

Mejores prácticas en la atención de abortos

Marzo de 2022

Publicado por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos), 10–18 Union Street, Londres, SE1 1SZ, Reino Unido.

www.rcog.org.uk/mas

Organización benéfica registrada N.º 213280

Publicado por primera vez en 2015; actualizado en 2022

© 2015 The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, guardarse ni transmitirse de ninguna forma ni por ningún medio sin previo permiso por escrito del editor o, en caso de reproducción reprográfica, conforme a los términos de las licencias emitidas por la Copyright Licensing Agency (Organización de concesión de licencias de derechos de autor) en el Reino Unido [www.cla.co.uk]. Las consultas sobre reproducción fuera de los términos aquí establecidos se deben enviar al editor al domicilio del Reino Unido que figura en esta página.

Edición y composición: Andrew Welsh (www.andrew-welsh.com)

Tabla de contenidos

Introducción a los Documentos de Mejores Prácticas del RCOG	ii
Antecedentes	I
Información para las personas que solicitan un aborto	I
Información para el personal sanitario que evalúa a las personas antes de un aborto	4
Cómo determinar la duración de un embarazo	4
Contraindicaciones y consideraciones adicionales	5
Detección sistemática de ETS	5
Prevención de infecciones postaborto	6
Análisis de sangre	6
Anticoncepción	6
Telemedicina	7
Información para el personal sanitario que practica abortos	7
Aborto médico	7
Aborto quirúrgico	8
Información para el personal sanitario que brinda atención después de un aborto	10
Información que se debe brindar después de un aborto	10
Anticoncepción	10
Inmunoglobulina anti-D	10
Seguimiento	10
Tratamiento de un aborto incompleto	11
Evaluación	11
Tratamiento	12
Información que se debe brindar después de un aborto	13
Anticoncepción	13
Inmunoglobulina anti-D	13
Prestación de servicios	13
Acceso a los servicios	13
Suministro de información	14
Evaluación inicial	14
Organización del procedimiento	14
Fuentes de evidencia	15
Otra literatura consultada	15
Apéndice: Anticoncepción postaborto	16

Introducción a los Documentos de Mejores Prácticas del RCOG

Los Documentos de Mejores Prácticas del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) son documentos versátiles y fáciles de usar, que están revisados por colegas y exponen los elementos fundamentales para la práctica clínica basada en la evidencia.

Las mejores prácticas que se describen se extraen de material orientativo basado en evidencia que producen organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el RCOG y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Para que los artículos sean amenos y útiles para quienes brindan atención médica a diario, se han hecho breves y cortos a propósito. Por lo tanto, la evidencia principal para las recomendaciones y la solidez de esa evidencia se ha omitido, pero se puede encontrar en los documentos de las fuentes originales. Se ha evaluado evidencia publicada recientemente para determinar si es necesario modificar alguna recomendación de las pautas actuales.

Los Documentos de Mejores Prácticas también se pueden usar como herramienta para ayudar a quienes crean las políticas para mejorar los servicios.

Si bien los Documentos de Mejores Prácticas se pueden usar como referencia en cualquier país, los contextos legales y normativos donde se producen políticas y servicios de cada lugar pueden requerir cierta adaptación de algunas recomendaciones; sin embargo, es importante garantizar que se mantenga la práctica basada en la evidencia.

Para obtener ayuda en la adaptación del documento y a la vez mantener la mejor práctica, comunicarse con cfwgh@rcog.org.uk.

Reconocimientos

El *Documento de Mejores Prácticas de Atención Integral de Abortos* original del RCOG fue escrito por Anna Glasier, quien contó con el asesoramiento de David Baird, Paul Blumenthal, Sharon Cameron, Alison Fiander, Ailsa Gebbie, Stefan Gebhardt, Natalie Kapp, Hawa Kawawa, Judy Kluge, Patricia A Lohr, Grace Magembe, Gileard Masenga, Projestine Muganyizi, Malika Patel, Gregory Petro, Lesley Regan, Sam Rowlands, Petrus Steyn y Zephne van der Spuy. Los colegas Kelly Culwell, Kristina Gemzell Danielsson y Angela Hyde revisaron el documento.

En 2022, Sharon Cameron, Jayne Kavanagh y Patricia A. Lohr actualizaron este artículo y los colegas Roua Ahmed, Akinola B. Ajayi, Sibongile Chikombore, Evangeline Dushimeyesu, Kristina Gemzell Danielsson, Salma A/Salam Gerai, Anna Glasier, Abbas Lawal Ibrahim, Jonathan Lord, Jerome Mfitumukiza y John Reynolds-Wright lo revisaron.

Este artículo se actualizó como parte del programa *Cómo hacer que el aborto sea seguro* del RCOG (un programa de tres años para aumentar la capacidad del personal sanitario para abordar los obstáculos que impiden que la atención de abortos y la atención postaborto sean seguras a nivel global). Para obtener más información, visite www.rcog.org.uk/en/global-network/centre-womens-global-health/our-work/making-abortion-safe.

Nota sobre el lenguaje

A nivel mundial, la mayoría de los abortos se practica en mujeres; sin embargo, los hombres transgénero y las personas no binarias también experimentan embarazos y abortos. Por lo tanto, en este artículo se habla de "mujeres" y "personas embarazadas" para reflejar una variedad de identidades.

Descargo de responsabilidad de las pautas del RCOG

El RCOG produce pautas como ayuda educativa para una buena práctica clínica. Se presentan métodos y técnicas de práctica clínica reconocidos, basados en evidencia publicada, para que los obstetras, ginecólogos y otros profesionales de la salud pertinentes los tomen en consideración.

La última opinión con respecto a un procedimiento clínico o plan de tratamiento particular la debe dar el médico u otro sanitario a la luz de los datos clínicos que presente el paciente y del diagnóstico y de las opciones de tratamiento disponibles. Esto significa que las pautas del RCOG son diferentes de los protocolos o las pautas que emiten los empleadores, ya que no pretenden ser instrucciones prescriptivas que definan un solo curso de tratamiento.

Toda desviación de las pautas o protocolos prescriptivos locales se debe documentar en su totalidad en la historia clínica del paciente en el momento de tomar la decisión relevante.

Antecedentes

Se calcula que cada año se realizan 25 millones de abortos inseguros, lo que convierte al aborto en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. La morbilidad y mortalidad relacionadas con el aborto se pueden prevenir en su gran mayoría ofreciendo atención de abortos segura (en consonancia con las mejores prácticas clínicas) y atención postaborto oportuna, además de acceso a educación sexual integral (ESI) y a anticoncepción. Negar, demorar o restringir el acceso a la atención de abortos segura puede suponer la violación del derecho a la vida, del derecho a la salud y del derecho a la privacidad, y en algunos casos, puede equivaler a un tratamiento cruel, inhumano y degradante.

El aborto no tiene por qué ser inseguro. Los índices de morbilidad y mortalidad posteriores a un aborto practicado utilizando las mejores prácticas son inferiores a los de un embarazo en curso y los de un parto. Los abortos quirúrgicos practicados conforme a lineamientos basados en evidencia, por lo general, son procedimientos sencillos que los pueden practicar una gama de grupos de médicos en una variedad de entornos. Además, cuando un embarazo tiene menos de 12 semanas y se cuenta con el apoyo adecuado, las personas pueden manejar un aborto médico por su cuenta de manera segura en el hogar. Como sucede con muchos otros procedimientos médicos, acatar los estándares de las mejores prácticas garantizará la prestación de los servicios más eficaces y seguros. Este Documento de Mejores Prácticas está diseñado para el personal sanitario que practica abortos o brinda atención postaborto.

Los siguientes son los dos métodos de aborto:

- **Aborto médico:** uso de medicamentos para terminar un embarazo; los medicamentos que se usan más comúnmente son el misoprostol solo o el misoprostol combinado con la Mifepristona.
- **Aborto quirúrgico:** uso de procedimientos transcervicales para terminar un embarazo, incluida la aspiración manual endouterina (AMEU), la aspiración eléctrica endouterina (AEEU) y la dilatación y evacuación (D y E).

Todos los aspectos de la atención de abortos se deben tratar de manera respetuosa, sensible, centrada en la persona y que reconozca a las mujeres y a las personas embarazadas como quienes toman las decisiones.

Información para las personas que solicitan un aborto

Las mujeres y las personas embarazadas deben conocer las opciones que tienen para tomar una decisión informada sobre el curso de acción preferido. Se debe respetar la decisión sin ningún tipo de demora innecesaria, ya que cuantas menos semanas de gestación tenga el embarazo al momento de practicar el aborto, más seguro es.

Si un aborto se practica en consonancia con las mejores prácticas es más seguro que continuar con un embarazo y luego tener un parto.

Siempre que sea posible, se debe ofrecer a las personas la posibilidad de elegir un método abortivo. Su elección dependerá de las circunstancias individuales de cada persona y de cómo se sienten con respecto a las distintas opciones.

A quienes soliciten un aborto, se les debe brindar la siguiente información de manera clara, comprensible, respetuosa y sin emitir juicio al respecto:

- El aborto es un procedimiento seguro en el que las complicaciones graves son poco frecuentes en embarazos de cualquier duración.
- Las posibilidades de métodos abortivos disponibles.
- Qué sucederá durante y después del aborto (ver Tabla 1).
- Qué opciones de alivio del dolor hay disponibles.
- Los efectos secundarios, los riesgos y las complicaciones de los métodos abortivos (ver Tabla 2).
- Cómo asegurarse de que un embarazo ha terminado para quienes realizan un aborto médico en el hogar.
- Cómo identificar la necesidad de buscar atención médica urgente durante o después del aborto.
- La gama de posibles emociones que se pueden experimentar después de un aborto.
- Otros servicios disponibles, como la detección sistemática de enfermedades de transmisión sexual (ETS), asistencia psicológica para quienes la necesitan y apoyo para quienes están enfrentando, por ejemplo, situaciones de coerción sexual, violencia doméstica o abuso.
- Qué opciones de anticoncepción están disponibles y cómo se puede acceder a estas.

A quienes no están seguros de si continuar con un embarazo o practicarse un aborto se les debe ofrecer asistencia psicológica y apoyo para tomar una decisión.

Tabla 1 Qué implican los métodos abortivos; adaptado del *Manual de práctica clínica para un aborto seguro* de la OMS (2014) y del documento de NICE (2019) sobre ayuda para la toma de decisiones de los pacientes publicado con las pautas de *Abortion Care [Atención del aborto]*

Aborto médico	Aborto quirúrgico
<ul style="list-style-type: none"> ● Evita la cirugía. ● Es como un aborto espontáneo. ● Se puede realizar en el hogar (dependiendo de la etapa del embarazo). ● Lleva tiempo (de horas a días) para que se complete y no es posible predecir cuándo se producirá. ● Los medicamentos pueden provocar náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos y fiebre (1 de cada 10). ● Se experimentará dolor de tipo cólico en la zona abdominal y hemorragia (peor que durante la menstruación) mientras se expulsa el embrión. ● El dolor de tipo cólico en la zona abdominal puede perdurar, de manera intermitente, durante una semana y la hemorragia, por dos o tres semanas. ● Es posible que se observe la expulsión del embrión. ● Es poco común que se produzcan complicaciones graves (ver Tabla 2). ● Todos los métodos anticonceptivos se pueden iniciar en el momento del aborto médico, excepto los dispositivos intrauterinos (DIU), que se pueden colocar inmediatamente después de que se expulsa el embrión o feto. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Se realiza en un centro de atención médica. ● Durante los procedimientos que se realizan con sedación o anestesia local, la persona siente cierto malestar. ● Con anestesia general, la persona no siente ningún tipo de malestar. ● Los medicamentos que se usan para preparar el cuello uterino pueden provocar calambres y hemorragia, además de náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos y fiebre (1 de cada 10). ● La persona siente dolor y tiene hemorragia durante una o dos semanas después del aborto. ● Generalmente, la persona no ve el feto o embrión, a menos que lo desee. ● Requiere una revisión pélvica y la colocación de instrumentos quirúrgicos en el útero. ● Es poco común que se produzcan complicaciones graves (ver Tabla 2). ● Todos los métodos anticonceptivos se pueden iniciar en el momento del procedimiento, incluido el DIU.

Tabla 2 Complicaciones y riesgos del aborto; adaptado de las pautas de *Abortion Care (Atención del aborto)* de NICE (2022) y de los lineamientos del RCOG (2011) *Care of Women Requesting Induced Abortion (atención de mujeres que solicitan un aborto provocado)*

Complicación/riesgo	Aborto médico	Aborto quirúrgico
Continuación del embarazo	1–2 de cada 100	1 de cada 1000 Índice mayor en embarazos de más de 7 semanas
Necesidad de otra intervención para completar el procedimiento	<14 semanas: 70 de cada 1000 >14 semanas: 13 de cada 100	<14 semanas: 35 de cada 1000 >14 semanas: 3 de cada 100
Infección*	Menos de 1 de cada 100	Menos de 1 de cada 100
Hemorragia intensa que requiere transfusión	<20 semanas: menos de 1 de cada 1000 >20 semanas: 4 de cada 1000	<20 semanas: menos de 1 de cada 1000 >20 semanas: 4 de cada 1000
Lesión en el cuello uterino debido a la dilatación y manipulación**	–	1 de cada 100
Perforación uterina	–	1–4 de cada 1000
Rotura uterina	Menos de 1 de cada 1000 en abortos médicos durante el segundo trimestre***	–

* Es poco probable, pero se puede producir una infección de diversos grados en la parte superior del aparato genital después de un aborto, la cual generalmente se asocia con una infección preexistente. La probabilidad de que se produzca una infección después de un aborto quirúrgico se reduce con el uso de profilaxis antibiótica.

** Una lesión en el cuello uterino es menos probable que se produzca si se prepara el cuello uterino en consonancia con las mejores prácticas.

*** La presencia de una cicatriz uterina (p. ej., después de una cesárea previa) es un factor de riesgo.

Es posible que se requieran otros tratamientos (p. ej., transfusión de sangre, laparoscopia, laparotomía o histerectomía) si se produce alguna complicación grave.

Existen muchos mitos sobre las consecuencias del aborto. Las personas que manifiesten preocupación se pueden calmar si se les explica que no existen asociaciones comprobadas entre tener un aborto y un posterior embarazo ectópico, placenta previa, infertilidad, cáncer de mama o problemas de salud mental.

Es una mejor práctica invitar al paciente a hablar sobre el tema de la anticoncepción en la consulta inicial. En caso de que se elija un método anticonceptivo, se debe proporcionar ese método, en lo posible, en el momento del aborto.

Personas jóvenes

Los adolescentes merecen el mismo grado de respeto que cualquier persona que requiera atención de abortos. Es importante recordar lo vulnerable que se puede sentir una persona joven al solicitar un aborto, sobre todo si es la primera vez que busca atención médica. Si la ley exige que un adulto dé su consentimiento para que se practique el procedimiento, esto se debe explicar de manera clara a la persona joven al comienzo de la consulta. Si bien se debe alentar a los adolescentes a que involucren a un adulto de confianza en su decisión, en lo posible, **no** se debe insistir en obtener la autorización de los padres a menos que sea un requisito legal.

Información para el personal sanitario que evalúa a las personas antes de un aborto

La información se debe explicar de manera clara y comprensible. El personal sanitario no debe imponer sus valores o creencias personales a los pacientes, sino que se debe enfocar en sus necesidades y demostrar empatía y respeto por las decisiones relacionadas con la salud reproductiva.

A menos que esté contraindicado para la mujer o la persona embarazada, se le debe ofrecer la posibilidad de elegir un método abortivo.

Se debe hacer la anamnesis e identificar todo problema de salud que pueda afectar la elección de un método abortivo en particular y cualquier otra consideración adicional que pueda afectar el lugar de la atención o la planificación previa al tratamiento, incluidas las personas con problemas médicos graves que necesitan ser referidas para recibir atención de un especialista.

El personal sanitario debe verificar que la persona que solicita un aborto lo esté haciendo por voluntad propia y que no lo estén obligando a terminar con el embarazo. También debe indagar sobre violencia sexual y doméstica, y abuso (físico y emocional) y debe poder referir a la persona a los servicios de apoyo adecuados. Si la evaluación se realiza por teléfono, por videollamada o en línea, el profesional sanitario se debe asegurar de que la persona pueda hablar en privado, sin riesgos de que alguien más escuche la conversación.

El personal sanitario debe ser consciente de la ansiedad que los pacientes pueden sentir ante las actitudes negativas y moralistas de los profesionales de la salud.

El personal sanitario puede ayudar a calmar esa ansiedad, generar un ambiente seguro y respetuoso, y contrarrestar el estigma vinculado al aborto mediante lo siguiente:

- hablarle al paciente utilizando palabras amables al encontrarse por primera vez (haciendo contacto visual y sonriendo en reuniones cara a cara);
- presentarse y explicarle lo que implicará la consulta;
- estructurar la consulta de manera tal que haya tiempo para entablar una buena comunicación antes de sondear los sentimientos sobre el embarazo;
- brindar información clara, concisa y exacta y alentar al paciente a hacer preguntas;
- intentar no hacer suposiciones y usar lenguaje neutral e imparcial;
- transmitir lo común que es el aborto.

Es importante elegir el tipo de aborto según las semanas del embarazo, que no se encuentren contraindicaciones para los métodos y que se ofrezca anticoncepción postaborto.

Cómo determinar la duración de un embarazo

La duración del embarazo determinará el método abortivo y si el aborto se puede realizar en casa o en un centro asistencial. La duración de un embarazo se puede evaluar desde el primer día de la fecha de la última menstruación (FUM). La mayoría de las personas puede determinar la duración de su embarazo con bastante exactitud solo con la FUM.

No es necesario realizar una ecografía preaborto de rutina, pero, si es posible realizarla, se debe usar si existen dudas clínicamente relevantes sobre la duración del embarazo o si existen sospechas de un embarazo ectópico.

En circunstancias en las que la duración del embarazo no se puede evaluar con una FUM confiable y cuando no se puede realizar una ecografía, una exploración abdominal puede ayudar a determinar la duración del embarazo cuando es de más de 12 semanas. Se puede realizar una exploración bimanual si el médico aún no está seguro de la duración del embarazo después de una exploración abdominal y la información obtenida podría cambiar el manejo clínico.

Contraindicaciones y consideraciones adicionales

Aborto médico

El aborto médico tiene pocas **contraindicaciones**:

- certeza o sospecha de embarazo ectópico;
- reacción alérgica previa a la Mifepristona o al misoprostol;
- asma grave no controlado*;
- insuficiencia suprarrenal crónica*;
- porfiria hereditaria.*

* No se debe usar la Mifepristona ya que existe un riesgo teórico de agravamiento de la afección subyacente, pero se podría considerar el uso de misoprostol solo.

En los siguientes casos, se debe tener mayor consideración y planificar atención adicional:

- Personas con **tratamientos con esteroides a largo plazo**: en teoría, como la Mifepristona es un antagonista de los receptores de glucocorticoides, puede inhibir la acción del tratamiento con esteroides y agravar la afección subyacente; se debe solicitar la sugerencia de especialistas para determinar si es necesario ajustar la dosis de la pauta de administración de esteroides.
- Personas con **medicamentos anticoagulantes**: es posible que sea necesario suspender los anticoagulantes antes de administrar medicamentos abortivos y retomarlos luego del aborto.
- Personas con **trastornos hemorrágicos**, que pueden necesitar atención en un centro asistencial en lugar del hogar.
- Personas con **anemia sintomática**, que requieren medición de la concentración de hemoglobina y que pueden necesitar atención adicional en un hospital.
- Personas que tienen un **DIU** colocado: lo ideal es retirar el DIU antes del tratamiento; si no es posible retirar el DIU, es importante confirmar su expulsión durante el procedimiento, mediante diagnóstico por imágenes, como una radiografía abdominal después del aborto.

Aborto quirúrgico

Los métodos quirúrgicos de aborto están contraindicados si el embarazo no se puede quitar por el cuello uterino, por ejemplo, debido a un tumor que obstruye la vía.

En el extraño caso de que un aborto médico tampoco sea adecuado en estas circunstancias, se podría realizar una histerotomía o una histerectomía.

Las consideraciones y afecciones médicas (o de otra índole) pueden afectar la elección de anestesia, indicar la necesidad de que el aborto se practique en un hospital o requerir equipos adicionales o especializados. Estas incluyen trastornos hemorrágicos y placentación anormal, uso de medicamentos anticoagulantes y enfermedad cardiopulmonar grave. Un índice de masa corporal (IMC) muy elevado, la distorsión de la cavidad uterina por fibroma uterino u otra anomalía, una cirugía de cuello uterino o una ablación genital femenina de tipo 3 también pueden hacer que el acceso al cuello uterino o al embarazo sea complicado. La planificación del procedimiento puede incluir variantes en la posición del paciente, el uso de instrumentos más largos para la evacuación, orientación mediante ecografía y preparación del cuello uterino.

Detección sistemática de ETS

Es una mejor práctica realizar una evaluación de riesgo de ETS en todos los pacientes y realizar una detección sistemática si corresponde, por ejemplo, de clamidia y gonorrea, que pueden estar implicadas en una infección postaborto, y de virus de transmisión hemática, como son el VIH y la sífilis, si dichos análisis están disponibles. Esto se debe hacer sin demorar el aborto.

Administrar dosis de tratamiento con antibióticos para quienes tienen signos o síntomas de una ETS. Las parejas de las personas con una ETS también necesitan tratamiento; lo ideal sería que haya un sistema de notificación a parejas y un seguimiento o referir a la persona.

Prevención de infecciones postaborto

No se necesita profilaxis antibiótica para los abortos médicos, pero sí se requiere para los abortos quirúrgicos, ya que se sabe que reduce el riesgo de infección. Sin embargo, no se debe demorar el aborto quirúrgico si no hay antibióticos disponibles.

Se desconoce la pauta de administración óptima, pero los nitroimidazoles (p. ej., el metronidazol), las tetraciclinas (p. ej., la doxiciclina) y las penicilinas han demostrado ser eficaces.

Se puede considerar la siguiente pauta de administración de profilaxis antibiótica para los abortos quirúrgicos (o incompletos):

- 100 mg de doxiciclina por vía oral dos veces al día durante 3 a 7 días, empezando dentro de las 2 horas del procedimiento (hay evidencia de que un tratamiento de 3 días es tan eficaz como un tratamiento de 7 días).

Análisis de sangre

La evaluación previa al aborto no requiere análisis de sangre de rutina. Se puede considerar la determinación del factor Rh de la sangre si el embarazo tiene más de 12 semanas de gestación y hay inmunoglobulina anti-D disponible. No se necesita medir la concentración de hemoglobina ni otros análisis de sangre a menos que haya buenos indicios clínicos para hacerlo, como los de quienes tienen anemia sintomática.

Anticoncepción

El tema de la anticoncepción se debe abordar con tacto. No todas las personas querrán discutir el tema de la anticoncepción en el momento de practicarse un aborto. Quienes sí lo deseen deben recibir información sobre todas las opciones de anticoncepción, sin ningún tipo de presión para elegir un método específico.

Se puede dar consejos sobre la mayor eficacia y duración de los métodos de anticoncepción reversible de larga duración (implantes y DIU) y sobre su seguridad, pero no se debe ejercer presión en los pacientes para que acepten estos métodos.

Todos los métodos anticonceptivos se pueden iniciar en el momento de un aborto quirúrgico.

Todos los métodos anticonceptivos excepto el DIU se pueden iniciar en el momento que se toma la Mifepristona o misoprostol para un aborto médico. Se puede colocar un DIU después de la expulsión de un embarazo después de un aborto médico.

No se requieren otras precauciones anticonceptivas si se comienza con la anticoncepción inmediatamente después de un aborto o dentro de los 5 días de practicado.

Si se solicita esterilización, solo se debe realizar después de que haya transcurrido un tiempo después del aborto. A las personas que soliciten que se les practique una ligadura de trompas en el momento del aborto se les debe informar de la posibilidad de un mayor índice de ineficacia y de riesgo de arrepentimiento.

Si el método elegido por un paciente no está disponible, se le debe brindar un método provisorio que se pueda comenzar de inmediato y se debe referir a la persona a donde se le provea el método preferido.

Telemedicina

La telemedicina (por teléfono, por videollamada o en línea) se puede usar para consultas por cualquier tipo de aborto. Las consultas de telemedicina también permiten a las personas realizarse un aborto médico (dependiendo de la etapa del embarazo) en su propio hogar con el apoyo remoto del personal sanitario especializado en abortos. No hay necesidad de consultar a un profesional sanitario de forma presencial ni visitar una clínica en donde se practiquen abortos, a menos que exista un motivo para hacerlo (p. ej., FUM incierta, riesgo de embarazo ectópico, problemas de salud complejos) o que se prefiera una consulta presencial. Este modelo de atención de abortos médicos en el hogar ha demostrado ser seguro, eficaz y aceptable para los pacientes y para mejorar el acceso a la atención de abortos, lo que les permite recibir tratamiento en las primeras semanas de embarazo. Siempre que sea posible, se debe ofrecer este modelo de atención entre las opciones.

Información para el personal sanitario que practica abortos

Aborto médico

Antes de la semana 12 de embarazo

Si la Mifepristona está disponible, es una mejor práctica usarla combinada con el misoprostol, ya que resulta más eficaz que si se administra el misoprostol solo, reduce el tiempo que se debe administrar para completar el aborto (el intervalo desde la inducción hasta el aborto), reduce los efectos secundarios y disminuye la progresión del embarazo en curso. No existe un mínimo de duración del embarazo en el que se pueda practicar el aborto médico. En las primeras 12 semanas, la mayoría de las personas pueden transitar un aborto médico en el hogar de manera segura; es tan seguro y eficaz como el tratamiento que se realiza en un centro asistencial, y puede resultarles más práctico y discreto.

La pauta de administración más eficaz es 200 mg de la Mifepristona por vía oral; pasadas entre 24 y 48 horas, se debe administrar 800 microgramos de misoprostol por vía sublingual, vestibular o vaginal.

- Si no se produce la expulsión del embarazo dentro de las primeras 4 horas, se debe administrar otros 400 microgramos de misoprostol por vía sublingual, vestibular o vaginal.
- Si se suministra misoprostol para su uso en el hogar, se deben suministrar dosis adicionales en caso de que sean necesarias. Es muy importante tener esto en cuenta, sobre todo, para los embarazos de más de 9 semanas, ya que la eficacia de una sola dosis de 800 microgramos de misoprostol empieza a disminuir a partir de ese momento.

Si la Mifepristona no está disponible, se debe administrar 800 microgramos de misoprostol por vía sublingual, vestibular o vaginal, seguido de 400 microgramos de misoprostol cada 3 horas hasta expulsar el embrión.

De 12 a 24 semanas de embarazo

A las 12 semanas o más, el aborto médico generalmente se practica en un centro asistencial. Sin embargo, no existe evidencia de que un aborto médico que no se practica en un centro asistencial sea inseguro.

Si la Mifepristona está disponible, se debe usar combinada con misoprostol, ya que reduce el intervalo desde la inducción hasta el aborto, reduce los efectos secundarios y disminuye la progresión del embarazo en curso.

La pauta de administración más eficaz es 200 mg de la Mifepristona por vía oral; pasadas entre 24 y 48 horas, se debe administrar 800 microgramos de misoprostol por vía vaginal, vestibular o sublingual, seguido de 400 microgramos de misoprostol por vía vaginal, vestibular o sublingual cada 3 horas hasta que se produzca el aborto.

Si la Mifepristona no está disponible, se debe usar 800 microgramos de misoprostol seguido de 400 microgramos de misoprostol cada 3 horas hasta que se produzca el aborto.

El útero es más sensible al misoprostol a medida que el embarazo avanza y, por lo tanto, en embarazos de más de 24 semanas, se deben usar dosis menores de misoprostol y se deben considerar intervalos mayores entre una dosis y otra, sobre todo, en las personas con cicatrices uterinas.

Alivio del dolor en el aborto médico

Siempre se debe ofrecer analgesia (alivio del dolor).

- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se recomiendan tanto para profilaxis como para cuando comienza el dolor de tipo cólico.
- Puede resultar útil tomar medidas no farmacológicas de alivio del dolor (p. ej., una botella de agua caliente o una compresa caliente).
- El dolor aumenta con la duración del embarazo; por lo tanto, es posible que se requiera el uso de analgésicos narcóticos cuando otras medidas de alivio del dolor no sean suficientes. También se puede usar anestesia epidural, de estar disponible.

Aborto quirúrgico

Antes de la semana 14 de embarazo

El aborto quirúrgico antes de la semana 14 se puede practicar mediante **aspiración endouterina** (eléctrica [AEEU] o manual [AMEU]).

La aspiración endouterina supone la evacuación del contenido del útero a través de una cánula de plástico o metal, que se conecta con una fuente de vacío. La AEEU utiliza una bomba de vacío eléctrica. En la AMEU, el vacío se genera con un aspirador (también denominado jeringa) plástico portátil de 60 ml que se activa manualmente.

- Los aspiradores para AMEU tienen capacidad para cánulas de 4 a 12 mm.
- No existe un mínimo de duración del embarazo para practicar el aborto quirúrgico.
- Es una mejor práctica examinar siempre el tejido aspirado independientemente de la duración del embarazo para confirmar que se haya extraído por completo.
- Durante la aspiración endouterina, se debe vaciar el útero con una sola cánula de succión (y fórceps, si es necesario). **No** se debe completar el procedimiento mediante legrado instrumental de forma rutinaria.

De 14 a 24 semanas de embarazo

El aborto quirúrgico en un embarazo de 14 a 24 semanas se puede practicar mediante dilatación y evacuación (D y E).

La D y E requiere la preparación del cuello uterino mediante dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos, y la evacuación del útero mediante fórceps largos y aspiración endouterina con cánulas. Es la técnica quirúrgica más segura y eficaz después de las 14 semanas de embarazo, siempre que haya personal sanitario especializado y experimentado.

La aspiración endouterina se puede usar hasta las 15 o 16 semanas de embarazo con conductos de succión de mayor calibre y cánulas de hasta 16 mm de diámetro.

La dilatación y legrado (D y C) es un método abortivo quirúrgico obsoleto y no se debe usar.

Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico

La preparación del cuello uterino se debe realizar en todos los pacientes, ya que reduce el riesgo de un aborto incompleto y facilita la dilatación. Puede provocar hemorragia y dolor antes del procedimiento. Si se usan dilatadores osmóticos, se debe considerar su colocación el día previo al aborto, sobre todo si la duración del embarazo es de 19 semanas o más.

Antes de la semana 12 de embarazo:

- 200 mg de la Mifepristona por vía oral; de 24 a 48 horas, antes del procedimiento, o
- 400 microgramos de misoprostol por vía sublingual, de 1 a 2 horas antes del procedimiento, o
- 400 microgramos de misoprostol por vía vaginal o vestibular, de 2 a 3 horas antes del procedimiento.

De 12 a 18⁺⁶ semanas de embarazo:

- combinación de la Mifepristona y misoprostol* (con las pautas de administración antes mencionadas), o
- dilatadores osmóticos más la Mifepristona o misoprostol, o con la Mifepristona y misoprostol combinados (con las pautas de administración antes mencionadas en todos los casos).

De 19 a 24 semanas de embarazo:

- dilatadores osmóticos más la Mifepristona o misoprostol, o con la Mifepristona y misoprostol combinados (con las pautas de administración antes mencionadas en todos los casos).

Alivio del dolor en el aborto quirúrgico

Siempre se debe ofrecer analgesia.

- En la mayoría de los casos, los analgésicos, como los AINE, la anestesia local o la sedación consciente, complementados con palabras tranquilizantes de apoyo, son suficientes.
- No se recomienda el uso rutinario de la anestesia general para alivio del dolor en procedimientos abortivos, ya que se asocia con mayores índices de complicaciones, y con hospitalizaciones más prolongadas, que con anestesia local.
- La anestesia local, como la lidocaína administrada como bloqueo paracervical, se puede usar para aliviar el malestar de la dilatación mecánica del cuello uterino y la evacuación uterina.
- Si hay sedación consciente disponible, se debe ofrecer con un bloqueo cervical.
- En caso de usar anestesia general, se debe considerar la administración de propofol por vía intravenosa y opioides de acción corta (como el fentanilo) en lugar de anestesia inhalada.
- Se pueden usar AINE para aliviar el dolor de tipo cólico en la zona abdominal que provoca el misoprostol que se administra para la preparación del cuello uterino.

* A veces, es necesario más de una dosis de misoprostol para lograr una dilatación adecuada.

Información para el personal sanitario que brinda atención después de un aborto

Las personas pueden experimentar una variedad de emociones después de un aborto. El personal sanitario debe brindar información sobre cómo obtener apoyo emocional después de un aborto en caso de que sea necesario.

El personal sanitario debe garantizar que las personas sepan qué esperar después del procedimiento y dónde obtener ayuda en caso de que sea necesario. También se debe asegurar de que todas las personas que deseen un método anticonceptivo se puedan ir con el método que hayan elegido o sepan cómo y dónde conseguirlo.

Información que se debe brindar después de un aborto

Los pacientes deben recibir instrucciones sobre los signos y síntomas que pueden indicar una complicación que requiera ayuda médica urgente, incluidos los siguientes:

- empapar dos o más toallas sanitarias grandes por hora, durante 2 horas seguidas;
- tener secreción vaginal con un olor inusualmente desagradable;
- tener fiebre o síntomas de la gripe después de 24 horas;
- tener dolor que aumenta, incluso un dolor que puede indicar embarazo ectópico no diagnosticado (por ejemplo, si el dolor en la zona abdominal baja es de un lado, debajo de las costillas o sube hasta los hombros).

El personal sanitario también debe brindar información sobre los signos y síntomas que pueden indicar la presencia de un embarazo en curso, en cuyo caso los pacientes deben buscar atención médica, incluso en las siguientes circunstancias:

- No hay hemorragia o solo sangrado irregular o manchas de sangre en la toalla sanitaria o en la ropa interior dentro de las 24 horas posteriores a la administración del misoprostol para un aborto médico.
- Hay sensación de que el embarazo continúa incluso después de 1 semana del aborto.

Anticoncepción

Ver más arriba.

Inmunoglobulina anti-D

Si la inmunoglobulina anti-D se encuentra disponible, se debe ofrecer a las personas Rh negativas no sensibilizadas con embarazos a partir de los 12 meses de gestación y suministrar dentro de las 72 horas del aborto.

Seguimiento

No hay necesidad de realizar un seguimiento ni una ecografía de rutina después de un aborto. Más bien, se debe brindar información clara a las personas sobre cuándo buscar atención médica, como se detalla previamente.

Para las personas que practican un aborto médico en el hogar

Por lo general, las personas pueden confirmar si un embarazo ha terminado prestando atención a lo que expulsan o a la cantidad y la duración de la hemorragia y a la desaparición de los síntomas de embarazo. Siempre que sea posible, se debe confirmar que el aborto se haya realizado con éxito

mediante una prueba de embarazo en orina de baja sensibilidad (límite de detección para hCG: 1000 UI) a partir de las 2 semanas después del tratamiento o con una prueba de alta sensibilidad (límite de detección para hCG: 50 UI o menos) a partir de las 4 semanas después del tratamiento.

Tratamiento de un aborto incompleto

La atención postaborto puede reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con las complicaciones de un aborto espontáneo o de un aborto incompleto, e incluso de un aborto que se realizó de manera insegura. Las opciones de tratamiento de un aborto incompleto incluyen métodos quirúrgicos y médicos de evacuación uterina.

Para quienes desean evitar otro embarazo, se debe abordar el tema de la anticoncepción y se debe brindar el método elegido.

Evaluación

Se debe sospechar de un aborto incompleto cuando una persona en edad reproductiva presenta hemorragia vaginal o dolor abdominal después de una o más faltas de menstruación. Se debe sospechar de embarazo ectópico si el útero es pequeño, el cuello uterino está cerrado o hay una masa anexial o dolor a la palpación.

Aborto inseguro

Un aborto es inseguro cuando lo realiza una persona que no tiene las habilidades necesarias o se practica en un entorno que no cumple con los estándares médicos mínimos, o cuando se dan ambas situaciones a la vez.

En muchos entornos, es importante distinguir entre aborto seguro e inseguro porque este último es mucho más propenso a generar infecciones. Los indicios de que se ha intentado practicar un aborto mediante métodos inseguros incluyen la presencia de los siguientes indicadores:

- desgarro vaginal;
- lesión en el cuello uterino;
- agrandamiento uterino equivalente a un embarazo de más de 12 semanas de gestación;
- productos de la fecundación visibles en el cuello uterino o en la vagina;
- en pacientes con lesión uterina, la presencia de fiebre, dolor importante en la zona abdominal baja, dolor a la palpación o distensión abdominal;
- presencia de un cuerpo extraño en la vagina o el cuello uterino.

Infección

Es fundamental identificar a quienes puedan tener una infección y tratar esta situación de inmediato. Es mucho más probable que se produzca una infección, y mucho más probable que sea una infección grave, si el aborto se practicó de manera insegura. Las siguientes son manifestaciones clínicas que sugieren la presencia de una infección:

- temperatura superior a 37,5°C;
- dolor a la palpación localizado o general en la zona del abdomen, defensa abdominal o dolor de descompresión;
- olor inusual o desagradable o pus visible en el orificio del cuello uterino;
- dolor a la palpación en el útero.

Las siguientes son manifestaciones que sugieren sepsis e indican la necesidad de una intervención urgente:

- hipotensión arterial;

- taquicardia;
- aumento de la frecuencia respiratoria.

Tratamiento

Si no hay indicios de infección y el tamaño uterino corresponde a un embarazo de menos de 14 semanas

- Tratamiento médico con 400 microgramos de misoprostol por vía sublingual, vestibular o vaginal o 600 microgramos por vía oral:
 - En caso de aborto retenido (retención fetal), se debe administrar 200 mg de la Mifepristona por vía oral de 24 a 48 horas antes del misoprostol.

○

- Evacuación uterina con aspiración endouterina y profilaxis antibiótica (ver más arriba).

Si no hay indicios de infección y el tamaño uterino corresponde a un embarazo de 14 semanas o más

- Tratamiento médico con misoprostol:
 - Embarazo de 14 a 24 semanas: se debe administrar 400 microgramos de misoprostol por vía sublingual, vestibular o vaginal cada 3 horas.
 - El útero es más sensible al misoprostol a medida que el embarazo avanza y, por lo tanto, en embarazos de más de 24 semanas, se deben usar dosis menores de misoprostol y se deben considerar intervalos mayores entre una dosis y otra, sobre todo en las personas con cicatrices uterinas.
 - Para alinear los protocolos, los servicios pueden usar las mismas dosis e intervalos que se recomiendan en las pautas de administración para abortos provocados.
 - En caso de aborto retenido (retención fetal), se debe administrar 200 mg de la Mifepristona por vía oral de 24 a 48 horas antes del misoprostol.

○

- Tratamiento quirúrgico con profilaxis antibiótica (ver más arriba):
 - Aspiración endouterina para la extracción del tejido retenido cuando el embrión o feto se ha expulsado; también puede ser necesario el uso de pinzas de punta roma para extraer una placenta retenida.
 - En caso de embrión o feto retenido, es adecuado el uso de aspiración endouterina antes de la semana 14 de embarazo; entre la semana 14 y la 16 de embarazo, también puede ser necesaria la extracción con fórceps de las partes más grandes del feto; a partir de la semana 16 de embarazo, se puede realizar dilatación y evacuación (D y E).
 - Si la extracción del embarazo requiere el uso de fórceps, combinado con aspiración endouterina o en el caso de D y E, solo personal sanitario especializado debe realizar estos procedimientos; si no hay personal disponible, se recomienda tratamiento médico.

Si hay presencia de infección, se debe evacuar el útero de inmediato

- Comenzar antibióticos de amplio espectro de inmediato (por vía intravenosa si la infección es grave).

- Trasladar a una unidad que cuente con las instalaciones adecuadas para realizar una evacuación quirúrgica si esta no se puede realizar en el centro de atención médica donde se encuentra la persona.
- Si el paciente está en choque séptico, se debe trasladar de inmediato a una unidad especializada en evacuación uterina quirúrgica; si hay disponible, antes del traslado, se le debe administrar por vía intravenosa antibióticos de amplio espectro, como una combinación de 0.5–1 g de ampicilina cada 6 horas, 500 mg de metronidazol cada 8 horas y 120 mg de gentamicina a diario (con la supervisión adecuada).
- Si no hay personal disponible con las habilidades necesarias para realizar una evacuación uterina quirúrgica urgente, se puede administrar misoprostol usando las pautas de administración de dosis antes mencionadas.

Información que se debe brindar después de un aborto

Ver más arriba.

Anticoncepción

Ver más arriba.

Inmunoglobulina anti-D

Ver más arriba.

Prestación de servicios

La prestación de un servicio de atención de abortos seguro y eficaz depende de que todos los involucrados en el servicio garanticen que se haga todo lo necesario para lograr la mejor práctica para una atención de abortos segura. No es suficiente con que los médicos, los enfermeros y los parteros trabajen de manera eficaz si las instalaciones y las herramientas que necesitan no están a disposición y si el servicio no se organiza de manera tal que garantice una atención de abortos segura y eficaz. A continuación, se detallan las **mejores prácticas en la prestación de servicios**.

Acceso a los servicios

1. Los servicios de aborto deben estar disponibles hasta el mayor alcance que permita la ley. El personal sanitario debe saber lo que la ley *permite* en su país y ser claro al expresar las circunstancias en las que el aborto es legal.
2. Si una persona que solicita que se le practique un aborto cumple con los criterios legales, no debe haber ninguna otra limitación al acceso por cuestiones de edad, estado civil ni cantidad de abortos previos.
3. El aborto es más seguro cuanto antes se practique. Los servicios deben poder satisfacer la demanda local de abortos, de manera que la gente se pueda practicar un aborto tan pronto como sea posible y lo más cerca posible del hogar del paciente.
4. Como los equipos y el espacio que se necesitan para prestar un servicio de aborto seguro es similar a los que se necesitan para la atención sanitaria femenina de rutina y los servicios de anticoncepción, se deben hacer esfuerzos para brindar servicios de aborto seguros en una amplia variedad de centros y de manera integrada.

5. Todo el personal sanitario debe estar preparado para brindar atención de abortos segura en consonancia con sus habilidades y licencias. Esto puede ayudar a repartir el trabajo y a mejorar las habilidades de *todos* los profesionales de atención sanitaria femenina y, por ende, mejorar el acceso a la atención de abortos y aumentar la seguridad.
6. La integración de los servicios de aborto dentro de los servicios principales de maternidad y de la salud de la mujer minimiza el estigma vinculado a la atención de abortos tanto para las pacientes como para los profesionales sanitarios.
7. En los lugares donde se prestan servicios de aborto, pero no hay prestación de atención de urgencias críticas ni especializada, debe haber vías sólidas y oportunas para referir a las personas.

Suministro de información

1. Deben existir disposiciones locales para brindar información a las mujeres, a las personas embarazadas y al personal sanitario sobre las vías de acceso a la atención de abortos segura.
2. Los servicios se deben asegurar de que haya información objetiva por escrito respaldada por evidencia que esté disponible de manera comprensible para todas las personas que consideren la posibilidad de abortar. La información debe estar disponible en distintos idiomas y formatos.
3. Las mujeres y las personas embarazadas deben tener acceso a información objetiva y, de ser necesario, asistencia psicológica y apoyo para tomar una decisión con respecto a sus opciones. Sin embargo, la asistencia psicológica o el tiempo para reconsiderar la decisión para realizarse un aborto no deben ser obligatorios.

Evaluación inicial

1. Debe existir una vía para acceder a la atención médica adecuada para las personas con problemas de salud importantes conocidos (p. ej., cardiopatías) que requieren atención de abortos a cargo de especialistas en un hospital.
2. Las personas que se presenten para practicarse un aborto y que se detecte que tienen un embarazo no viable también necesitan atención sanitaria sobre la anticoncepción y la salud sexual.
3. Las personas que soliciten un aborto pero que luego decidan continuar con el embarazo se deben referir para que reciban asistencia prenatal (junto con toda la información relevante).
4. Los servicios deben identificar a las personas que puedan ser especialmente vulnerables (p. ej., algunos adolescentes, quienes estén en relaciones controladoras o violentas, las personas adictas a las drogas o al alcohol, las personas con problemas de salud mental moderados o graves) e indicarles o referirlas a los servicios de apoyo adecuados.

Organización del procedimiento

1. Para minimizar la demora, se debe organizar el servicio de manera tal que el aborto se pueda practicar lo antes posible, idealmente, el mismo día de la evaluación.
2. El lugar para los servicios de aborto (consultorios, quirófanos y salas de recuperación) debe procurar la necesidad de privacidad y dignidad de los pacientes.

Fuentes de evidencia

National Institute for Health and Care Excellence. *Abortion Care [Atención del aborto]*. NICE guideline NG140; 2019 [www.nice.org.uk/guidance/ng140].

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The Care of Women Requesting Induced Abortion [Atención de las mujeres que solicitan un aborto provocado]*. Evidence-based Guideline No.7. Londres: RCOG; 2011 [www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion].

Organización Mundial de la Salud. *Abortion Care Guideline [Pautas de atención del aborto]*. Ginebra: OMS; 2022 [<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>].

Organización Mundial de la Salud. *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion [Manual de práctica clínica para un aborto seguro]*. Ginebra: OMS; 2014 [<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97415>].

Otra literatura consultada

Berghella V, Airoidi J, O'Neill A, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review [*Misoprosol para la terminación de un embarazo en el segundo trimestre con cesárea previa: revisión sistemática*]. *BJOG* 2009;116:1151–7.

Conde-Agudelo A, Belizan JM, Breman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America [*Efecto del intervalo entre embarazos después de un aborto en la salud materna e infantil en América Latina*]. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89 Suppl 1:S34–40.

Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Contraception After Pregnancy [Anticonceptivos después del embarazo]*. FSRH Guideline. Londres: FSRH; 2017, enmendado en 2020 [www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017].

Gómez Ponce de León R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine fetal death [*Misoprostol para la muerte fetal intrauterina*]. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;99 Suppl 2:S190–3.

Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review [*Ruptura uterina en abortos de segundo trimestre provocados con misoprostol después de un parto por cesárea: revisión sistemática*]. *Obstet Gynecol* 2009;113:1117–23.

Ipas. *Clinical Updates in Reproductive Health: Prophylactic antibiotics for vacuum aspiration and dilatation and evacuation [Actualización clínica en salud reproductiva: antibióticos profilácticos para la aspiración y dilatación y evacuación]*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2019 [www.ipas.org/clinical-update/english/general-recommendations/prophylactic-antibiotics-for-vacuum-aspiration-and-dilatation-and-evacuation].

Love ER, Bhattacharya S, Smith NC, Bhattacharya S. Effect of interpregnancy interval on outcomes of pregnancy after miscarriage: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland [*Efecto del intervalo entre embarazos sobre los resultados de un embarazo después de un aborto espontáneo: análisis retrospectivo de estadísticas de casos hospitalarios en Escocia*]. *BMJ* 2010;341:c3967 [www.bmj.com/content/341/bmj.c3967].

Mark AG, Edelman A, Borgatta L. Second-trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion [*Atención postaborto de segundo trimestre para ruptura de membranas, muerte fetal y aborto incompleto*]. *Int J Gynaecol Obstet* 2015;129:98–103.

Passini R Jr, Cecatti JG, Lajos JG, Tedesco RP, Nomura ML, Dias TZ, et al., para el grupo de estudio sobre partos prematuros del estudio del Brazilian Multicentre. Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth [*Estudio del Brazilian Multicentre sobre partos prematuros (EMIP): prevalencia y factores asociados con partos prematuros*]. *PLoS One* 2014;9:e109069 [<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0109069>].

Organización Mundial de la Salud. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing [Informe de consulta técnica de la OMS sobre espaciamientos de los partos]*. Ginebra: OMS; 2005 [www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-07.1].

Apéndice: Anticoncepción postaborto

Adaptado de *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion* [Manual de práctica clínica para un aborto seguro] de la Organización Mundial de la Salud (2014)

Método de anticoncepción postaborto	Categoría de los criterios médicos de elegibilidad (CME)		
	Primer trimestre	Segundo trimestre	Aborto inmediato postséptico
AHC	I	I	I
PPS	I	I	I
Inyectable de progestágeno solo	I	I	I
Implante anticonceptivo de progestágeno solo	I	I	I
DIU de Cu	I	2	4
DIU-LNG	I	2	4
Preservativo	I	I	I
Espermicida	I	I	I
Diafragma anticonceptivo	I	I	I

AHC = anticonceptivo hormonal combinado (píldora, parche, anillo, inyectable).

PPS = Píldora de progestágeno solo.

Inyectable de progestágeno solo = enantato de noretisterona o acetato de medroxiprogesterona de liberación lenta.

Implante anticonceptivo de progestágeno solo = levonorgestrel o etonogestrel.

DIU de Cu = DIU de cobre.

DIU-LNG = DIU liberador de levonorgestrel.

Preservativo = preservativo masculino de látex, preservativo masculino de poliuretano o preservativo femenino.

Diafragma anticonceptivo = diafragma (con espermicida) o capuchón cervical.

Categoría de los CME para elegibilidad de métodos anticonceptivos	
1	Una condición para la que no existen limitaciones para el uso del método anticonceptivo.
2	Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente pesan más que los riesgos teóricos o comprobados.
3	Una condición en la que los riesgos teóricos o comprobados generalmente pesan más que las ventajas de usar el método.
4	Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo.

Recomendaciones para el uso de anticonceptivos en mujeres que corren riesgo de contraer infección por VIH

- Las mujeres con alto riesgo de contraer infección por VIH son elegibles para el uso de todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricción (Categoría I de los CME), incluidos los anticonceptivos hormonales combinados, las píldoras de progestágeno solo y los implantes e inyectables de progestágeno solo.
- Las mujeres con alto riesgo de contraer infección por VIH también son elegibles para usar DIU de Cu y DIU-LNG sin restricciones (Categoría I de los CME).

Anticoncepción para personas que requieren tratamiento antirretroviral para el VIH

Existen posibles interacciones farmacológicas entre algunos medicamentos antirretrovirales y anticonceptivos hormonales que pueden afectar algunos métodos de anticoncepción hormonal. El personal sanitario debe advertir a los pacientes sobre este riesgo para que puedan tomar una decisión informada al elegir un método.