

RESUMEN EJECUTIVO

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: resumen ejecutivo

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

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

Coordinación: Agustina Ramón Michel y Helena Paro

Asistentes: Martín Pont Vergés y Mariana Vazquez

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

Agradecimientos: Analía Banfi, Beatriz Galli, Carmen Cecilia Martínez López, Cristina Rosero, Dana Repka, Elizabeth Ruiz Hernández, Fausto Viteri, Graciela Lukin Mutov, 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 – Octubre 2025

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2025-11038

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: resumen ejecutivo*. Agosto 2025.
Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro/CLACAI.

Índice

Glosario	4
Introducción	5
¿Cómo se elaboró?	5
Alcance y objetivos	5
Parte 1: Abordaje inicial de las personas que solicitan un aborto a partir de 20 semanas de embarazo	5
Parte 2: Atención para la expulsión de los productos del embarazo	12
Parte 3: Atención después de la expulsión de los productos del embarazo	15
Parte 4: Tratamiento de las complicaciones posaborto	17
Referencias	18
Anexos	
<i>Tabla 1.</i> Informaciones necesarias para la consejería y la elección de la técnica de aborto inducido a utilizarse	22
<i>Tabla 2.</i> Medicamentos y técnicas utilizados para la IAF	23
<i>Tabla 3.</i> Aborto con medicamentos o dilatación y evacuación (DyE) para tiempos gestacionales a partir de 20 semanas	24
<i>Tabla 4.</i> Manejo no farmacológico y farmacológico del dolor en la atención del aborto a partir de 20 semanas	25
<i>Tabla 4.1.</i> Medicamentos utilizados para sedación moderada	26
<i>Tabla 4.2.</i> Medicamentos utilizados para sedación profunda	26
<i>Tabla 5.</i> Tratamiento de la hemorragia posaborto según la causa	27
<i>Tabla 6.</i> Sugerencia de tratamiento antimicrobiano de la infección posaborto	28
Anexo I. Documento con pautas de adaptación para consentimiento informado de abortos a partir de 20 semanas	29
Anexo II. Sugerencia de documento escrito para acompañar el proceso	

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 fetal.

Aborto con medicamentos: Aborto inducido mediante el uso de agentes farmacológicos.

Aborto por procedimiento: Aborto inducido mediante el uso de procedimientos transcervicales como aspiración a vacío (manual o eléctrica) o dilatación y evacuación.

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).

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 aspiración.

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 amniótica.

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.

Introducción

Esta **guía de buenas prácticas** (GBP) 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 coerción; 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 otras.

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.

¿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.

Alcance y objetivos

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.

Parte 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 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 a 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.

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.

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.

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.

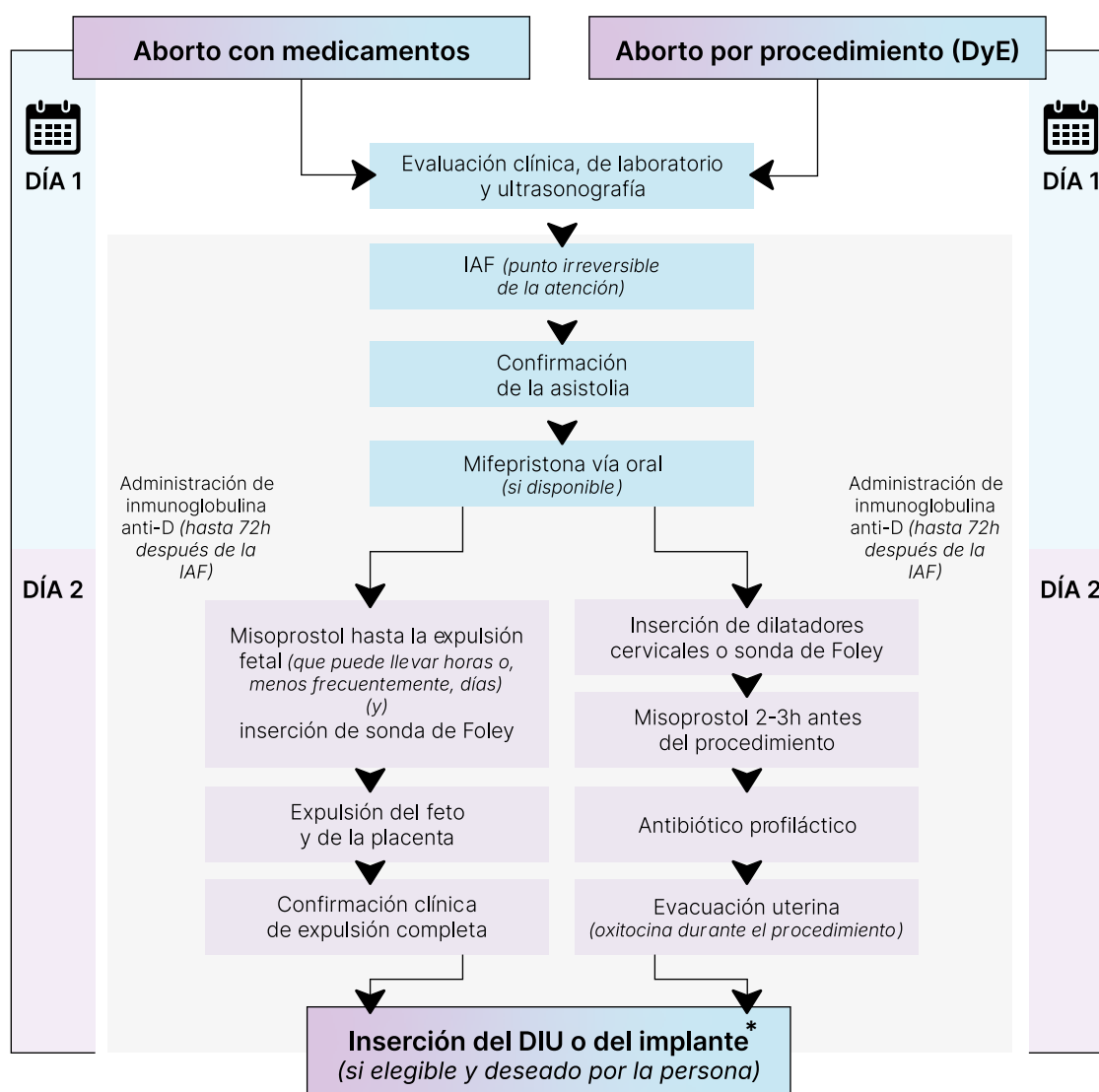
1.1.5: **¿Quién acompaña?**

- 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.

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 fetal. 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 (ver Tabla 1 en los Anexos).
- A partir de la semana 25 se ofrece el aborto con medicamentos.

Figura 1



* El implante se puede insertar el día 1

1.1.7: ¿Hablamos de anticoncepción?

- La consejería 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

- El consentimiento informado es un proceso que busca proteger 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 que las prácticas sean 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.

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 que se intercambia debe ser precisa, actualizada y comprensible.
- Debe contener información sobre los procedimientos, efectos, riesgos, beneficios, alternativas y derechos.

1.2.2.1 Consideraciones sobre el proceso	1.2.2.2 Consideraciones sobre la documentación
• La información específica para las prácticas de aborto inducido a partir de 20 semanas debe necesariamente incluir riesgos y ventajas asociadas 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.	• 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.

*****Ejemplos de documentos con pautas de adaptación para consentimiento informado son proporcionados en los Anexos de esta guía.*****

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 una red de asistencia durante y después del proceso, fomentando la presencia de alguien de confianza sin que esto sea obligatorio cuando las normas locales no lo exijan.

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, respetando su derecho a contar con apoyos y ajustes que les permitan expresar su voluntad de acuerdo con sus deseos y preferencias.
- Los servicios de salud deben realizar ajustes razonables en 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

- 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

- 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 (IAF)

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 del nacido vivo.

2.1.2: Medicamentos y técnicas (ver Tabla 2 en los Anexos)

- La IAF con fármacos puede ser realizada con la inyección intracardiaca de cloruro de potasio (4-6 mEq) o 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 Aborto con medicamentos

- 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 (DyE)

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 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.

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.

***** Para informaciones resumidas sobre el aborto con medicamentos y la DyE, ver Tabla 3 *****

2.4 Manejo del dolor

- 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 con medicamentos (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.

***** Para informaciones resumidas sobre el manejo no farmacológico y farmacológico del dolor, ver Tablas 4, 4.1 y 4.2 *****

2.5 Confirmación de evacuación completa

2.5.1: Inducción medicamentosa del aborto

- 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 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

- 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

- 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.
- En la indisponibilidad de la cabergolina, los métodos mecánicos de inhibición de la lactancia pueden ser ofrecidos.

3.2 Asesoría contraceptiva

3.2.1: ¿Qué métodos contraceptivos ofrecer?

- Si la persona que abortó desea iniciar algún método contraceptivo, 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?

- 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 (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 lo que 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

- 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.

Section 4: Tratamiento de las complicaciones posaborto

4.1 Hemorragia posaborto

- 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) (*Tabla 5*).
- La administración endovenosa de 1 g de ácido tranexámico está indicada en todos los casos de hemorragia posaborto, independientemente de la causa del sangrado (*Tabla 5*).
- 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 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, 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

- 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 metronidazole (*Tabla 6*).

References

- 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)
- 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>
- 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>
- 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>
- Costescu, D. y Guilbert, É. (2018). SOGC Clinical Practice Guideline N° 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>
- 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>
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (2021). *Declaración de la FIGO: Mejora del acceso al aborto después de las 12 semanas de embarazo*. https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Abortion_Beyond_12Weeks_ES.pdf
- 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>
- 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.
- 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

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%3Dihub>

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://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2009/05000/uterine_rupture_in_second_trimester.22.aspx

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>

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>

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

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>

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/>

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>

Lohr, P. A., Hayes, J. L. y Gemzell-Danielsson, K. (2008). Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006714.pub2/full/es>

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>

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>

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

OMS (2022). *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>

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

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>

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

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

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 Sex Reprod Health*, 48(4):275-280. <http://doi.org/10.1136/bmjsex-2021-201350>.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (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/>

Schuck, P. H. (1994). Rethinking Informed Consent. *The Yale Law Journal*, 103(4), pp. 899-959. <https://www.jstor.org/stable/797066>

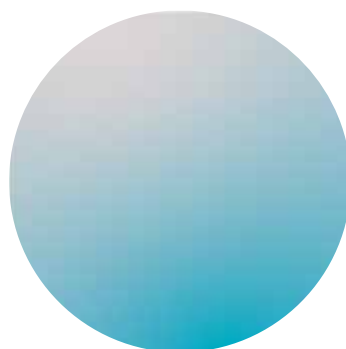
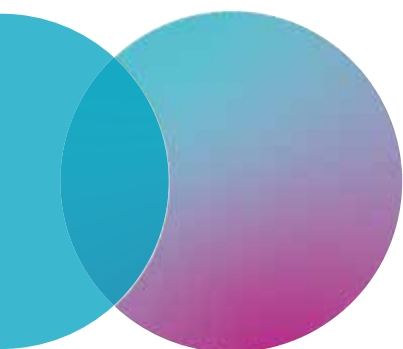
Sium, A. F., Prager, S., Wolderufael, M., Abubeker, F. A., Tufa, T. H. y Grentzer, J. M. (2022). Foley catheter for cervical preparation prior to second trimester dilation and evacuation: A supply-based alternative for surgical abortion: A case series. *Contraception: X*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2022.100085>

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>

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/bmjsex-2019-200396>

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>

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>



Anexos

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 (puede llevar horas o días) • Pequeño riesgo de ruptura uterina en personas con cicatriz uterina previa (<3%)	• Requiere preparación cervical un día (por lo menos) antes del procedimiento • Pequeño riesgo de laceración cervical o perforación uterina (<1%) • No es posible de realizar después de la semana 24 (aproximadamente) • Requiere especialista con entrenamiento

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) ¹	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)	100% (inyección intracardíaca) ²	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

Fuente: OMS, 2023a

¹ 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%.

² 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.

Tabla 3.

Aborto con medicamentos 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/PV/SL+ 3/3h		200 mcg misoprostol BU/PV/SL+ 4/4h	25-50 mcg misoprostol PV+ 4/4h
Misoprostol§	400 mcg misoprostol BU/VV/SL+ 3/3h		200 mcg misoprostol BU/PV/SL+ 4/4h	25-50 mcg misoprostol PV+ 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			

Fuente: elaboración propia

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

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; 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)		
Sedación mínima			
Bloqueo paracervical	lidocaína 0,5%-1,0% o bupivacaína 0,25%		
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†		
Sedación moderada (Tabla 4.1)	0,1-0,2 mg/kg morfina (EV) + 50-100 mcg fentanilo (EV) (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 general.

Tabla 4.1.

Medicamentos utilizados para sedación moderada

	Medicamento	Dosis 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 profunda

	Medicamento	Dosis inicial habitual
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

Tabla 5.

Tratamiento de la hemorragia posaborto según la causa

Causa	Frecuencia relativa*	Tratamiento
Atonía uterina	50%	Masaje uterino. Ácido tranexámico 1 g por vía endovenosa. 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.
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. Sutura de las laceraciones.
Perforación o ruptura uterina	7%	Laparoscopia (preferible) o laparotomía (preferible si inestabilidad hemodinámica). Ácido tranexámico 1 g por vía endovenosa.
Coagulopatía	5%	Reposición de los factores de coagulación. Ácido tranexámico 1 g por vía endovenosa.

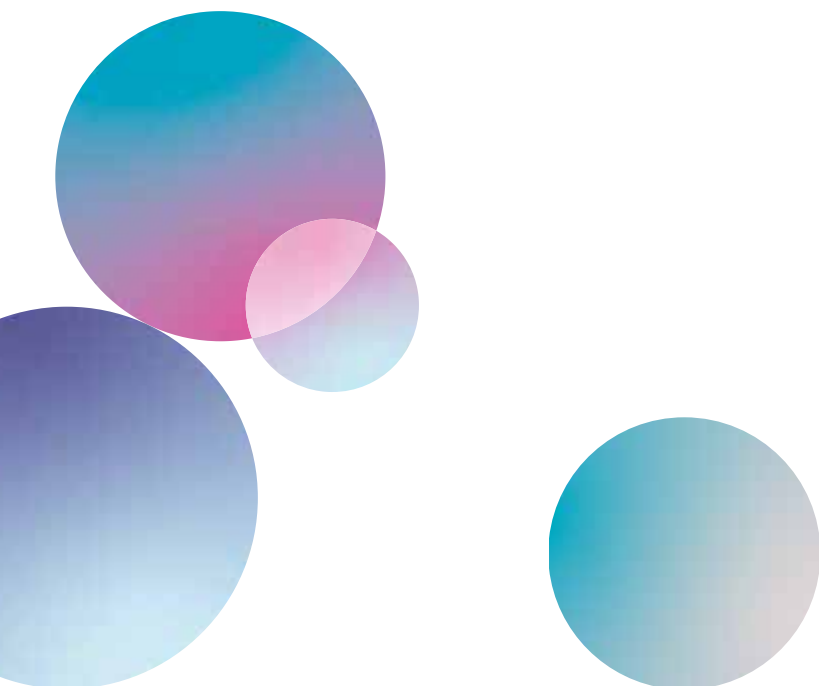
* al total de casos de hemorragia posaborto (frecuencia aproximada).

Tabla 6.

Sugerencia de tratamiento antimicrobiano de la infección posaborto

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, 2020



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: Se requiere una sección en la que la persona pueda proporcionar sus datos de identificación de la persona solicitante 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: En esta sección es importante que se consigne claramente y en primera manifestación de la decisión sobre el aborto inducido 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.

Anexo I

- TERCERA PARTE:** 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:** 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).

Ejemplo 1

Por medio de este instrumento yo, _____, con documento de identificación tipo _____ N° _____, dejo 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, dejo constancia de mi decisión libre e informada de interrumpir el embarazo 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

Profesional de la salud

Firma
Nombre y apellido completo

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 interrumpir un embarazo 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

Profesional de la salud

Firma

Aclaración / nombre y apellido completo

Día _____, mes _____, año _____

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 _____

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 a la interrupción inducida del embarazo.

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.

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.

1. 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.

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.

2. Inducción medicamentosa:

La inducción medicamentosa 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 quirúrgicos, 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

