

Guía de buenas prácticas
para la atención del
aborto inducido
a partir de 20 semanas
de embarazo

SERIE **Los tiempos**
del aborto

Documento N° 5



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO



Los tiempos del aborto

Guía de buenas prácticas para la atención del aborto inducido a partir de 20 semanas de embarazo

Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro - CLACAI
© Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI)
Secretaría Ejecutiva alojada en PROMSEX
Av. José Pardo 601, oficina 604, Miraflores, Lima - Perú
(511) 4478668
susana@promdsr.org
www.clacai.org

Autoría: Helena Paro, Mariana Romero, Ruth Zurbriggen, Damián Levy, Sonia Ariza Navarrete, Natalia Acevedo Guerrero y Agustina Ramón Michel

Coordinación de la publicación: Agustina Ramón Michel y Helena Paro

Asistencia: Martín Pont Vergés

Revisión técnica: Guillermo Ortiz, Laura Gil, Alfonso Carrera, Nadya Scherbovsky y Renata Catani

Edición: Paula Marina Caporale

Diseño: Berenice Moreno López

Por su valiosa contribución, agradecimientos a: Analía Banfi, Andrés Reyes, Beatriz Galli, Carmen Cecilia Martínez López, Cristina Rosero, Dana Repka, Daniel Crosta, Elizabeth Ruiz Hernández, Fausto Viteri, Graciela Lukin Mutoy, Jennie Dador Tozzini, Jorge Eduardo Caro, Josefina Miró Quesada Gayoso, Julio César Camelo, Leonel Antonio Soto Restrepo, Linda Valencia, Malena Morales, Mara Zaragoza, Nina Zamberlin, Ninde MolRe, Rebeca Ramos Duarte, Ricardo Antonio Escalante, Silvina Ramos, Soledad Deza y Viviana Mazur.

1a. edición – Agosto 2025

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: N° 2025-10219

Este documento se publica bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons - Atribución - No comercial - Sin Derivar 4.0 Internacional



Serie: Los tiempos del aborto. Documento N° 5. **Guía de buenas prácticas para la atención del aborto inducido a partir de 20 semanas de embarazo.** Agosto 2025. Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro.

Índice

Glosario	4
Resumen de las orientaciones	5
Introducción	14
¿Por qué una guía de buenas prácticas?	16
¿Cómo se elaboró?	16
Alcance y objetivos	17
¿Cuál es la estructura de esta GBP?	18
Parte 1: Abordaje inicial de las personas que solicitan un aborto a partir de 20 semanas de embarazo	19
1.1 Consejería	20
1.2 Consentimiento informado	28
1.3 Evaluación clínica	40
1.4 Evaluación complementaria y de laboratorio	42
Parte 2: Atención para la expulsión de los productos del embarazo	44
2.1 Inducción de asistolia fetal	45
2.2 Inducción del aborto con medicamentos	48
2.3 Dilatación y evacuación	51
2.4 Manejo del dolor	54
2.5 Confirmación de evacuación completa	57
2.6 Profilaxia anti-D	59
Parte 3: Atención después de la expulsión de los productos del embarazo	60
3.1 Inhibición de la lactancia	61
3.2 Asesoramiento anticonceptivo	62
3.3 Antes del alta	63
3.4 Orientaciones sobre qué esperar	64
Parte 4: Tratamiento de las complicaciones posaborto	65
4.1 Hemorragia posaborto	66
4.2 Perforación o ruptura uterina	68
4.3 Infección posaborto	69
Anexos	
Anexo I. Documento con pautas de adaptación para consentimiento informado de abortos a partir de 20 semanas	71
Anexo II. Sugerencia de documento escrito para acompañar el proceso	75

Glosario

Con la finalidad de facilitar la lectura y comprensión del documento, se presenta este glosario de términos.

Aborto inducido

Expulsión o extracción completa de un embrión o feto (independientemente de la duración del embarazo), luego de una interrupción deliberada de un embarazo en curso con medicamentos o por procedimientos, que no pretende dar como resultado un nacimiento vivo. Los abortos inducidos son distintos de los casos de aborto espontáneo y muerte fetal¹.

Aborto con medicamentos

Aborto inducido mediante el uso de agentes farmacológicos².

Aborto por procedimiento

Aborto inducido mediante el uso de procedimientos transcervicales como aspiración a vacuo (manual o eléctrica) o dilatación y evacuación³.

Aspiración manual endouterina (AMEU)

Evacuación del contenido uterino mediante el uso de cánulas plásticas conectadas a un aspirador al vacío de plástico (jeringa de 60 mL)⁴.

Dilatación y evacuación (DyE)

Procedimiento para evacuar el útero en embarazos con más de 12-14 semanas. Requiere la preparación cervical y es caracterizado por la evacuación uterina con pinzas fórceps y aspiración⁵.

Guía de buenas prácticas (GBP)

Conjunto de orientaciones para ayudar a profesionales de la salud y a personas tomadoras de decisión en las cuestiones relacionadas con diagnóstico adecuado, tratamiento, consejería u otros procedimientos clínicos para una determinada condición clínica. Se construye de manera colaborativa y su finalidad es orientar. Puede ser desarrollada por agencias gubernamentales de cualquier nivel, instituciones y organizaciones o por un grupo de personas expertas en el tema. Reconoce la complejidad y lo situado de las prácticas de acceso al aborto, y busca compartir y proponer líneas de acción para alcanzar los mejores estándares de bienestar. Asimismo, reconoce que existen malas prácticas a las que se pretende erradicar.

Inducción de asistolia fetal (IAF)

Procedimiento para inducir la detención de la actividad cardíaca fetal, ya sea con medios quirúrgicos, como la transección del cordón umbilical, o con medicamentos, como la inyección de fármacos en la cavidad amniótica⁶.

Productos del embarazo

Feto y placenta.

Tiempo gestacional

Duración de un embarazo, estimada a partir del inicio de la última menstruación o a partir de medidas ultrasonográficas.

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024). CIE-11. *Clasificación Internacional de Enfermedades para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Guía de Referencia 11ª, revisión*. <https://icdcdn.who.int/static/releasefiles/2024-01/ICD-11-Reference-Guide-2024-01-es.pdf>

² OMS (2022a). *Directrices sobre la atención para el aborto*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362897/9789240057920-spa.pdf?sequence=1>

³ OMS, 2022a.

⁴ OMS, 2022a.

⁵ OMS, 2022a.

⁶ Paro, H., Ramón Michel, A., Ortiz, G. y Repka, D. (2024). *Los tiempos del aborto. Documento 2: Asistolia: Por una mejor calidad en la atención del aborto*. Red Jurídica del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI). <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/3191/Los-tiempos-del-aborto-N2-Asistolia.pdf>

Resumen de las orientaciones

Parte 1: Abordaje inicial de las personas que solicitan un aborto a partir de 20 semanas de embarazo

1.1 Consejería

Orientación 1.1.1: ¿Qué es? ¿Qué ofrecer en ese espacio?

- Es un momento clave del proceso del aborto, en el cual se conversan decisiones, necesidades, deseos, posibilidades y ambivalencias, entre otras cosas. La persona que decidió abortar es la protagonista del proceso de aborto.
- El personal de salud tiene la responsabilidad de ofrecer información, seguridad y tranquilidad, y escuchar con empatía y atención, sin cuestionar quien consulta.
- Es importante hacer un balance entre la cantidad de información que se provee y lo que la persona solicita, quiere o le gustaría o necesita saber.

Orientación 1.1.2: ¿Cómo crear un ambiente de confianza y seguridad?

- Transmitir a la persona que los motivos para decidir continuar o interrumpir el embarazo son todos personales y válidos.
- Conversar sobre los tiempos, los distintos pasos y lo que se espera que suceda.
- Utilizar un lenguaje accesible, preciso, sin un tono estigmatizante o prejuicioso.

Orientación 1.1.3: ¿Quiénes pueden formar parte de la consejería?

- Personal de salud (sin un perfil profesional específico) con habilidades de escucha, herramientas de comunicación y capacidad de respeto de los silencios.
- Es esperable que la consejería no recaiga sobre una sola persona, ya que pueden requerirse distintas instancias de encuentro con quien solicita el aborto.

Orientación 1.1.4: ¿Hablamos de dolor?

- En la consejería hay que hablar del dolor como experiencia única de cada persona, del derecho a no padecerlo y de las opciones para manejarlo.
- Entre las opciones se ofrecerán tanto medicamentos como otras estrategias de cuidado.

Orientación 1.1.5: ¿Quién acompaña?

- Transitar el proceso con la compañía de una persona significativa es decisión de quien aborta.
- El equipo alojará a quien acompaña como integrante del proceso. Compartirá pautas y habilitará que se realicen preguntas y planteen dudas.

Orientación 1.1.6: ¿Qué técnicas ofrecer?

- Durante la consejería es importante resaltar que la inducción de asistolia fetal (IAF) es un paso necesario que se indica a partir de la semana 20 para evitar la supervivencia después de la expulsión. La IAF implica una inyección abdominal guiada por ultrasonido y es un punto irreversible de la atención.

- Hasta la semana 24 se ofrecen dos opciones terapéuticas: el aborto con medicamentos o la dilatación y evacuación (DyE). Se discutirán las ventajas y desventajas de cada opción con la persona durante la consejería.
- A partir de la semana 25 se ofrece el aborto con medicamentos.

Orientación 1.1.7: ¿Hablamos de anticoncepción?

- Es una oportunidad para, desde una perspectiva integral, abordar la preferencia y adopción de un método anticonceptivo.
- El equipo brindará información adecuada, teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad y la disponibilidad de opciones, respetando las preferencias, experiencias y trayectorias de la persona.
- Es importante tener en cuenta los temores y ambivalencias, así como no estigmatizar ni desvalorizar la postergación o la decisión de desistir de un método contraceptivo por parte de la persona.

1.2 Consentimiento informado

Orientación 1.2: Consentimiento informado

- El consentimiento informado protege diferentes derechos fundamentales. Está basado en el respeto de principios bioéticos.
- Es un derecho de las personas cuando reciben atención de salud y una obligación del personal de salud para asegurar prácticas decididas de manera autónoma.
- El objetivo es que las personas puedan tomar decisiones informadas durante la atención, incluyendo el derecho a no consentir una práctica, sin importar cuán aconsejable sea.
- Es un proceso que no se limita a la firma de un documento o a una autorización verbal. Implica instancias de intercambio y construcción conjunta de acuerdos, donde prevalece la voluntad de la persona que solicita la práctica.
- Es personal, solo quien requiere la práctica puede otorgarlo.
- La garantía del respeto de la confidencialidad y privacidad es fundamental para el consentimiento informado.

Orientación 1.2.1: Características y reglas generales para el consentimiento informado

- El consentimiento informado debe cumplir con los elementos de ser previo (no se puede consentir retroactivamente después de un procedimiento), libre, pleno e informado.
- La información debe ser precisa, actualizada y comprensible.
- Debe contener información sobre los procedimientos, efectos, riesgos, beneficios, alternativas y derechos.

Orientación 1.2.2.1: Consideraciones sobre el proceso

- La información específica para las prácticas de aborto inducido a partir de 20 semanas debe necesariamente incluir riesgos y ventajas asociados a la técnica que se realizará en cada etapa del proceso; detalles sobre el procedimiento, los tiempos que tomará y la forma en la que se realizará cada paso; síntomas normales o esperables en cada etapa del proceso y signos de alarma; y lo que puede esperarse después del tratamiento.

- Es importante mantener una buena comunicación entre profesionales, teniendo en cuenta que los abortos a partir de 20 semanas usualmente implican varios momentos de atención e intervención de diferentes profesionales o incluso de distintos centros de salud.
- Los cambios de opinión o posible ambivalencia de la persona deben entenderse como parte del proceso de consentimiento.

Orientación 1.2.2.2: Consideraciones sobre la documentación

- Debe promoverse la firma de un documento único. Cuando se requieran diferentes documentos, por ejemplo, porque intervienen varios equipos de salud o centros de atención, es preferible limitar la documentación a un máximo de dos documentos.
- Si bien el intercambio entre el equipo de salud y la persona que solicita la práctica debe darse durante toda la atención, debe propiciarse especialmente en el momento de la firma del documento.
- Además de la copia del documento firmado, se pueden entregar anexos explicativos en formatos accesibles sobre el procedimiento, las pautas de alarma y los datos de contacto, entre otros temas.
- El documento debe ser sintético, claro y preciso, respetando el siguiente contenido mínimo: detalles de la práctica consentida, técnica y modalidad elegidas; confirmación de que la persona recibió y comprendió la información; información sobre la posibilidad de revocar su consentimiento y el momento hasta el cual puede hacerlo de acuerdo con la técnica elegida; firma de la persona que consiente; firma del personal de salud que acompañó el proceso de toma de decisión.

Orientación 1.2.3: Consideraciones para el consentimiento informado en la niñez y la adolescencia

- No debe permitirse o promover la sustitución de la voluntad de la persona que se encuentra en la niñez o la adolescencia. Se debe evitar que las decisiones sean tomadas por otras personas sin considerar su opinión. La decisión de continuar o interrumpir un embarazo es un derecho personalísimo.
- Se sugiere crear un ambiente de confianza que brinde seguridad para expresar necesidades, dudas, temores y decisión.
- El personal de salud debe adaptar el proceso de consentimiento con ajustes de lenguaje, tiempos y herramientas de comunicación (como ilustraciones) para garantizar la comprensión del procedimiento.
- En las edades en las que la legislación requiere la intervención de representantes, es crucial garantizar la participación significativa y el derecho a que su voz sea escuchada.
- Es importante asegurarle que la información dada no será compartida sin su consentimiento, salvo en casos de riesgo inminente o de violencia sexual cuando sea exigido por la legislación.
- Se sugiere procurar que cuente con apoyo durante y después del proceso, fomentando la presencia de alguien de confianza sin que esto sea obligatorio cuando las normas locales no lo exijan.

Orientación 1.2.4: Modelo de toma de decisiones con apoyos para el acceso al aborto inducido de las personas con discapacidad

- Las personas con discapacidad pueden tomar decisiones sobre sus derechos reproductivos contando con apoyos y ajustes que les permitan expresar su voluntad y respeten sus deseos y preferencias.

- Los servicios de salud deben adaptar sus instalaciones y prácticas para garantizar que sean accesibles para las personas con discapacidad.
- Es importante preguntarle directamente a la persona con discapacidad si necesita y desea apoyos para la toma de la decisión o para expresar o comunicar su voluntad. Esto puede requerir ajustes en la atención, pero es indispensable el contacto directo con la persona con discapacidad.
- Las personas que pueden apoyar a la persona con discapacidad en la toma de una decisión de aborto inducido o en su comunicación deben ser elegidas por la propia persona con discapacidad e identificadas dentro de su círculo de confianza.
- La persona con discapacidad puede expresar su voluntad de forma diversa: por medio de la expresión escrita o a través de imágenes, lengua de señas, vocalización de sonidos, gestos y expresiones corporales.
- El personal de salud siempre deberá estar atento a lo que quiere la persona con discapacidad y no a lo que quieren sus familiares o a lo que se considera que es “mejor” para ella.
- Siempre se deben garantizar espacios de confidencialidad y privacidad durante la consulta. No se debe asumir que la persona con discapacidad quiere ser apoyada por sus familiares o personas cuidadoras.
- Tras haber agotado las posibilidades de ajustes y apoyos, y en los casos en los que no sea posible conocer los deseos y preferencias de la persona con discapacidad para un procedimiento de aborto inducido, se recomienda realizar la “mejor interpretación de su voluntad”. Así, un equipo interdisciplinario en compañía de personas de su círculo cercano debe guiarse por criterios como su trayectoria de vida e historia conocida, manifestaciones previas de su voluntad en otros contextos y cualquier otra consideración pertinente para decidir el caso en concreto.

1.3 Evaluación clínica

Orientación 1.3

- La evaluación clínica completa es importante para la identificación de factores de riesgo para el aborto inducido a partir de 20 semanas e incluye, además de la historia clínica completa, la investigación de la historia obstétrica, ginecológica, sexual, social, quirúrgica, del uso de medicamentos y de la presencia de alergias.

1.4 Evaluación complementaria y de laboratorio

Orientación 1.4

- A partir de la semana 20 está indicada la ultrasonografía para la determinación de las medidas fetales, de la localización de la placenta y de malformaciones fetales.
- Es importante explicitar las razones de la realización de la ultrasonografía y qué esperar de este estudio, así como respetar la preferencia de la persona de ser informada sobre el diagnóstico o resultado.
- Las pruebas de hemoglobina y hematocrito son indicadas de rutina a partir de la semana 20. Se ofrece el factor Rh a personas con Rh desconocido.

- El coagulograma y la creatinina sérica están indicados ante cualquier factor de riesgo de hemorragia (dos o más cesáreas previas, cesárea previa y placenta anterior, sospecha o diagnóstico de placenta acreta), y de acuerdo con el tiempo gestacional.
- Se ofrece el rastreo de infecciones de transmisión sexual (VIH, sífilis, hepatitis B y C, gonorrea y clamidia).

Parte 2: Atención para la expulsión de los productos del embarazo

2.1 Inducción de asistolia fetal

Orientación 2.1.1: ¿Cuándo realizar la IAF?

- La IAF está indicada a partir de la semana 20 antes de la dilatación y evacuación o del aborto con medicamentos, aunque nada impide que se la haga antes de la semana 20 por razones diversas.
- La ausencia de recursos para la IAF no puede constituir una barrera de acceso cuando el tiempo gestacional o la condición fetal no son compatibles con la supervivencia después de la expulsión.

Orientación 2.1.2: Medicamentos y técnicas

- La IAF con fármacos puede ser realizada con la inyección intracardiaca de cloruro de potasio (4-6 mEq) o la inyección intratorácica o intracardiaca de lidocaína (200-240 mg), o con la inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina (1-2 mg).
- La confirmación de la asistolia es realizada con ultrasonido a los pocos minutos de realizarse la inyección en el caso de cloruro de potasio y lidocaína o pasadas entre 24 y 48 horas en el caso de digoxina (opinión de especialistas).

2.2 Inducción del aborto con medicamentos

Orientación 2.2

- Para embarazos de hasta 24 semanas se recomiendan 200 mg de mifepristona por vía oral, seguidos, luego de un intervalo de 24 a 48 horas, por 400 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas hasta la expulsión de los productos del embarazo. Cuando no hay mifepristona se utilizan 400 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas hasta la expulsión.
- Para embarazos de entre 25 y 27 semanas se utiliza la administración oral de 200 mg de mifepristona, seguida, luego de un intervalo de 24 a 48 horas, por 200 mcg de misoprostol cada 4 horas por vía vaginal, sublingual o bucal. Cuando no hay mifepristona se utilizan 200 mcg de misoprostol cada 4 horas por vía vaginal, sublingual o bucal.
- Para embarazos a partir de 28 semanas se recomiendan 200 mg de mifepristona por vía oral, seguidos, luego de un intervalo de 24 a 48 horas, por 25-50 mcg de misoprostol cada 4 horas por vía vaginal. Cuando no hay mifepristona se utilizan 25-50 mcg de misoprostol cada 4 horas por vía vaginal.
- Se puede administrar mifepristona en forma concomitante a la IAF y aguardar entre 24 y 48 horas para iniciar la inducción con misoprostol. En los esquemas que no utilizan mifepristona y solo emplean misoprostol se puede insertar la sonda de Foley transcervical y administrar la primera dosis luego de que se confirme el éxito de la IAF para disminuir el tiempo de inducción del aborto (opinión de especialistas).

- En personas con embarazos de entre 24 y 27 semanas y más de una cesárea previa se sugiere reducir la dosis de misoprostol y ofrecer seguimiento estrecho. La inserción de la sonda de Foley transcervical también puede ser considerada en conjunto con la administración de misoprostol.
- En personas con embarazos de más de 28 semanas e histórico de cesárea, se puede utilizar la sonda de Foley transcervical e inducción con altas dosis de oxitocina.
- Después de la expulsión fetal se administran 10 UI de oxitocina por vía intramuscular.
- Si no hay señales de infección o hemorragia se puede esperar hasta 4 horas para la expulsión placentaria.
- No se debe utilizar la evacuación quirúrgica de rutina y tampoco la ecografía de rutina después del aborto con medicamentos.

2.3 Dilatación y evacuación

Orientación 2.3.1: Preparación cervical para la DyE

- La preparación cervical para la DyE es realizada con una combinación de dilatadores cervicales y de medicamentos (mifepristona + misoprostol o solamente misoprostol).
- Los dilatadores cervicales generalmente son insertados un día antes del procedimiento con bloqueo paracervical.
- La mifepristona, cuando esté disponible, se administra por vía oral, entre 24 y 48 horas antes del procedimiento.
- El misoprostol se administra por vía sublingual o vaginal entre 1 y 3 horas antes del procedimiento.

Orientación 2.3.2: La evacuación uterina

- Para la prevención de hemorragia posaborto se utiliza lidocaína con vasopresina en el bloqueo paracervical y la administración de 30 UI de oxitocina en 500 mL de solución fisiológica (vía endovenosa) durante la DyE.
- El uso del ultrasonido durante la DyE está indicado.
- La profilaxis antibiótica en dosis única antes o durante la DyE también está indicada.

2.4 Manejo del dolor

Orientación 2.4

- Para el alivio del dolor en el tratamiento con medicamentos se utilizan de manera profiláctica y rutinaria antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como ibuprofeno. Los métodos adicionales para el manejo del dolor incluyen opioides, antieméticos y anestesia epidural.
- El tratamiento escalonado comenzando con ibuprofeno (400-800 mg), siguiendo con otros AINES por vía endovenosa (ketorolaco, tenoxicam) y por último con opioides (tramadol, morfina), siempre con medidas no farmacológicas, es útil para el manejo del dolor en el aborto medicamentoso (opinión de especialistas).
- El uso de opioides y sus derivados es una alternativa para el alivio del dolor ante la falta de anestesia epidural.

- Para el aborto por procedimiento (DyE), se ofrecen de manera rutinaria los AINES (ibuprofeno), el bloqueo paracervical y la sedación consciente.
- La sedación profunda con propofol o la anestesia general también pueden ser utilizadas para el alivio del dolor durante la DyE.

2.5 Confirmación de evacuación completa

Orientación 2.5.1: Inducción del aborto con medicamentos

- Durante el proceso de expulsión fetal se sugiere el acompañamiento y la supervisión por parte del equipo de salud y el manejo cuidadoso del feto después de la expulsión.
- La evacuación completa del aborto medicamentoso es confirmada por medio de la inspección visual de los productos del embarazo y del monitoreo de los signos y síntomas de la persona (señales vitales estables, y sangrado vaginal y dolor abdominal reducidos).
- La intervención quirúrgica y la ultrasonografía después del aborto medicamentoso no están indicadas de manera rutinaria.
- La aspiración uterina después del aborto medicamentoso solo está indicada cuando hay evidencia clínica de aborto incompleto.

Orientación 2.5.2: Dilatación y evacuación

- La inspección visual de los productos del embarazo y los signos de evacuación completa durante la aspiración final del procedimiento de DyE son utilizados para confirmar la evacuación completa del útero.
- La ultrasonografía durante la DyE puede ser utilizada para confirmar la evacuación completa del útero.
- No se debe utilizar el legrado uterino para verificar el éxito del aborto.

2.6 Profilaxia anti-D

Orientación 2.6

- La inmunoglobulina anti-D es ofrecida a todas las personas Rh negativas con 20 semanas o más de embarazo dentro de las 72 horas del aborto inducido, en dosis de 300 mcg de inmunoglobulina anti-D por vía intramuscular.

Parte 3: Atención después de la expulsión de los productos del embarazo

3.1 Inhibición de la lactancia

Orientación 3.1

- La inhibición de la lactancia con 1 mg de cabergolina por vía oral en dosis única está indicada después de un aborto inducido de más de 20 semanas.
- Ante la indisponibilidad de la cabergolina, los métodos mecánicos de inhibición de la lactancia pueden ser ofrecidos.

3.2 Asesoramiento anticonceptivo

Orientación 3.2.1: ¿Qué métodos anticonceptivos ofrecer?

- Si la persona que abortó desea iniciar algún método anticonceptivo, el equipo debe ofrecer todos los métodos elegibles y orientar sobre sus usos, riesgos, beneficios y tasas de falla.

Orientación 3.2.2: ¿Cuándo iniciar los métodos anticonceptivos?

- Para los métodos hormonales (orales, inyectables, anillo, parche o implante), la anticoncepción puede iniciarse el mismo día del procedimiento de la DyE.
- Los métodos hormonales se pueden iniciar el mismo día de la primera dosis de mifepristona o de misoprostol en el tratamiento con medicamentos, excepto para el anillo, que se recomienda esperar hasta la expulsión de los productos del embarazo (opinión de especialistas).
- Para el dispositivo intrauterino (DIU), la inserción puede realizarse inmediatamente después del procedimiento de la DyE o en el momento de determinar el éxito del tratamiento con medicamentos, con excepción de los casos de hemorragia o infección posaborto.

3.3 Antes del alta

Orientación 3.3

- La persona que abortó puede recibir el alta después del período de observación (de 2 a 12 horas) si mantiene un cuadro clínico estable (es capaz de deambular, tiene presión arterial y pulso estables, y el sangrado vaginal y el dolor son controlados).
- Las orientaciones de alta deben ser brindadas de manera verbal y escrita.
- Aumento de los cólicos o dolor abdominal, sangrado vaginal excesivo (más de dos compresas nocturnas empapadas por hora, durante 2 horas consecutivas) y fiebre son señales de advertencia que indican la necesidad de un retorno inmediato al servicio de salud.
- Orientaciones sobre qué esperar en las semanas siguientes también son ofrecidas antes del alta: el sangrado vaginal puede permanecer hasta dos semanas y la actividad sexual puede reanudarse tan pronto como cese el sangrado más abundante o cuando la persona se sienta lista.

3.4 Orientaciones sobre qué esperar

Orientación 3.4

- Se puede ofrecer una consulta de seguimiento (presencial o por telemedicina) entre 7 y 14 días después de la intervención para brindar servicios de anticoncepción, apoyo emocional y gestión de cualquier duda que la persona pueda presentar en ese período.

Parte 4: Tratamiento de las complicaciones posaborto

4.1 Hemorragia posaborto

Orientación 4.1

- El uso profiláctico de oxitocina después de la expulsión fetal en el aborto con medicamentos (10 UI por vía intramuscular) o durante la DyE (30 UI en 500 mL de solución fisiológica) y el bloqueo paracervical con vasopresina o con adrenalina durante la DyE pueden prevenir la hemorragia posaborto.
- Ante la sospecha de hemorragia posaborto están indicados el examen bimanual para detectar atonía uterina, la inspección del cérvix para detectar laceración, la repetición de la aspiración o la realización de un examen de ultrasonido para detectar tejidos ovulares retenidos o hematometra.
- El tratamiento de la hemorragia posaborto depende de la causa del sangrado (atonía uterina, retención de tejidos, laceración cervical o vaginal, perforación o ruptura uterina, o coagulopatías).
- La administración endovenosa de 1 g de ácido tranexámico está indicada en todos los casos de hemorragia posaborto, independientemente de la causa del sangrado.
- Las personas con diagnóstico de hemorragia posaborto requieren la colocación de una vía intravenosa, oxígeno suplementario, reanimación con líquidos y reposición de productos de sangre, según lo indicado.

4.2 Perforación o ruptura uterina

Orientación 4.2

- La mayoría de las veces la perforación uterina durante la dilatación cervical se puede manejar de manera conservadora.
- En casos de perforación por el uso de pinzas cortantes durante la DyE, la laparoscopia está indicada para investigar y reparar posibles lesiones de otros órganos.
- Medidas como realizar el tacto bimanual antes de iniciar el procedimiento, evitar el fondo uterino y utilizar la ultrasonografía durante el procedimiento pueden reducir el riesgo de perforación uterina en la DyE.
- La ruptura uterina durante el aborto con medicamentos requiere intervención quirúrgica tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

4.3 Infección posaborto

Orientación 4.3

- Ante la sospecha de infección posaborto, la evaluación para verificar la retención de los productos del embarazo es necesaria.
- La (re)evacuación uterina por aspiración está indicada ante el diagnóstico de restos placentarios y antes del término del tratamiento antimicrobiano en pacientes inestables.
- La mayoría de los cuadros típicos de endometritis es tratada ambulatoriamente con ceftriaxona más doxiciclina con o sin metronidazol.



Introducción

Esta guía de buenas prácticas (GBP) busca fortalecer y amplificar las condiciones para la garantía del acceso de calidad al aborto seguro, y hace parte de la iniciativa [Los tiempos del aborto](#) del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI).

Esta guía asume la necesidad de provisión de abortos de 20 semanas y más de embarazo y de los parámetros de integralidad y calidad que deben guiar la atención, reconociendo que estas prácticas muchas veces generan tensiones dentro de los equipos y enormes barreras para las personas usuarias.



Las situaciones por las cuales niñas, adolescentes, mujeres y otras personas con posibilidad de gestar requieren un aborto después de la semana 20 de embarazo son diversas: violencia sexual o coerción⁷; tiempos necesarios de cada persona para la toma de decisiones; barreras en el acceso al sistema de salud; falta de información; dificultades en el traslado; situaciones de enorme vulnerabilidad que afectan la autonomía; problemas de salud que se originan o se agravan con la progresión del embarazo; imposibilidad de sobrevivencia fetal extrauterina detectada con el avance del embarazo; entre otras⁸.

Si bien las situaciones son diversas, en los países donde la legislación regula el acceso al aborto a partir de 20 semanas y se registran los procedimientos, se observa que una inmensa mayoría accede al aborto antes de la semana 12. Por ejemplo, en 2021 en Estados Unidos, previo a la reversión de la sentencia *Roe vs. Wade*, el Center for Disease Control reportó 622.108 abortos, de los cuales el 93,5% se realizó antes de la semana 13, una proporción mucho menor (5,7%) se realizó entre la semana 14 y la 20, y todavía muchos menos (0,9%) luego de la semana 21⁹. El Canadian Institute for Health Information indicó que en 2017 el 30,4% de los abortos se realizó antes de la semana 8, el 35,6% entre la semana 9 y la 12, y el 3,2% a partir de la semana 21¹⁰. La experiencia reciente de Argentina muestra que desde la sanción de la Ley 27.610 de interrupción voluntaria del embarazo y atención posaborto, la mayoría de los abortos en el subsistema público de salud ocurren de forma ambulatoria. En 2023, los efectores que asisten, realizan o resuelven abortos indicaron que 7 a 9 de cada 10 solicitudes se presentaron antes de la semana 12¹¹. En la Ciudad de México, 9 de cada 10 personas llegaron a los servicios de aborto inducido antes de la semana 12 entre los años 2008 y 2012¹².

Aún cuando puede decirse que su frecuencia es baja, los abortos de más de 20 semanas ocurren y requieren de un entorno habilitante para que sean asistidos con calidad y con el cuidado necesario hacia todos los actores involucrados en el proceso: quien aborta y los equipos de salud o profesionales involucrados.

⁷ Son niñas, no madres (2024). *Embarazo de niñas y adolescentes, violencia sexual e impunidad en América Latina y el Caribe (LAC)*. <https://www.ninasnomadres.org/alza-la-voz/wp-content/uploads/2024/04/Embarazo-en-ni%C3%B1as-LAC.pdf>

⁸ Later Abortion Initiative (LAI) (s.f.). *Why do women need later abortion care?* Ibis Reproductive Health. <https://laterabortion.org/why-do-women-need-later-abortion-care>
Foster, D. G. y Kimport, K. (2013). Who Seeks Abortions at or After 20 Weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(4), pp. 210-218. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1363/4521013>
Tiseyra, M. V., Vila Ortiz, M., Romero, M., Ábalos, E. y Ramos, S. (2022). Barreras de acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina: Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020. *Salud Colectiva*. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4059/2043>
Abortion Rights Coalition of Canada (ARCC) (2019). *Later Abortions (after 20 weeks)*. <https://www.arcc-cdac.ca/media/position-papers/22-Later-Abortions.pdf>

⁹ U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Abortion Surveillance Findings and Reports*. <https://www.cdc.gov/reproductive-health/data-statistics/abortion-surveillance-findings-reports.html>

¹⁰ ARCC, 2019.

¹¹ Romero, M., Keefe-Oates, B., Krause, M., Ramón Michel, A. y Ramos, S. (2024). *Reporte anual 2023: Logros de la política de acceso al aborto y amenazas actuales*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4787>

¹² Saavedra Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., Ríos Polanco, R., García Martínez, L. y Darney, B. G. (2018). Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City? *Plos One*, 13(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192547>

¿Por qué una guía de buenas prácticas?

Una guía de buenas prácticas (GBP) busca brindar una orientación con base en la experiencia de la implementación de protocolos validados en la práctica por parte de profesionales de la salud.

Esta GBP reúne una serie de recomendaciones tanto conceptuales como procedimentales para la atención del aborto inducido a partir de 20 semanas de embarazo. En este texto convergen experiencias, evidencias e investigaciones de profesionales de distintas disciplinas que se ocupan y se comprometen con el tema, y operan en contextos donde las condiciones organizacionales del sistema de salud, la legalidad, los aspectos socioculturales, las formaciones profesionales y la incidencia comunitaria varían. Es precisamente esta diversidad la que enriquece la producción de este documento.

Reconocer la variedad de circunstancias en América Latina que afectan el acceso al aborto a partir de 20 semanas de embarazo permite evidenciar la necesidad de establecer estas recomendaciones. Conscientes de que están influenciadas por diversos factores y condiciones, es fundamental identificar y destacar el conjunto común de prácticas de calidad existentes en la región. Esto fomenta debates que enriquecen la elaboración de políticas públicas y la toma de decisiones en diferentes niveles y ámbitos relacionados con la salud sexual y reproductiva (o no) de las comunidades, promoviendo así la libertad y la autonomía de quienes deciden abortar.

¿Cómo se elaboró?

Esta GBP se desarrolló a partir de intercambios realizados en un encuentro regional presencial en Bogotá en abril de 2024. De esta reunión participaron 32 especialistas de distintas disciplinas de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México y Perú.

Además, este encuentro regional se enriqueció con tres reuniones nacionales llevadas a cabo en Argentina, Colombia y México, en las que intervinieron grupos similares en composición. Para organizarlas se establecieron una agenda, una metodología y una coordinación de trabajo orientadas a fortalecer el encuentro regional. A estas reuniones presenciales le siguieron encuentros y webinarios que ampliaron las discusiones y que se reflejan, de alguna manera, en esta GBP.

De este modo, se trata de un documento producto de debates y búsqueda de consensos. Asimismo, lejos de ser un documento final y unilateral, continuará nutriéndose a partir de su uso por parte de más prestadores de servicios de salud, responsables de la toma de decisiones y otros actores institucionales comprometidos con garantizar la salud y el bienestar de quienes necesitan abortar.

En síntesis, esta guía se interesa en las buenas prácticas de profesionales que garantizan el acceso al aborto. Se espera que sea una herramienta de apoyo y consulta que favorezca la construcción de enfoques e intervenciones más compasivos y beneficiosos, protegiendo la vida y la decisión de todas las personas que abortan, incluyendo las que lo hacen luego de la semana 20 de embarazo, así como de quienes apoyan esas decisiones.

Alcance y objetivos

Este documento recoge la evidencia científica existente, la experiencia de grupos de profesionales de la salud de distintos países de América Latina que trabajan en el sector público y privado, así como la experiencia de acompañantes del proceso de aborto que articulan con profesionales dentro de las instituciones.

El objetivo principal de esta GBP es ofrecer orientaciones a equipos y profesionales de la salud que brindan el aborto seguro a partir de 20 semanas y dar herramientas para que puedan responder más y mejor a las expectativas y necesidades de las personas que los solicitan y de las que los asisten.

En cuanto a los objetivos específicos, esta GBP busca:

- sistematizar y compartir prácticas de atención de calidad en la provisión de servicios de aborto a partir de 20 semanas de embarazo en diferentes países de la región, con el fin de contrarrestar prácticas estigmatizantes, inadecuadas técnicamente o abusivas;
- producir una herramienta de referencia que contribuya al desarrollo de políticas integrales de cuidados en la prestación de estos servicios, fundamentadas en evidencias de prácticas seguras y respetuosas de las decisiones de quienes abortan;
- ofrecer un instrumento técnico para fortalecer, dar seguridad y ampliar los equipos que garantizan el acceso a abortos inducidos a partir de 20 semanas de embarazo.

¿Cuál es la estructura de esta GBP?

Esta GBP está dividida en cuatro partes según los tiempos del proceso de atención:

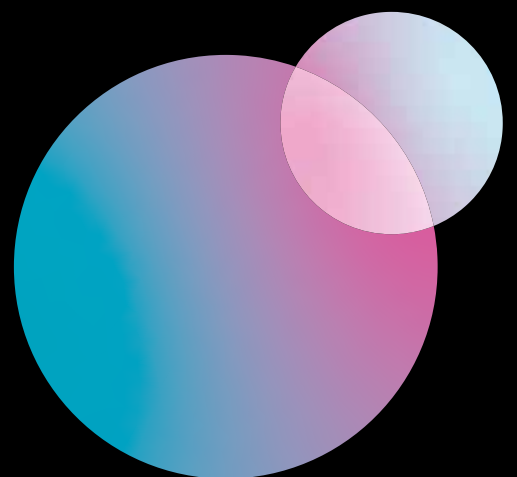
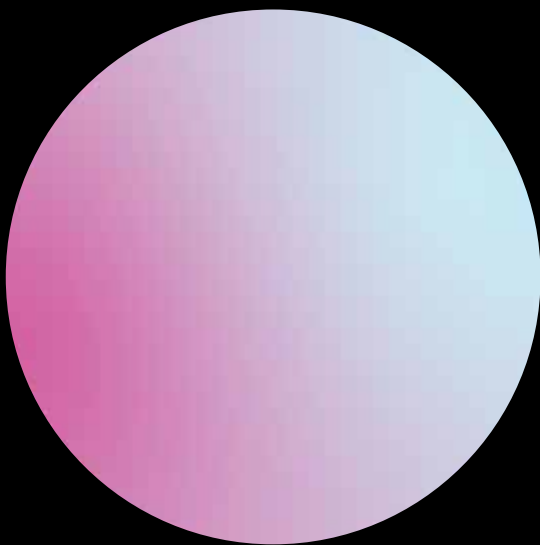
1. Abordaje inicial de las personas que solicitan un aborto a partir de 20 semanas de embarazo
2. Atención para la expulsión de los productos del embarazo
3. Atención después de la expulsión de los productos del embarazo
4. Tratamiento de las complicaciones posaborto

Quienes ejercen como profesionales de la salud o como personas tomadoras de decisiones pueden recurrir al **Resumen de las orientaciones** que se encuentra al inicio de esta GBP para una consulta rápida, y considerar en profundidad las evidencias científicas para las orientaciones de cada una de las cuatro partes de este documento. Cada parte está subdividida en temas específicos y es posible encontrar el resumen de las orientaciones bajo cada subítem.

Además de las conductas validadas en directrices y publicaciones científicas, esta GBP trae la experiencia de especialistas. Cuando esa experiencia no cuenta con evidencia científica que la apoye, se señala la indicación “opinión de especialistas” en la orientación.

La GBP también ofrece materiales complementarios en los **Anexos**.

1. Abordaje inicial de las personas que solicitan un aborto a partir de 20 semanas de embarazo



1.1 Consejería

1.1.1 ¿Qué es? ¿Qué ofrecer en este espacio?

La persona que decidió abortar es la protagonista indiscutida del proceso de aborto, y este se inicia con la consejería.

Este espacio constituye un momento clave en el que se conversan decisiones, necesidades, deseos, posibilidades, angustias, pasiones, ambivalencias, proyectos. El personal de salud tiene la responsabilidad de ofrecer seguridad y tranquilidad a quien consulta. Avalar y dar alojamiento a esa decisión implica un acto de profundo cuidado y respeto por la autonomía.

Cuando se trata de una consejería para abortos de 20 o más semanas de embarazo, el espacio cobra un significado singular. Esa singularidad está atravesada por todo lo que rodea socialmente al aborto durante estas semanas gestacionales. Inscribir estos embarazos en las condiciones materiales de cada persona, en sus condiciones de salud, en las relaciones de poder existentes, y en la complejidad que implica la vida sexual de las niñas, adolescentes, mujeres y otras personas que tienen posibilidades de gestar, ayudará a atravesar el proceso.

A más semanas de embarazo mayor relevancia adquiere la conversación, el disponerse a escuchar sin gestos ni expresiones que desalienten o cuestionen la decisión ya tomada o que se pretende terminar de tomar. Las conversaciones también pueden incluir la trayectoria de ese embarazo, las consultas en otros espacios, y las dificultades para encontrar o acceder a este servicio.

Este momento, lejos de ser un requisito, constituye un evento de vital importancia que tendrá implicancias en cómo se atravesarán otros momentos del proceso de aborto y **requiere tiempo de dedicación del equipo**.

Otro aspecto a considerar en la consejería es **habilitar a que la persona embarazada exprese la necesidad de despedirse del feto**, sobre todo en embarazos intencionales. Esto implica respetar creencias y cosmovisiones. Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que los espacios de salud pueden tener limitaciones en relación a lo que la persona solicita, muchas veces, impuestas por la legislación vigente. Siendo sensibles a la solicitud, se podrán construir alternativas que respeten ese momento.

1.1.1 Orientación

- Es un momento clave del proceso del aborto, en el cual se conversan decisiones, necesidades, deseos, posibilidades y ambivalencias, entre otras cosas.
- El personal de salud tiene la responsabilidad de ofrecer información, seguridad y tranquilidad, y escuchar con empatía y atención, sin cuestionar a quien consulta.
- Es importante hacer un balance entre la cantidad de información que se provee y lo que la persona pide, quiere o le gustaría o necesita saber.

1.1.2 ¿Cómo crear un ambiente de confianza y seguridad?

A continuación se presentan una serie de tópicos proyectados como parte de las buenas prácticas para garantizar el acceso al aborto de 20 o más semanas de embarazo. Constituyen un continuum entre sí y se amalgaman a las consideraciones anteriores:

- Considerar que todos los motivos para abortar cuentan, y ninguno también. **Escuchar todas las razones que se esgrimen dando validez a las mismas**, aún si no se pueden poner en palabras.
- **Buscar bienestar** en ese espacio de conversación, de escucha y de resolución de dudas, temores e inquietudes de diverso tenor.
- **Tomar contacto**, mirar a los ojos, disponerse a dar tiempo.
- Fortalecer la decisión de la persona que decidió abortar. Si la persona presenta dudas, colaborar en despejarlas para que pueda tomar una decisión autónoma y basada en información confiable.
- Contribuir a dar seguridad y tranquilidad, **aportar a la idea de que abortar no está mal**.
- Dar confianza, **remarcar que no es la única persona que llega a esta decisión**. Tanto no lo es, que la medicina ha desarrollado técnicas seguras para hacerlo posible.
- Mostrar y **dar claridad sobre el proceso, los tiempos, y los distintos pasos y fases**. Describir lo que va a ocurrir en cada momento, el lugar o los lugares donde sucederán esos pasos (en caso de que no suceda todo en el mismo espacio de salud donde se hace la consejería), y mencionar qué personas van a intervenir en cada uno.
- **Usar un lenguaje comprensible**, haciendo los ajustes necesarios para la persona que solicita el aborto. Dar ejemplos con frases precisas.
- No usar un lenguaje estigmatizante, desvalorizador ni prejuicioso. Frases del tipo “¿por qué esperaste tanto?”, “te va a doler como un parto”, “es un embarazo muy avanzado”, “es un aborto tardío” producen daño y no colaboran en la generación de salud.

El **balance entre cantidad de información y lo que la persona pide, quiere**, o le gustaría o necesita saber, es una sintonía fina que se aprende y construye. Es importante hacer algunas pausas y verificar con la persona que se está respondiendo a sus necesidades y expectativas. Para ajustar el ritmo del intercambio se pueden utilizar recursos como preguntar “¿cómo vamos hasta aquí?”, “¿te parece que continuemos con la consulta?”. El objetivo es evitar la burocratización, el mecanicismo y la rutinización de la escucha.

1.1.2 Orientación

- Considerar que todos los motivos para abortar cuentan.
- Conversar sobre los tiempos, los distintos pasos y fases, y lo que se espera que suceda.
- Utilizar un lenguaje entendible, preciso, sin un tono estigmatizante ni prejuicioso.

1.1.3 ¿Quiénes pueden formar parte de la consejería?

No existe un perfil profesional específico para llevar adelante la consejería. Sí resulta clave trabajar con quienes integran el grupo de trabajo sobre las necesidades de habilitar la escucha, desplegar herramientas de comunicación y respetar los silencios.

La consejería requiere de un entrenamiento progresivo, así como de instancias de reflexión entre quienes participan del proceso de atención. Cada situación es particular y las necesidades y habilidades para cada una son dinámicas, por lo que **es importante que esta función no recaiga sobre una sola persona.**

Para algunos equipos puede ser de utilidad pensar los temas básicos que tienen que ser abordados en un primer momento. Este listado puede dar cierta tranquilidad y contribuir a la integralidad del proceso. Aun así, no debe pensarse a la consejería como un momento único y acotado de encuentro entre la persona que solicita el aborto y quienes brindan la atención, sino como un proceso que se despliega. Por eso, es recomendable tener cierto acuerdo y sistematización sobre qué abordar en un primer momento.

1.1.3 Orientación

- Integrantes del espacio de salud sin un perfil profesional específico, con habilidades de escucha, con herramientas de comunicación y capacidad de respeto de los silencios.
- Es esperable que la consejería no recaiga sobre una sola persona, ya que pueden requerirse distintas instancias de encuentro con quien solicita el aborto.

1.1.4 ¿Hablamos de dolor?

La consejería es el espacio para hablar del dolor como experiencia única de cada persona, del derecho a no padecerlo, de cambiar de estrategia para manejarlo durante el proceso de aborto. Es, también, el espacio para abordar opciones de tratamiento, procedimientos, tiempos y posibles alternativas para manejar el dolor, tanto farmacológicas como no farmacológicas.

El equipo debe ser sensible a las distintas circunstancias que pueden aumentar la sensación del dolor y prepararse para que se mitigue de la manera más adecuada para la persona.

Cualquier ejemplo comparativo, como “duele como contracciones” o “duele como un parto”, debe ser evitado, porque contribuye a la estigmatización y confusión respecto del aborto que la persona transita.

Deambulaci3n, duchas, compresas calientes, masajes, ejercicios de relajaci3n, acompa1amiento, son todas opciones a considerar para disminuir el dolor. A la par, los equipos deben trabajar con protocolos farmacol3gicos que consideren cuidados progresivos de forma que se responda adecuadamente y se asegure el bienestar de la persona.

Si la persona pregunta sobre el dolor fetal, es importante orientar que es improbable que el feto pueda vivenciar dolor¹³.

1.1.4 Orientaci3n

- En la consejería hay que hablar del dolor como experiencia única de cada persona, del derecho a no padecerlo, y de las opciones para manejarlo.
- Entre las opciones se ofrecerán tanto medicamentos como otras estrategias de cuidado (deambulaci3n, duchas, compresas calientes, masajes, ejercicios de relajaci3n, acompa1amiento).

1.1.5 ¿Quién acompa1a?

La persona que decide abortar es quien tiene la potestad de evaluar si prefiere o no estar acompa1ada durante el proceso. No obstante, el personal de salud que brinda la atenci3n puede colaborar para identificar **a personas significativas en su entorno que puedan ofrecer apoyo.** Si la persona que aborta así lo decide, el equipo facilitará esa compa1a, creando un espacio para el intercambio de informaci3n. Se compartirán pautas y se habilitará la posibilidad de hacer preguntas y plantear dudas que puedan surgir. Todo esto con el fin de reforzar algunas medidas de cuidado y bienestar durante el proceso de aborto.

Además, **la persona que acompa1a debe ser informada sobre los tiempos y las implicaciones del aborto para poder asumir su rol en todas sus dimensiones.** Si la persona que va a abortar tiene alguna discapacidad, puede necesitar un sistema de apoyo que le permita ejercer su decisi3n de manera autónoma. De igual forma, le corresponde la decisi3n sobre tener o no acompa1amiento durante el proceso.

¹³La evidencia científica acerca del dolor fetal no es conclusiva. A pesar de no haber indicaci3n de anestesia o analgesia fetal para procedimientos durante el trabajo de parto, como el uso del fórceps o de la ventosa (ver RCOG, 2022), estudios recientes proponen técnicas anestésicas para las cirugías fetales (ver Bellieni y Anand, 2025; Thill, 2023). Sin embargo, el tema del dolor fetal no se aplica a las discusiones sobre el aborto inducido, sobre todo porque para la atenci3n de calidad en los procesos a partir de 20 semanas se indica la inducci3n de asistolia fetal. Bellieni, C. V. y Anand, K. J.S. (2025). Direct evidence of fetal responses to noxious stimulations: A systematic review of physiological and behavioral reactions. *Early Human Development*, 201. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2025.106196> . Paro et al., 2024. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2022). *RCOG Fetal Awareness Evidence Review, December 2022*. <https://www.rcog.org.uk/media/gdtnncdk/rcog-fetal-awareness-evidence-review-dec-2022.pdf> Thill, B. (2023). The fetal pain paradox. *Frontiers in Pain Research*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpain.2023.1128530>

1.1.5 Orientación

- Transitar el proceso de aborto con la compañía de una persona significativa es decisión de quien aborta.
- El equipo alojará a la persona que acompaña como integrante del proceso. Compartirá pautas y habilitará que se hagan preguntas y planteen dudas.

1.1.6 ¿Qué técnicas ofrecer?

Las técnicas que son utilizadas para el aborto inducido dependen de las preferencias de la persona, del tiempo gestacional y de la disponibilidad de medicamentos y especialistas con entrenamiento para llevarlas a cabo.

El equipo que asiste también considera la efectividad y la seguridad de cada una y las comparte con la persona como parte de la consejería. Hay que informar que la ecografía o ultrasonido es una de las prácticas necesarias en la provisión de abortos de más de 20 semanas y que será un estudio en el que no verá imágenes ni escuchará sonidos salvo que voluntariamente decida hacerlo.

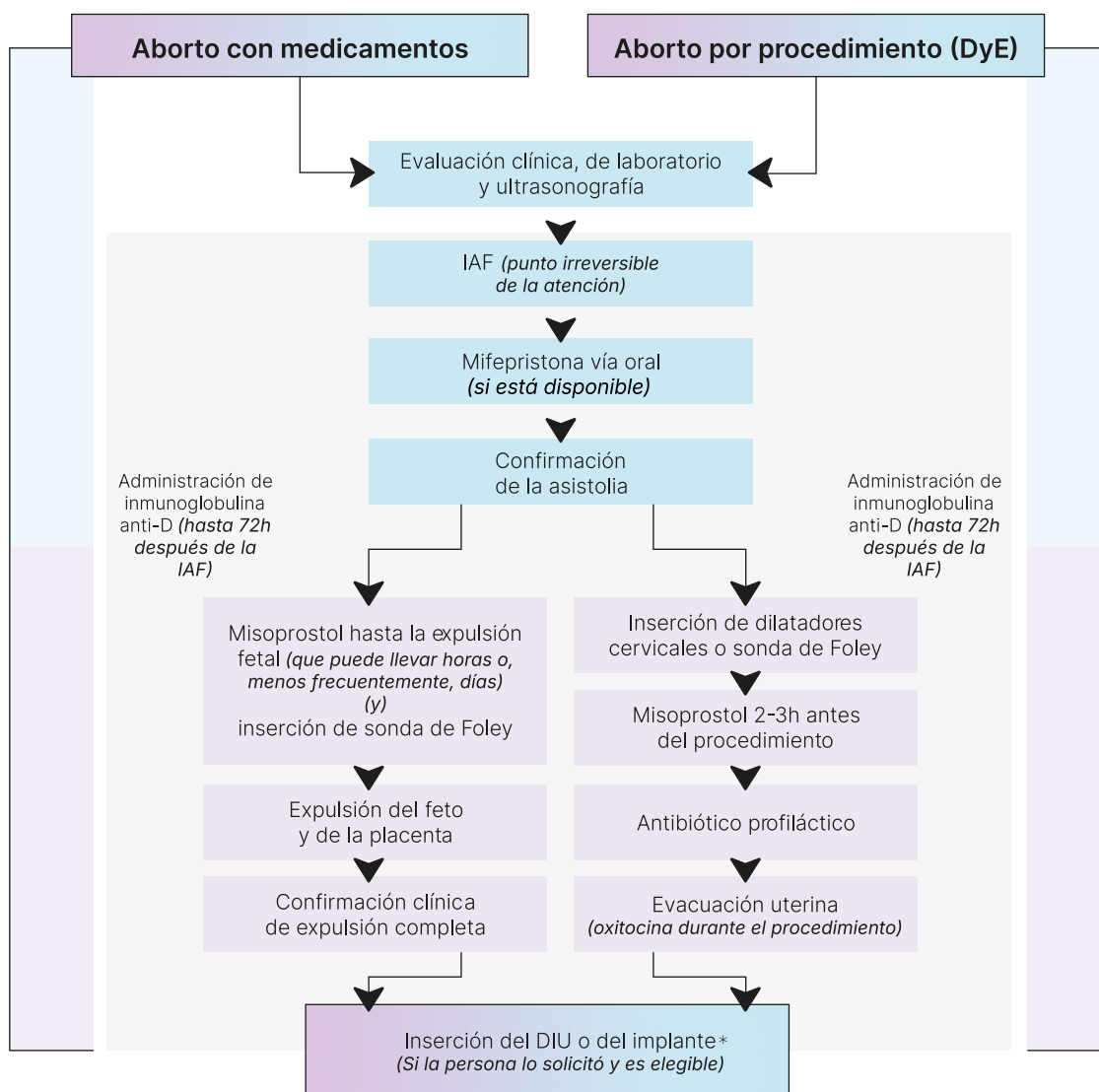
Para dar inicio al procedimiento del aborto inducido está indicada la inducción de asistolia fetal (IAF), que puede requerir el ultrasonido para guiar la inyección.

Es importante informar a la persona que la IAF es imprescindible para evitar la supervivencia fetal. En algunos casos seleccionados de malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina en los que se prevé una sobrevida nula al nacer, se puede discutir con la persona la posibilidad de obviar este paso. Aunque exista la posibilidad de cambio de decisión acerca del aborto inducido, es importante señalar que la IAF es un punto irreversible de la atención.

Las etapas que siguen a la IAF también son abordadas durante el proceso de consejería (Figura 1). Generalmente, el proceso de aborto inducido a partir de 20 semanas insume por lo menos dos días. El primer día se hace la IAF y se administra mifepristona (cuando está disponible). El segundo día (o tercero, según la preferencia del equipo de salud) se inicia la inducción con misoprostol (que puede llevar horas o, menos frecuentemente, días, hasta la expulsión fetal) o se realiza la DyE.

Figura 1.

Etapas del aborto inducido a partir de 20 semanas



El implante puede ser insertado el día del inicio del tratamiento

Hasta la semana 24 hay dos opciones terapéuticas: el aborto con medicamentos o la dilatación y evacuación (DyE). El tratamiento con medicamentos, si bien requiere menos intervención médica, está asociado a mayor sangrado vaginal, dolor e imprevisibilidad del tiempo hasta la expulsión de los productos del embarazo. En comparación con la opción con medicamentos, la DyE presenta menor frecuencia de eventos adversos y de dolor, es más rápida, menos costosa, con mayor índice de satisfacción entre las personas que realizaron el tratamiento¹⁴. Sin embargo, la DyE está menos disponible en América Latina, pues requiere personal con entrenamiento específico. Las ventajas y desventajas de cada opción terapéutica tienen que ser conversadas durante la consejería (*Tabla 1*).

En embarazos de más de 24 semanas la única alternativa terapéutica es el aborto con medicamentos. Es importante informar a la persona que se ajustan las dosis a las semanas de embarazo y a la valoración clínica que se haga.

Tabla 1.

Informaciones necesarias para la consejería y la elección de la técnica de aborto inducido a utilizarse

	Aborto con medicamentos	Aborto por procedimiento (DyE)
	Preferible si la persona desea	
	• Evitar una cirugía • Tener contacto con el feto después de la expulsión	• Un procedimiento más rápido (10-30 minutos) • Menor sangrado vaginal, menos dolor, mareos y vómitos
	Ventajas	
	• Es posible de realizar después de la semana 24	• Procedimiento rápido • DIU puede ser insertado en el momento del procedimiento
	Desventajas	
	• Tiempo imprevisible (<i>puede llevar horas o días</i>) • Pequeño riesgo de ruptura uterina en personas con cicatriz uterina previa (<3%)	• Requiere preparación cervical un día (<i>por lo menos</i>) antes del procedimiento • Pequeño riesgo de laceración cervical o perforación uterina (<1%) • No es posible de realizar después de la semana 24 (<i>aproximadamente</i>) • Requiere especialista con entrenamiento

¹⁴ Atrio, J. M., Sonalkar, S., Kopp Kallner, H., Rapkin, R. B., Gemzell-Danielsson, K., Lohr P. A. Surgical versus medical methods for second-trimester induced abortion. Cochrane Database Syst Rev. 2025 Jul 8;7(7):CD006714. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006714.pub3>

1.1.6 Orientación

- Durante la consejería es importante resaltar que la IAF es un paso necesario que se indica a partir de la semana 20 para evitar la supervivencia después de la expulsión. La IAF implica una inyección abdominal guiada por ultrasonido y es un punto irreversible de la atención.
- Hasta la semana 24 se ofrecen dos opciones terapéuticas: el aborto con medicamentos o la dilatación y evacuación (DyE). Se discutirán las ventajas y desventajas de cada opción con la persona durante la consejería.
- A partir de la semana 25 se ofrece el aborto con medicamentos.

1.1.7 ¿Hablamos de anticoncepción?

Frecuentemente, las niñas, adolescentes, mujeres y otras personas con posibilidad de gestar encuentran obstáculos para acceder a métodos anticonceptivos que sean de su elección, asequibles y oportunos. Los desafíos que enfrentan incluyen requisitos innecesarios, costos elevados y demoras injustificadas. Por ello, la consejería se presenta como una oportunidad para abordar, desde una perspectiva integral, la preferencia y adopción de un método anticonceptivo. No obstante, es importante que el equipo esté atento a no iniciar la conversación sobre anticoncepción con aquellas personas que buscan el aborto de un embarazo intencional y que manifiestan que intentarán otro embarazo prontamente.

Al igual que en el proceso de aborto, la persona sigue siendo protagonista de sus decisiones. Esto implica ofrecer información adecuada y estructurada¹⁵, considerando criterios de elegibilidad¹⁶, las diferencias de efectividad según el uso típico, las ventajas y desventajas de cada método, así como la disponibilidad de opciones, respetando las preferencias, experiencias y trayectorias de la persona¹⁷. Es clave que lo que es una oportunidad no se transforme en una instancia de presión para adoptar un método. En la cotidianeidad de los servicios se evidencia que la preferencia y aceptabilidad de un método son los pilares para la continuidad de uso. Por ello, debe ser un ejercicio activo tener en cuenta los temores y ambivalencias, así como no estigmatizar ni desvalorizar la postergación o la decisión de no uso.

Si la persona que abortó desea iniciar algún método, el equipo debe ofrecer todos los métodos elegibles y orientar sobre sus usos, riesgos, beneficios y tasas de falla en el uso práctico.

1.1.7 Orientación

- El espacio es una oportunidad para, desde una perspectiva integral, abordar la preferencia y adopción de un método anticonceptivo.
- El equipo brindará información adecuada, teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad y la disponibilidad de opciones, respetando las preferencias, experiencias y trayectorias de la persona.
- Es importante tener en cuenta los temores y ambivalencias, así como no

¹⁵ Bizjak, I., Envall, N., Emtell Iwarsson, K., Kopp Kallner, H. y Gemzell-Danielsson, K. (2024). Contraceptive uptake and compliance after structured contraceptive counseling - secondary outcomes of the LOWE trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(5), pp. 873-883. <https://doi.org/10.1111/aogs.14792>

¹⁶ OMS (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (5th ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>

¹⁷ OMS (2022b). *Family planning: a global handbook for providers* (4th ed.). <https://www.who.int/publications/m/item/family-planning--a-global-handbook-for-providers--4th-ed>

desvalorizar la postergación o la decisión de no uso de un método contraceptivo.

1.2 Consentimiento informado

El consentimiento informado es un derecho que garantiza que todos los actos que se desarrollan en el marco de la atención de salud se realicen de forma voluntaria. Es un proceso dinámico y personal que abarca toda la atención en salud y se da de manera continua en cada acto clínico. Este proceso se centra en una comunicación efectiva y exige un intercambio de información completa, actualizada, veraz y pertinente, realizado de forma comprensible y accesible, garantizando que todas las personas involucradas hayan comprendido plenamente lo necesario para brindar opciones relevantes y poder asegurar autenticidad en las decisiones. El objetivo es que las personas usuarias de los servicios de salud puedan tomar decisiones informadas respecto a cada procedimiento durante la atención, incluyendo el derecho a no consentir una práctica, sin importar cuán aconsejable pueda parecer. **El resultado de este proceso es la decisión, libre de coerción, amenazas, inducción o incentivos indebidos, de aceptar o rechazar una práctica o intervención para el cuidado de la salud.**

El consentimiento informado es esencial para el cumplimiento de derechos humanos como la autonomía, la libertad personal para tomar decisiones informadas sobre la salud y el propio cuerpo, la dignidad y la no discriminación¹⁸. Desde una perspectiva bioética, se ha vinculado principalmente con la protección del principio de autonomía, ya que promueve la no interferencia sobre las decisiones de las personas y la generación de condiciones que posibiliten y habiliten los procesos para decidir de forma autónoma e informada¹⁹. El consentimiento informado también está vinculado a los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia²⁰. Además, promueve espacios que fortalecen la confianza que las personas tienen en los sistemas y profesionales de la salud²¹. Es un proceso central que se enmarca en la garantía de los derechos a la confidencialidad y la privacidad de las

¹⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso I.V. vs. Bolivia, Sentencia de 30 de noviembre de 2016. https://www.corteidh.or.cr/ver_expediente.cfm?nld_expediente=254&lang=es
Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador, Sentencia de 26 de marzo de 2021. https://www.corteidh.or.cr/ver_expediente.cfm?nld_expediente=294&lang=es

¹⁹ Beauchamp, T. y Childress, J. (2009). *Principles of Biomedical Ethics (6th ed.)*. Oxford University Press.

²⁰ Beauchamp y Childress, 2009, p. 103.

²¹ Guerrero, A., Acevedo Guerrero, N. y López Turconi, P. (2024). El secreto médico profesional y la salud reproductiva desde una perspectiva bioética y legal. En P. Lugo, A. B. Salinas Cerrillo, A. Guerrero, N. Acevedo-Guerrero, P. López Turconi, M. E. Batres Morales, S. M. Tecún León, G. L. Reyes Vásquez, N. Mejía, L. Velásquez, P. Capdevielle y J. A. Mejía Rivera (Eds.), *Una mirada regional a los Derechos Sexuales y Reproductivos* (pp. 61-100). Optio. https://optio.org/wp-content/uploads/2025/01/E-Book_Una-mirada-regional-a-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-2.pdf

²² López Caballero, A. (2020). *Confidencialidad en la atención médica, aborto y derechos humanos*. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/10/Confidencialidad-en-la-atencion-medica-aborto-y-derechos-humanos.pdf>

personas en la atención de la salud²².

1.2 Orientación

- El objetivo del consentimiento informado es que las personas puedan tomar decisiones informadas respecto a cada procedimiento durante la atención, incluyendo el derecho a no consentir una práctica, sin importar cuán aconsejable pueda parecer.
- El consentimiento informado es personal, solo quien requiere la práctica puede otorgarlo, después de recibir información adecuada, completa, comprensible y accesible.
- El consentimiento informado protege diferentes derechos fundamentales como la autonomía, la libertad, la dignidad, la igualdad y la no discriminación. Está basado en el respeto de principios bioéticos, como beneficencia, no maleficencia y justicia, y promueve ambientes de confianza en los sistemas de salud y la garantía del respeto de la confidencialidad y la privacidad.

1.2.1 Características y reglas generales para el consentimiento informado

El consentimiento informado debe cumplir con los elementos de ser previo, libre, pleno e informado. Estos elementos están interrelacionados: **un consentimiento libre y pleno requiere una comprensión adecuada de la información, la cual debe ser clara y relevante para las preferencias y planes de vida de la persona.**

Es importante destacar que **no se puede consentir retroactivamente después de un procedimiento**. La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha reconocido excepciones solo en casos de urgencia o emergencia médica, o cuando se trate de una situación de salud pública que justifique una acción coactiva²³. Estas excepciones deben interpretarse de forma restrictiva y documentarse en la historia clínica, explicando los motivos y las medidas adoptadas.

A su vez, **debe ser inequívoco y reflejar de forma precisa la voluntad de la persona**. Esto implica que la persona debe recibir información exacta, actualizada y comprensible sobre los procedimientos, efectos, riesgos, beneficios, alternativas y derechos relacionados. De igual forma, la persona debe proporcionar información relevante sobre sus antecedentes biopsicosociales y preferencias para que el personal de salud pueda formular estrategias de atención adecuadas.

La sola firma del documento de consentimiento informado no elimina o exime de responsabilidad legal o ética al personal de salud ante posibles malas prácticas. Siempre debe garantizarse un proceso transparente, diferentes espacios de información

²³ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso I.V. vs. Bolivia, Sentencia de 30 de noviembre de 2016. https://www.corteidh.or.cr/ver_expediente.cfm?nld_expediente=254&lang=es

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador, Sentencia de 26 de marzo de 2021. https://www.corteidh.or.cr/ver_expediente.cfm?nld_expediente=294&lang=es

y una buena documentación en la historia clínica, además de la firma del documento de consentimiento informado.

1.2.1 Orientación

- El consentimiento informado debe ser previo (no se puede consentir retroactivamente después de un procedimiento), libre e informado.
- La información del consentimiento debe ser precisa, actualizada y comprensible.
- Debe contener información sobre los procedimientos, efectos, riesgos, beneficios, alternativas y derechos relacionados.

1.2.2 Especificidades del consentimiento informado en abortos inducidos a partir de 20 semanas

En los abortos inducidos a partir de 20 semanas la protección del proceso de consentimiento informado resulta especialmente importante, porque se trata de elecciones altamente privadas que pueden involucrar en un mayor nivel la integridad, autoconciencia o dignidad de las personas. Por esto, se deben proveer mayores salvaguardas para garantizar su protección²⁴.

1.2.2.1 Consideraciones sobre el proceso

Se debe proveer información suficiente en el contexto del aborto inducido. De igual modo, la información específica para las prácticas de aborto inducido a partir de 20 semanas debe necesariamente incluir:

- **riesgos y ventajas asociados a la técnica** que se realizará en cada una de las etapas del proceso;
- **detalles** sobre el procedimiento, los **tiempos** que tomará y la **forma** en la que se realizará cada paso;
- **síntomas normales** o esperables que pueden presentarse en cada etapa del proceso y **signos de alarma** que deben tenerse en cuenta durante el curso del procedimiento;
- lo que puede esperarse después del tratamiento, incluyendo temas como el retorno a la fertilidad, cuidados posteriores y anticoncepción, entre otros²⁵.

El consentimiento informado es un proceso de intercambio. Para que el consentimiento se considere informado debe darse como resultado de un proceso de intercambio de

²⁴ Schuck, P. H. (1994). Rethinking Informed Consent. *The Yale Law Journal*, 103(4), pp. 899-959. <https://www.jstor.org/stable/797066>
Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-850/02, 2002. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-850-02.htm>
Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-1031/04, 2004. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-1031-04.htm>
Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-063/12. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-063-12.htm>

²⁵ Canadian Medical Protective Association (CMPA) (2006). *Consent: A guide for Canadian physicians*. <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/handbooks/consent-a-guide-for-canadian-physicians>

información que haya sido comprendido por las partes y que refleje la voluntad autónoma de la persona que va a tomar la decisión. Así, **el consentimiento debe ser el resultado de una interacción suficiente entre profesionales o equipos de salud con la persona que requiere la práctica y, si ella así lo decide, con las personas que la acompañen**, sin que esto implique hacer lo que se le indique, como lo señalaba anteriormente una visión paternalista de la medicina²⁶.

Se debe prevenir cualquier forma de coacción, presión o injerencia indebida en la toma de decisiones de la persona gestante. Como parte del proceso de consentimiento informado al aborto inducido, **es siempre importante garantizar que la persona esté tomando decisiones médicas libre de coacción, presión o injerencia por parte de terceros**. Esto es especialmente relevante en contextos de gran vulnerabilidad y situaciones de violencia de género. Siempre debe garantizarse que la persona no esté siendo presionada por su pareja, por familiares o por cualquier otra persona. Para esto, es fundamental mantener espacios de confidencialidad y privacidad entre el equipo de salud y quien va a abortar. Los apoyos o acompañamientos de familiares o integrantes del círculo de confianza que la persona pueda requerir durante el procedimiento siempre deben ser acordados y solicitados por ella misma. Ante cualquier signo de situaciones de presión se deben activar los protocolos correspondientes y aplicables a cada país.

Teniendo en cuenta que los abortos a partir de 20 semanas pueden implicar varios momentos de atención y, en ocasiones, la intervención de diferentes profesionales de la salud o establecimientos distintos, **es importante mantener la buena comunicación entre profesionales**. La buena comunicación entre el personal que interviene en el procedimiento puede garantizar que la persona gestante tenga la información requerida y pueda expresar sus preocupaciones o dudas en cualquier momento, sin riesgo de que se asuma que ya se "cumplió" con el requisito del consentimiento informado. De igual modo, la comunicación fluida entre el personal que interviene en el procedimiento entre sí permitirá alertar ante cualquier situación que pueda estar comprometiendo el consentimiento libre e informado de la persona.

Los cambios de opinión o posible ambivalencia por parte de la persona que va a acceder al aborto inducido deben entenderse como parte del proceso de consentimiento. Ante la presencia de signos de cambios de opinión o ambivalencia frente a la decisión del procedimiento, es importante no asumir que es necesariamente una negativa o que la persona no está en capacidad de tomar una decisión. Los cambios de opinión son frecuentes en procedimientos de tipo no reversible, y pueden deberse a dudas o a los procesos psicoemocionales que esté enfrentando la persona. El reconocimiento de la responsabilidad y la agencia moral de las personas que deciden acceder al aborto inducido implica comprender que la toma de decisiones en esos casos puede ser un proceso no lineal, que requiera tiempo y encuentros para poder llegar a una decisión definitiva. De la misma forma, hay personas que pueden tomar la decisión de forma rápida y esto no debe ser considerado signo de influencias indebidas, a menos que se acompañe de señales en

²⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso I.V. vs. Bolivia, Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C Nº 329, párr. 166. https://www.corteidh.or.cr/ver_expediente.cfm?nld_expediente=254&lang=es

dicho sentido. Para abordar estas situaciones se recomienda:

- brindar espacios o tiempo para que la persona pueda realizar preguntas sobre el procedimiento;
- validar la decisión en diferentes momentos de la atención y brindar más tiempo para pensarla;
- promover que pueda consultar a personas de su círculo de confianza (solo si así lo requiere);
- en caso de que decida rechazar el procedimiento o descartar su solicitud, se recomienda mantener la opción de que pueda regresar a los servicios si así lo decidiera.

Siempre se debe mantener documentación en la historia clínica. Siguiendo los criterios de documentación en la historia clínica, **una buena práctica es registrar la forma en la que se dio el proceso de consentimiento informado de forma previa y durante el proceso de aborto**. Es relevante consignar los diferentes espacios de intercambio que se garantizaron, cualquier cambio de opinión que haya tenido la persona, el desistimiento del tratamiento o cualquier signo o alerta de coacción o presión indebida, en caso de presentarse, y las medidas adoptadas para mitigar el riesgo identificado.

1.2.2.1 Orientación

- La información específica para las prácticas de aborto inducido a partir de 20 semanas debe necesariamente incluir riesgos y ventajas asociados a la técnica que se realizará en cada etapa del proceso; detalles sobre el procedimiento, como los tiempos que tomará y la forma en la que se realizará cada paso; los síntomas normales o esperables en cada etapa del proceso y los signos de alarma; y lo que puede esperarse después del tratamiento.
- Se debe prever y prevenir cualquier forma de coacción, presión o injerencia indebida en la toma de decisiones de la persona gestante. Para esto, es fundamental mantener espacios de confidencialidad y privacidad entre el equipo de salud y la persona que va a abortar.
- Es importante mantener una buena comunicación entre profesionales, teniendo en cuenta que los abortos a partir de 20 semanas pueden implicar varios momentos de atención y, en ocasiones, la intervención de diferentes profesionales de la salud o de más de un establecimiento.
- Los cambios de opinión o posible ambivalencia por parte de la persona que va a acceder al aborto inducido se deben entender como parte del proceso de consentimiento.

1.2.2.2 Consideraciones sobre la documentación

Se debe promover la firma de un documento único. Para el aborto inducido, a pesar de ser una práctica de bajo riesgo, **la mayoría de los países exigen un consentimiento informado por escrito**, en el cual se asegure que la persona fue informada adecuadamente y tomó una

decisión libre y autónoma.

Aunque el proceso del consentimiento sea continuo durante toda la atención, se recomienda el uso de un único documento de consentimiento al aborto inducido que cubra todo el proceso, garantizando que la persona comprenda que cada fase es una parte indisoluble del tratamiento, incluso para embarazos a partir de 20 semanas, que requieren procedimientos como la inducción de asistolia fetal.

Se recomienda tener un documento único para la firma que no sea muy extenso y que condense de forma sintética las decisiones de la persona en relación a las técnicas para cada etapa, la modalidad de atención en cada una y la disposición de los productos del embarazo. Por ello, se sugiere acompañar el documento con anexos que permitan tener a mano información clave y pertinente con su decisión, evitando así documentos muy largos con información innecesaria para cada situación.

Es posible que, en la práctica o de acuerdo a la normativa local, se requieran diferentes documentos, por ejemplo, porque intervienen varios equipos de salud o centros de atención. De todas formas, es preferible limitar la documentación a un máximo de dos documentos para evitar confusiones, fragmentaciones del procedimiento o que se sobredimensione el riesgo de la práctica.

Se requiere una instancia de intercambio en el momento de la firma. La información que se solicita para un consentimiento informado debe ser suministrada de forma verbal cuando sea posible (o en el formato más accesible para la persona usuaria), en un espacio apropiado que resguarde la privacidad y brinde condiciones adecuadas para el intercambio. Solo después de este proceso puede ser firmado el documento que da fe del consentimiento informado.

El documento se puede complementar con anexos escritos en lenguaje sencillo (o videos en lengua de señas local), con ilustraciones y contactos de emergencia para brindar apoyo continuo.

Tanto para el documento principal como para los anexos es fundamental disponer de distintas modalidades de emisión (física o virtual) y formatos (escrito, audio, video, pictograma) en varios idiomas, asegurando un lenguaje claro y comprensible.

El documento debe ser sintético, claro y preciso, respetando el siguiente contenido mínimo:

- Detalles de la práctica consentida, la técnica y la modalidad elegidas.
- Confirmación de que la persona recibió y comprendió la información sobre las demás alternativas disponibles (solo aquellas que son significativas en su caso).
- Detalle sobre la posibilidad de revocar su consentimiento y el momento hasta el cual puede hacerlo de acuerdo con la técnica elegida.
- La firma de la persona que consiente. Esta es insustituible incluso en el caso de personas menores de edad o con discapacidad, aunque puede acompañarse de la firma de quienes brindaron apoyo o asistencia en la decisión.
- La firma del personal de salud que acompañó el proceso de toma de decisión, quien

debe ofrecer un espacio de escucha y resolver dudas.

1.2.2.2 Orientación

- Se debe promover la firma de un documento único. Cuando se requieran diferentes documentos, porque intervienen varios equipos de salud o centros de atención, o por alguna exigencia legal, es preferible limitar la documentación a un máximo de dos documentos.
- Si bien el intercambio entre los equipos de salud y la persona que solicita la práctica debe darse durante toda la atención, debe propiciarse especialmente en el momento de la firma del documento.
- Además de la copia del documento firmado, se pueden entregar anexos explicativos en formatos accesibles sobre el procedimiento, las pautas de alarma y los datos de contacto, entre otros temas.
- El documento debe ser sintético, claro y preciso, respetando el siguiente contenido mínimo: detalles de la práctica consentida, técnica y modalidad elegidas; confirmación de que la persona recibió y comprendió la información; detalle sobre la posibilidad de revocar su consentimiento y el momento hasta el cual puede hacerlo de acuerdo con la técnica elegida; firma de la persona que consiente; firma del personal de salud que acompañó el proceso de toma de decisión.

1.2.3 Consideraciones para el consentimiento informado en la niñez y la adolescencia

Suele considerarse que las personas que se encuentran en la niñez y en la adolescencia no tienen autonomía para decidir de forma responsable sobre sí mismas y, por tanto, en muchos países sus decisiones siguen sin reconocerse como válidas. Bajo un modelo de sustitución, se requiere que otra persona (adulta y capaz) tome decisiones en su nombre. Sin embargo, desde la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño se ha instituido un cambio de paradigma basado en el reconocimiento de todas las personas en la niñez y la adolescencia como sujetos de derechos y no meros objetos de protección²⁷.

Este cambio implica que se debe reconocer su autonomía y asegurar que puedan tomar decisiones con la asistencia que requieran, de acuerdo con sus condiciones y capacidades individuales. El proceso de consentimiento informado y la atención de la salud deben acompasar este paradigma. Tal como lo indica el artículo 12 de esta Convención, "[l]os Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afecten, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño"²⁸.

²⁷ Organización de Naciones Unidas (ONU) (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <http://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>

²⁸ ONU, 1989, art. 12.

La determinación de la madurez y de la habilidad para “formarse un juicio propio” ha sido un desafío para los equipos de salud. **Los equipos de atención deben enfocarse en las estrategias necesarias para asegurar las condiciones en las que puedan expresar su consentimiento de forma efectiva y libre.** En el caso del aborto inducido, especialmente a partir de 20 semanas, esto implica las condiciones no solo para consentir la práctica, sino también las estrategias para su realización.

Para que este modelo pueda ser aplicado de forma adecuada en el proceso de consentimiento informado, los equipos y profesionales de la salud deben:

Reconocer su autonomía progresiva: asegurar que pueda tomar decisiones con la asistencia necesaria, de acuerdo con sus capacidades individuales.

No permitir o promover la sustitución de su voluntad: evitar que las decisiones sean tomadas por otras personas sin considerar su opinión. Asegurar que su opinión sea tenida en cuenta de forma central en las decisiones²⁹.

Crear un ambiente de confianza e intimidad: fomentar un espacio donde sienta seguridad para expresar sus necesidades, dudas y temores.

Adaptar el proceso de consentimiento: ajustar el lenguaje, los tiempos y las herramientas de comunicación (como ilustraciones) para garantizar la comprensión del procedimiento y sus implicaciones.

Considerar su opinión y sus valores: incorporar sus preferencias y valores en la planificación de la atención.

Garantizar la confidencialidad: asegurar que la información no será compartida sin su consentimiento, salvo en casos de riesgo inminente o violencia sexual, cuando las normas locales así lo indiquen.

Facilitar el acceso sin intervención parental: permitir que acceda a la atención de salud sexual y reproductiva sin necesidad de consentimiento de su padre, madre o representante.

Indagar sobre la red de apoyo: procurar que cuente con apoyo durante y después del proceso, fomentando la presencia de alguien de confianza sin que esto sea un requisito.

Aplicar el interés superior de la persona: priorizar siempre su bienestar y el cumplimiento de sus derechos durante la toma de decisiones, respetando su derecho a participar, a ser escuchada y a decidir con autonomía progresiva.

Desarrollar políticas y guías institucionales: implementar protocolos que permitan aplicar un enfoque de derechos de manera individualizada y adecuada a cada caso.

²⁹ Comité de los Derechos del Niño (CRC) de la ONU (2003). *Observación General N° 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre Los Derechos del Niño*. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/crc/2003/es/18641>

1.2.3 Orientación

- No se debe permitir o promover la sustitución de la voluntad de la persona que se encuentra en la niñez o la adolescencia. Se debe evitar que las decisiones sean tomadas por otras personas sin considerar su opinión.
- Se sugiere crear un ambiente de confianza e intimidad para fomentar un espacio donde sienta seguridad para expresar sus necesidades, dudas y temores.
- El personal de salud debe adaptar el proceso de consentimiento con ajustes de lenguaje, tiempos y herramientas de comunicación (como ilustraciones) para garantizar la comprensión del procedimiento y sus implicaciones.
- En las edades en las que la legislación local requiere la intervención de representantes, es crucial garantizar la participación significativa y el derecho a que su voz sea escuchada. La intervención no debe sustituir su opinión, sino considerarla centralmente.
- Es importante asegurarle que la información dada no será compartida sin su consentimiento, salvo en casos de riesgo inminente o de violencia sexual.
- Se sugiere procurar que cuente con apoyo durante y después del proceso, fomentando la presencia de alguien de confianza sin que esto sea un requisito.

1.2.4 Consideraciones para el consentimiento informado de las personas con discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) explícitamente reconoce el derecho de las personas con discapacidad a ser reconocidas y protegidas en igualdad de condiciones ante la ley y el reconocimiento de su agencia y capacidad legal, que incluye el derecho a ejercer derechos y deberes³⁰. La CDPD reconoce el derecho a recibir los apoyos y a contar con los ajustes razonables que requiera cualquier persona con discapacidad para poder expresar su voluntad, acceder a información y tomar decisiones informadas³¹.

De igual modo, en su artículo 23 la CDPD reconoce que **las personas con discapacidad tienen derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye el derecho a tomar decisiones sobre su reproducción y fertilidad**. Por lo anterior, la CDPD insta a los Estados a adoptar medidas que apoyen la toma de decisiones de las personas con discapacidad, previendo salvaguardas para prevenir abusos, conflictos de intereses e influencias indebidas³². El reconocimiento pleno del derecho a la capacidad legal, en relación con los derechos sexuales y reproductivos, invita a impulsar un modelo de toma de decisiones con apoyos en el plano de la salud, repensando los modelos de sustitución de la voluntad y evitando cualquier procedimiento en salud que no sea consentido.

³⁰ ONU (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.refworld.org/es/leg/resol/ago-nu/2007/es/49751>

³¹ ONU, 2006, art. 9 y 12.

Por último, vale la pena resaltar que el artículo 2 de la CDPD expresa que la denegación de ajustes razonables y apoyos requeridos para que una persona con discapacidad pueda expresar su voluntad para acceder a un servicio de salud (independientemente del tipo de discapacidad o del nivel de apoyos que requiera) podría constituir una “discriminación por motivos de discapacidad”³³.

1.2.4.1 El modelo de toma de decisiones con apoyos para el acceso al aborto inducido de las personas con discapacidad

Este modelo, que se desprende del modelo social de la discapacidad, se entiende como una alternativa al modelo de la sustitución de la voluntad que solía ser altamente frecuente en los contextos de salud. Así, este modelo entiende que las personas con discapacidad pueden tomar decisiones sobre sus derechos reproductivos, contando con apoyos y ajustes que les permitan expresar su voluntad y respeten sus deseos y preferencias sobre los procedimientos específicos de aborto inducido³⁴. Para que este modelo pueda ser aplicado de forma adecuada en el proceso de consentimiento informado se recomiendan las siguientes buenas prácticas a los equipos y profesionales de la salud:

- **Los servicios de salud que presten servicios de aborto inducido deben adaptar sus instalaciones y prácticas** para garantizar que sean accesibles para las personas con discapacidad. Esto puede implicar modificar espacios de consulta, garantizando la accesibilidad física y la adaptación del lenguaje y de los formatos de comunicación³⁵.
- **Es importante establecer contacto con la persona con discapacidad para determinar si requiere y desea apoyos para la toma de la decisión o para expresar o comunicar su voluntad.** La implementación de sistemas de apoyos no puede imponerse como un requisito ni puede implicar limitación para acceder al servicio. Más allá de lo que consta en la historia clínica de cada persona y de los posibles diagnósticos asociados a las diferentes discapacidades, se recomienda siempre establecer contacto y relación con la persona con discapacidad para determinar qué intensidad y tipo de apoyos requiere³⁶.
- **Las personas que pueden apoyar a la persona con discapacidad en la toma de una decisión de aborto inducido o en su comunicación deben ser elegidas por la propia persona con discapacidad e identificadas dentro de su círculo**

³² ONU, 2006, art. 23 y 12.

³³ ONU, 2006, art. 2.

³⁴ Acevedo Guerrero, N. (2022). Una aproximación al modelo de autonomía con apoyos para la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad. En Dirección General de Derechos Humanos, Igualdad de Género y Asuntos Internacionales del Consejo de la Judicatura Federal de México (CJF) e Instituto O'Neill para el Derecho de Salud Nacional y Global de la Universidad de Georgetown (Eds.), *Los Derechos Sexuales y Reproductivos y el Poder Judicial en América Latina* (p. 108). <https://www.cjf.gob.mx/micrositios/dgdhigai/resources/publicaciones/derechosSexualesReproductivosPoderJudicialAmericaLatina.pdf>

³⁵ Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE)*. Ministerio de Salud de Argentina. https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aborto/wp-content/uploads/sites/247/2024/08/Protocolo_IVE_-2023_2562023.pdf

³⁶ Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2022, p. 33.

Resolución 1904/2017 sobre la adopción del reglamento encaminado a garantizar que las personas con discapacidad accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1904-de-2017.pdf>

de confianza. La persona de apoyo para la toma de decisiones sobre un aborto inducido puede ser parte de la familia, de la comunidad, del equipo de profesionales de la salud o de otras disciplinas, de organizaciones de la sociedad civil o de protección de derechos, entre otras opciones³⁷. Asimismo, pueden ser o no las mismas personas que les brindan apoyo en otros ámbitos de la vida. Las personas de apoyo deben garantizar el respeto por la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad, así como su confidencialidad e intimidad³⁸.

- **Las personas con discapacidad pueden requerir ayudas audiovisuales, uso de imágenes, videos y otras herramientas que puedan apoyar el proceso de consentimiento informado.** De igual modo, algunas personas con discapacidad pueden requerir apoyos para la comunicación como el “uso de audífonos, tableros de comunicación alternativa o aumentativa, pictogramas, lengua de señas o guía intérprete, o cualquier mecanismo con el que la persona con discapacidad pueda estar familiarizada”³⁹. El uso de estas herramientas no implica que se deba contar con un formato de consentimiento informado diferente para las personas con discapacidad, sino que el proceso puede ser apoyado de formas diversas.
- **Las personas con discapacidad pueden requerir tiempos adicionales o espacios de consulta de mayor duración con el equipo de salud.** Esto permitirá que las personas con discapacidad puedan comprender la información y tengan la oportunidad de realizar las preguntas necesarias. Diferentes intercambios pueden ayudar a que las personas con discapacidad fortalezcan la confianza con el equipo de salud que las está atendiendo.
- **Las personas con discapacidad pueden expresar su voluntad de forma diversa.** Es importante considerar otras formas de comunicación “que no necesariamente son verbales, como la expresión escrita o a través de imágenes, vocalización de sonidos, gestos y expresiones corporales que pueden significar aprobación, confort o desaprobación, la comunicación mediante dispositivos como celulares y computadores, entre otros. Para esto, los actores de los sistemas de salud son los que deben capacitar a su personal en la provisión de apoyos y ajustes razonables para personas con discapacidad”⁴⁰.
- **Los equipos interdisciplinarios pueden apoyar la toma de decisiones de las personas con discapacidad.** Por esto, una buena práctica es apoyarse en profesionales de psicología, trabajo social, enfermería, entre otras disciplinas, que puedan acompañar el proceso de comunicación y de toma de decisiones de las personas con discapacidad.

³⁷ Resolución 1904/2017 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

³⁸ Resolución 1904/2017 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

³⁹ Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y Oficina de Promoción Social (s.f.). *Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos* (p. 10). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/orientaciones-tecnicas-consentimiento-pcd3.pdf>

⁴⁰ Acevedo Guerrero, 2022, p. 108.

- Es importante garantizar salvaguardas para proteger la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad. Esto implica que **el equipo de salud siempre deberá estar atento a lo que quiere la persona con discapacidad y no a lo que quieren sus familiares o a lo que se considera que es “mejor” para ella.** El registro adecuado en la historia clínica, la garantía de la confidencialidad y privacidad durante la consulta, así como un proceso de consentimiento informado adecuado, se consideran salvaguardas de la autonomía de la persona con discapacidad.
- Siempre se deben garantizar espacios de confidencialidad y privacidad durante la consulta. **No se debe asumir que la persona con discapacidad quiere ser apoyada por sus familiares o personas cuidadoras.**
- En los casos en los que, tras haber usado los ajustes y apoyos para conocer la voluntad de la persona con discapacidad, **no sea posible conocer sus deseos y preferencias para un procedimiento de aborto, se recomienda el uso del estándar de “la mejor interpretación de la voluntad de la persona con discapacidad”⁴¹.** Esto implica guiarse por criterios como su trayectoria de vida, su historia conocida, manifestaciones previas de su voluntad en otros contextos, el conocimiento de las personas de su círculo de confianza, entre otros. Este proceso implica responder qué hubiera querido la persona en caso de poder expresar su voluntad⁴².

1.2.4.1 Orientación

- Es importante reconocer que las personas con discapacidad pueden tomar decisiones sobre sus derechos reproductivos, contando con apoyos y ajustes que les permitan expresar su voluntad y respeten sus deseos y preferencias sobre los procedimientos específicos de aborto inducido.
- Los servicios de salud que presten servicios de aborto inducido deben adaptar sus instalaciones y prácticas para garantizar que sean accesibles para las personas con discapacidad.
- Es importante establecer contacto con la persona con discapacidad para determinar si requiere y desea apoyos para la toma de la decisión o para comunicar su voluntad.
- Las personas que pueden apoyar a la persona con discapacidad en la toma de una decisión de aborto inducido o en su comunicación deben ser elegidas por la propia persona con discapacidad e identificadas dentro de su círculo de confianza.
- Las personas con discapacidad pueden expresar su voluntad de forma diversa: por medio de la expresión escrita o a través de imágenes, lengua de señas, vocalización de sonidos, gestos y expresiones corporales.

⁴¹ Resolución 1904/2017 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, art. 8.

⁴² Ley 1996 de 2019 por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad, art. 4, párr. 3. Congreso de la República de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=99712>

- Siempre se deben garantizar espacios de confidencialidad y privacidad durante la consulta. No se debe asumir que la persona con discapacidad quiere ser apoyada por sus familiares o personas cuidadoras.
- Tras haber agotado las posibilidades de ajustes y apoyos, y cuando no sea posible conocer los deseos y preferencias de la persona con discapacidad para un procedimiento de aborto inducido, se recomienda realizar la “mejor interpretación de su voluntad”. Así, un equipo interdisciplinario en compañía de personas de su círculo cercano debe guiarse por criterios como su trayectoria de vida e historia conocida, manifestaciones previas de su voluntad en otros contextos y cualquier otra consideración pertinente para decidir el caso en concreto.

1.3 Evaluación clínica

Tras la decisión por el aborto inducido, es importante proceder a la evaluación clínica de la persona. **Además de estimar el tiempo gestacional, la evaluación clínica también busca identificar los factores de riesgo para complicaciones del tratamiento.** Ante la presencia de factores de riesgo, el equipo de salud debe estar preparado para las posibles intervenciones y derivaciones necesarias.

La evaluación clínica de la persona que busca un aborto inducido a partir de 20 semanas incluye⁴³:

Razón por la que busca la atención en salud	• Circunstancias del embarazo (<i>sobre todo si se requiere la información para fines de reporte, por ejemplo, en casos de embarazo resultante de violación; embarazo intencional o no</i>), síntomas del embarazo y posibles complicaciones, como el sangrado vaginal. • Uso reciente de métodos físicos (<i>como inserción de objetos</i>) para intento de autoaborto.
Antecedentes obstétricos	• Informaciones y resultado de los embarazos previos, incluyendo embarazo ectópico, embarazo molar, aborto espontáneo o inducido, hemorragia posparto o posaborto, muerte fetal, nacidos vivos y modo de nacimiento.
Antecedentes ginecológicos	• Primer día de la última regla (fecha de la última menstruación - FUM) y patrón de los ciclos menstruales. • Cirugías ginecológicas previas. • Uso y experiencia actual o pasada de métodos contraceptivos. • Malformaciones uterinas.

⁴³ OMS (2023a). *Clinical practice handbook for quality abortion care*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>

Antecedentes sexuales	• Histórico o síntomas de infecciones de transmisión sexual (ITS).
Antecedentes clínicos y quirúrgicos	• Enfermedades crónicas, como hipertensión, epilepsia, coagulopatías, enfermedades hepáticas o cardíacas, diabetes, anemia falciforme, asma, enfermedad psiquiátrica grave. • Internaciones previas, cirugías previas.
Uso de medicamentos y presencia de alergias	• Medicamentos de uso diario. • Uso reciente de medicamentos o hierbas para intento de autoaborto (dosis, vía y tiempo). • Alergia a medicamentos.
Antecedentes sociales	• Redes de apoyo. • Violencia o coerción de pareja o de miembro de la familia. • Otros factores sociales que pueden impactar sobre el cuidado. • Uso previo o actual de alcohol y drogas (lícitas e ilícitas).

Adaptado de: OMS, 2023a

1.3 Orientación

- La evaluación clínica completa es importante para la identificación de factores de riesgo para el aborto inducido a partir de 20 semanas e incluye, además de la historia clínica completa, la investigación del histórico obstétrico, ginecológico, sexual, social, clínico y quirúrgico, del uso de medicamentos y de la presencia de alergias.

1.4 Evaluación complementaria y de laboratorio

A partir de la semana 20, el empleo de la ultrasonografía está indicado para determinación de las medidas fetales, el diagnóstico de la localización de la placenta⁴⁴ y la detección de malformaciones fetales que puedan incidir en el proceso de evacuación uterina⁴⁵.

La ecografía es, entre los estudios complementarios, probablemente el que más puede afectar a la persona embarazada debido a las imágenes, la corporeidad y la carga simbólica que suele asociarse a él. Por ello, es importante explicitar las razones de su realización, lo que se puede esperar de este estudio, y obviar la descripción de lo que se observa. La persona no debe sentir que se espera que observe las imágenes y/o escuche el sonido de los latidos cardíacos. De igual modo, es importante que exprese su preferencia con respecto a ser informada del diagnóstico o resultado.

Si quien realiza la ecografía no es parte del equipo a cargo del proceso de aborto, debe recibir entrenamiento para trabajar con sensibilidad y respeto hacia la persona, de forma de proveer un momento de cuidado que no agrave malestares o circunstancias.

Además, la investigación del factor Rh se ofrece a todas las personas con el Rh desconocido⁴⁶. Esta investigación es necesaria para la administración de inmunoglobulina anti-D en las personas Rh negativas con 20 semanas o más de embarazo.

La evaluación de rutina también incluye el rastreo de anemia con las pruebas de hemoglobina y hematocrito⁴⁷, dado que el tiempo de embarazo de 20 semanas o más es un factor de riesgo moderado para la hemorragia, aunque ese riesgo sea menor al 1%.

Ante la presencia de cualquier otro factor de riesgo para la hemorragia después del aborto, el coagulograma y la medida sérica de creatinina también están indicados⁴⁸.

Son factores de riesgo para la hemorragia después del aborto⁴⁹:

- dos o más cesáreas previas;
- una cesárea previa y placenta de localización anterior;
- sospecha o diagnóstico de placenta acreta.

⁴⁴ Si la localización de la placenta es anterior, previa o de inserción baja en personas con cesárea previa, se debe sospechar de placenta acreta e incluir una ultrasonografía transvaginal y doppler para confirmar o descartar el diagnóstico. Ante el diagnóstico de placenta acreta, el aborto debe ser inducido en un servicio hospitalario. Premkumar, A., Huysman, B., Cheng, C., Einerson, B. D. y Moayed G. (2025). Placenta accreta spectrum in the second trimester: a clinical conundrum in procedural abortion care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 232(1), pp. 92-101. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(24\)00820-2/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(24)00820-2/abstract)

⁴⁵ National Abortion Federation (NAF) (2024). *Lineamientos sobre Políticas Clínicas para la Atención del Aborto 2024*. <https://prochoice.org/wp-content/uploads/2024-CPGs-FINAL-1.pdf>
Kerns, J. L., Brown, K., Nippita, S. y Steinauer, J. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception: an international reproductive health journal*, 129. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110292>

⁴⁶ OMS, 2023a.

La documentación del factor Rh puede ser realizada por fuentes externas, por lo informado por la persona misma, o mediante pruebas laboratoriales en el establecimiento (NAF, 2024).

⁴⁷ Kerns et al., 2024.
NAF, 2024.

⁴⁸ Kerns et al., 2024

⁴⁹ Kerns et al., 2024

Las serologías para VIH, hepatitis víricas (B y C) y sífilis pueden ser ofrecidas como una oportunidad de rastreo, pero no deben retrasar el tratamiento para el aborto inducido. De la misma manera, el rastreo para la gonorrea y la clamidia está indicado, preferiblemente, por pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PAANs) con muestras de orina o hisopo vaginal⁵⁰.

Si la persona rechaza el rastreo de las infecciones de transmisión sexual se debe respetar su decisión.

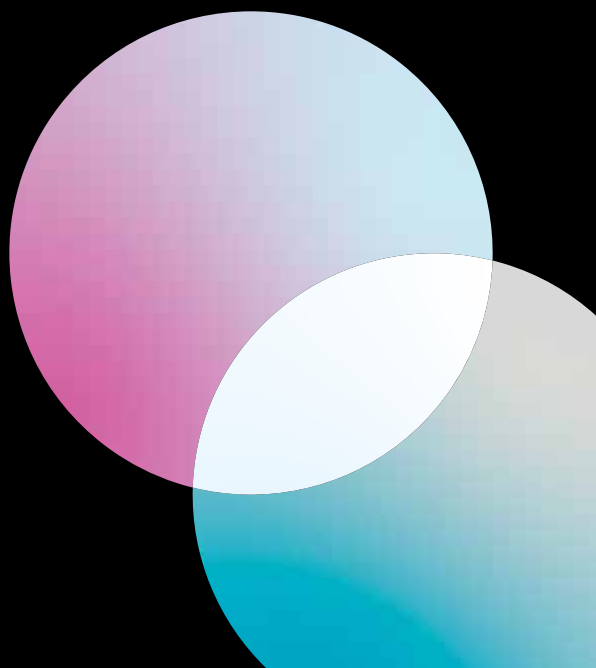
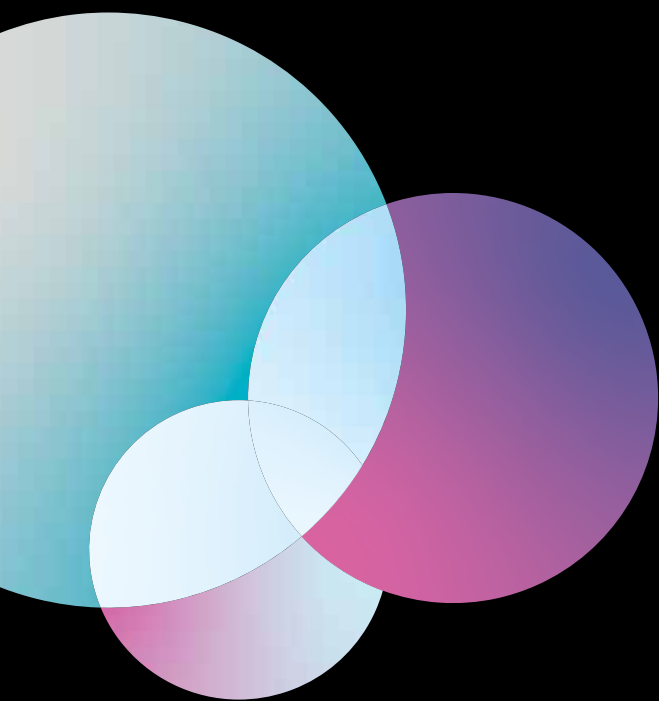
1.4 Orientación

- A partir de la semana 20, la ultrasonografía para la determinación de las medidas fetales, de la localización de la placenta y de malformaciones fetales está indicada.
- Es importante explicitar las razones de la realización de la ultrasonografía y qué esperar de este estudio, así como respetar la preferencia de la persona de ser informada sobre el diagnóstico o resultado.
- Las pruebas de hemoglobina y hematocrito son indicadas de rutina a partir de la semana 20. Se ofrece el factor Rh a personas con Rh desconocido.
- El coagulograma y la creatinina sérica están indicados de acuerdo con el tiempo gestacional y ante cualquier factor de riesgo de hemorragia (dos o más cesáreas previas, cesárea previa y placenta anterior, sospecha o diagnóstico de placenta acreta).
- Se ofrece el rastreo de infecciones de transmisión sexual (VIH, sífilis, hepatitis B y C, gonorrea y clamidia).

⁵⁰ NAF, 2024.

OMS (2023b). *Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374252/9789240077089-eng.pdf?sequence=1>

2. Atención para la expulsión de los **productos del embarazo**



2.1 Inducción de asistolia fetal

La inducción de asistolia fetal (IAF) consiste en inducir la detención de la actividad cardíaca fetal para asegurar que los abortos inducidos después de la semana 20 no resulten en un nacimiento vivo⁵¹.

2.1.1 ¿Cuándo realizar la IAF?

La IAF puede ser considerada antes de la semana 20 por preferencia de la persona que solicita la práctica o del equipo de salud, por cuestiones legales o para evitar equívocos de estadísticas de mortalidad perinatal y la necesidad de emisión de un certificado de nacido vivo⁵².

La mayoría de las directrices clínicas recomiendan realizar la IAF en embarazos a partir de 20-22 semanas previa a la inducción del aborto con medicamentos⁵³ o a la dilatación y evacuación, ya que en ese tiempo gestacional la posibilidad de expulsión del feto con señales de vida aumenta significativamente.

Eso implica que la IAF constituye el estándar de calidad del cuidado al aborto de más de 20 semanas. Sin embargo, en servicios donde no existen los recursos para la IAF sigue siendo posible continuar con el aborto inducido si el tiempo gestacional o la condición fetal no son compatibles con la supervivencia después de la expulsión.

2.1.1 Orientación

- La IAF está indicada a partir de la semana 20 antes de la dilatación y evacuación (DyE) o del aborto con medicamentos, aunque nada impide su realización antes de la semana 20.
- La ausencia de recursos para la IAF no puede constituir una barrera de acceso cuando el tiempo gestacional o la condición fetal no son compatibles con la supervivencia después de la expulsión.

⁵¹ Paro, H. (2023). *Los tiempos del aborto. Documento 1: Términos y otros asuntos clave*. Red Jurídica del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI). <https://clacaidigital.info/handle/123456789/3184>

⁵² Paro, 2023.

⁵³ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (2021). *Declaración de la FIGO: Mejora del acceso al aborto luego de las 12 semanas de embarazo*. https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Abortion_Beyond_12Weeks_ES.pdf
RCOG (2022). *Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales*. <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/termination-of-pregnancy-for-fetal-abnormality-in-england-scotland-and-wales/>
Guilbaud, L., Maurice, P., Dhombres, F., Maisonneuve, É., Rigouzzo, A., Darras, A. M. y Jouannic, J. M. (2020). Geste d'arrêt de vie fœtale: techniques pour les interruptions médicales de grossesse des deuxième et troisième trimestres. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 48(9), pp. 687-692. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468718920300738?via%3Dihuh>

2.1.2 Medicamentos y técnicas

La IAF es realizada preferiblemente con fármacos: digoxina inyectable (intraamniótica, intrafetal o intracardiaca), cloruro de potasio inyectable (intracardiaco) o lidocaína (intracardiaca o intratorácica)⁵⁴. La inyección intraamniótica de digoxina tiene la ventaja de ser fácilmente administrable sin la necesidad de especialistas en medicina fetal en el equipo de salud. Sin embargo, la inyección intracardiaca de cloruro de potasio o de lidocaína es más eficaz que la inyección intraamniótica de digoxina⁵⁵.

El tiempo necesario para confirmar la asistolia depende del fármaco y de la vía de administración utilizados. **La asistolia fetal se confirma mediante ultrasonografía.** En el caso del cloruro de potasio intracardiaco, la asistolia puede verificarse de inmediato tras el procedimiento. Por otro lado, la inyección intracardiaca o intratorácica de lidocaína suele inducir asistolia en un lapso de hasta 5 minutos (*Tabla 2*)⁵⁶.

Según la opinión de especialistas, el tiempo de espera necesario tras la administración de digoxina intraamniótica varía entre 12 y 48 horas, sin un aumento significativo en la tasa de fallos después de la inyección. La mayoría de los servicios que utilizan digoxina intraamniótica suelen confirmar la asistolia después de 24 horas; sin embargo, en algunos contextos, la confirmación puede llevar hasta 48 horas tras la primera inyección. La inyección intracardiaca de digoxina suele actuar en menos de 1 hora, mientras que la administración intratorácica o intrafetal puede demorar entre 6 y 12 horas en hacer efecto.

Si la actividad cardíaca fetal no se detiene tras el primer procedimiento de IAF, la inyección debe repetirse⁵⁷.

⁵⁴ Tufa T. H., Prager, S., Lavelanet, A. F. y Kim, C. (2020). Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contraception*, X, 2. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100046>

⁵⁵ La eficacia de la inyección intraamniótica de digoxina es del 92%, mientras que la eficacia de la inyección intracardiaca de cloruro de potasio o de lidocaína es del 100%.

Jackson, R. A., Teplin, V. L., Drey, E. A., Thomas, L. J. y Darney, P. D. (2001). Digoxin to Facilitate Late Second-Trimester Abortion: A Randomized, Masked, Placebo-Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 97(3), pp. 471-476. https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2001/03000/digoxin_to_facilitate_late_second_trimester.29.aspx

Pasquini, L., Pontello, V. y Kumar, S. (2008). Intracardiac injection of potassium chloride as method for feticide: experience from a single UK tertiary centre. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(4), pp. 528-531. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01639.x>

Reeves, M. F., Goldfarb, C. N., Rubin, S. L., Kuperstock, J. L., DiBianco, L. y Picciotto, A. (2022). Transabdominal lidocaine to induce fetal demise: a cohort study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 48(4). <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2021-201350>

⁵⁶ OMS, 2023a.

Tufa et al., 2020.

Reeves et al., 2022.

⁵⁷ Tufa, T. H., Lavelanet, A. F., Belay, L., Seboka, B. y Bell, J. (2020). Feasibility of intra-amniotic digoxin administration by obstetrics and gynecology trainees to induce fetal demise prior to medical abortion beyond 20 weeks. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46(4). <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2019-200396>

Reeves et al., 2022.

Tabla 2.

Medicamentos y técnicas utilizados para la IAF*

Medicamento	Eficacia	Seguridad	Dosis	Vía de administración	Confirmación de la asistolia (ultrasonido)
Cloruro de potasio (KCl) (inyección intracardíaca)	100%	Los eventos cardíacos de la persona embarazada son raros	4-6 mEq	Intracardíaca. La inyección precisa requiere especialista con entrenamiento	Inmediatamente después de la inyección
Digoxina (inyección intracardíaca o intrafetal o intraamniótica)	92% (inyección intraamniótica) 100% (inyección intracardíaca) 58	Los niveles séricos de la persona embarazada son seguros (debajo de los niveles terapéuticos para la persona embarazada)	1-2 mg	Intracardíaca, intrafetal o intraamniótica. Las vías intrafetal e intraamniótica son técnicamente más fáciles. La vía intraamniótica no requiere ultrasonido	1 hora después de la inyección intracardíaca 12 a 48 horas después de la inyección intraamniótica
Lidocaína (inyección intracardíaca o intratorácica) 59	100% (inyección intracardíaca) 59	Las dosis utilizadas son seguras para la persona embarazada	200-240 mg	Intratorácica o intracardíaca. La inyección precisa requiere especialista con entrenamiento	2 a 5 minutos después de la inyección

* No existen estudios que aseguren la posibilidad de utilizar una combinación de los medicamentos para la IAF. Por eso, no se recomienda la IAF con más de un medicamento afuera de contextos de pesquisa.

Fuente: OMS, 2023a

2.1.2 Orientación

- La IAF con fármacos puede ser realizada con la inyección intracardíaca de cloruro de potasio (4-6 mEq) o la inyección intratorácica o intracardíaca de lidocaína (200-240 mg), o con la inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina (1-2 mg).
- La confirmación de la asistolia es realizada con ultrasonido a los pocos minutos de realizarse la inyección en el caso de cloruro de potasio y lidocaína o pasadas entre 24 y 48 horas en el caso de digoxina (opinión de especialistas).

⁵⁸ Aunque no se dispone de estudios que evalúen la eficacia de la inyección intrafetal de digoxina, especialistas observan que la tasa se encuentra entre el 92% y 100%.

⁵⁹ El 98% de las inyecciones intracardíacas de lidocaína resultan en asistolia sin necesidad de una inyección adicional. Si la actividad cardíaca persiste después de la confirmación con ultrasonido realizada a los 5 minutos, una segunda inyección debe ser realizada. Reeves et al., 2022.

2.2 Inducción del aborto con medicamentos

El tratamiento farmacológico preferido para la inducción medicamentosa del aborto en personas sin antecedentes de cesáreas es una asociación de mifepristona y misoprostol. Cuando no hay disponibilidad de mifepristona el tratamiento puede realizarse solo con misoprostol.

La opinión de especialistas indica que el número necesario de dosis de misoprostol es menor cuando se realiza en forma concomitante la IAF y la administración de 200 mg de mifepristona por vía oral con un tiempo de latencia de 24 a 48 horas para iniciar luego la inducción con misoprostol. En los esquemas con misoprostol exclusivamente, se puede insertar la sonda de Foley e iniciar la primera dosis de misoprostol luego de que se confirme el éxito de la IAF⁶⁰.

Para embarazos de hasta 24 semanas el régimen preferido consiste en administrar 200 mg de mifepristona por vía oral, con retorno de la persona al servicio de salud después de 24 a 48 horas para inducción con 400 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas, sin límite de dosis, hasta la expulsión⁶¹.

Sin embargo, cuando no se cuenta con mifepristona, el tratamiento exclusivo con misoprostol es la única opción de medicamento para las personas en situación de aborto de más de 20 semanas. En este caso, la dosis recomendada es de 400 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas, sin límite de dosis, hasta la expulsión⁶².

Para embarazos de entre 25 y 27 semanas el esquema preferido es un comprimido de mifepristona de 200 mg por vía oral, seguido, después de 24 a 48 horas, por 200 mcg de misoprostol cada 4 horas por vía vaginal, sublingual o bucal⁶³. Si no se dispone de mifepristona, el esquema alternativo es la administración de 200 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal cada 4 horas, sin límite de dosis, hasta la expulsión⁶⁴.

Aunque hay pocos estudios sobre la inducción farmacológica del aborto exclusivamente en embarazos a partir de 28 semanas, se recomienda la dosis de 25-50 mcg de misoprostol cada 4 horas por vía vaginal, antecedida en 24 a 48 horas por 200 mg de mifepristona por vía oral⁶⁵. Cuando no hay mifepristona, el esquema alternativo es la administración de 25-50 mcg de misoprostol por vía vaginal cada 4 horas, sin límite de dosis, hasta la expulsión⁶⁶.

⁶⁰ Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A. y Prabhu, M. (2023). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation. *Contraception: an international reproductive health journal*, 129. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110143>

Rezk, M. A. A., Sanad, Z., Dawood, R., Emarh, M. y Masood, A. (2014). Comparison of intravaginal misoprostol and intracervical Foley catheter alone or in combination for termination of second trimester pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28(1), pp. 93-96. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.905909>

⁶¹ OMS, 2022a.

FIGO (2023). *Tablas de dosificación FIGO de mifepristona y misoprostol y solo misoprostol 2023*. <https://www.figo.org/es/tablas-de-dosificacion-figo-de-mifepristona-y-misoprostol-y-solo-misoprostol-2023>

⁶² OMS, 2022a.

FIGO, 2023.

⁶³ FIGO, 2023.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y RCOG (2019). *Abortion care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140>

⁶⁴ FIGO, 2023.

NICE y RCOG, 2019.

⁶⁵ FIGO, 2023.

⁶⁶ FIGO, 2023.

NICE y RCOG, 2019.

El misoprostol puede utilizarse de forma segura en embarazos de hasta 28 semanas con antecedentes de cesárea, ya que el riesgo de ruptura uterina es similar al riesgo en mujeres sin cicatriz uterina⁶⁷. En personas con más de una cesárea previa, el mayor riesgo de ruptura uterina no contraindica el uso de misoprostol después de la mifepristona, pero la opinión de especialistas sugiere reducir la dosis de misoprostol en embarazos de más de 24 semanas⁶⁸ y ofrecer seguimiento estrecho. En esos casos, también es posible asociar la sonda de Foley transcervical para disminuir el tiempo de inducción⁶⁹.

Para embarazos de más de 28 semanas e histórico de cesárea, se puede utilizar la sonda de Foley transcervical e inducción con altas dosis de oxitocina⁷⁰. El régimen escalonado con 5 UI de oxitocina en 500 mL de solución glucosada al 5% en bomba de infusión a 167 mL/h (en 3 horas), pausa de 1 hora con solución glucosada y aumentos de 5 UI de oxitocina a cada esquema, hasta 30 UI de oxitocina o la expulsión fetal, puede ser considerado. Este régimen presenta un tiempo medio de expulsión de 12 horas y el 97% de expulsión en 48 horas⁷¹.

Después de la expulsión fetal se administran 10 UI de oxitocina por vía intramuscular⁷². Si la persona está canalizada, es preferible la vía endovenosa⁷³. La conducta expectante para la expulsión de la placenta en el aborto medicamentoso no está asociada a mayor riesgo de retención placentaria o de hemorragia posaborto cuando se compara con la dilatación y evacuación⁷⁴. Por lo tanto, si no hay señales de infección o hemorragia, se puede esperar hasta 4 horas para la expulsión placentaria⁷⁵.

No hay indicación de evacuación quirúrgica de rutina después del aborto con medicamentos, solo cuando hay evidencia clínica de aborto incompleto⁷⁶. Tampoco está indicado el ultrasonido de rutina para rastrear la persistencia de los tejidos placentarios (*Tabla 3*)⁷⁷.

Para el tratamiento farmacológico **no hay indicación de profilaxis antibiótica**⁷⁸.

⁶⁷ Zwerling et al., 2023.

Goyal, V. (2009). Uterine Rupture in Second-Trimester Misoprostol-Induced Abortion After Cesarean Delivery: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 113(5), pp. 1117-1123. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31819dbfe2>

⁶⁸ Zwerling et al., 2023.

⁶⁹ El Sharkwy, I. A. E., Elsayed, M. L., Ahmed, M. A., Alnemer, A. A. A. (2019). Low-dose vaginal misoprostol with or without Foley catheter for late second-trimester pregnancy termination in women with previous multiple cesarean sections. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(22). <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1470236>

⁷⁰ Premkumar, A., Manthena, V., Vuppalahadham, L., Van Etten, K., McLaren, H. y Grobman, W. A. (2024). The use of adjunctive mechanical dilation at the time of induction termination and adverse health outcomes: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 6(2). <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.101263>

⁷¹ Yapar, E. G., Senöz, S., Urkütür, M., Batioglu, S. y Gökmen, O. (1996). Second trimester pregnancy termination including fetal death: comparison of five different methods. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (EJOG)*, 69(2), pp. 97-102. [https://www.ejog.org/article/0301-2115\(95\)02548-0/abstract](https://www.ejog.org/article/0301-2115(95)02548-0/abstract)

⁷² Dickinson, J. E. y Doherty, D. A. (2009). Optimization of third-stage management after second-trimester medical pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201(3), p. 303. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.05.044>

⁷³ OMS (2020). *WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth*. <http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336308/9789240013926-eng.pdf?sequence=1>

⁷⁴ Jacques, L., Heinlein, M., Ralph, J., Pan, A., Nugent, M., Kaljo, K. y Farez, R. (2024). Complication rates of dilation and evacuation and labor induction in second-trimester abortion for fetal indications: A retrospective cohort study. *Contraception: an international reproductive health journal*, 102(2), pp. 83-86. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.018>

⁷⁵ Zwerling et al., 2023.

⁷⁶ NICE y RCOG, 2019.

Zwerling et al., 2023.

⁷⁷ Costescu, D. y Guilbert, É. (2018). SOGC Clinical Practice Guideline Nº 360. Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 40(6), pp. 750-783. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.12.010>

⁷⁸ OMS, 2022a.

2.2 Orientación

- Para embarazos de hasta 24 semanas se recomiendan 200 mg de mifepristona por vía oral, seguidos, luego de un intervalo de 24 a 48 horas, por 400 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas hasta la expulsión de los productos del embarazo. Cuando no hay mifepristona se utilizan 400 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas hasta la expulsión.
- Para embarazos de entre 25 y 27 semanas se utiliza la administración oral de 200 mg de mifepristona, seguida, luego de un intervalo de 24 a 48 horas, por 200 mcg de misoprostol cada 4 horas por vía vaginal, sublingual o bucal. Cuando no hay mifepristona se utilizan 200 mcg de misoprostol cada 4 horas por vía vaginal, sublingual o bucal.
- Para embarazos a partir de 28 semanas se recomiendan 200 mg de mifepristona por vía oral, seguidos, luego de un intervalo de 24 a 48 horas, por 25-50 mcg de misoprostol cada 4 horas por vía vaginal. Cuando no hay mifepristona se utilizan 25-50 mcg de misoprostol cada 4 horas por vía vaginal.
- Se puede administrar mifepristona en forma concomitante a la IAF y aguardar entre 24 y 48 horas para iniciar la inducción con misoprostol. En los esquemas que no utilizan mifepristona y solo emplean misoprostol se puede insertar la sonda de Foley transcervical y administrar la primera dosis luego de que se confirme el éxito de la IAF para disminuir el tiempo de inducción del aborto (opinión de especialistas).
- En personas con embarazos de entre 24 y 27 semanas y más de una cesárea previa se sugiere reducir la dosis de misoprostol y ofrecer seguimiento estrecho. La inserción de la sonda de Foley transcervical también puede ser considerada en conjunto con la administración de misoprostol.
- En personas con embarazos de más de 28 semanas e histórico de cesárea, se puede utilizar la sonda de Foley transcervical e inducción con altas dosis de oxitocina.
- Después de la expulsión fetal se administran 10 UI de oxitocina por vía intramuscular.
- Si no hay señales de infección o hemorragia se puede esperar hasta 4 horas para la expulsión placentaria.
- No se debe utilizar la evacuación quirúrgica de rutina y tampoco la ecografía de rutina después del aborto con medicamentos.

2.3 Dilatación y evacuación

2.3.1 Preparación cervical para la DyE

La preparación cervical es realizada con dilatadores cervicales y con métodos farmacológicos. La inserción de dilatadores cervicales generalmente ocurre un día antes del procedimiento, en escenario ambulatorio. Una vez que los dilatadores osmóticos alcanzan una dilatación máxima, lo cual ocurre en un lapso de entre 6 y 24 horas, es posible realizar la preparación cervical el mismo día del procedimiento de evacuación⁷⁹.

Si los dilatadores cervicales no están disponibles, es posible realizar la preparación cervical con sonda de Foley transcervical⁸⁰.

Para la inserción de dilatadores cervicales (laminarias o dilatadores osmóticos), se utiliza el bloqueo paracervical con fármaco anestésico (bupivacaína o lidocaína). La cantidad de dilatadores depende del tiempo gestacional.

La persona puede ser dada de alta con prescripción de antiinflamatorios (analgesia oral) y orientada sobre la posibilidad de expulsión de los dilatadores antes del procedimiento. Se le debe indicar que acuda al servicio de salud antes de la fecha del procedimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas o señales⁸¹:

- sangrado vaginal, con flujo semejante o mayor que la menstruación;
- cólicos que no mejoran con el uso de antiinflamatorios;
- rotura de membranas, con salida de líquido transparente por la vagina, en cantidad que mancha las ropas y las piernas;
- fiebre (temperatura corporal mayor que 37,5 °C);
- salida de los dilatadores: en ese caso, la persona deberá contar la cantidad de dilatadores para avisar al personal de salud.

Para la preparación farmacológica del cuello uterino se utilizan 200 mg de mifepristona por vía oral entre 24 y 48 horas antes del procedimiento y 400 mcg de misoprostol entre 1 y 2 horas antes del procedimiento por vía sublingual o entre 2 y 3 horas antes del procedimiento por vía vaginal⁸².

⁷⁹ OMS, 2023a.

⁸⁰ Chandrasekaran, S., Paul, M., Ruggiero, S., Monschauer, E., Blanchard, K. y Robinson, Y. (2021). Foley catheter and misoprostol for cervical preparation for second-trimester surgical abortion. *Contraception: an international reproductive health journal*, 104(4), pp. 437-441. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.06.015>

Sium, A. F., Prager, S., Wolderufael, M., Abubeker, F. A., Tufa, T. H. y Grentzer, J. M. (2022). Foley catheter for cervical preparation prior to second trimester dilation and evacuation: A supply-based alternative for surgical abortion: A case series. *Contraception: X*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2022.100085>

⁸¹ OMS, 2023a.

⁸² OMS, 2023a.

2.3.1 Orientación

- La preparación cervical para la DyE es realizada con una combinación de dilatadores cervicales y de medicamentos (mifepristona + misoprostol o solamente misoprostol).
- Los dilatadores cervicales generalmente son insertados un día antes del procedimiento con bloqueo paracervical.
- La mifepristona, cuando esté disponible, se administra entre 24 y 48 horas antes del procedimiento por vía oral.
- El misoprostol se administra entre 1 y 3 horas antes del procedimiento por vía sublingual o vaginal.

2.3.2 La evacuación uterina

Antes del inicio de la evacuación uterina se recomienda el bloqueo paracervical con lidocaína más vasopresina para reducción del riesgo de sangrado cervical⁸³. Después de la retirada de los dilatadores cervicales se verifica la dilatación cervical por el tacto vaginal. Si la dilatación cervical es menor que 4 cm, se recomienda la utilización de dilatadores mecánicos (dilatadores de Pratt) bajo orientación de ultrasonido.

La evacuación uterina con pinzas tipo Sopher o Bierer es realizada con orientación ultrasonográfica. Durante la evacuación uterina se utilizan 30 UI de oxitocina diluída en 500 mL de solución fisiológica por vía endovenosa para prevención de hemorragia posaborto⁸⁴. También se utiliza profilaxis antibiótica en dosis única antes o durante la DyE (Tabla 3)⁸⁵.

2.3.2 Orientación

- Para la prevención de hemorragia posaborto se utiliza la lidocaína con vasopresina en el bloqueo paracervical y la administración de 30 UI de oxitocina en 500 mL de solución fisiológica durante la DyE.
- El uso del ultrasonido durante la DyE está indicado.
- La profilaxis antibiótica en dosis única antes o durante la DyE también está indicada.

⁸³ Kerns et al., 2024.

⁸⁴ Whitehouse, K., Tschann, M., Soon, R., Davis, J., Micks, E., Salcedo, J., Savala, M. y Kaneshiro, B. (2019). Effects of Prophylactic Oxytocin on Bleeding Outcomes in Women Undergoing Dilation and Evacuation: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 133(3), pp. 484-491. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003104>

⁸⁵ OMS, 2023a.

Ipas (2023). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2024/01/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva-CURHS23b.pdf>

Tabla 3

Aborto medicamentoso o dilatación y evacuación (DyE) para tiempos gestacionales a partir de 20 semanas

	20-21 sem ^{6d}	22-24 sem ^{6d}	25-27 sem ^{6d}	≥ 28 sem
Aborto con medicamentos				
IAF	recomendable	necesaria		
Mifepristona + misoprostol	200 mg mifepristona VO			
	400 mcg misoprostol BU/VV/SL† 3/3h		200 mcg misoprostol BU/VV/SL† 4/4h	25-50 mcg misoprostol VV† 4/4h
Misoprostol§	400 mcg misoprostol BU/VV/SL† 3/3h		200 mcg misoprostol BU/VV/SL† 4/4h	25-50 mcg misoprostol VV† 4/4h
Prevención de hemorragia	10 UI oxitocina por vía intramuscular después de la expulsión fetal			
Profilaxis antibiótica	no está indicada			
Dilatación y evacuación (DyE)				
IAF	recomendable			
Preparación cervical	dilatadores cervicales 24 horas antes del procedimiento + 200 mg de mifepristona por vía oral 24-48 horas antes del procedimiento, si disponible + 400 mcg de misoprostol por vía sublingual o vaginal 1-3 horas antes del procedimiento o catéter de Foley transcervical 24 horas antes del procedimiento + 200 mg de mifepristona por vía oral 24-48 horas antes del procedimiento, si disponible + 400 mcg de misoprostol por vía sublingual o vaginal 1-3 horas antes del procedimiento			
Evacuación uterina	fórceps tipo Sopher o Bierer bajo orientación ultrasonográfica			
Prevención de hemorragia	30 UI de oxitocina en 500 mL de solución fisiológica al momento de colocación del espéculo vaginal			
Profilaxis antibiótica	dosis única de metronidazol (500 mg) o doxiciclina (200 mg) o azitromicina (500 mg) antes o durante el procedimiento ⁸⁶			

IAF: inducción de asistolia fetal; BU: vía bucal; VO: vía oral; VV: vía vaginal; SL: vía sublingual

§ Regímenes para países sin disponibilidad de mifepristona

† 24-48 horas después de la administración de mifepristona

Fuente: elaboración propia

⁸⁶ Ipas, 2023.

2.4 Manejo del dolor

El manejo del dolor debe estar centrado en las necesidades individuales de la persona que busca el cuidado en aborto. Para evaluar las necesidades de la persona, escalas numéricas verbales o visuales suelen ser útiles, sobre todo en personas menores de 15 años, situación en que también se pueden utilizar las caras de Wong-Baker para esa evaluación⁸⁷.

Los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor están indicados tanto para el aborto medicamentoso como para el procedimiento de dilatación y evacuación⁸⁸:

- comunicación respetuosa y sin prejuicios;
- apoyo verbal y seguridad, explicación detallada de qué esperar (si la persona lo desea);
- presencia de una persona de apoyo que pueda permanecer con la persona durante el proceso (si ella lo desea);
- música;
- bolsa de agua caliente o almohadilla térmica;
- provisión de un ambiente no compartido con personas en trabajo de parto (siempre que no constituya una barrera de acceso).

Para el alivio del dolor en el tratamiento con medicamentos se utilizan de manera profiláctica y rutinaria los antiinflamatorios no esteroideos (AINES)⁸⁹, luego los métodos adicionales como los opioides, los antieméticos (metoclopramida) y la analgesia epidural⁹⁰.

La combinación de metoclopramida (10 mg) 10 minutos antes y 4 horas después de la primera dosis de morfina es capaz de reducir el tiempo de inducción del aborto y la cantidad acumulada de dosis de morfina requeridas⁹¹.

En sitios con disponibilidad de analgesia epidural, esta opción siempre debe ser ofrecida a la persona que aborta. Ante la indisponibilidad de analgesia epidural, el uso de opioides como morfina (2 mg en bolo, inyección lenta) o fentanilo (25 mcg en bolo, inyección lenta) es una alternativa para el alivio del dolor (*Tabla 4*)⁹². En casos de niñas y adolescentes o de personas con peso corporal menor que 50 kg se debe considerar ajustar las dosis por kilo de peso⁹³.

El tratamiento del dolor escalonado comenzando con AINES por vía oral, luego con AINES por vía endovenosa, después la analgesia con opioides y por último la analgesia epidural (si disponible), siempre con medidas no farmacológicas, es considerado por especialistas como un esquema con buena tolerancia con respecto al dolor y al confort de la persona.

⁸⁷ Ortiz, G. (2020). Guía técnica. *Atención integral del aborto en menores de 15 años*. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) e Ipas. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1333/GUIA%20TEC_ATE%20ABORTO_FINAL.pdf

⁸⁸ OMS, 2023a.

⁸⁹ OMS, 2023a.

⁹⁰ OMS, 2023a.

Jackson, E. y Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception: an international reproductive health journal*, 83(2), pp. 116-126. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.07.014>

⁹¹ Jackson y Kapp, 2011.

⁹² Jackson y Kapp, 2011.

⁹³ Ortiz, 2020.

Para el aborto por procedimiento (DyE), también se ofrecen de manera rutinaria los AINES (ibuprofeno)⁹⁴. La OMS también recomienda el uso de bloqueo paracervical y sedación consciente y desaconseja el uso rutinario de anestesia general. Sin embargo, una revisión sistemática que incluyó cuatro estudios sobre el manejo del dolor en DyE concluyó que el uso de sedación profunda (propofol) o anestesia general fue efectivo para el alivio del dolor y no afectó la frecuencia de complicaciones y efectos adversos o secundarios (Tabla 4)⁹⁵.

Tabla 4

Manejo no farmacológico y farmacológico del dolor en la atención del aborto a partir de 20 semanas

Régimen	≤ 24 semanas		> 24 semanas
	DyE	Con medicamentos	Con medicamentos
No farmacológico	comunicación respetuosa y sin prejuicios; apoyo verbal y seguridad; explicación detallada de qué esperar (si la persona lo desea); presencia de una persona de apoyo que pueda permanecer con la persona durante el proceso (si ella lo desea); música; bolsa de agua caliente o almohadilla térmica ⁹⁶ ; provisión de un ambiente no compartido con personas en trabajo de parto		
Analgesia oral	800 mg ibuprofeno (VO) + 30 mg codeína (VO) o 10 mg morfina (VO) ⁹⁷		
Sedación mínima			
Bloqueo paracervical	lidocaína 0,5%-1,0% o bupivacaína 0,25% ⁹⁸		
Bloqueo regional		epidural en bolo o continua	
Analgesia endovenosa		(cuando bloqueo epidural indisponible) 10 mg metoclopramida (EV) + 0,1-0,2 mg/kg morfina (EV) 10 minutos después y según la necesidad + 10 mg metoclopramida 4 horas después ^{99†}	
Sedación moderada (Tabla 4.1)		0,1-0,2 mg/kg morfina (EV) + 50-100 mcg fentanilo (EV) ¹⁰⁰ (Tabla 4.1)	
Sedación profunda (Tabla 4.2)	propofol + fentanilo	(puede ser utilizada durante el período de expulsión, para extracción fetal) propofol + opioide (Tabla 4.2)	(puede ser utilizada durante el período de expulsión, para extracción fetal) propofol + opioide (Tabla 4.2)
Anestesia general§	propofol		

EV: vía endovenosa; VO: vía oral

† Ese régimen presenta las siguientes ventajas: menor necesidad de morfina, menor dolor en las primeras 6 horas y menor tiempo para expulsión fetal.

§ La OMS no recomienda el uso de anestesia general para la dilatación y evacuación, a pesar de que una revisión sistemática publicada en 2020 demostró que no hay diferencias significativas en la prevalencia de complicaciones, efectos colaterales y adversos según los diversos regímenes de manejo del dolor, incluyendo la anestesia general¹⁰¹

⁹⁴ OMS, 2023a.

⁹⁵ Jackson, E. y Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(11), pp. 1348-1357. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32162427/>

⁹⁶ OMS, 2023a.

⁹⁷ OMS, 2023a.

⁹⁸ OMS, 2023a.

⁹⁹ Jackson y Kapp, 2011.

¹⁰⁰ Jackson y Kapp, 2011.

¹⁰¹ Jackson y Kapp, 2020.

Tabla 4.1.

Medicamentos utilizados para sedación moderada¹⁰²

Medicamento	Dosis inicial habitual	Dosis inicial máxima	Dosis adicional
Analgésicos opioides			
Fentanilo	50-100 mcg (EV)	200 mcg (EV)	50-100 mcg (EV)
Petidina	25-100 mg (EV/IM)		
Tramadol	50-100 mg (EV/IM)		
Morfina	0,1-0,2 mg/kg (EV)		
Ansiolíticos			
Midazolam	1-3 mg (EV)	4 mg (EV)	1-2 mg (EV)
Diazepam	5-10 mg (EV)		
Lorazepam	1 mg (EV)		

EV: vía endovenosa; IM: vía intramuscular

Tabla 4.2.

Medicamentos utilizados para sedación profunda¹⁰³

Medicamento	Dosis adicional
Analgésicos opioides	
Propofol + fentanilo	0,5 - 1,0 mg/kg + 100-300 mcg (EV)
Ketamina + fentanilo	10 mg + 50-100 mcg (EV)
Ansiolíticos	
Midazolam	1-2 mg (EV)
Diazepam	5-10 mg (EV)
Lorazepam	1 mg (EV)

EV: vía endovenosa

¹⁰² OMS, 2023a.

Allen, R. H. y Singh, R. (2018). Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion. Part 1: local anesthesia and minimal sedation. *Contraception: an international reproductive health journal*, 97(6), pp. 471-477. [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(18\)30036-2/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(18)30036-2/fulltext)

¹⁰³ OMS, 2023a.

2.4 Orientación

- Para el alivio del dolor en el tratamiento con medicamentos se utilizan de manera profiláctica y rutinaria los AINES (ibuprofeno). Los métodos adicionales para el manejo del dolor incluyen los opioides, los antieméticos y la analgesia epidural.
- El tratamiento escalonado comenzando con los AINES por vía oral y luego por vía endovenosa, seguido por los opioides y por último por la analgesia epidural (si disponible), siempre con medidas no farmacológicas, es útil para el manejo del dolor en el aborto medicamentoso (opinión de especialistas).
- El uso de opioides y sus derivados es una alternativa para el alivio del dolor ante la falta de anestesia epidural.
- Para el aborto por procedimiento (DyE), se ofrecen de manera rutinaria los AINES (ibuprofeno), el bloqueo paracervical y la sedación consciente.
- La sedación profunda con propofol o la anestesia general también pueden ser utilizadas para el alivio del dolor durante la DyE.

2.5 Confirmación de evacuación completa

2.5.1 Inducción del aborto con medicamentos

Durante el proceso de expulsión fetal se sugiere el acompañamiento y la supervisión por parte del equipo de salud y el manejo cuidadoso del feto después de la expulsión.

La evacuación completa del aborto con medicamentos es confirmada por medio de la inspección visual del feto y de la placenta, además del monitoreo de los signos y síntomas de la persona (señales vitales estables, y sangrado vaginal y dolor abdominal reducidos)¹⁰⁴.

Menos del 10% de los abortos con medicamentos necesitan intervención quirúrgica (aspiración uterina) para remoción de tejidos placentarios¹⁰⁵. Por eso, no se debe utilizar la ecografía de rutina para rastrear la persistencia de los tejidos placentarios¹⁰⁶ y la aspiración uterina después del aborto medicamentoso solo está indicada cuando hay evidencia clínica de aborto incompleto (sangrado abundante, fiebre, placenta retenida más de 3 a 4 horas después de la expulsión fetal)¹⁰⁷.

¹⁰⁴ OMS, 2023a.

¹⁰⁵ Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S. y Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following induction abortion with misoprostol. *Contraception: an international reproductive health journal*, 76(4), pp. 310-313. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2007.06.010>

¹⁰⁶ Costescu y Guilbert, 2018.

¹⁰⁷ NICE y RCOG, 2019.
Zwerling et al., 2023.

2.5.1 Orientación

- Durante el proceso de expulsión fetal se sugiere el acompañamiento y la supervisión por parte del equipo de salud y el manejo cuidadoso del feto después de la expulsión.
- La evacuación completa del aborto con medicamentos es confirmada por medio de la inspección visual de los productos del embarazo y del monitoreo de los signos y síntomas de la persona (señales vitales estables, y sangrado vaginal y dolor abdominal reducidos).
- La intervención quirúrgica y la ultrasonografía después del aborto con medicamentos no están indicadas de manera rutinaria.
- La aspiración uterina después del aborto con medicamentos solo está indicada cuando hay evidencia clínica de aborto incompleto.

2.5.2 Dilatación y evacuación

La inspección visual de los productos del embarazo (cuatro extremidades, tórax/columna vertebral, calvarium y placenta) **es utilizada para la confirmación de la evacuación completa del útero durante la DyE¹⁰⁸. Cuando la DyE es guiada por ultrasonografía se la puede utilizar para la confirmación de la evacuación completa del útero.**

Durante la aspiración final en la DyE se puede confirmar la evacuación completa del útero por medio de los siguientes signos¹⁰⁹:

- aparece espuma roja o rosada y no se ve pasar más tejido por la cánula;
- se siente una sensación arenosa cuando la cánula pasa por la superficie del útero evacuado;
- el útero se contrae alrededor de la cánula;
- la persona siente calambres o dolor intensificados, lo que indica que el útero se está contrayendo.

No se debe utilizar el legrado uterino para verificar el éxito del aborto¹¹⁰.

2.5.2 Orientación

- La inspección visual de los productos del embarazo y los signos de evacuación completa durante la aspiración final de procedimiento de DyE son utilizados para confirmar la evacuación completa del útero.
- La ultrasonografía durante la DyE puede ser utilizada para confirmar la evacuación completa del útero.
- No se debe utilizar el legrado uterino para verificar el éxito del aborto.

¹⁰⁸ OMS, 2023a.

¹⁰⁹ OMS, 2023a.

¹¹⁰ OMS, 2023a.

2.6 Profilaxia anti-D

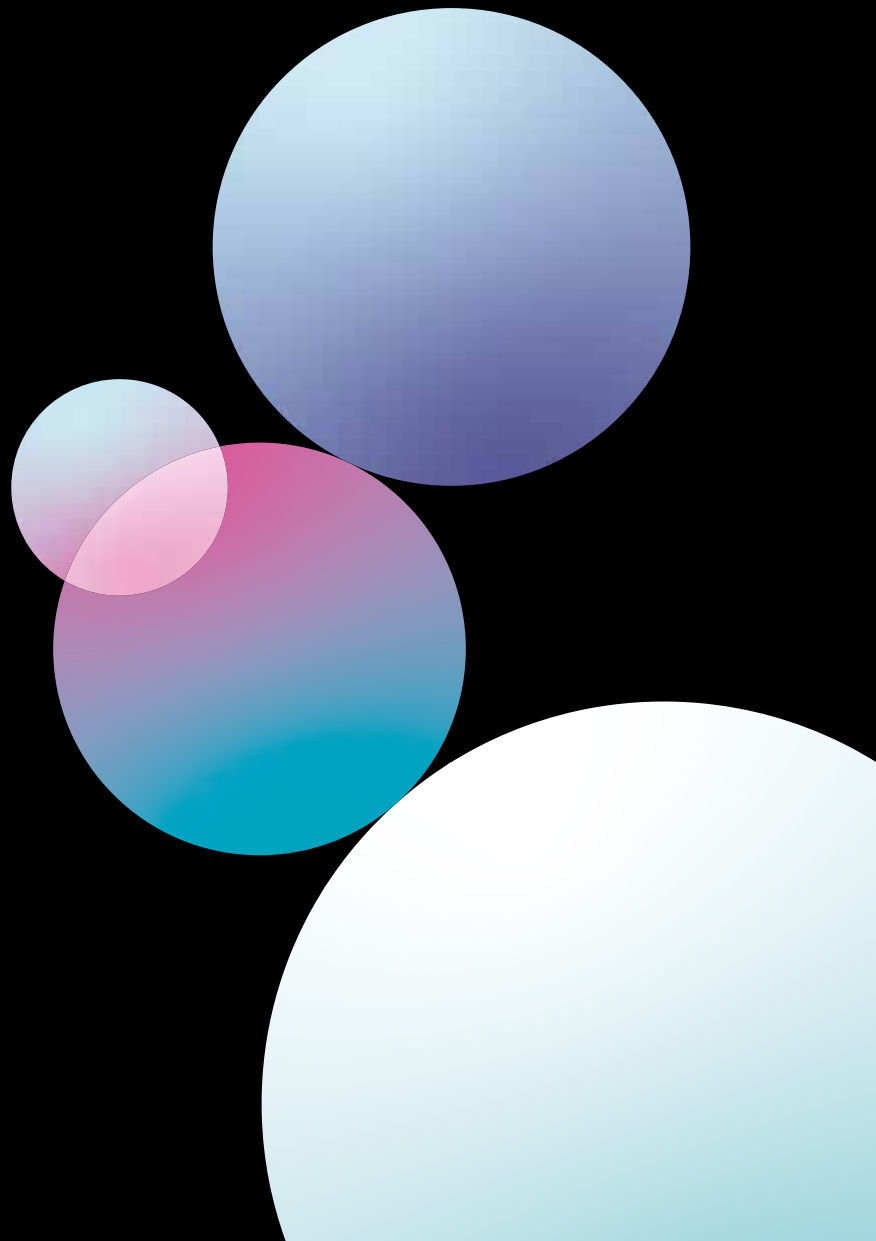
La profilaxia anti-D es ofrecida a todas las personas Rh negativas con 20 semanas o más de embarazo durante el proceso del aborto inducido o dentro de 72 horas después del tratamiento, en dosis de 300 mcg de inmunoglobulina anti-D por vía intramuscular¹¹¹.

2.6 Orientación

- La inmunoglobulina anti-D es ofrecida a todas las personas Rh negativas con 20 semanas o más de embarazo dentro de las 72 horas del aborto inducido en dosis de 300 mcg de inmunoglobulina anti-D por vía intramuscular.

¹¹¹ Qureshi, H., Massey, E., Kirwan, D., Davies, T., Robson, S., White, J., Jones, J., Allard, S. y British Society for Haematology (2014). BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. *Transfusion medicine (Oxford, England)*, 24(1), pp. 8-20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25121158/>

3. Atención después de la expulsión de los **productos** **del embarazo**



3.1 Inhibición de la lactancia

Más del 90% de las personas van a presentar síntomas mamarios como la ingurgitación y el dolor mamario después de un aborto inducido con más de 20 semanas¹¹². **Para la inhibición de la lactancia después del aborto inducido (con medicamentos o por procedimiento), está indicado 1 mg de cabergolina por vía oral en dosis única¹¹³.** Cuando la cabergolina no esté disponible, pueden usarse los métodos mecánicos (como la utilización de sostén y de compresas frías)¹¹⁴.

3.1 Orientación

- La inhibición de la lactancia con 1 mg de cabergolina por vía oral en dosis única está indicada después de un aborto inducido con más de 20 semanas.
- Ante la indisponibilidad de la cabergolina, pueden ofrecerse los métodos mecánicos de inhibición de la lactancia.

¹¹² Henkel, A., Reeves, M. F. y Shaw, K. A. (2024). The experience of breast symptoms after second-trimester abortion or pregnancy loss. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3), pp. e3–e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.025>

¹¹³ Henkel, A., Johnson, S. A., Reeves, M. F., Cahill, E. P., Blumenthal, P. D. y Shaw, K. A. (2023). Cabergoline for Lactation Inhibition After Second-Trimester Abortion or Pregnancy Loss: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and gynecology*, 141(6), pp. 1115–1123. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005190>

La cabergolina debe ser utilizada con cuidado en personas con hipertensión o preeclampsia, ya que puede aumentar los niveles de tensión arterial y está asociada a hemorragia intracraneana.

¹¹⁴ OMS, 2023a.

Resultados de ensayos clínicos demuestran que los métodos farmacológicos son superiores a los métodos mecánicos de inhibición de la lactancia. Sin embargo, los métodos mecánicos pueden ser ofrecidos en la indisponibilidad de cabergolina.

Oladapo, O. T. y Fawole, B. (2012). Treatments for suppression of lactation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012(9). https://www.cochrane.org/CD005937/PREG_treatments-for-suppression-of-lactation

La bromocriptina debe ser evitada, pues, además de su posología de difícil adhesión (14 días), sus graves efectos adversos (el infarto del miocardio y el accidente vascular cerebral) han contraindicado su uso para la inhibición de la lactancia.

Bernard, N., Jantzen, H., Becker, M., Pecriaux, C., Bénard-Larivière, A., Montastruc, J. L., Descotes, J., Vial, T. y French Network of Regional Pharmacovigilance Centres (2015). Severe adverse effects of bromocriptine in lactation inhibition: a pharmacovigilance survey. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(9), pp. 1244–1251. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25761676/>

3.2 Asesoramiento anticonceptivo

3.2.1 ¿Qué métodos anticonceptivos ofrecer?

Si la persona que abortó desea iniciar algún método, el equipo debe ofrecer todos los métodos elegibles y orientar sobre sus usos, riesgos, beneficios y tasas de falla ([Tabla 5](#)).

Tabla 5

Tasas de embarazo no deseado en el primer año de uso del método anticonceptivo muy efectivo o efectivo

Método anticonceptivo	Tasa de embarazo cada 1000 personas
Implante	1
Esterilización femenina	5
DIU de levonorgestrel	7
DIU de cobre	8
Inyectable mensual	30
Inyectable de progestágeno	40
Combinados oral	70
Oral de progestágeno	70
Parche combinado	70
Anillo combinado	70

DIU: dispositivo intrauterino

Fuente: OMS, 2022b

3.2.1 Orientación

- Si la persona que abortó desea iniciar algún método, el equipo debe ofrecer todos los métodos elegibles y orientar sobre sus usos, riesgos, beneficios y tasas de falla.

3.2.2 ¿Cuándo iniciar los métodos anticonceptivos?

Si se desea anticoncepción, se puede ofrecer cualquier método anticonceptivo a la persona para iniciar inmediatamente después del aborto, siguiendo los criterios de elegibilidad para la anticoncepción¹¹⁵.

Si se eligen los métodos hormonales (orales, inyectables, anillo, parche o implante), la anticoncepción puede iniciarse el mismo día del procedimiento de la DyE o de la primera dosis de mifepristona o de misoprostol en el tratamiento con medicamentos¹¹⁶.

Para quienes opten por el dispositivo intrauterino (DIU), la inserción puede realizarse inmediatamente después del procedimiento de la DyE o en el momento de determinar el éxito del tratamiento con medicamentos¹¹⁷. Sin embargo, frente a casos de hemorragia posaborto o de infección, la inserción del DIU debe posponerse¹¹⁸.

3.2.2 Orientación

- Para los métodos hormonales (orales, inyectables, anillo, parche o implante), la anticoncepción puede iniciarse el mismo día del procedimiento de la DyE.
- Los métodos hormonales se pueden iniciar el mismo día de la primera dosis de mifepristona o de misoprostol en el tratamiento con medicamentos, excepto para el anillo, que se recomienda esperar hasta la expulsión de los productos del embarazo (opinión de especialistas).
- Para el dispositivo intrauterino (DIU), la inserción puede realizarse inmediatamente después del procedimiento de la DyE o en el momento de determinar el éxito del tratamiento con medicamentos, con excepción de los casos de hemorragia o infección posaborto.

3.3 Antes del alta

La persona que abortó puede recibir el alta después del período de observación (2 a 12 horas) si presenta cuadro clínico estable (autosuficiencia para deambular, presión arterial y pulso estables, y sangrado vaginal y dolor controlados)¹¹⁹.

Antes del alta, la persona que abortó debe ser orientada en cuanto a las señales de advertencia que indican la necesidad de un retorno inmediato al servicio de salud: aumento de los cólicos o del dolor abdominal, sangrado vaginal excesivo (más de dos compresas nocturnas empapadas por hora, durante 2 horas consecutivas) y fiebre¹²⁰.

¹¹⁵ OMS, 2015.
OMS, 2022b.
Zwerling et al., 2023.

¹¹⁶ OMS, 2022b.

¹¹⁷ OMS, 2022a.

¹¹⁸ OMS, 2022b.
Zwerling et al., 2023.

¹¹⁹ OMS, 2023a.

¹²⁰ OMS, 2023a.
NICE y RCOG, 2019.

La orientación sobre los signos comunes también es importante: el sangrado vaginal es más abundante en el aborto medicamentoso y puede permanecer en media 10 días (en casos raros, puede permanecer hasta 45 días) y la actividad sexual puede reanudarse tan pronto como cese el sangrado más abundante o cuando la persona se sienta lista¹²¹. Esas orientaciones deben ser brindadas de manera verbal y escrita, preferiblemente.

3.3 Orientación

- La persona que abortó puede recibir el alta después del período de observación (2 a 12 horas) si mantiene un cuadro clínico estable (autosuficiencia para deambular, presión arterial y pulso estables, y sangrado vaginal y dolor controlados).
- Las orientaciones de alta deben ser brindadas de manera verbal y escrita.
- Aumento de los cólicos o del dolor abdominal, sangrado vaginal excesivo (más de dos compresas nocturnas empapadas por hora, durante 2 horas consecutivas) y fiebre son señales de advertencia que indican la necesidad de un retorno inmediato al servicio de salud.
- Orientaciones sobre qué esperar en las semanas siguientes también son ofrecidas antes del alta: el sangrado vaginal puede permanecer hasta dos semanas y la actividad sexual puede reanudarse tan pronto como cese el sangrado más abundante o cuando la persona se sienta lista.

3.4 Seguimiento

Aunque no hay evidencias sobre la necesidad de seguimiento después de un aborto sin complicaciones, **puede ofrecerse una consulta de seguimiento (presencial o por telemedicina) entre 7 y 14 días después de la intervención** para brindar servicios de anticoncepción, apoyo emocional y gestión de cualquier duda que la persona pueda presentar en ese período¹²².

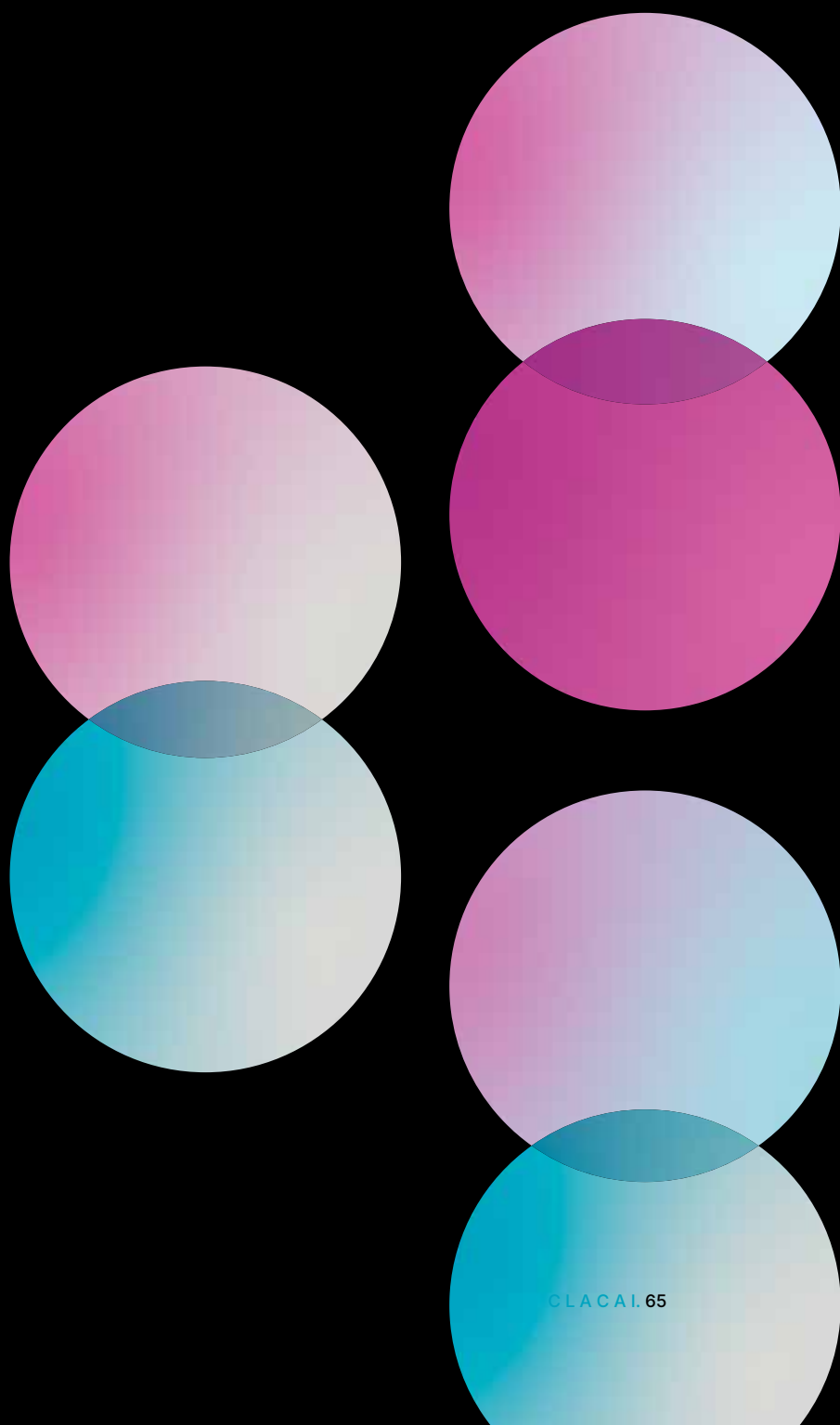
3.4 Orientación

- Se puede ofrecer una consulta de seguimiento (presencial o por telemedicina) entre 7 y 14 días después de la intervención para brindar servicios de anticoncepción, apoyo emocional y gestión de cualquier duda que la persona pueda presentar en ese período.

¹²¹OMS, 2023a.
NICE y RCOG, 2019.

¹²² OMS, 2023a.

4. Tratamiento de las complicaciones posaborto



4.1 Hemorragia posaborto

A toda persona que se presente en busca de servicios de aborto se le debe preguntar sobre los aspectos de su historia clínica asociados con un riesgo elevado de sangrado. Esto incluye una revisión de complicaciones obstétricas, especialmente hemorragia, antecedentes de dos o más cesáreas, presencia de trastorno hemorrágico, diagnóstico de muerte fetal, obesidad, edad avanzada de la persona embarazada, y placenta previa o acreta¹²³.

El personal clínico puede considerar medidas para evitar y para reaccionar ante un aumento de sangrado, tales como evaluar la hemoglobina o el hematocrito antes del aborto, utilizar la ultrasonografía durante la DyE, asegurar la pronta disponibilidad de medicamentos uterotónicos, prepararse para una posible transfusión o para referir a la persona a un establecimiento de salud de nivel superior, aunque hay poca evidencia para guiar la práctica¹²⁴.

Otras medidas preventivas incluyen el uso profiláctico de oxitocina después de la expulsión fetal en el aborto con medicamentos (10 UI por vía intramuscular) o durante la DyE (30 UI en 500 mL de solución fisiológica)¹²⁵ y el bloqueo paracervical con lidocaína más adrenalina o 4 UI de vasopresina durante la DyE¹²⁶.

Cuando se sospecha de hemorragia posaborto debe evaluarse y tratar rápida y sistemáticamente. La evaluación inicial consiste en un examen bimanual para detectar atonía uterina, una inspección del cérvix para detectar laceración, la repetición de la aspiración o la realización de un examen de ultrasonido para detectar tejidos ovulares retenidos o hematometra¹²⁷.

Una laceración cervical puede ser tratada con presión directa con una gasa o una pinza con esponja, con aplicación de agentes coagulantes tópicos (como nitrato de plata o una solución de sulfato férrico), o realizando suturas absorbibles¹²⁸.

La atonía uterina requiere una respuesta secuencial rápida, comenzando con un masaje uterino, seguido por medicamentos uterotónicos, (re)aspiración, taponamiento uterino y finalmente medidas quirúrgicas. El equipo de salud debe pasar con rapidez al próximo paso si no se controla el sangrado. Cuando se utilizan medicamentos uterotónicos pueden administrarse dosis adicionales o repetidas si el sangrado no disminuye después de la primera dosis ([Tabla 6](#))¹²⁹.

¹²³ Kerns et al., 2024.

¹²⁴ Kerns et al., 2024.

¹²⁵ Whitehouse et al., 2019.

¹²⁶ Kerns et al., 2024.

¹²⁷ Kerns et al., 2024.

¹²⁸ Kerns et al., 2024.

¹²⁹ Kerns et al., 2024.

Tabla 6

Tratamiento de la hemorragia posaborto según la causa¹³⁰

Causa	Frecuencia relativa*	Tratamiento ¹³¹
Atonía uterina	50%	Masaje uterino. Ácido tranexámico 1 g por vía endovenosa ¹³² . Uterotónicos (oxitocina 10-40 UI por vía endovenosa, ergotamina 0,2 mg por vía intramuscular, misoprostol 800-1000 mcg por vía sublingual). Compresión uterina con balón de Bakri o catéter de Foley. Transfusión sanguínea.
Retención de tejidos	28%	(Re)aspiración uterina con AMEU o aspiración eléctrica. Ácido tranexámico 1 g por vía endovenosa ¹³³ .
Laceración cervical o vaginal	10%	Presión directa con gasa o esponja. Aplicación de agentes coagulantes tópicos (como nitrato de plata o una solución de sulfato férrico). Ácido tranexámico 1 g por vía endovenosa ¹³⁴ . Sutura de las laceraciones.
Perforación o ruptura uterina	7%	Laparoscopia (preferible) o laparotomía (preferible si inestabilidad hemodinámica). Ácido tranexámico 1 g por vía endovenosa ¹³⁵ .
Coagulopatía	5%	Reposición de los factores de coagulación. Ácido tranexámico 1 g por vía endovenosa ¹³⁶ .

* al total de casos de hemorragia posaborto (frecuencia aproximada)

¹³⁰ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2013). Practice Bulletin N° 135: Second-trimester abortion. *Obstetrics and gynecology*, 121(6), pp. 1394-1406. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000431056.79334.cc>

¹³¹ OMS, 2023a.

¹³² OMS (2017). *WHO recommendation on tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493081/pdf/Bookshelf_NBK493081.pdf

¹³³ OMS, 2017.

¹³⁴ OMS, 2017.

¹³⁵ OMS, 2017.

¹³⁶ OMS, 2017.

Cuando el sangrado continúa después de tener certeza de que se logró una evacuación uterina completa y cuando no hay laceraciones visibles, otras complicaciones, tales como perforación, coagulopatía o placenta acreta deben ser consideradas¹³⁷. Si hay presencia de coagulopatía, como coagulación intravascular diseminada, puede ser necesario administrar productos de sangre. Las medidas quirúrgicas como una histerectomía, suturas de compresión uterina, ligadura de las arterias uterinas o embolización de las arterias uterinas, pueden realizarse para tratar un sangrado grave que no puede ser controlado con otras medidas¹³⁸.

Las personas con diagnóstico de hemorragia posaborto requieren la colocación de una vía intravenosa, oxígeno suplementario, reanimación con líquidos y reposición de productos de sangre, según lo indicado¹³⁹.

4.1 Orientación

- El uso profiláctico de oxitocina después de la expulsión fetal en el aborto con medicamentos (10 UI por vía intramuscular) o durante la DyE (30 UI en 500 mL de solución fisiológica) y el bloqueo paracervical con lidocaína más adrenalina o vasopresina durante la DyE pueden prevenir la hemorragia posaborto.
- Ante la sospecha de hemorragia posaborto, el examen bimanual para detectar atonía uterina, la inspección del cérvix para detectar laceración, la repetición de la aspiración o la realización de un examen de ultrasonido para detectar tejidos ovulares retenidos o hematometra están indicados.
- El tratamiento de la hemorragia posaborto depende de la causa del sangrado (atonía uterina, retención de tejidos, laceración cervical o vaginal, perforación o ruptura uterina, o coagulopatías).
- La administración endovenosa de 1 g de ácido tranexámico está indicada en todos los casos de hemorragia posaborto, independientemente de la causa del sangrado.
- Las personas con diagnóstico de hemorragia posaborto requieren la colocación de una vía intravenosa, oxígeno suplementario, reanimación con líquidos y reposición de productos de sangre, según lo indicado.

4.2 Perforación o ruptura uterina

La perforación uterina debe ser investigada cuando se produce una repentina pérdida de resistencia durante la dilatación cervical, lo que permite que un instrumento pase más allá de la longitud prevista del útero. En muchas ocasiones, **la perforación durante la dilatación cervical se puede manejar de manera conservadora, observando cambios en el cuadro clínico.**

¹³⁷ NAF, 2024.

Kerns et al., 2024.

¹³⁸ Kerns et al., 2024.

¹³⁹ Kerns et al., 2024.

La perforación uterina también puede ocurrir durante la evacuación uterina. **En casos de perforación durante el uso de pinzas cortantes** (por ejemplo, la pinza de Bierer) **durante la DyE, se recomienda realizar laparoscopia** (si indisponible, laparotomía) para investigar y reparar posibles lesiones de otros órganos¹⁴⁰.

Las siguientes medidas pueden reducir el riesgo de perforación uterina durante la DyE¹⁴¹:

- realizar el tacto bimanual antes de iniciar el procedimiento;
- obtener dilatación cervical suficiente;
- dilatar gentilmente, nunca utilizando fuerza;
- evitar el fondo uterino durante el procedimiento;
- realizar la evacuación uterina guiada por ultrasonografía, siempre que sea posible.

La ruptura uterina durante el aborto con medicamentos requiere intervención quirúrgica tanto para el diagnóstico como para el tratamiento¹⁴².

4.2 Orientación

- La mayoría de las veces, la perforación uterina durante la dilatación cervical se puede manejar de manera conservadora.
- En casos de perforación durante el uso de pinzas cortantes durante la DyE, laparoscopia está indicada para investigar y reparar posibles lesiones de otros órganos.
- Medidas como realizar el toque bimanual antes de iniciar el procedimiento, evitar el fondo uterino y utilizar la ultrasonografía durante el procedimiento pueden reducir el riesgo de perforación uterina en la DyE.
- La ruptura uterina durante el aborto con medicamentos requiere intervención quirúrgica tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

4.3 Infección posaborto

La infección posaborto puede ocurrir en hasta el 4% de los casos de abortos a partir de 20 semanas¹⁴³. Los siguientes signos y síntomas son sugestivos de infección posaborto: fiebre o escalofríos después de 24 horas de la última dosis de misoprostol, secreción vaginal o cervical fétida, dolor abdominal o pélvico después de 24 horas de la última dosis de misoprostol, dolor durante la palpación uterina¹⁴⁴.

Ante la sospecha de infección posaborto, la evaluación para verificar la retención de los productos del embarazo es necesaria. Si hay retención de tejidos, la (re)evacuación uterina (por medio de aspiración) está indicada. En pacientes inestables, no se debe aguardar el término del tratamiento antimicrobiano para la evacuación quirúrgica de los restos placentarios¹⁴⁵.

¹⁴⁰ OMS, 2023a.

¹⁴¹ OMS, 2023a.

¹⁴² OMS, 2023a.

¹⁴³ ACOG, 2013.

¹⁴⁴ ACOG, 2013.

¹⁴⁵ OMS, 2023a.

El régimen de tratamiento antimicrobiano depende de la gravedad del cuadro. La mayoría de los cuadros típicos de endometritis es tratada ambulatoriamente. El tratamiento hospitalario debe ser reservado a los cuadros más graves (con taquicardia, hipotensión, insuficiencia respiratoria, ictericia, diuresis reducida o alteración del estado mental) (Tabla 7)¹⁴⁶.

Tabla 7

Sugerencia de tratamiento antimicrobiano de la infección posaborto¹⁴⁷

Esquema	Dosis y vía de administración	Régimen de tratamiento
Ceftriaxona + doxiciclina con o sin metronidazol	250 mg ceftriaxona (IM) en dosis única + 100 mg doxiciclina (VO) dos veces al día por 14 días, con o sin 500 mg metronidazol (VO) dos veces al día por 14 días	ambulatorio
Clindamicina + gentamicina	900 mg clindamicina (EV) cada 8 horas + 2 mg/kg gentamicina (EV) (dosis de ataque) y después 1,5 mg/kg cada 8 horas o 3-5 mg/kg gentamicina (EV) una vez al día	hospitalario
Cefoxitina + doxiciclina	2 g cefoxitina (EV) cada 6 horas + 100 mg doxiciclina (EV o VO) cada 12 horas	hospitalario

Adaptado de: Harris y Grossman, 2020¹⁴⁸

EV: vía endovenosa; VO: vía oral

4.3 Orientación

- Ante la sospecha de infección posaborto, la evaluación para verificar la retención de los productos del embarazo es necesaria.
- La (re)evacuación uterina por aspiración está indicada ante el diagnóstico de restos placentarios y antes del término del tratamiento antimicrobiano en casos de pacientes inestables.
- La mayoría de los cuadros típicos de endometritis es tratada ambulatoriamente con ceftriaxona más doxiciclina con o sin metronidazol.

¹⁴⁶ OMS, 2023a.

¹⁴⁷ Se puede adecuar el tratamiento antimicrobiano según los protocolos regionales.

¹⁴⁸ Harris, L. H. y Grossman, D. (2020). Complications of Unsafe and Self-Managed Abortion. *The New England journal of medicine*, 382(11), pp. 1029-1040. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1908412>

ANEXOS

Anexo I

Documento con pautas de adaptación para consentimiento informado de abortos a partir de 20 semanas

El documento de consentimiento informado para abortos a partir de 20 semanas debe incluir, al menos, las cuatro secciones descritas a continuación. Además, puede complementarse con anexos que detallen la información clínica y el circuito de atención, permitiendo que quienes soliciten el aborto puedan consultarlos nuevamente o compartirlos con personas de confianza, de acuerdo con el contexto y las costumbres locales.

PRIMERA PARTE:
identificación de la persona
solicitante

Se requiere una sección en la que la persona pueda proporcionar sus datos de identificación indudables, dejando constancia de que es ella misma quien solicita la práctica y autoriza su realización según los términos consignados en este documento.

SEGUNDA PARTE:
manifestación de la decisión
sobre el aborto inducido

En esta sección es importante que se consigne claramente y en primera persona la solicitud, indicando que se ha decidido realizar un aborto inducido. Debe aclararse que para llegar a esa determinación se contó con la información necesaria y con la asistencia del equipo de salud y, si es pertinente, de personas de su confianza.

ANEXOS | Anexo I

TERCETA PARTE: posibilidad de revocación

Es importante que el documento deje constancia de la entrega de información sobre la posibilidad de revocar el consentimiento hasta antes de que la práctica sea irreversible. Si es posible, el documento deberá incluir un espacio para registrar la revocación. En todo caso, se debe anotar en la historia clínica la fecha y las circunstancias de la revocación, así como las medidas adoptadas posteriormente.

CUARTA PARTE: firmas

El documento de consentimiento informado debe incluir, principalmente, la firma (o un medio análogo) de la persona que solicita la práctica. Además, debe estar firmado por un miembro del equipo de atención que haya acompañado el proceso, es decir, quien haya proporcionado la información, respondido preguntas y planteado alternativas para la atención. Asimismo, cuando la persona que requiere el aborto lo solicite o la normativa local lo exija, se podrá incorporar la firma de quienes hayan brindado apoyo o asistencia durante el proceso de toma de decisiones (por ejemplo, para personas menores de edad o con discapacidad).

En caso de considerarlo pertinente, también se pueden registrar datos sobre la atención previa, para verificar el cumplimiento de plazos y otros requisitos legales y de calidad de atención establecidos por el servicio.

EJEMPLO 1

Por medio de este instrumento yo, _____, con documento de identificación tipo _____ N° _____, de constancia de mi decisión libre, consciente e informada de solicitar y acceder a un aborto inducido.

Declaro haber recibido información sobre los procedimientos que se adoptarán durante el aborto inducido, así como sobre los posibles riesgos a la salud, y las formas de asistencia y acompañamientos posteriores por parte del equipo de salud responsable.

He recibido información sobre las diferentes etapas del proceso de atención del aborto inducido, incluyendo la asistolia fetal como primer paso, y las técnicas disponibles para la expulsión del embarazo después. Me han explicado los beneficios, riesgos y diferencias de cada uno y he podido plantear las preguntas y consultas que han surgido hasta el momento. He elegido la alternativa que considero más adecuada según la información que he recibido, la cual consta en un anexo escrito que me ha sido entregado.

Ante la información proporcionada, he elegido como opción inicial para el aborto inducido:

- () Aborto con medicamentos
() Dilatación y evacuación (DyE)

Asimismo, declaro que he recibido información suficiente sobre la posibilidad de revocar este consentimiento hasta antes de la realización de la inducción de la asistolia fetal, momento a partir del cual la práctica es irreversible y el equipo de atención no puede detener el proceso.

Por todo lo anterior, de constancia de mi decisión libre e informada de realizar un aborto inducido en los términos que he aclarado en este documento.

Ciudad:

Fecha de la firma del consentimiento informado (DD/MM/AAAA):

Fecha de la primera consulta en este servicio (DD/MM/AAAA):

Notas sobre la atención (completar solo cuando sea necesario):

Persona que solicita la práctica

Firma
Nombre y apellido completo

Profesional de la salud

Firma
Nombre y apellido completo
Profesión y cargo
Matrícula profesional

Persona que ha acompañado el proceso de consentimiento informado (en caso de ser pertinente)

Firma
Nombre y apellido completo
Rol en el que participó

EJEMPLO 2

Yo, _____, con documento tipo _____ N° _____, y domicilio/residencia en la ciudad de _____ de [país] _____ mediante este documento hago constar mi decisión de ejercer mi derecho al aborto inducido de forma libre, consciente e informada.

Confirmando que he recibido información clara, precisa y adecuada de una manera comprensible para mí sobre los siguientes temas:

- Los diferentes métodos para abortar después de la semana 20.
- Cómo funcionan las diferentes técnicas necesarias para completar el procedimiento que he solicitado, sus efectos y características, incluyendo beneficios, desventajas y riesgos.
- Mi derecho a recibir un trato digno y atención de calidad, a acceder a información, a la autonomía de mi voluntad, y a la privacidad y la confidencialidad.

He comprendido la información recibida y tuve la oportunidad de realizar preguntas que fueron aclaradas, y entiendo que puedo realizar todas las preguntas adicionales que me surjan después de firmar este consentimiento.

He recibido la oportunidad de consultar con personas de mi confianza para tomar mi decisión sin que eso represente presiones indebidas. Entiendo que ellas pueden acompañarme también durante la atención cuando sea posible y yo así lo solicite.

La información que me ha sido proporcionada verbalmente también la tengo por escrito en un prospecto que me ha sido entregado en este mismo acto.

Sé que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento antes de iniciar el procedimiento, incluso si ya he firmado este consentimiento. Asimismo, me han explicado las posibles consecuencias de dicha decisión.

De este modo, consiento libremente a la interrupción del embarazo por medio de:

- () Aborto con medicamentos
() Dilatación y evacuación (DyE)

Fecha de la primera consulta en este servicio de salud: día _____, mes _____, año _____.

Notas sobre la atención (completar solo cuando sea necesario):

Persona que solicita la práctica

Firma

Aclaración / nombre y apellido completo

Día _____, mes _____, año _____

Profesional de la salud

Firma

Aclaración / nombre y apellido completo

Matrícula profesional

Día _____, mes _____, año _____

Constancia de la asistencia de referente afectivo o representante legal de personas en la niñez o adolescencia

Firma

Aclaración / nombre y apellido completo

Tipo y número de documento

Relación con la persona que solicita la práctica

Día _____, mes _____, año _____

Constancia del apoyo para la toma de consentimiento de la persona con discapacidad

Firma

Aclaración / nombre y apellido completo

Tipo y número de documento

Relación con la persona que solicita la práctica

Día _____, mes _____, año _____

ANEXOS

Anexo II

Sugerencia de documento escrito para acompañar el proceso

ASISTOLIA FETAL

Fase inicial del proceso de interrupción del embarazo

La primera etapa del aborto inducido a partir de 20 semanas es la inducción de asistolia fetal (IAF). La IAF consiste en un procedimiento que utiliza una inyección abdominal en el útero para la colocación de cloruro de potasio o lidocaína o digoxina para provocar la detención de la actividad cardíaca fetal.

Este procedimiento ha sido recomendado por sociedades de especialistas y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para abortos inducidos de más de 20 semanas y es parte de la atención de abortos de calidad.

El procedimiento es realizado generalmente con la utilización de ultrasonografía para guiar el sitio de la inyección y dura aproximadamente de 10 a 15 minutos.

La inducción de asistolia fetal es necesaria antes de realizar un aborto inducido con más de 20 semanas de embarazo para evitar la supervivencia fetal y facilitar y aumentar la seguridad de las etapas siguientes del aborto.

La inyección es un punto irreversible en el aborto inducido, ya que una vez colocada el efecto del medicamento produce la detención de la actividad cardíaca del feto sin que sea posible detener el proceso. La detención de la actividad cardíaca fetal puede ocurrir de forma inmediata o hasta 48 horas después de su colocación, sin que requiera ninguna otra intervención del personal de salud o de la persona a la que se le está realizando el procedimiento de IAF.

ANEXOS | Anexo II

Existen riesgos mínimos asociados a la inducción de asistolia fetal. Ellos son: dolor relacionado con la inyección (más común), infección en el área de la inyección, arritmia cardíaca (más raro). Los eventos cardíacos son muy raros y se dan en menos de 8 cada 100.000 procedimientos.

Después de la colocación de la inyección se debe esperar a que se verifique la terminación de la actividad cardíaca para proceder con las siguientes etapas de la inducción del aborto. Si no ocurre luego de 48 horas es necesario repetir la inyección. Esto no presenta riesgos adicionales a los ya mencionados para la persona a la que se le está realizando el procedimiento de IAF.

EVACUACIÓN UTERINA

Segunda fase del aborto inducido

Existen dos métodos para la evacuación uterina a partir de la semana 20 de embarazo: la dilatación y evacuación (DyE) y la inducción medicamentosa del aborto.

Dilatación y evacuación (DyE):

La DyE es un procedimiento que utiliza cánulas de plástico para la succión de la cavidad interna del útero mediante aspiración y fórceps o pinzas quirúrgicas para la extracción del contenido del interior del útero a través del canal vaginal.

Antes del procedimiento, es necesaria la dilatación del cuello uterino mediante medicamentos o pequeños bastones colocados en el interior de la vagina y el cuello uterino durante la consulta, un día antes del procedimiento. También se puede utilizar una pastilla de mifepristona el día de la asistolia fetal para facilitar el procedimiento instrumental posterior.

Durante el procedimiento se realiza una ultrasonografía para asegurarse de que todo el producto del embarazo sea removido y así reducir el riesgo de complicaciones.

ANEXOS | Anexo II

El procedimiento se realiza en el servicio de salud en el quirófano o en una sala especialmente acondicionada para ello, con anestesia regional, general o endovenosa, pudiendo utilizarse otros medios para el alivio del dolor, como analgésicos orales o endovenosos y sedativos.

Inducción con medicamentos:

La inducción con medicamentos del aborto es la inducción de la evacuación uterina con el uso de medicamentos. Consiste en la toma de una pastilla de mifepristona el día de la inducción de asistolia fetal y, después de uno o dos días, la utilización de un medicamento llamado misoprostol, colocado en la vagina o bajo la lengua, que provoca contracciones uterinas hasta la expulsión total de su contenido.

Esta opción puede demorar horas y, algunas raras veces, días. Con la inducción medicamentosa no es necesario realizar intervención con instrumentos médicos, pero se debe permanecer en internación para la supervisión del equipo de salud durante el proceso. En algunos casos, esta opción puede requerir aspiración endouterina con las cánulas de plástico de forma complementaria cuando el contenido del útero no sea evacuado de forma completa.

Son efectos esperados y colaterales de la inducción

medicamentosa: dolor tipo cólico, sangrado vaginal más intenso que el de la menstruación, fiebre relacionada con el uso de misoprostol (no necesariamente debida a la presencia de infección).

RIESGOS

Los riesgos relacionados con los métodos de aborto inducido incluyen:

COMUNES (hasta 1 caso en 100): *lesión del cuello uterino, infección (disminuida con el uso de antibióticos durante el procedimiento).*

POCO COMUNES: *hemorragia (1 a 4 casos en 1000), perforación uterina (1 caso en 1000), ruptura uterina (3 casos en 1000 – más común en personas que han sido sometidas a cirugías uterinas previamente).*

www.clacai.org

