

Mejores prácticas en atención postaborto

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 2021

© 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 el personal sanitario que presta atención postaborto	I
Evaluación	2
Tratamiento de un aborto incompleto	2
Prevención de infecciones postratamiento	4
Detección sistemática de ETS	4
Análisis de sangre	4
Anticoncepción	5
Inmunoglobulina anti-D	5
Información que se debe brindar después de la atención postaborto	5
Aborto por indicación médica	6
Información para las personas con un aborto por indicación médica	6
Información para el personal sanitario que evalúa a las personas antes de un aborto por indicación médica	9
Cómo determinar la duración de un embarazo	9
Contraindicaciones y consideraciones adicionales	10
Información para el personal sanitario que practica abortos por indicación médica	11
Aborto médico	11
Aborto quirúrgico	13
Seguimiento	14
Prestación de servicios	15
Acceso a los servicios	15
Suministro de información	15
Organización del procedimiento	16
Fuentes de evidencia	17
Otra literatura consultada	17
Apéndice: Anticoncepción postaborto	18

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 mientras se mantiene la práctica óptima, comunicarse con cfwgh@rcog.org.uk.

Reconocimientos

El Documento de Mejores Prácticas de atención postaborto integral 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 y Petrus Steyn. Los colegas Daniel Grossman y Beverley Winikoff revisaron el documento.

En 2021, Sharon Cameron, Jayne Kavanagh y Patricia A. Lohr actualizaron este artículo y los colegas Nasr Abdalla, Brian-D Adinma, Roua Ahmed, Ibraheem Awowole, Sekinah Bola-Oyebamiji, Kristina Gemzell Danielsson, Salma A/Salam Gerais, Anna Glasier, Jonathan Lord 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 preceptivos 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 mayoría se produce en entornos donde el aborto es ilegal o donde la ley está severamente restringida. En algunos países, la ley solo admite el aborto provocado para prevenir un daño considerable o salvar la vida de la persona embarazada (aborto por indicación médica).

La morbilidad y mortalidad vinculadas al aborto se pueden reducir ofreciendo atención postaborto segura (en consonancia con las mejores prácticas clínicas). La atención postaborto apunta a reducir las muertes y las lesiones provocadas por los abortos inseguros o incompletos de las siguientes formas:

- evacuar el útero;
- tratar infecciones;
- abordar necesidades físicas, psicológicas y anticonceptivas;
- referir a la persona a otros servicios de salud sexual, según corresponda.

La atención postaborto segura debe estar disponible y ser accesible para todas las personas que la necesitan.

Negar, demorar o restringir el acceso a la atención postaborto segura y al aborto por indicación médica 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.

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 por indicación médica o brinda atención postaborto.

Los siguientes son los métodos para tratar abortos incompletos y abortos por indicación médica:

- **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 postaborto y los abortos por indicación médica 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 el personal sanitario que presta atención postaborto

La atención postaborto puede reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con un aborto realizado de manera insegura, un aborto incompleto y un aborto espontáneo (aborto natural). 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, dolor a la palpación o hemorragia vaginal.

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.

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 de un aborto incompleto

Esto dependerá de la afección del paciente, de si hay presencia de una infección, de la duración del embarazo y de las habilidades del personal y del centro de atención médica y los equipos disponibles. Cuando la evacuación uterina es una emergencia (la persona está en estado de shock, presenta hemorragia intensa o infección grave), si hay personal disponible con las habilidades necesarias para realizar una aspiración endouterina (AMEU o AEEU), y si el equipo adecuado está disponible, entonces realizar la aspiración puede ser una opción mejor que usar misoprostol, porque el útero se vaciará más rápido. Si no hay personal sanitario especializado en aspiración endouterina, entonces será más seguro usar misoprostol para vaciar el útero. La dosis de misoprostol depende

de las semanas de embarazo y de la vía de administración (oral, sublingual, vestibular o vaginal). Si una persona tiene una hemorragia intensa, entonces el misoprostol se absorberá mucho menos si se administra vaginalmente que si se administra por vía vestibular, sublingual u oral.

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 a continuación).

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 a continuación):
 - 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.

Prevención de infecciones postratamiento

Antes de una evacuación quirúrgica, se debe usar profilaxis antibiótica, ya que se sabe que reduce el riesgo de infección. Sin embargo, no se debe demorar el procedimiento 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.

Antes de una evacuación quirúrgica, se puede considerar la siguiente pauta de administración:

- 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).

Detección sistemática de ETS

Es una práctica óptima realizar una evaluación de riesgos de enfermedades de transmisión sexual (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 dichas pruebas están disponibles. Esto se debe hacer sin demorar la atención postaborto.

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.

Análisis de sangre

La evaluación previa a la atención no requiere análisis de sangre de rutina de manera predeterminada. No se necesita medir la concentración de hemoglobina ni otros análisis de sangre a menos que existan buenos indicios clínicos para hacerlo, como los de quienes tienen hemorragia intensa, hemorragia significativa constante o anemia sintomática.

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.

Anticoncepción

El tema de la anticoncepción se debe abordar con tacto. No todas las personas querrán hablar sobre el tema de la anticoncepción en el momento de la atención postaborto. 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.

Se puede iniciar cualquier método anticonceptivo en el momento de la evacuación quirúrgica, a menos que haya sepsis, en cuyo caso no se debe colocar un DIU (ver el apéndice sobre anticoncepción postaborto).

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

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 cierto tiempo desde la atención postaborto. A las personas que soliciten que se les practique ligadura de trompas en el momento del aborto se les debe informar del 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.

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 de una evacuación quirúrgica.

Información que se debe brindar después de la atención postaborto

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.

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.

Aborto por indicación médica

La decisión de realizar un aborto por indicación médica generalmente la toma un ginecólogo y obstetra, pero todo el personal sanitario que brinda asistencia prenatal debe conocer las circunstancias en las que un médico puede indicar un aborto para prevenir un daño considerable o para salvar la vida de una persona. El personal sanitario de todos los niveles debe conocer dónde pueden referir a una mujer y a las personas embarazadas que puedan requerir un aborto por indicación médica y debe saber de la necesidad de referir rápidamente a la persona.

Si es necesario realizar un aborto por indicación médica, se debe realizar de manera segura. Como sucede con muchos otros procedimientos médicos, acatar los estándares de mejores prácticas debería garantizar servicios más eficaces y seguros. Se debe brindar información y apoyo a las personas de manera sensible.

Información para las personas con un aborto por indicación médica

Todas las mujeres y las personas embarazadas que tienen indicación médica para que se les practique un aborto deben conocer las opciones que tienen para que puedan 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.

Se debe brindar la siguiente información de manera clara, comprensible, respetuosa y sin emitir juicio al respecto:

- 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 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 ETS, la asistencia psicológica para quienes la necesitan y el 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.
- Cualquier atención necesaria para cualquier tipo de afección relacionada con un embarazo que requirió aborto.

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 por indicación médica

Si es necesario realizar un aborto por indicación médica para salvar la vida de una persona embarazada, se puede tratar de una emergencia, debido a que es probable que su estado empeore en la medida que el embarazo tenga más semanas de gestación.

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 en torno al tratamiento.

Siempre que sea posible, se debe ofrecer a las mujeres y a las personas embarazadas 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.

Los profesionales sanitarios deben indagar sobre violencia sexual y doméstica, y abuso (físico y emocional) y deben poder referir a la persona a 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 usando palabras amables al encontrarse por primera vez, hacer contacto visual y sonreír;
- presentarse y explicarle lo que implicará la consulta;
- 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, cuando 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 descontrolado*;
- 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 hospital.
- 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 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.

Consultar la sección anterior de atención postaborto para acceder a información sobre la prevención de infecciones postaborto, detección sistemática de ETS, análisis de sangre, anticoncepción, inmunoglobulina anti-D e información que se debe brindar después de la atención postaborto.

† La ablación genital femenina de tipo 3 es la mutilación de los genitales externos y el estrechamiento del orificio vaginal mediante la creación de un cierre que cubre la zona; también se la conoce como infibulación o cierre vaginal.

Información para el personal sanitario que practica abortos por indicación médica

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 resultar más práctico y discreto para las personas.

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 cuatro horas, se deben 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.

* Se debe evitar el misoprostol por vía vaginal si hay hemorragia significativa, ya que es posible que no se absorba de manera tan eficaz.

† El misoprostol por vía oral es menos eficaz que el misoprostol que se administra por vía vaginal, vestibular o sublingual.

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.

Consultar la sección anterior de atención postaborto para acceder a información sobre la prevención de infecciones postaborto, detección sistemática de ETS, análisis de sangre, anticoncepción, inmunoglobulina anti-D e información que se debe brindar después de la atención postaborto.

Seguimiento

No hay necesidad de realizar un seguimiento de rutina después de un aborto por indicación médica que no ha presentado complicaciones. Más bien, se debe brindar información clara a las personas sobre cuándo buscar atención médica, como se detalla previamente.

Prestación de servicios

La prestación de un servicio de atención postaborto seguro y eficaz y una atención de abortos segura cuando se realiza por indicación médica depende de que todos los involucrados en el servicio garanticen que se haga todo lo posible para satisfacer las necesidades. No es suficiente con que los médicos, los enfermeros y los parteros tengan habilidades clínicas en la atención postaborto 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 postaborto segura y eficaz. A continuación, se detallan las **mejores prácticas en la prestación de servicios**.

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

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. El personal sanitario debe conocer el proceso necesario para cumplir con los criterios legales del aborto. 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 ofrecer el aborto tan pronto como sea posible y lo más cerca posible del hogar del paciente.
4. Todo el personal sanitario debe estar preparado para brindar atención postaborto integral 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.
5. La integración de los servicios de atención postaborto y aborto por indicación médica, 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 los pacientes como para los profesionales sanitarios.
6. En entornos donde es probable que se presenten personas con un aborto incompleto, pero no hay prestación de atención de urgencias crítica 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 postaborto y al aborto por indicación médica.
2. Los servicios se deben asegurar de que haya información objetiva por escrito respaldada por evidencia que esté disponible de una manera comprensible para todas las personas que necesitan atención postaborto o un aborto por indicación médica. La información debe estar disponible en distintos idiomas y formatos.
3. Las mujeres y las personas embarazadas que requieren un aborto por indicación médica 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 no debe ser obligatoria.
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 la atención postaborto y el aborto por indicación médica se puedan brindar lo antes posible, idealmente, el mismo día de la evaluación.
2. El lugar para la prestación de los servicios de atención postaborto y aborto por indicación médica (consultorios, quirófanos y salas de recuperación) debe respetar 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
Espemicida	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 espemicida) 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.