismos de derivación claros para remitir a las mujeres a un establecimiento de nivel asistencial superior en caso de que surjan complicaciones durante el procedimiento o la recuperación. También debe existir una derivación sistemática de las mujeres a servicios de anticoncepción postaborto si no se dispone de ellos *in situ*.

Profilaxis antibiótica en el aborto quirúrgico

- La presencia de infección en los tramos inferiores del aparato genital en el momento de un aborto quirúrgico es un factor de riesgo de infecciones del aparato genital tras el aborto. La administración de antibióticos en el momento del aborto (profilaxis) tiene por objeto prevenir estas complicaciones después de un aborto quirúrgico.
 - Se ha comprobado que resulta eficaz administrar dosis únicas de nitroimidazoles, tetraciclinas o penicilinas como antibióticos profilácticos en el aborto quirúrgico.
 - No deben administrarse pautas terapéuticas de antibióticos a menos que exista preocupación por una infección existente.
- En el aborto quirúrgico, sea cual sea el riesgo individual de enfermedad inflamatoria pélvica (infección genital alta), se recomienda una adecuada profilaxis antibiótica pre- o perioperatoria (1, apartado 3.3.4).

Técnica aséptica

- Antes de todo procedimiento de aborto quirúrgico se debe limpiar el cuello uterino con un antiséptico (p. ej., povidona yodada).
- Es fundamental manipular y eliminar de manera segura el instrumental punzocortante —bisturíes y agujas—, como lo es manipular y procesar adecuadamente los demás instrumentos y materiales, para evitar infecciones tanto en las pacientes como en el personal de salud.
- Utilice la técnica «sin contacto» (véase el recuadro 2.3).

PRECAUCIÓN: No es seguro manipular los aspiradores, las cánulas y los adaptadores con las manos desnudas hasta que se hayan limpiado.

RECUADRO 2.3 LA TÉCNICA «SIN CONTACTO»

La técnica sin contacto es importante porque, aunque se aplique una solución antiséptica al inicio del procedimiento, no es posible esterilizar el aparato genital.

Según esta técnica, las partes de los instrumentos que se introducen en el útero (es decir, cánulas, pinzas, dilatadores) no deben entrar en contacto con objetos ni superficies que no estén estériles, incluidos los muslos y las paredes vaginales de la paciente, y las manos o los guantes del proveedor, antes de su inserción en el útero. El proveedor puede utilizar guantes limpios no estériles para el procedimiento (no es necesario que sean estériles).

Así, durante el procedimiento, el profesional de salud:

- sujetará y tocará los dilatadores únicamente por su porción intermedia, evitando las puntas;
- conectará la cánula a la fuente de vacío sin tocar la punta de la cánula;
- mantendrá los instrumentos usados alejados de los instrumentos estériles que permanecen en la bandeja.

Fuente: Meckstroth and Paul, First trimester, aspiration abortion, 2009 (10).

2.2.3 Tratamiento del dolor en el aborto quirúrgico

Casi todas las mujeres notarán algo de dolor de tipo continuo y cólico durante la preparación del cuello uterino y el procedimiento abortivo, y después de este. Este dolor guarda relación sobre todo con la dilatación cervical (fisiológica, farmacológica y/o mecánica) y las contracciones uterinas. Su tratamiento es un elemento importante de la atención y debe ofrecerse de forma sistemática y proporcionarse si la persona lo desea y cuando lo pida, antes y/o durante la preparación del cuello uterino y el procedimiento de aborto quirúrgico. Algunos medicamentos pueden administrarse por adelantado, anticipándose a la aparición del dolor (como medida profiláctica) (5), o pueden entregarse a la mujer por si los necesita para su uso posterior en el domicilio.

- El nivel de dolor que sienten las personas y su respuesta a él varían enormemente.
- La necesidad de tratamiento del dolor aumenta con la edad gestacional y el tiempo necesario para completar el procedimiento abortivo.
- El grado de dolor también varía en función de la edad, la paridad, los antecedentes de parto vaginal, los antecedentes de dismenorrea y el nivel de ansiedad o temor de la persona que se somete al aborto.
- La ansiedad puede aumentar la sensibilidad al dolor; cuando es muy acusada, debe tratarse, ya que puede que la mujer no logre permanecer quieta en la camilla en la que se esté llevando a cabo el aborto quirúrgico y con ello ponga en peligro su seguridad.

Principios del tratamiento del dolor:

- Evalúe de manera individual la necesidad de tratamiento del dolor de cada mujer.
- Considere tanto métodos farmacológicos como no farmacológicos para reducir el dolor que acompaña al aborto (véase el cuadro 2.12).
- Con objeto de optimizar el uso seguro de los medicamentos para el dolor, preste especial atención a los antecedentes médicos de la persona, sus alergias y el uso simultáneo de otros medicamentos que podrían interactuar con alguno de los analgésicos o anestésicos disponibles.

Cuadro 2.12 Opciones para el tratamiento del dolor en el aborto quirúrgico y durante la preparación del cuello uterino previa al aborto quirúrgico

Tratamiento no farmacológico del dolor	Tratamiento farmacológico del dolor (para más detalles, véase el cuadro 2.13)
• Comunicación respetuosa y exenta de juicios de valor • Apoyo y tranquilización verbales • Presencia de una persona de apoyo que pueda permanecer con la mujer durante el proceso (si ella lo desea) • Alentar la respiración profunda y controlada • Escuchar música • Bolsa de agua caliente o almohadilla eléctrica	Para la preparación del cuello uterino: Debe ofrecerse tratamiento del dolor para cualquier tipo de preparación del cuello uterino Para la preparación del cuello uterino con uno o varios dilatadores osmóticos antes del aborto quirúrgico en gestaciones de 14 semanas o más, se propone el bloqueo paracervical, y se puede pensar en administrar más medicación para el dolor, como un gel intravaginal.
Todo lo anterior, y además: • Técnica quirúrgica suave y delicada • Anuncio previo de cada paso del procedimiento (si la mujer lo desea)	Para el aborto quirúrgico en cualquier edad gestacional: Analgesia con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (p. ej., ibuprofeno)^a Se recomienda el uso sistemático del BPC (p. ej., con lidocaína; véanse los detalles del BPC más adelante). Debe ofrecerse la opción del tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente^b más BPC cuando se disponga de sedación consciente (véase el cuadro 2.13). Además de lo anterior, se pueden ofrecer ansiolíticos o sedantes. La OMS desaconseja el uso sistemático de la anestesia general para el aborto quirúrgico.

^a Para garantizar que los medicamentos orales sean más eficaces en el momento de la intervención, deben administrarse entre 30 y 45 minutos antes de esta.

^b La sedación consciente también se conoce como sedación moderada o sedación intravenosa (i.v.), ya que suele administrarse por esta vía (véase el cuadro 2.13).

Ejemplo de administración de un bloqueo paracervical (BPC) (11)

- Inyecte 1-2 ml de anestésico en el lugar del cuello uterino en el que está previsto colocar el tenáculo (a las 12 o las 6 horas, según la preferencia del profesional de salud o la presentación del cuello uterino).
- A continuación, estabilice el cuello uterino colocando el tenáculo en la zona anestesiada.
- Aplique una ligera tracción para desplazar el cuello uterino lateralmente y definir la transición del epitelio cervical liso al tejido vaginal, que delimita la ubicación de ulteriores inyecciones.
- Inyecte lentamente 2-5 ml de lidocaína a una profundidad de 1,5-3 cm en 2 o 4 puntos de la zona de unión entre el cuello uterino y la vagina (a las 2 y las 10 horas y/o a las 4 y las 8 horas).
 - La lidocaína puede tamponarse con bicarbonato sódico, si se dispone de él.
 - Si no se dispone de lidocaína, puede usarse solución fisiológica.
- Mueva la aguja mientras inyecta O aspire antes de inyectar, para evitar la inyección intravascular.
- Para el BPC, la dosis máxima de lidocaína es de 4,5 mg/kg de peso corporal o, en general, de entre 200 y 300 mg (unos 20 ml de lidocaína al 1% o 40 ml al 0,5%).

Uso de sedación moderada o profunda o de anestesia general para el tratamiento del dolor

La anestesia general es uno de los pocos aspectos potencialmente mortales de la atención para el aborto. Todo establecimiento de salud que la ofrezca debe contar con el equipo y el personal especializados para administrarla y hacer frente a las posibles complicaciones. La anestesia general puede ser una opción adecuada en determinadas circunstancias, como cuando el embarazo es consecuencia de una violación o la mujer presenta una profunda discapacidad intelectual o del desarrollo.

Cuando se utilice la sedación o la anestesia general, deberá estar presente un profesional de salud capacitado (y certificado, si así lo exige la ley) para vigilar los pertinentes parámetros respiratorios, cardiovasculares y neurológicos, incluido el nivel de consciencia (5). El profesional de salud que administre sedación de cualquier nivel o tratamiento del dolor i.v. deberá estar preparado para aplicar medidas de apoyo respiratorio en caso de depresión respiratoria.

Administrar las dosis recomendadas (véase el cuadro 2.13) reduce mucho los riesgos asociados a estas opciones de tratamiento del dolor. Si se utilizan medicamentos que provocan sedación y podrían causar depresión respiratoria, deberá disponerse de sus antagonistas, preferiblemente en un carro de urgencias, junto con instrucciones para el tratamiento de las reacciones adversas.

IMPORTANTE: Descuidar el tratamiento del dolor aumenta innecesariamente la ansiedad y las molestias y, en consecuencia, pone en grave riesgo la calidad de la atención y puede hacer que el procedimiento resulte más difícil (y se tarde más en llevarlo a cabo). Denegar el tratamiento del dolor en castigo por abortar es una violación de los derechos humanos.

Cuadro 2.13 Tratamiento farmacológico del dolor en el aborto efectos

	Sedación mínima (ansiólisis)	Sedación consciente (moderada)
¿QUÉ MEDICAMENTOS HAY QUE ADMINISTRAR? ^a	Ansiolíticos, como alguno de los siguientes, 30-60 minutos antes del procedimiento: • midazolam 10 mg por vía oral (v.o.) • diazepam	Analgésicos y ansiolíticos combinados: Analgésicos, como alguno de los siguientes opioides: • fentanilo 50-100 µg i.v. • petidina 25-100 mg i.v./i.m. • tramadol 50-100 mg i.v./i.m. • morfina 0,1-0,2 mg/kg i.v. Ansiolíticos, una dosis inicial de alguno de los siguientes: • midazolam 1-2 mg i.v. • diazepam 5-10 mg i.v. • lorazepam 1 mg i.v. IMPORTANTE: El proveedor debe elaborar protocolos que garanticen un control adecuado del dolor evitando al mismo tiempo la sobredosis.

quirúrgico: medicamentos sedantes y anestésicos y sus

Sedación profunda	Anestesia general
Analgésicos, como alguna de las combinaciones siguientes: • propofol con fentanilo (la más utilizada) • ketamina con petidina/fentanilo Ansiolíticos, una dosis inicial de alguno de los siguientes: • midazolam 1-2 mg i.v. • diazepam 5-10 mg i.v. • lorazepam 1 mg i.v. IMPORTANTE: Puede producirse un estado de anestesia general como complicación de una sedación profunda; en estos casos harán falta medidas adicionales de apoyo respiratorio y cardiovascular. Notas: • Debe hacerse una evaluación preanestésica. • Pueden consumirse líquidos transparentes (ello incluye agua, zumos transparentes y café solo) hasta 2 horas antes del procedimiento, pero se debe esperar al menos 6 horas desde la última comida ligera u 8 horas si se han ingerido alimentos fritos o grasos, o carne.	Analgésicos: • propofol • óxido nitroso (NO) • fármacos bloqueadores neuromusculares (solo si está previsto intubar) Notas: • Debe hacerse una evaluación preanestésica. • Pueden consumirse líquidos transparentes (ello incluye agua, zumos transparentes y café solo) hasta 2 horas antes del procedimiento, pero se debe esperar al menos 6 horas desde la última comida ligera u 8 horas si se han ingerido alimentos fritos o grasos, o carne.

Cuadro 2.13 (continuación)

	Sedación mínima (ansiólisis)	Sedación consciente (moderada)
¿QUÉ EFECTOS TIENEN EN LA PACIENTE?	- Disminución de la ansiedad antes y durante el procedimiento - Sin efecto directo sobre el dolor - Respuesta normal a estímulos verbales - Ningún efecto sobre las vías respiratorias, la ventilación o el aparato cardiovascular	- Disminución de la ansiedad - Reducción del dolor - Somnolencia, pero la paciente puede responder a estímulos verbales y táctiles - Ningún efecto sobre las vías respiratorias - Se mantiene una ventilación adecuada - Se mantiene el funcionamiento del aparato cardiovascular
¿QUÉ VIGILANCIA SE REQUIERE?	No es necesaria una vigilancia continua o frecuente	- Vigilancia frecuente de las constantes vitales y el nivel de consciencia cada tres a cinco minutos, y oxígeno suplementario - Debe llevarla a cabo un profesional de salud capacitado que sepa aplicar la reanimación cardiopulmonar básica o avanzada

^a También deben estar disponibles los antagonistas: el flumazenil (en incrementos de 0,2 mg i.v. durante 30 segundos) revierte el efecto de las

Fuentes: Allen y Singh, Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1 - local anesthesia and minimal sedation management, 2009 (14).

Sedación profunda	Anestesia general
• La ansiedad y el dolor están bien controlados • La paciente responderá a estímulos repetidos o dolorosos • Somnolencia sin reflejo palpebral • Puede ser necesaria una intervención o una colocación de la mujer para mantener las vías respiratorias permeables • Puede ser necesario un apoyo ventilatorio • La función cardiovascular suele mantenerse	• La ansiedad y el dolor están bien controlados • Amnesia, analgesia y relajación muscular • Las vías respiratorias y la ventilación se ven afectadas • El aparato cardiovascular podría necesitar apoyo
• Vigilancia continua con oxígeno suplementario • En pacientes bien seleccionadas y en entornos adecuados, la sedación profunda no aumenta el riesgo de aspiración pulmonar ni de complicaciones relacionadas con la anestesia	• Vigilancia continua y oxígeno suplementario • Mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la anestesia que con la sedación • Exige la gestión por parte de un equipo interdisciplinar que incluya un anestesiólogo o un profesional de salud capacitado que pueda administrar anestesia general

benzodiacepinas; la naloxona (en incrementos de 0,04 mg i.v.) revierte eficazmente el efecto de los narcóticos.
tion, 2018 (12); Dean *et al.*, The safety of deep sedation without intubation for abortion in the outpatient setting, 2011 (13); Nichols *et al.*, Pain

2.2.4 Preparación del cuello uterino previa al aborto quirúrgico

Antes de un aborto quirúrgico, se puede plantear la preparación del cuello uterino (también denominada «preparación») en todas las mujeres con un embarazo de cualquier edad gestacional, y en particular si esta supera las 12 semanas. En el cuadro 2.14 se presentan las recomendaciones al respecto y las pautas farmacológicas propuestas.

La maduración cervical es especialmente beneficiosa para las personas que presentan las circunstancias o trastornos enumerados a continuación, ya que reduce el riesgo de lesión cervical o perforación uterina (que puede causar hemorragia) y de aborto incompleto:

- anomalías del cuello uterino;
- antecedentes de cirugía del cuello uterino;
- edad adolescente;
- embarazo avanzado.

También pueden seguirse las recomendaciones y pautas para la preparación del cuello uterino en los casos de tratamiento quirúrgico de la muerte fetal intrauterina (MFUI; véase el apartado 2.1.8) si el cuello uterino aún no ha empezado a ablandarse y dilatarse. En estos casos habrá que aplicar el juicio clínico para determinar si es necesaria la maduración cervical.

La maduración cervical puede lograrse por métodos mecánicos (dilatadores osmóticos naturales o sintéticos) o farmacológicos (es decir, con mifepristona, misoprostol o ambos).

- Puede iniciarla un trabajador de la salud distinto del que vaya a llevar a cabo el procedimiento quirúrgico.
- Si se utilizan medicamentos para la maduración cervical previa al aborto quirúrgico, la mujer puede autogestionarla, de modo que ella no perderá tiempo en desplazamientos y no hará falta recurrir a personal para la inserción de dilatadores osmóticos.
- La maduración cervical puede facilitar el procedimiento de aborto a un proveedor inexperto.
- Deben proporcionarse los medicamentos adecuados para tratar el dolor durante la preparación cervical (véase el cuadro 2.12 en el apartado 2.2.3).

La maduración cervical tiene algunas desventajas, como las molestias para la mujer, el coste adicional y el tiempo suplementario para llevarla a cabo eficazmente.

IMPORTANTE: Si una mujer en la que se está llevando a cabo la preparación cervical empieza a tener una hemorragia vaginal copiosa, se debe evacuar el útero sin demora.

Cuadro 2.14 Preparación cervical antes del aborto quirúrgico

<12 semanas de gestación	≥12 semanas de gestación
La OMS recomienda no utilizar dilatadores osmóticos para la preparación cervical. Si va a llevar a cabo la preparación cervical, seleccione una de las pautas médicas propuestas a continuación.	12-19 semanas:^a se propone la preparación cervical • solo fármacos (se prefiere una combinación de mifepristona más misoprostol; véase más abajo) O • uno o varios dilatadores osmóticos^c más fármacos (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambos; véase más abajo)
	≥19 semanas: se recomienda la preparación cervical • uno o varios dilatadores osmóticos^c más fármacos (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambos; véase más abajo)
Pautas médicas propuestas: • Mifepristona 200 mg por vía oral 24-48 horas antes de la intervención • Misoprostol^b 400 µg por vía sublingual una a dos horas antes del procedimiento • Misoprostol^b 400 µg por vía vaginal o bucal dos a tres horas antes del procedimiento	

^a Los datos a favor de la maduración cervical en gestaciones de entre 12 y 14 semanas son limitados, por lo que el personal de salud deberá aplicar el criterio clínico para decidir qué método de maduración cervical previa al aborto quirúrgico es el más conveniente en este intervalo de edad gestacional.

^b La vía sublingual es más eficaz para la administración del misoprostol.

^c Cuando se utilicen dilatadores osmóticos, el tiempo transcurrido entre la colocación de estos y el procedimiento no debe superar los dos días.

Ejemplo de colocación de los dilatadores osmóticos

- Coloque un espéculo en la vagina y limpie el cuello uterino con una solución antiséptica sin alcohol.
- Administre anestesia local en el labio cervical y sujete este con un tenáculo atraumático. A continuación, administre un bloqueo paracervical completo (consulte la información sobre cómo administrarlo en el apartado 2.2.3).
- Sujete el extremo de un dilatador osmótico con unas pinzas (de aros o para gasas) e introdúzcalo en el conducto endocervical de forma que la punta, al penetrar en el útero, sobrepase apenas el orificio cervical interno (utilizando la técnica «sin contacto»; véase el recuadro 2.3). Se puede facilitar la colocación recubriendo el dilatador osmótico con gel lubricante o una solución antiséptica.
- Coloque secuencialmente los dilatadores (si va a utilizar varios), uno junto a otro, en el interior del orificio cervical, de modo que encajen muy ajustadamente en el conducto endocervical.

Otras consideraciones sobre el uso de dilatadores osmóticos

- Los dilatadores osmóticos naturales (tallos de laminaria) alcanzan la máxima dilatación a las 24 horas.
- Los dilatadores osmóticos sintéticos (Dilapan-S) conseguirán una buena dilatación en seis horas, pero seguirán dilatando hasta pasadas 24 horas y pueden utilizarse para procedimientos en el mismo día.
- Cuando se ha colocado inicialmente un número de dilatadores osmóticos inferior al deseado, se puede repetir el procedimiento a las cuatro horas o al día siguiente para colocar los que faltan.
- Dado que el riesgo de expulsión es mínimo tras la colocación de los dilatadores osmóticos, la mujer puede abandonar el establecimiento de salud y luego regresar cuando se le indique para someterse al procedimiento.
- Los proveedores deben documentar el número de dilatadores osmóticos colocados para así garantizar que se contabilicen todos al retirarlos al inicio del procedimiento de aborto.

- El número, el tipo y la combinación de dilatadores osmóticos que deben utilizarse para la preparación del cuello uterino varían mucho en función de los protocolos locales, las preferencias del proveedor y los recursos disponibles, y también según las siguientes consideraciones clave:
 - edad gestacional;
 - paridad;
 - experiencia del proveedor;
 - tipo de dilatador osmótico utilizado;
 - tiempo que se dejarán colocados los dilatadores osmóticos antes del procedimiento previsto (teniendo en cuenta el riesgo de que la expulsión se produzca fuera del establecimiento de salud);
 - uso de mifepristona y/o misoprostol junto con uno o varios dilatadores osmóticos para la maduración cervical (en este caso debe prestarse mucha atención al momento de la maduración cervical en relación con el procedimiento —por ejemplo, la mifepristona puede administrarse el día de la colocación de los dilatadores y el misoprostol debe administrarse el día del procedimiento para reducir todo lo posible el riesgo de que la expulsión se produzca fuera del establecimiento de salud—).
- La información esencial sobre las características de los dilatadores osmóticos se resume en el cuadro 2.15.

Otras consideraciones sobre el uso de la mifepristona

- Puede aparecer un manchado o un sangrado leve debido a la mifepristona.
- Puede que los tejidos gestacionales se expulsen en el periodo intermedio de uno o dos días que precede al procedimiento de aborto programado.
- La mifepristona administrada 24-48 horas antes del procedimiento de aborto no debe combinarse con misoprostol, ya que entrañaría riesgo de expulsión antes del procedimiento. Si el médico desea añadir misoprostol, este deberá administrarse entre una y tres horas antes del procedimiento y estando la paciente en el establecimiento de salud, no en su domicilio.

Otras consideraciones sobre el uso del misoprostol

- Pueden aparecer algo de sangrado y dolor de tipo cólico, fiebre, náuseas,

vómitos y/o diarrea debido al misoprostol.

- Asegúrese de que la mujer disponga de un lugar en el que pueda esperar cómodamente mientras el misoprostol hace efecto (hasta tres horas).
- Si el cuello uterino no se dilata fácilmente después de una dosis de misoprostol, se puede repetir la administración por la misma vía o por otra distinta, o valorar la conveniencia de colocar uno o varios dilatadores osmóticos.

Antes de que la mujer utilice el fármaco para la preparación cervical, confirme que existe un plan claro para el aborto quirúrgico y que ella tiene acceso al sistema de salud en caso de que desee o necesite apoyo adicional en el intervalo.

Cuadro 2.15 Características de los dilatadores osmóticos

Característica		Naturales (es decir, tallos de laminaria)	Sintéticos (es decir, Dilapan-S®)
Tamaño	Diámetro	2-10 mm	3-4 mm
	Longitud	60-85 mm	55-65 mm
Material		Laminaria (un alga parda) higroscópica natural, desecada y comprimida	Dilatador osmótico sintético e higroscópico de hidrogel Aquacryl®
Mecanismo de acción		Mecánico	Mecánico y químico
Grado de expansión a partir del diámetro inicial en seco		3-4 veces	3-4 veces
Tiempo transcurrido entre la inserción y la dilatación máxima		12-24 horas	6-24 horas
Edad gestacional	< 12 semanas	Recomendación en contra (no deben usarse en esta edad gestacional)	
	12-19 semanas	Se propone su uso, combinado con fármacos (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambos; véase el cuadro 2.14)	
	> 19 semanas	Se recomienda su uso, combinado con fármacos (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambos; véase el cuadro 2.14)	

Fuentes: OMS, Directrices sobre la atención para el aborto, 2022 (1); Fox, Hayes, Society of Family Planning, Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation, 2007 (15); Hammond and Chasen, Dilation and evacuation; 2009 (16); Newmann *et al.*, Society of Family Planning, Clinical guidelines: cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation, 2008 (17).

2.2.5 Aborto quirúrgico antes de las 14 semanas de gestación

Consideraciones clínicas sobre el aborto quirúrgico a edades gestacionales tempranas

El aborto quirúrgico antes de las 14 semanas de gestación se realiza mediante aspiración al vacío. Ambos tipos de aspiración son igual de seguros y eficaces.

- En la **aspiración al vacío manual** se utiliza un aspirador manual para generar el vacío. El aspirador se acopla a cánulas de entre 4 y 14 mm de diámetro y puede usarse en diversos entornos, incluidos los que carecen de electricidad.
- En la **aspiración al vacío eléctrica** se utiliza una bomba eléctrica para generar el vacío que admite cánulas de hasta 16 mm de diámetro, con tubos de mayor diámetro (para su uso con cánulas >12 mm).

El procedimiento de aborto es similar con ambos tipos de aspiración.

Asegúrese de que todas las mujeres tengan acceso a la información pertinente (apartado 1.1.1) y consulte toda la información esencial mencionada anteriormente sobre el aborto quirúrgico, los métodos y suministros (apartado 2.2.1), las consideraciones clínicas (apartado 2.2.2), la medicación para el dolor adecuada (apartado 2.2.3) y la preparación cervical (apartado 2.2.4).

Antes de iniciar el procedimiento

- Compruebe que se han reunido todos los equipos necesarios y están disponibles para su uso (véase el apartado 2.2.1 y el anexo 2).
- Reduzca el riesgo de infección tras el procedimiento mediante:
 - el uso de un instrumental debidamente desinfectado o esterilizado;
 - la administración de una profilaxis antibiótica pre- o perioperatoria (véase el apartado 2.2.2 y la nota a continuación);
 - la aplicación de la técnica sin contacto (véase el recuadro 2.3 del apartado 2.2.2).
- Confirme que la mujer ha recibido la medicación adecuada para el dolor (véase el apartado 2.2.3).
- Lleve a cabo la maduración cervical si está indicada (véase el apartado 2.2.4).
- Si va a realizar una aspiración al vacío manual, antes de empezar compruebe que:
 - el aspirador mantiene el vacío;
 - dispone de aspiradores de reserva en caso de que el primero tenga problemas técnicos.

IMPORTANTE: Para reducir el riesgo de infección tras el procedimiento, se recomienda empezar a administrar una profilaxis antibiótica en el preoperatorio o el perioperatorio: los establecimientos de salud que ofrecen abortos quirúrgicos deberán esforzarse por disponer de un suministro adecuado de antibióticos (véase el anexo 2). No obstante, aun en ausencia de estos puede practicarse el aborto.

Figura 2.2 Pasos del aborto quirúrgico en gestaciones de menos de 14 semanas

1	Pida a la mujer que evacue la vejiga
2	Lávese las manos y póngase los equipos de protección personal
3	Ayude a la mujer a tenderse en la camilla y colocarse en posición de litotomía
4	Lleve a cabo una exploración bimanual
5	Coloque el espéculo
6	Proceda a la antisepsia del cuello uterino
7	Realice el bloqueo paracervical
8	Dilate el cuello uterino
9	Inserte la cánula
10	Aspire el contenido del útero
11	Inspeccione los tejidos
12	Lleve a cabo las intervenciones concurrentes que correspondan
13	Recuperación y alta del establecimiento de salud

Pasos del aborto quirúrgico (aspiración al vacío) antes de las 14 semanas de gestación

1. Pida a la mujer que evacue la vejiga.
2. Lávese las manos y póngase los equipos de protección personal: deben incluir unos guantes limpios.
3. Ayude a la mujer a colocarse en la camilla y en posición de litotomía dorsal



4. Lleve a cabo una exploración bimanual: permitirá confirmar o actualizar las observaciones, si se realizó una evaluación anterior. El trabajador de la salud debe conocer con exactitud el tamaño y la posición del útero antes de evacuar este.

- Si se han utilizado uno o varios dilatares osmóticos (es decir, en edades gestacionales de 12 semanas o más; véase el apartado 2.2.4), deben extraerse del cuello uterino, ya sea manualmente durante la exploración bimanual o con unas pinzas de aros una vez colocado el espéculo. Confirme que el número de dilatares extraídos coincide con el de los que se colocaron.

5. Coloque el espéculo: Obtenga una adecuada visualización del cuello uterino.

6. Lleve a cabo la preparación antiséptica del cuello uterino: Limpie este con una solución antiséptica sin alcohol, empezando por el orificio cervical con cada nueva gasa y avanzando en espiral hacia el exterior hasta que el orificio haya quedado completamente cubierto por el antiséptico.

7. Realice el bloqueo paracervical. Consulte las instrucciones en el apartado 2.2.3.

8. Dilate el cuello uterino: La dilatación mecánica es un paso esencial si el cuello uterino está cerrado o insuficientemente dilatado al inicio del procedimiento (véase el recuadro 2.4). No es necesaria si el cuello uterino permite que una cánula del tamaño adecuado encaje perfectamente en el orificio cervical. Las mujeres con un aborto incompleto suelen tener ya el cuello uterino suficientemente dilatado.

RECUADRO 2.4 Técnica de dilatación cervical con dilatadores mecánicos

- Examine cuidadosamente la posición del útero y del cuello uterino y coloque un tenáculo en el labio anterior o posterior de este. Una vez colocado, aplique una tracción continua para enderezar el conducto endocervical.
- Utilice el dilatador más pequeño (o un localizador del orificio cervical de plástico, si es necesario y está disponible) para localizar inicialmente el conducto endocervical.
- Inserte el dilatador hasta que la punta sobrepase el orificio cervical interno.
- Dilate con cuidado, siempre sin forzar y utilizando la técnica sin contacto (véase el recuadro 2.3) con dilatadores mecánicos sucesivos, mientras mantiene estabilizado el cuello uterino traccionando con suavidad del tenáculo cervical.

NOTA:

La seguridad del procedimiento de dilatación mecánica en el momento de realizar el aborto depende de que se tenga una visibilidad adecuada del cuello uterino, se aplique una técnica delicada y se conozca la posición del útero. Si la dilatación es difícil, es mejor no forzar el dilatador, sino modificar el ángulo o la trayectoria para identificar el conducto endocervical, o repetir la exploración bimanual para verificar la posición del útero. A veces, sustituir el espéculo por otro de valvas más cortas puede proporcionar más espacio y flexibilidad para enderezar el ángulo del cuello uterino. Por último, si la dilatación resulta especialmente difícil, plantéese administrar misoprostol y demorar el procedimiento unas tres horas o pedir ayuda a un colega, si está disponible.

9. Inserte la cánula: Una vez conseguida una dilatación cervical adecuada, inserte la cánula a través del orificio cervical interno hasta el centro de la cavidad uterina mientras tracciona suavemente del cuello uterino. No fuerce la inserción de la cánula para evitar traumatismos en el cérvix o el útero. Si aparecen signos de perforación uterina, suspenda el procedimiento.

IMPORTANTE: Es importante utilizar una cánula de un tamaño adecuado al volumen del contenido uterino y la dilatación cervical. Usar una demasiado pequeña es ineficaz y puede provocar la retención de tejidos gestacionales o la pérdida del vacío. En embarazos de hasta 13 o 14 semanas, el tamaño propuesto (en mm) debe corresponder, en general, al número de semanas de gestación ± 1 . Por ejemplo, para una gestación de siete semanas, el tamaño de la cánula debería ser de 6-8 mm.

10. Aspire el contenido del útero:

- Conecte a la cánula el aspirador preparado o la conexión con la fuente de vacío (puede que la cánula y el aspirador estén ya conectados), sujetando el tenáculo y el extremo de la cánula con una mano y el aspirador o la conexión con la fuente de vacío con la otra.
- Inicie la aspiración cuando la punta de la cánula haya llegado a la parte media del útero; a medida que este se contraiga, las paredes uterinas se percibirán más firmes y el fondo descenderá.
- Evacúe el contenido del útero girando suave y lentamente la cánula 180° en una y otra dirección. Se verá el paso de sangre y tejidos a través de la cánula.
- Mantenga siempre la abertura de la cánula situada más allá del orificio cervical, de lo contrario se perderá el vacío.
- Cuando se utiliza un aspirador manual, a medida que este se llena, la aspiración es menor. Separe el aspirador de la cánula, vacíe el contenido en un recipiente apropiado y restablezca el vacío.
- Repita este procedimiento hasta que el útero esté vacío.
- Una vez finalizado el procedimiento, extraiga la cánula y el tenáculo cervical, limpie el cuello uterino con una torunda limpia, evalúe el volumen de la hemorragia uterina o cervical y compruebe si hay desgarros cervicales.

IMPORTANTE: Los signos siguientes indican que el útero está vacío.

- Aparece espuma roja o rosa y no se ven más tejidos pasando a través de la cánula.
- Se percibe una sensación de aspereza al pasar la cánula por la superficie del útero evacuado.
- El útero se contrae alrededor de la cánula.
- La mujer siente más dolor de tipo cólico o continuo, lo que indica que el útero se está contrayendo.

11. Inspeccione los tejidos: Es importante inspeccionar los tejidos gestacionales para confirmar que se ha consumado el aborto.

- En primer lugar, transfiera el contenido uterino aspirado a un recipiente adecuado (no lo empuje a través de la cánula, ya que esta se contaminaría).
- Compruebe:
 - el volumen y la presencia de tejidos: vellosidades, decidua y saco/membranas en cantidades apropiadas a la edad gestacional (nota: después de las 9-10 semanas de gestación se pueden ver partes fetales);
 - la posible presencia de vellosidades hidrópicas con aspecto de racimo de uvas, ya que serían indicativas de un embarazo molar.

IMPORTANTE: No lleve a cabo un legrado instrumental para comprobar el éxito del aborto.

- Si la inspección visual no es concluyente, filtre los tejidos, colóquelos en un recipiente transparente, sumergidos en agua o vinagre, y obsérvelos con luz desde abajo. Si está indicado por haberse observado anomalías, puede enviarse la muestra de tejidos a un laboratorio de anatomía patológica.
- Si no hay tejidos visibles, la cantidad extraída es menor de lo previsto o la muestra no es concluyente, puede ser indicativo de:
 - aborto sin completar: la cavidad uterina aún contiene tejidos, aunque pareciera estar vacía al final del procedimiento;
 - aborto espontáneo que se consumó antes del procedimiento;
 - aborto fallido: todos los tejidos permanecen dentro de la cavidad uterina;

- embarazo ectópico: es una posibilidad en los casos en los que no se observan vellosidades, y debe investigarse;
- anomalía anatómica: en un útero bicornue o tabicado, puede que se haya insertado la cánula en el lado del útero que no contenía los tejidos gestacionales;
- datación incorrecta de la gestación.
- Si al evaluar los tejidos no queda absolutamente claro que el saco o las membranas y las vellosidades están presentes, considere que no hay ningún tejido presente, intente una nueva aspiración y vuelva a inspeccionar los tejidos, y/o investigue si hay un embarazo ectópico o una anomalía anatómica.
- En los casos en los que la inspección visual no sea concluyente, recurra a la ecografía, si dispone de ella, para confirmar que la evacuación es completa.

12. Lleve a cabo las intervenciones concurrentes que correspondan: Una vez finalizado el procedimiento de aspiración al vacío, proceda a las intervenciones concurrentes que correspondan, como la inserción de un DIU, la ligadura de las trompas o la reparación de una laceración cervical, en caso necesario.

13. Recuperación y alta del establecimiento de salud (véase el capítulo 3, apartado 3.1)

2.2.6 Aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación

Consideraciones clínicas sobre el aborto quirúrgico a edades gestacionales avanzadas

- A partir de las 14 semanas de gestación, el procedimiento para el aborto quirúrgico suele ser la dilatación y evacuación, aunque en algunos entornos puede realizarse en esta fase una «aspiración al vacío avanzada».
- Se recomienda la maduración cervical con agentes farmacológicos, y con o sin adición de dilatadores osmóticos (según la edad gestacional; véase el apartado 2.2.4), antes de todos los procedimientos de dilatación y evacuación y de aspiración al vacío avanzada.
- Véanse las consideraciones clínicas en el apartado 2.2.2.

Antes de iniciar el procedimiento

- Compruebe que se han reunido todos los equipos necesarios y están disponibles para su uso (véase el apartado 2.2.1 y el anexo 2).
- Reduzca el riesgo de infección tras el procedimiento mediante:
 - el uso de un instrumental debidamente desinfectado o esterilizado;
 - la administración de una profilaxis antibiótica pre- o perioperatoria (véase el apartado 2.2.2 y la nota a continuación);
 - la aplicación de la técnica sin contacto (véase el recuadro 2.3 del apartado 2.2.2).
- Confirme que la mujer ha recibido la preparación adecuada para el dolor (véase el apartado 2.2.3).
- Confirme que se ha llevado a cabo la preparación cervical (véase el apartado 2.2.4). Si se colocaron dilatadores osmóticos con antelación, consulte la documentación en la que se indica el número de dilatadores colocados.
- Antes de utilizar el equipo de aspiración al vacío para la amniotomía y la aspiración del líquido amniótico, compruebe que:
 - el aspirador mantiene el vacío;
 - están disponibles aspiradores de reserva en caso de que el primero tenga problemas técnicos.

IMPORTANTE: Para reducir el riesgo de infección tras el procedimiento, se recomienda empezar a administrar una profilaxis antibiótica en el preoperatorio o el perioperatorio: los establecimientos de salud que ofrecen abortos quirúrgicos deberán esforzarse por disponer de un suministro adecuado de antibióticos (véase el anexo 2). No obstante, aun en ausencia de estos puede practicarse el aborto.

Figura 2.3 Pasos del aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación

1	Pida a la mujer que evacue la vejiga
2	Lávese las manos y póngase los equipos de protección de barrera
3	Ayude a la mujer a colocarse en la camilla y en posición de litotomía
4	Lleve a cabo una exploración bimanual
5	Coloque el espéculo
6	Lleve a cabo la preparación antiséptica del cuello uterino
7	Realice el bloqueo paracervical
8	Evalúe la dilatación cervical
9	Realice la amniotomía y aspire el líquido amniótico
10	Evacue el útero
11	Inspeccione los tejidos
12	Lleve a cabo las intervenciones concurrentes que correspondan
13	Recuperación y alta del establecimiento de salud

Pasos del aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación

1. Pida a la mujer que evacue la vejiga.

2. Lávese las manos y póngase los equipos de protección personal: deben incluir unos guantes limpios.

3. Ayude a la mujer a colocarse en la camilla y en posición de litotomía dorsal.

4. Lleve a cabo una exploración bimanual: permitirá confirmar o actualizar las observaciones, si se realizó una evaluación anterior. El trabajador de la salud debe conocer con exactitud el tamaño y la posición del útero antes de evacuar este.

- Si se han utilizado uno o varios dilataadores osmóticos (véase el apartado 2.2.4), deben extraerse del cuello uterino, ya sea manualmente durante la exploración bimanual o con unas pinzas de aros una vez colocado el espéculo. Confirme que el número de dilataadores extraídos coincide con el de los que se colocaron.

5. Coloque el espéculo: Obtenga una adecuada visualización del cuello uterino.

6. Lleve a cabo la preparación antiséptica del cuello uterino: Limpie este con una solución antiséptica sin alcohol, empezando por el orificio cervical con cada nueva gasa y avanzando en espiral hacia el exterior hasta que el orificio haya quedado completamente cubierto por el antiséptico.

7. Realice el bloqueo paracervical: Consulte las instrucciones en el apartado 2.2.3. En los casos en los que se disponga de medios para la sedación consciente (moderada), considere utilizarla como tratamiento adicional del dolor.

8. Evalúe la dilatación cervical: Ejercer tracción sobre el tenáculo para hacer descender el cuello uterino hacia la vagina. Compruebe que la dilatación es suficiente intentando introducir un dilatador grande, una cánula de gran calibre (12-16 mm) o unas pinzas de Brierer a través del cuello uterino. Si no se puede introducir un instrumento de este tipo, se necesita una mayor dilatación cervical, por lo que habrá que repetir la maduración cervical o recurrir a la dilatación mecánica (véase el recuadro 2.4)..

IMPORTANTE: Los abortos quirúrgicos solo deben llevarse a cabo si el cuello uterino está suficientemente dilatado. Esto reviste especial importancia en los abortos realizados a partir de las 14 semanas de gestación.

9. Inserte la cánula, realice la amniotomía y aspire el líquido amniótico: Inserte una cánula de 12-14 mm unida a un aspirador (si se utiliza la aspiración manual) o una cánula de 14-16 mm (si se utiliza la aspiración eléctrica) a través del cuello uterino hasta la cavidad uterina, lleve a cabo la amniotomía (rotura artificial de las membranas) y aspire el líquido amniótico.

- El tamaño adecuado de la cánula (en milímetros) suele ser equivalente o 1-2 mm inferior al número de semanas de gestación. En las gestaciones de 16 semanas o más debe utilizarse la cánula más grande disponible (14-16 mm, en función de los tubos y cánulas disponibles), ya que el procedimiento también incluirá el uso de pinzas especializadas.
- Los aspiradores manuales admiten cánulas de entre 4 y 12 mm. En cuanto a los tubos de los aspiradores eléctricos, se adaptan a cánulas de hasta 16 mm de diámetro, lo que permite utilizar la aspiración al vacío hasta las 15-16 semanas de gestación o en los casos de aborto incompleto en los que el cuello uterino está dilatado y se necesita una cánula de mayor tamaño para evacuar eficazmente los tejidos gestacionales.
- Aspire el líquido amniótico como lo haría para llevar a cabo un aborto por aspiración al vacío antes de las 12 semanas de gestación (véase el apartado 2.2.5), rotando suave y lentamente la cánula 180° en una y otra dirección. Si la cánula se desliza con mucha facilidad de un lado a otro del útero, es posible que el orificio esté obstruido. En este caso, extraiga la cánula del útero y límpiela según sea necesario, teniendo cuidado de mantener la técnica sin contacto (véase el recuadro 2.3). Cuando ya no se pueda aspirar nada más, lo que suele ocurrir al cabo de 1-2 minutos, extraiga la cánula del útero.

NOTA:

La seguridad del procedimiento de aspiración depende de que se tenga una adecuada visibilidad del cuello uterino, se aplique una técnica delicada y se conozca la posición del útero. Si es difícil hacer avanzar los instrumentos, es mejor no forzarlos, sino modificar el ángulo o la trayectoria para identificar el conducto endocervical, o repetir la exploración bimanual para comprobar la posición del útero. A veces, sustituir el espéculo por otro de valvas más cortas puede proporcionar más espacio y flexibilidad para enderezar el ángulo del cuello uterino. Por último, si la dilatación o la evacuación resulta especialmente difícil, plantéese administrar misoprostol y demorar el procedimiento unas tres horas o pedir ayuda a un colega, si está disponible.

10. Evacue el útero:

- Siempre que sea posible, utilice unas pinzas para completar la evacuación de las partes fetales y la placenta de la parte más inferior de la cavidad uterina.
 - Evite penetrar demasiado profundamente el útero, sobre todo con los instrumentos en posición horizontal.
 - Evite alcanzar la parte alta del útero, donde el riesgo de perforación es mayor. En vez de ello, reinserte la cánula justo en el interior del orificio y recurra a la aspiración para hacer descender el tejido desde el fondo hasta el orificio interno.
- Extraiga la placenta utilizando unas pinzas y aplicando un masaje en el fondo del útero (el momento de la extracción de la placenta dependerá de su posición y de la facilidad de extracción del feto).
- La ecografía puede ser útil para localizar partes fetales si es difícil identificarlas de otro modo.
- En el caso improbable de que, por algún motivo, no se puedan extraer fácilmente las partes fetales, plantéese administrar un fármaco oxitócico como alguno de los siguientes:
 - 400-600 µg de misoprostol por vía sublingual o bucal;
 - un alcaloide del cornezuelo del centeno, como 0,2 mg de metilergometrina por vía oral o intramuscular;
 - oxitocina en altas dosis (20 unidades en 500 ml de solución fisiológica o solución de lactato de Ringer) infundida a razón de 30 gotas por minuto.

Evalúe de nuevo la situación al cabo de tres a cuatro horas y repita el procedimiento de evacuación uterina.

- Como último paso de la evacuación, efectúe una aspiración (con una cánula de 8-12 mm) para extraer los coágulos de sangre y los posibles restos de tejidos.

IMPORTANTE: Suspenda el procedimiento si aparecen signos de perforación del útero, como los siguientes:

- penetración del instrumento en el útero más lejos de lo previsto;
- hemorragia excesiva;
- desaparición de la sensación de contacto con el útero/endometrio;
- visualización de contenido abdominal (como intestinos) en la vagina;
- dolor abdominal agudo y repentino;
- (si se utiliza la ecografía) observación de partes fetales en la cavidad abdominal o de hemorragia intraabdominal.

Se ofrece más información sobre la perforación del útero en el capítulo 3, apartado 3.4.

IMPORTANTE: Los signos siguientes indican que el útero está vacío.

- Aparece espuma roja o rosa y no se ven más tejidos pasando a través de la cánula.
- Se percibe una sensación de aspereza al pasar la cánula por la superficie del útero evacuado.
- El útero se contrae alrededor de la cánula.
- La mujer siente más dolor de tipo cólico o continuo, lo que indica que el útero se está contrayendo.

11. Inspeccione los tejidos: Es importante inspeccionar los tejidos gestacionales para confirmar que se ha consumado el aborto.

- Deben identificarse todos los componentes de la gestación enumerados a continuación:
 - cuatro extremidades
 - tórax/columna vertebral
 - bóveda craneal
 - placenta.

IMPORTANTE: No lleve a cabo un legrado instrumental para comprobar el éxito del aborto.

- Si la inspección de los tejidos indica que el aborto puede no haber tenido éxito, el proveedor deberá evacuar de nuevo el útero o recurrir a la ecografía, si dispone de ella, para confirmar que la evacuación ha sido completa. Si sigue sin encontrar todas las partes fetales, deberá sospechar firmemente una perforación uterina con presencia de partes fetales en el abdomen (véase el capítulo 3, apartado 3.4).

12. Lleve a cabo las intervenciones concurrentes que correspondan: Una vez finalizado el procedimiento de al vacío proceda a las intervenciones concurrentes que correspondan, como la inserción de un DIU o la ligadura de las trompas, si se planificaron con antelación, o la reparación de una laceración cervical, en caso necesario.

13. Recuperación y alta del establecimiento de salud (véase el capítulo 3, apartado 3.1)

Referencias del capítulo 2

1. Directrices sobre la atención para el aborto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/362897>).
2. 2.15 Mortality statistics. In: ICD-11 Reference Guide – DRAFT [sitio en línea]. 2022 (<https://icd11files.blob.core.windows.net/refguide/html/index.html#mortality-statistics>), consultado el 3 de noviembre de 2022.
3. 2.25.4 Standards and reporting requirements for mortality in perinatal and neonatal periods. In: ICD-11 Reference Guide – DRAFT [website]. 2022 (<https://icd11files.blob.core.windows.net/refguide/html/index.html#definitionsin-perinatal-and-neonatal-mortality>), consultado el 3 de noviembre de 2022.
4. Philip NM, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol and teratogenicity: reviewing the evidence report of a meeting at the Population Council. Nueva York (NY), Population Council, Gynuit Health Projects, 2022.
5. Jackson E, Kapp N. Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG*. 2020;127(11):1348–57. doi:10.1111/1471-0528.16212.
6. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;34(1):104–9. doi:10.1002/uog.6404.
7. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception*. 2004;69(1):51–8. doi:10.1016/j.contraception.2003.09.006.
8. Green J, Borgatta L, Sia M, Saia K, Carr-Ellis S, Vragovic O. Intervention rates for placental removal following induction abortion with misoprostol. *Contraception*. 2007;76(4):310–13. doi:10.1016/j.contraception.2007.06.010.
9. Lemmers, M, Verschoor M, Kim B, Hickey M, Vazquez J, et al. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(6):CD002253.
10. Meckstroth K, Paul M. First trimester aspiration abortion. En: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editores. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Blackwell Publishing Ltd., 2009:135–56.
11. Maltzer DS, Maltzer MC, Wiebe ER, Halvorson-Boyd G, Boyd C. Pain management. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, editors. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Nueva York (NY), Churchill Livingstone; 1999:73–90.
12. Allen RH, Singh R. Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1 – local anesthesia and minimal sedation. *Contraception*. 2018;97(6):471–77. doi:10.1016/j.contraception.2018.01.014.

13. Dean G, Jacobs AR, Goldstein RC, Gevirtz CM, Paul ME. The safety of deep sedation without intubation for abortion in the outpatient setting. *J Clin Anesth.* 2011;23(6):437–42. doi:10.1016/j.jclinane.2011.05.001.
14. Nichols M, Halvorson-Boyd G, Goldstein R, Gevirtz C, Healow D. Pain management. En: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care.* Oxford, Blackwell Publishing Ltd., 2009:90–110.
15. Fox MC, Hayes JL; Society of Family Planning. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation. *Contraception.* 2007;76(6):486–95. doi:10.1016/j.contraception.2007.09.004.
16. Hammond C, Chasen S. Dilation and evacuation. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editors. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care.* Oxford, Blackwell Publishing Ltd., 2009:157–77.
17. Newmann S, Dalve-Endres A, Drey EA; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation. *Contraception.* 2008;77(4):308–14. doi:10.1016/j.contraception.2008.01.004.

3. Postaborto

- Antes del alta del establecimiento de salud tras el aborto
- Seguimiento tras el aborto
- Aborto incompleto
- Evaluación y tratamiento de las complicaciones
- Anticoncepción después del aborto

Objetivos del capítulo 3

- Abordar las posibles complicaciones inmediatas del aborto o los efectos secundarios.
- Proporcionar información sobre la anticoncepción y ofrecer asesoramiento sobre ella y métodos anticonceptivos.
- Evaluar cualquier otra necesidad en materia de salud sexual y reproductiva que pueda precisar atención adicional.

3.1 Antes del alta del establecimiento de salud tras el aborto

Después de un aborto médico en una gestación de 12 semanas o más o después de cualquier aborto quirúrgico, tranquilice a la mujer respecto a que el procedimiento ha finalizado y ya no está embarazada, y documente todos los resultados del tratamiento, incluidos los eventos adversos.

Durante la primera hora posterior al aborto, mantenga a la mujer en observación para detectar cualquier complicación (evalúe el sangrado, el dolor continuo o cólico, la fiebre, la tensión arterial y el pulso [1]) y adminístrele tratamiento si es necesario. Véase el apartado 3.4: Evaluación y tratamiento de las complicaciones del aborto.

Hable con la mujer para **analizar el riesgo de que vuelva a quedarse embarazada** antes de la siguiente menstruación y explíquele la posibilidad de que vuelva a ser fértil en el plazo de dos semanas desde el aborto.

Proporcione información sobre anticoncepción y, a las mujeres que lo deseen, ofrézcales asesoramiento acerca de los métodos anticonceptivos; si eligen uno, proporcióneselo de acuerdo con las orientaciones del apartado 3.5.

En los abortos después de las 14 semanas de gestación, las normas relativas a la **gestión o eliminación de los restos gestacionales y los certificados de nacimiento o defunción** no deberían suponer una carga ni una violación de la confidencialidad para las mujeres o el personal de salud (véase el recuadro 2.2 en el capítulo 2, apartado 2.1.8).

Proporcione lo siguiente, si es necesario:

- comprimidos de hierro para la anemia;
- medicamentos para el dolor;
- apoyo emocional.

Derive a la mujer a otros servicios, en función de la evaluación de sus necesidades previa al aborto, como asesoramiento y pruebas de ITS/VIH, servicios de apoyo en caso de violencia de género, u otros servicios sociales o servicios médicos especializados.

Criterios para el alta

La mujer puede abandonar el establecimiento de salud cuando cumpla los criterios para el alta:

- deambulación;
- tensión arterial y pulso estables;
- hemorragia y dolor controlados (1).

En el momento del alta, proporcione a la mujer unas instrucciones verbales y escritas que sean claras e incluyan la información siguiente.

- Es normal que haya sangrado vaginal durante dos semanas después de un aborto quirúrgico o médico efectivo.
 - Tras el aborto quirúrgico, las mujeres presentan un sangrado leve o un manchado, mientras que tras el aborto médico la hemorragia es más intensa y suele durar una media de nueve días (aunque puede prolongarse hasta 45 días en casos poco frecuentes).
- La mujer puede reanudar las relaciones sexuales cuando se sienta preparada.

- Dado que la congestión mamaria puede evolucionar, principalmente después de abortos en edades gestacionales avanzadas, en algunos casos puede resultar útil recurrir a un vendaje compresivo de las mamas o al uso de sujetadores ajustados y/o a la inhibición farmacológica de la lactancia para que se encuentre más cómoda.
- Después de un aborto, la mujer debe volver al hospital o al consultorio si se da cualquiera de las circunstancias siguientes:
 - hay signos o síntomas de embarazo en curso (es decir, náuseas, vómitos, sensibilidad mamaria, fatiga);
 - los dolores de tipo cólico o abdominales se hacen más intensos;
 - aparece un sangrado vaginal abundante, es decir, equivalente a empapar más de dos compresas por hora durante dos horas consecutivas;
 - aparece fiebre.

3.2 Seguimiento tras el aborto

3.2.1 Seguimiento tras un aborto quirúrgico o un aborto médico sin complicaciones

No es necesario un seguimiento sistemático tras un aborto quirúrgico o médico sin complicaciones si la persona tiene información adecuada acerca de cuándo debe solicitar atención médica por complicaciones y ha recibido los suministros o la información pertinentes para cubrir sus necesidades en materia de anticoncepción.

No obstante, se puede ofrecer la posibilidad de una consulta de seguimiento opcional entre 7 y 14 días después del procedimiento de aborto para proporcionar servicios de anticoncepción. Todo problema médico postaborto debe siempre evaluarse y tratarse lo antes posible si suscita preocupación.

IMPORTANTE: La atención postaborto deberá prestarse en todos los casos en los que esté indicada desde el punto de vista médico, y siempre de manera confidencial, incluso en entornos en los que el aborto sea ilegal.

Si la mujer decide acudir a una consulta de seguimiento:

- Evalúe la recuperación e investigue la presencia de signos o síntomas de embarazo en curso (es decir, náuseas, vómitos, sensibilidad mamaria, fatiga); si se realizó un aborto médico, consulte en el apartado 3.2.2 cómo confirmar el éxito de este.
- Examine la historia clínica y la documentación de los servicios de derivación, si la hay.
- Pregúntele por cualquier otro síntoma que haya tenido desde el procedimiento; si necesita apoyo emocional en relación con este, proporciónesele o derivela sin demora al servicio que corresponda.
- Si es necesario, lleve a cabo una exploración física dirigida para evaluar los síntomas.
- Evalúe los objetivos de la persona en materia de fertilidad y su necesidad de servicios de anticoncepción.
 - Si la mujer no ha recibido o empezado a usar ningún método anticonceptivo antes del alta del establecimiento de salud tras el aborto, proporciónesele información sobre dichos métodos, ofrécalle asesoramiento y préstele servicios de anticoncepción, si ella lo desea (véase el apartado 3.5).
 - Si ya ha empezado a usar un método anticonceptivo, evalúe este y la satisfacción o las preocupaciones de la usuaria, y vuelva a suministrar el método según sea necesario. Si no está satisfecha, ayúdela a elegir otro método que cubra sus necesidades (véase el apartado 3.5).
- En función de los resultados del examen y las evaluaciones, remita a la mujer a otros servicios de salud sexual y reproductiva, según sea necesario, y facilítele el acceso a los servicios de derivación necesarios.

3.2.2 Evaluación suplementaria para confirmar el éxito del aborto médico

Si una mujer refiere síntomas de embarazo en curso y/o solo ha tenido un sangrado mínimo después de tomar los medicamentos abortivos de la forma indicada, debe sospecharse una gestación intrauterina en curso y la evaluación suplementaria podría consistir en una exploración ginecológica (para comprobar si hay un útero en crecimiento) o una ecografía (para comprobar si hay un embarazo en curso).

- Si la evaluación indica que hay un embarazo intrauterino en curso, ofrezca la posibilidad de realizar una aspiración al vacío o repita la administración de los medicamentos abortivos.

Si una mujer refiere hemorragias y dolores de tipo cólico prolongados o excesivos y no se sospecha ni un embarazo intrauterino en curso ni un aborto incompleto, considere la posibilidad de un embarazo ectópico y adopte las medidas diagnósticas y terapéuticas adecuadas.

Si una mujer refiere un sangrado más escaso de lo previsto o totalmente ausente y no se sospecha un embarazo intrauterino en curso, considere la posibilidad de un embarazo ectópico y adopte las medidas diagnósticas y terapéuticas adecuadas.

RECUADRO 3.1: Si una mujer acude a una consulta de seguimiento tras un aborto médico

Confirme el éxito del aborto utilizando uno de los siguientes métodos.

- ✔ Compruebe los signos y síntomas clínicos, mediante una exploración bimanual si está clínicamente indicado.
- ✔ Mida las concentraciones de gonadotropina coriónica humana (hCG) en suero (esto es más útil si se midieron antes del procedimiento) o en orina (utilizando pruebas de embarazo en orina de baja sensibilidad). Tenga en cuenta que los resultados de las pruebas de embarazo de alta sensibilidad pueden ser positivos hasta cinco semanas después de un aborto médico efectivo.
- ✔ Realice un examen ecográfico, si tiene acceso a él. La ecografía permite determinar el éxito del aborto si se confirma la ausencia de saco gestacional, siempre y cuando la paciente no refiera síntomas de un embarazo en curso. No utilice el espesor del endometrio para orientar la conducta clínica.

3.3 Aborto incompleto

El aborto incompleto se define como la presencia clínica de un orificio cervical abierto y de hemorragia, lo que indica que no se han expulsado del útero todos los tejidos gestacionales, o los productos expulsados no se corresponden con la duración estimada del embarazo. Los síntomas más frecuentes son hemorragia vaginal profusa o prolongada y dolor abdominal. El aborto incompleto sin complicaciones puede producirse tras un aborto provocado o un aborto espontáneo; en ambos casos, el tratamiento es el mismo.

En las pacientes clínicamente estables existen tres opciones para el tratamiento del aborto incompleto: la conducta expectante, la aspiración al vacío y el tratamiento médico con misoprostol. Se optará por una de ellas en función del estado clínico de la persona y de sus preferencias terapéuticas.

- **La conducta expectante** puede ofrecerse como opción en el aborto incompleto siempre y cuando se informe a la mujer de que la expulsión de los tejidos gestacionales se demorará más y habrá un mayor riesgo de que el útero no se vacíe por completo. Puede ser tan eficaz como el misoprostol.
- **La aspiración al vacío** como tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones cuando el tamaño uterino es inferior a 14 semanas comprende la identificación del problema, la evaluación del tamaño uterino, el procedimiento de aspiración al vacío y el tratamiento del dolor.
- **El tratamiento médico**, si se selecciona, debe basarse en las pautas presentadas en el cuadro 3.1.

Cuadro 3.1 Pauta recomendada para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol

Tamaño del útero ^a	Pauta de misoprostol (dosis y vía)
Tamaño uterino <14 semanas	600 µg oral o 400 µg sublingual
Tamaño uterino ≥14 semanas	400 µg sublingual, vaginal o bucal cada tres horas ^b

^a Basado en la exploración física cuando la paciente es vista por primera vez.

^b El misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr el éxito del aborto. Las directrices de la OMS no indican un número máximo de dosis de misoprostol. El personal de salud debe proceder con cautela y aplicar el criterio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en gestantes que presentan una incisión uterina previa. La rotura del útero es una complicación.

En el cuadro 2.8 del capítulo 2, apartado 2.1.7 Aborto retenido, se presenta una comparación de las opciones de tratamiento del aborto retenido y el aborto incompleto.

3.4 Evaluación y tratamiento de las complicaciones del aborto

Cuando el aborto se realiza de forma segura, tomando todas las precauciones necesarias, solo se producen complicaciones potencialmente mortales en contadas ocasiones. Pueden consistir en hemorragia, infección, perforación del útero, complicaciones relacionadas con la anestesia y rotura del útero.

Cuando el aborto es llevado a cabo por proveedores sin formación, en un lugar inseguro o utilizando métodos no recomendados, las complicaciones son mucho más frecuentes. Algunas mujeres que, tras un aborto de este tipo, solicitan atención médica presentan cuadros graves y necesitan ser atendidas con urgencia por trastornos potencialmente mortales.

IMPORTANTE: La atención urgente postaborto debe prestarse siempre, incluso en entornos en los que el aborto es ilegal.

Algunos métodos de aborto inseguro también pueden provocar complicaciones relacionadas con el propio método, como ingestión de veneno, sustancias tóxicas o medicamentos; inserción de un cuerpo extraño en el ano, la vagina o el cuello uterino; o traumatismo abdominal (véase el apartado 3.4.2). En estas personas, el tratamiento de las complicaciones debe incluir el de todas las lesiones sistémicas o físicas, además de todas las complicaciones relacionadas con el aborto (véase el apartado 3.4.1).

El personal de salud deberá aplicar su criterio clínico para determinar si las pacientes necesitan ser derivadas a un hospital o a otro tipo de establecimiento de salud que ofrezca un nivel de atención superior.

3.4.1 Complicaciones relacionadas con el aborto, por orden alfabético

Complicaciones relacionadas con la anestesia

Cuando se utilice anestesia, el personal deberá estar capacitado para tratar las convulsiones y proceder a la reanimación cardiopulmonar. En los entornos en los que se utilicen narcóticos o benzodiacepinas deben tenerse siempre a mano antagonistas (p. ej., un antagonista de los opioides [naloxona], un antagonista de las benzodiacepinas [flumazenil] y anticolinesterásicos).

Embarazo ectópico

Aunque su incidencia es menor en los casos de aborto que en la población general, el personal de salud que evalúa a las mujeres que solicitan atención médica tras un aborto debe estar alerta ante la posibilidad de un embarazo ectópico, especialmente si no se realizó una ecografía antes del aborto.

Los signos y síntomas más frecuentes son:

- dolor abdominal;
- sangrado o manchado antes del aborto;
- sangrado mínimo o nulo tras completar la pauta del aborto médico;
- identificación de pocos o ningún tejido al término del aborto quirúrgico;
- inestabilidad hemodinámica (indicativa de rotura tubárica).

Si se sospecha un embarazo ectópico, se debe evaluar a la paciente de inmediato; en los casos en los que esto no sea factible in situ, se la derivará sin demora siguiendo el protocolo local para el tratamiento del embarazo ectópico.

NOTA:

Incluso en los embarazos que no se interrumpen, la OMS solo recomienda una ecografía temprana sistemática antes de las 24 semanas de gestación para estimar la edad gestacional, detectar anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir las tasas de inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia gestacional de la mujer (2).

Hemorragia

La hemorragia puede deberse a retención de tejidos, atonía uterina, traumatismo o lesión del cuello uterino, coagulopatía o, en raras ocasiones, perforación o desgarro del útero.

El tratamiento adecuado dependerá de la causa y la gravedad, y comprende las medidas siguientes:

- reanimación (con oxígeno y líquidos i.v., según proceda);
- inspección cuidadosa para detectar lesiones cervicales o vaginales;
- reevacuación del útero por aspiración al vacío (no por dilatación y legrado);
- masaje uterino;
- administración de fármacos oxitócicos;
- compresión uterina mediante un taponamiento con gasas o una sonda tipo Foley con balón grande;
- transfusión sanguínea;
- reposición de factores de la coagulación;
- laparoscopia;
- intervención quirúrgica exploratoria (laparoscopia o laparotomía) con reparación de las lesiones uterinas o histerectomía.

IMPORTANTE: Todos los establecimientos de salud que presten el servicio deberán ser capaces de estabilizar y tratar o derivar de inmediato a las mujeres que presenten una hemorragia.

Infección y sepsis

Los signos y síntomas más frecuentes de infección son:

- fiebre o escalofríos;
- secreción vaginal o cervical maloliente;
- dolor abdominal o pélvico;
- sangrado o manchado vaginal prolongado;
- dolor uterino a la palpación.

Las personas que presenten una infección deberán recibir antibióticos. Si además hay retención de tejidos y se sospecha que es la causa de la infección, se volverá a evacuar el útero por aspiración (no mediante dilatación y legrado). En los casos en los que la paciente esté clínicamente inestable, el personal de salud no deberá esperar a que se termine de administrar una dosis de antibióticos para evacuar los tejidos retenidos. Si la infección es grave, probablemente haya que hospitalizar a la paciente.

IMPORTANTE: Se debe evaluar a todas las pacientes que presenten una infección después de un aborto, en busca de signos de sepsis.

La sepsis materna es una afección potencialmente mortal que se define como una disfunción orgánica consecuencia de una infección durante el embarazo, el parto, el postaborto o el posparto. Los signos consisten en fiebre o hipotermia más cualquiera de los siguientes: latidos cardíacos rápidos, tensión arterial baja, dificultad respiratoria, ictericia, reducción de la producción de orina, alteración del estado mental.¹

Embarazo en curso

Se debe evaluar a las mujeres con signos o síntomas de embarazo en curso o de aborto fallido para descartar un embarazo ectópico si no se les realizó una ecografía antes del aborto. Si se sospecha o se confirma un embarazo uterino en curso, debe ofrecerse a la persona la posibilidad de una evacuación uterina sin demora (por medios médicos o quirúrgicos).

¹ Más información sobre la sepsis materna en: <https://srhr.org/sepsis/es/reZXsources/>, incluida una infografía (https://srhr.org/sepsis/wp-content/uploads/2017/08/WHO_Infographic-Maternal-sepsis-overview-SP-A4-WEB.pdf), y más información sobre la sepsis en general en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>.

Perforación del útero

Por lo general, esta complicación pasa inadvertida y se resuelve sin necesidad de intervenir. Cuando está disponible y clínicamente indicada, la laparoscopia es el método exploratorio de elección. Si el estado de la mujer o las observaciones laparoscópicas apuntan a la existencia de lesiones del intestino, los vasos u otras estructuras, puede que haga falta una laparotomía para reparar los daños.

- Si se sospecha que se ha producido una perforación al utilizar unas pinzas punzantes (como las de Bierer) durante la dilatación y evacuación, se debe recurrir a la laparoscopia (o, si no se dispone de medios, a la laparotomía) para investigar más a fondo y reparar las lesiones.
- Durante un aborto, si al proveedor le preocupa una posible perforación, deberá aplicar siempre su criterio clínico.
- Si después de un aborto quirúrgico en una gestación de 14 semanas o más la inspección de los tejidos indica que la intervención probablemente no ha tenido éxito (no se consigue encontrar todas las partes fetales), incluso después de repetir la evacuación del útero, el proveedor deberá sospechar firmemente una perforación uterina y presencia de partes fetales en el abdomen. Por lo tanto, deberá intentar una exploración ecográfica, si dispone de ella, para buscar partes fetales intrauterinas o intraabdominales y, si es necesario, llevará a cabo una laparoscopia o una laparotomía *in situ* o derivará y transferirá a la paciente a un establecimiento de un nivel asistencial superior en el que pueda recibir el tratamiento adecuado.

Rotura del útero

Esta complicación infrecuente del aborto se asocia con edades gestacionales avanzadas y presencia de una cicatriz uterina, pero también se ha descrito en mujeres sin estos factores de riesgo. En un metaanálisis se observó que el riesgo de rotura del útero en mujeres que habían tenido anteriormente un parto por cesárea y se sometían a un aborto provocado con misoprostol en el segundo trimestre era del 0,28% (3).

3.4.2 Otras complicaciones derivadas del método utilizado para provocar el aborto

Tras un aborto inseguro pueden producirse otras complicaciones derivadas de la forma o el método utilizado para provocarlo, entre ellas, intoxicaciones, traumatismos abdominales y presencia de cuerpos extraños en el aparato genital.

Se debe estabilizar y tratar a las personas que presenten estas complicaciones o derivarlas para que reciban el tratamiento adecuado, además de tratar toda complicación relacionada con el aborto (véase el apartado 3.4.1) y prestar una atención postaborto adecuada (como se describe en este capítulo).

3.4.3 Complicaciones no específicas del procedimiento o método abortivo

Pueden producirse las complicaciones enumeradas a continuación, que no son específicas del procedimiento o método abortivo utilizado. Se tratarán como se tratarían tras cualquier otra intervención médica o quirúrgica:

- anafilaxia;
- reacciones asmáticas;
- convulsiones;
- síncope/reacción vasovagal;
- obstrucción de las vías respiratorias altas (asfixia);
- tromboembolia venosa.

3.5 Anticoncepción después del aborto

3.5.1 Información general

Después de un aborto provocado o espontáneo, el plazo para que se reanude la ovulación puede ser de apenas 8-10 días, y por lo general no supera el mes, por lo que es importante que las personas que deseen retrasar o prevenir un futuro embarazo empiecen a utilizar un método anticonceptivo lo antes posible dentro de ese primer mes (4,5). En el caso de las personas que deseen volver a quedarse embarazadas, las decisiones sobre el momento en el que estén preparadas para volver a concebir se fundarán en sus valores y preferencias personales.

Después de un aborto pueden considerarse todas las opciones anticonceptivas, pero la elección informada y los deseos de la persona son primordiales. Si esta quiere iniciar o reanudar el uso de un método anticonceptivo, se pueden valorar todas las opciones en cualquier momento de la atención y algunos métodos se pueden empezar a utilizar en el momento del aborto (6).

Por lo general, casi todos los métodos pueden empezar a usarse inmediatamente después de un aborto quirúrgico o médico.

- El inicio inmediato de la anticoncepción tras un aborto quirúrgico significa que puede comenzar el mismo día de la intervención, una vez confirmado el éxito del aborto.
- El inicio inmediato de la anticoncepción tras un aborto médico significa que puede comenzar después de tomar la primera píldora (de mifepristona o misoprostol) de la pauta de aborto médico, salvo en el caso de los DIU (más información en el apartado 3.5.2). Hoy por hoy no se dispone de datos sobre el inicio inmediato de la anticoncepción después de un aborto médico con la pauta que incluye el letrozol.

Sea cual sea el método anticonceptivo, antes de empezar a usarlo debe comprobarse la elegibilidad médica de la mujer.

3.5.2 Elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos o la esterilización después de un aborto

- **Los métodos hormonales (incluye las píldoras, las inyecciones, los implantes, el parche y el anillo vaginal)** pueden empezar a usarse inmediatamente después de cualquier aborto, incluido el aborto séptico.
 - Si una mujer empieza a usar el anillo vaginal inmediatamente, indíquele que deberá comprobar si lo ha expulsado en caso de que tenga un sangrado residual o abundante durante o después del proceso de aborto médico.
 - Debe considerarse la opción de la autoadministración de anticonceptivos inyectables en el periodo posterior al aborto (como enfoque de autogestión) y ofrecerse como alternativa para las personas que deseen utilizar inyectables pero no podrían regresar periódicamente al consultorio para recibir las sucesivas inyecciones (véase el apartado en el que se describe cómo enseñar a las usuarias a autoinyectarse, en el capítulo 4 de *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores* [7]).

- Si la usuaria opta por las píldoras anticonceptivas orales (PAO), proporciónese las necesarias para un máximo de un año, según sus preferencias y el uso previsto. Nota: Las PAO deben estar disponibles sin receta médica para las personas que las utilicen (8, Recomendación 15).
- Los **DIU** pueden colocarse inmediatamente después de cualquier aborto que se considere satisfactorio. El riesgo de expulsión es ligeramente superior tras los abortos en edades gestacionales superiores a 12 semanas; en estos casos, la inserción deberá realizarla una persona con una capacitación específica y se informará del riesgo a la mujer.

IMPORTANTE: No debe colocarse un DIU inmediatamente después de un aborto séptico.

- El **preservativo** se puede empezar a usar desde la primera relación sexual posterior a un aborto, incluido el aborto séptico.

NOTA:

El uso correcto y sistemático de los preservativos masculinos y femeninos resulta muy eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH, reducir el riesgo de transmisión del VIH tanto de hombres a mujeres como de mujeres a hombres en parejas serodiferentes, reducir el riesgo de contraer otras ITS y afecciones asociadas (como condilomas acuminados o cáncer de cuello uterino) y evitar los embarazos no deseados.

El diafragma o el capuchón cervical puede empezar a usarse desde la primera relación sexual posterior a un aborto, incluido el aborto séptico. Deberá demorarse su uso seis semanas en los abortos realizados a las 12 semanas de gestación o más tarde. Tras un aborto espontáneo o provocado sin complicaciones ocurrido durante el primer trimestre deberá determinarse de nuevo la medida correcta del diafragma. Tras un aborto espontáneo o provocado sin complicaciones ocurrido durante el segundo trimestre, la determinación de la medida correcta deberá demorarse seis semanas para dar tiempo a que el útero recobre el tamaño normal.

- Por lo general, **los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad** pueden empezar a usarse en cuanto regresen los ciclos menstruales regulares, pero probablemente haga falta un asesoramiento especial para garantizar su uso correcto. Si después de un aborto se empieza a utilizar

un método basado en los síntomas, se hará siempre «con cautela»: se ofrecerá un asesoramiento especial que garantice su uso correcto en esta circunstancia. Los métodos basados en el calendario no deben empezar a usarse hasta que se hayan reanudado los ciclos menstruales regulares; entretanto deberán ofrecerse otros métodos anticonceptivos transitorios.

- **La esterilización quirúrgica femenina** puede llevarse a cabo inmediatamente después de un aborto sin complicaciones siempre y cuando la mujer haya decidido someterse a ella antes del aborto (no estando sedada, en una situación de estrés o con dolor). La intervención deberá retrasarse si el aborto se complica con una infección, una hemorragia grave, un traumatismo o una hematometra aguda. Asegúrese de que la persona entiende que este método es irreversible (permanente) y que existen métodos reversibles.
- **La vasectomía** puede llevarse a cabo en cualquier momento. Asegúrese de que la persona entiende que este método es irreversible (permanente) y que existen métodos reversibles.
- **Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) o el DIU** pueden utilizarse en el plazo máximo de cinco días (120 horas) desde una relación sexual sin protección para disminuir el riesgo de embarazo.
- **El coito interrumpido** puede empezar a usarse desde la primera relación sexual posterior a un aborto, incluido el aborto séptico.

Cuadro 3.2 Elegibilidad médica postaborto para el uso de anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU) y métodos anticonceptivos de barrera

Anticoncepción después del aborto	<12 semanas de gestación	≥12 semanas de gestación	Inmediatamente después de un aborto séptico
Anticonceptivos orales combinados	1	1	1
Anticonceptivos inyectables combinados	1	1	1
Parche y anillo vaginal	1	1	1
Píldora de progesterona sola	1	1	1
Inyectables de progestágeno solo con DMPA y NET-EN	1	1	1
Implantes de progestágeno solo con LNG y ETG	1	1	1
Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre	1	2	4
DIU liberador de LNG	1	2	4
Preservativo	1	1	1
Espermicida	1	1	1
Diafragma y capuchón	1	1 ^a	1

DMPA: acetato de medroxiprogesterona inyectable de liberación lenta; ETG: etonogestrel; LNG: levonorgestrel; NET-EN: enantato de noretisterona.

a No es adecuado durante las 6 semanas posteriores al aborto.

Definición de las categorías de criterios médicos de elegibilidad:

- 1: situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.
- 2: situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.
- 3: situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.
- 4: situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión entraña un riesgo inaceptable para la salud.

Fuente: OMS, Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition, 2015 (9).

Cuadro 3.3 Elegibilidad médica postaborto para la esterilización quirúrgica femenina

Situación después del aborto	Elegibilidad médica para la esterilización quirúrgica femenina
Sin complicaciones	A
Sepsis o fiebre tras el aborto	D
Hemorragia grave tras el aborto	D
Traumatismo grave del aparato genital; desgarro cervical o vaginal en el momento del aborto	D
Perforación del útero	S
Hematometra aguda	D

Definición de las categorías de criterios médicos de elegibilidad:

A = (aceptar): no existe ninguna razón médica para denegar la esterilización a una persona en esta situación.

C = (cautela): el procedimiento se realiza normalmente en las condiciones habituales, pero con una preparación y unas precauciones suplementarias.

D = (demora): el procedimiento se retrasa hasta haber evaluado o corregido el problema; deben proporcionarse otros métodos anticonceptivos transitorios.

E = (especial): la intervención debe realizarse en un establecimiento que disponga de un cirujano y personal experimentados, y se necesitan equipos de anestesia general y de apoyo médico. Para estos problemas también hacen falta profesionales con capacidad de decidir el procedimiento y la pauta anestésica más adecuados. Deberán proporcionarse otros métodos anticonceptivos transitorios en los casos en los que haya que derivar a la paciente o si se produce algún retraso.

Fuente: OMS, Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition, 2015 [9].

Referencias del capítulo 3

1. 2020 Clinical policy guidelines for abortion care. Washington (DC), National Abortion Federation, 2020 (https://prochoice.org/wp-content/uploads/2020_CPGs.pdf).
2. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>).
3. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2009;113:1117–23.
4. Lähteenmäki P, Luukkainen T. Return of ovarian function after abortion. *Clin Endocrinol.* 1978;8:123–32.
5. Schreiber C, Sober S, Ratcliffe S, Creinin M. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception.* 2011;84(3):230–3.
6. Kim C, Nguyen A, Berry-Bibee E, Ermias Y, Kapp N. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: a systematic review and meta-analysis. *Contraception.* 2021;103(5):291–304.
7. Family planning: a global handbook for providers, updated fourth edition. Baltimore and Geneva, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs and World Health Organization, 2022 (<https://fphandbook.org/>).
8. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342741>).
9. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/181468>).

Anexo 1. Metodología y colaboradores

Metodología

Este manual es una actualización del *Manual de práctica clínica para un aborto seguro* publicado en 2014. El proceso de actualización se llevó a cabo como se describe a continuación.

Redacción

Esta edición actualizada se ha revisado en su totalidad para que se ajuste rigurosamente a las *Directrices sobre la atención para el aborto* publicadas en 2022. El equipo de redacción estuvo formado por Caron Kim y Mekdes Wolderufael, del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS, Jane Patten, de Green Ink Publishing Services Ltd, y Kate Whitehouse, consultora independiente.

La edición actualizada fue examinada internamente por miembros de la unidad de Prevención del Aborto Inseguro (PUA) del Departamento: Ferid Abubeker, Bela Ganatra, Heidi Johnston, Laurence Läser, Antonella Lavelanet, Ulrika Rehnström Loi. Durante las fases iniciales del proceso de actualización, Abraham Sium también contribuyó a la redacción y el examen del texto.

Revisión externa

Una vez terminada, la edición actualizada se sometió a una revisión externa. El grupo de revisores fue seleccionado consensuadamente por el equipo de redacción y la unidad de PUA. Los revisores no recibieron remuneración por su trabajo. Se obtuvieron declaraciones de intereses de todos los revisores y no se declaró ningún conflicto de intereses.

En su examen del borrador, los revisores enumerados a continuación realizaron valiosas aportaciones: Alison Edelman (Oregon Health & Science University), Eva Lathrop (Population Services International [PSI]), Patricia Lohr (British Pregnancy Advisory Service [BPAS]), Steve Luboya (Pathfinder), Alice Mark (National Abortion Federation), Helena Paro (Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil), Dhammika Pereira (MSI Reproductive Choices), Mariana Romero (Centro de Estudios de Estado y Sociedad), Patricia Titulaer (Laerdal) y Francelle Toedtli (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]).

Anexo 2. Medicamentos, suministros y equipo

Suministros	Medicamentos
• Agua limpia • Detergente o jabón • Guantes limpios y estériles • Equipo de protección personal (p. ej., mascarilla, pantalla facial, bata, delantal de plástico) • Soluciones y materiales para la esterilización o la desinfección de alto nivel • Gasas o bolas de algodón • Solución antiséptica (sin alcohol) para preparar el cuello uterino (p. ej., povidona yodada) • Agujas (aguja raquídea de calibre 22 para bloqueo paracervical y aguja de calibre 21 para la administración de medicamentos) • Dilatadores osmóticos (p. ej., tallos de laminaria o Dilapan-S®) • Jeringas (5, 10 y 20 ml) • Compresas higiénicas • Oxígeno y ambú (balón autoinflable) • Compresas de gasa para taponamiento uterino • Folletos informativos • Silicona para lubricar las jeringas • Gel lubricante • Métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (es decir, implantes, inyectables y dispositivos intrauterinos)	• Aborto médico ▫ mifepristona (también para la maduración cervical) ▫ misoprostol (también para la maduración cervical) ▫ letrozol • Analgésicos ▫ AINE (p. ej., ibuprofeno) ▫ opioides (p. ej., fentanilo, tramadol, morfina) ▫ paracetamol • Ansiolíticos (p. ej., diazepam, midazolam, lorazepam) • Lidocaína para el bloqueo paracervical • Fármacos para inducir la asistolia fetal ▫ cloruro potásico (KCl) ▫ digoxina ▫ lidocaína • Antibióticos (p. ej., tetraciclina, macrólidos, penicilina o antimicrobianos nitroimidazólicos) • Inmunoglobulina anti-D^a • Oxitócicos (p. ej., oxitocina, misoprostol o ergometrina) • Vía intravenosa (i.v.) y líquidos i.v. (p. ej., solución salina, lactato sódico, glucosa) • Antagonistas de los opioides (p. ej., naloxona, naltrexona) • Antagonistas de las benzodiacepinas (p. ej., flumazenil) • Antieméticos (p. ej., metoclopramida) • Antidiarreicos (p. ej., loperamida)

Nota: La posología, la vía de administración y la utilización se describen en el capítulo 2.

^a No debe administrarse inmunoglobulina anti-D en los abortos anteriores a las 12 semanas de gestación, pero se considera un tratamiento estándar.

s para una atención de calidad del aborto

	Equipos
	• Autoclave o esterilizador • Tensiómetro • Fuente de luz/lámpara frontal • Estetoscopio • Espéculo (de boca ancha para aumentar la exposición del cuello uterino y de valvas cortas para no presionar sobre este y alejarlo, o un espéculo de Sims si se dispone de ayudante) • Tenáculo (atraumático, cuando esté disponible) • Dilatadores mecánicos ▫ cónicos, hasta 37 French (Fr) (o hasta 51 Fr para edades gestacionales avanzadas) o de circunferencia equivalente ▫ de Pratt, 13-43 Fr (o 41-79 Fr para edades gestacionales avanzadas) ▫ de Hern, hasta 98 Fr para edades gestacionales avanzadas • Aspirador eléctrico (con cánulas de hasta 14-16 mm) o aspirador manual (con cánulas de hasta 12-14 mm) • Pinzas de evacuación uterina de Bierer (grandes y pequeñas) • Pinzas de evacuación uterina de Sopher (pequeñas) • Cureta flexible de posparto grande • Pinzas con aros para torundas (pinzas de Foerster) • Cuenco de acero inoxidable para la solución antiséptica • Bandeja para instrumental • Placa de vidrio transparente para inspección de tejidos • Filtro (de metal, vidrio o gasa) • Acceso a un ecógrafo <i>in situ</i> (opcional) • Portagujas largo y material de sutura • Tijeras

