



Organización
Mundial de la Salud

Tratamiento médico del aborto



Tratamiento médico del aborto [Medical management of abortion]

ISBN 978-92-4-355040-4

© Organización Mundial de la Salud 2019

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

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

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. Tratamiento médico del aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias.

Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>.

Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

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

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

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

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

Impreso en Suiza.



**Organización
Mundial de la Salud**

Tratamiento médico del aborto

Índice



Nota de agradecimiento	iv
Acrónimos y abreviaciones.....	iv
Glosario	v
Sinopsis	vi
Porqué esta directriz	viii
Proceso de elaboración de la directriz	viii
Resumen de las recomendaciones	x
Diferencias notables entre la presente directriz y la anterior	xii
Estimación de la duración del embarazo (gestación)	xiii
1. Introducción.....	xiv
1.1 Antecedentes	1
1.2 Meta y objetivos	4
1.3 Destinatarios y pertinencia	5
2. Proceso de elaboración de la directriz.....	6
2.1 Los participantes y sus funciones	7
2.2 Declaración de intereses	8
2.3 Alcance y formulación de las preguntas de la directriz	9
2.4 Recuperación y síntesis de las evidencias	11
2.5 Uso de los marcos para la toma de decisiones	12
2.6 Preparación del documento y examen inter pares	13
3. Recomendaciones, fundamentos y resumen de las evidencias	14
3.1 Principios rectores	16
3.2 Aborto incompleto	18
3.3 Muerte fetal intrauterina (MFIU)	22
3.4 Aborto inducido	26
3.5 Anticoncepción tras el aborto	34
4. Consideraciones generales sobre la aplicación	42
5. Difusión y adaptación	49
6. Evaluación del impacto de la directriz y próximas actualizaciones	49
Referencias	50
ANEXO 1: Funcionarios de la OMS y expertos externos que participaron en el proceso de elaboración de la directriz	55

Anexos en la web: Tratamiento médico del aborto:
base científica (disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/en/>).

Nota de agradecimiento

Esta directriz ha sido elaborada por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS agradece las aportaciones de los funcionarios y consultores del Departamento, de los miembros del Grupo de Elaboración de la Directriz (GED) y de los revisores externos que participaron en las consultas iniciales por internet, las posteriores consultas técnicas y la revisión de la presente directriz.

En el anexo 1 figura una lista completa de todos los participantes en la elaboración de la directriz y de las funciones que desempeñaron.

La elaboración de la directriz contó con el apoyo del Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana, copatrocinado por el Banco Mundial, la OMS, el PNUD, el UNFPA y el UNICEF, y ejecutado por la OMS.

Edición y lectura de pruebas: Green Ink (Reino Unido) (greenink.co.uk).

Diseño y maquetación: Little Unicorns (<https://littleunicorns.com>).

La versión en español de este documento ha sido revisada por la Dra Valeria Bahamondes, Consultora internacional y el Dr Rodolfo Gomez Ponce de Leon (Asesor Regional de Salud Sexual y Reproductiva), del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva.

Acrónimos y abreviaciones

AMPD	acetato de medroxiprogesterona de depósito	PICO	población, intervención, comparación y resultados
DIU	dispositivo intrauterino	RHR	Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (OMS)
EtD	de la Evidencia a la toma de Decisiones	s.l.	sublingual (vía de administración)
GED	Grupo de elaboración de la directriz	FUM	fecha de la última menstruación
GRADE	Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones	v.b.	bucal (vía de administración)
hCG	gonadotropina coriónica humana	v.o.	oral (vía de administración)
MFIU	muerte fetal intrauterina	v.v.	vaginal (vía de administración)
OMS	Organización Mundial de la Salud		

Glosario

Duración del embarazo (gestación): tamaño del útero, estimado en semanas mediante la exploración física, que corresponde a un útero gestante de la misma edad gestacional determinada a partir de la fecha de última menstruación (FUM).

Métodos médicos para abortar (aborto médico): uso de fármacos para interrumpir el embarazo. A veces se utilizan las expresiones “aborto no quirúrgico” o “aborto con medicamentos”.

Vías de administración del misoprostol:

- oral** se ingieren las pastillas;
- bucal** se colocan las pastillas entre la mejilla y las encías y se ingieren al cabo de 30 minutos;
- sublingual** se colocan las pastillas debajo de la lengua y se ingieren al cabo de 30 minutos;
- vaginal** se colocan las pastillas en el fórnix vaginal (zona más profunda de la vagina) y se le indica a la paciente que se quede acostada 30 minutos.

Métodos quirúrgicos para abortar (aborto quirúrgico): interrupción del embarazo mediante procedimientos transcervicales, como la aspiración por vacío y la dilatación y evacuación. Para una descripción más detallada de los métodos quirúrgicos, véase el capítulo 2, sección 2.2.4, de la guía de la OMS *Aborto sin riesgos* (2012).¹

Terminología relacionada con los derechos humanos

Tratado, convenio o convención internacional sobre derechos humanos: tratado adoptado por la comunidad internacional de Estados, generalmente en la Asamblea General de las Naciones Unidas. Cada tratado establece diversos derechos humanos, y las obligaciones correspondientes, que son jurídicamente vinculantes para los Estados que lo hayan ratificado. En el anexo 7 de la guía de la OMS *Aborto sin riesgos* (2012) se incluye una lista de tratados regionales de derechos humanos.

Tratados regionales de derechos humanos: los Estados han adoptado tratados de derechos humanos en África, las Américas, Europa y Oriente Medio. Los organismos regionales de derechos humanos, como la Unión Africana, la Organización de Estados Americanos, el Consejo de Europa, la Unión Europea y la Liga de Estados Árabes, supervisan el cumplimiento de los tratados por parte de los Estados. En la actualidad, no hay tratados regionales de derechos humanos en Asia Sudoriental ni en el Pacífico Occidental. En el anexo 7 de la guía de la OMS *Aborto sin riesgos* (2012) se incluye una lista de tratados regionales de derechos humanos.

Estándares de derechos humanos: significado y alcance de los derechos humanos según los interpreten y apliquen los organismos de derechos humanos encargados de dicha tarea, como los tribunales regionales, nacionales e internacionales y los comités de derechos humanos.

¹ Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2.ª edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1).

Sinopsis





El tratamiento médico del aborto comprende diversas situaciones clínicas, como el aborto espontáneo e inducido (en embarazos viables y no viables), el aborto incompleto y la muerte fetal intrauterina (MFIU), así como la anticoncepción tras el aborto.

El tratamiento médico del aborto, que generalmente se realiza con una combinación de mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol, es fundamental para proporcionar acceso al aborto seguro, eficaz y aceptable. Tanto en entornos con muchos recursos como en entornos con escasos recursos, los métodos médicos para abortar han contribuido a la delegación y reparto de tareas y a un uso más eficiente de los recursos. Además, muchas de las intervenciones médicas para abortar, sobre todo al principio del embarazo, pueden realizarse en el ámbito de la atención primaria y en régimen ambulatorio, lo que facilita aún más el acceso a la atención. El tratamiento médico del aborto reduce la necesidad de personal especializado que requiere el aborto quirúrgico y ofrece a las embarazadas una opción incruenta y muy aceptable.

Porqué esta directriz

La directriz de la OMS de 2012 titulada *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, contiene recomendaciones sobre el uso de la mifepristona y el misoprostol para inducir el aborto y tratar el aborto incompleto. Por otra parte, en la directriz de la OMS de 2015 titulada *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto*, se presentan datos sobre la autoevaluación y la toma de la medicación en el domicilio. Sin embargo, en los últimos años se han publicado nuevos estudios que aportan datos sobre la cronología, posología, intervalos entre dosis y vías de administración de los medicamentos para abortar, y también sobre la cronología del inicio de la anticoncepción tras el aborto médico. Por consiguiente, la OMS consideró que era fundamental revisar las evidencias y actualizar sus propias recomendaciones.

Proceso de elaboración de la directriz

La directriz se elaboró de acuerdo con los principios definidos en el *Manual para la Elaboración de Directrices de la OMS* y bajo la supervisión del Comité de Examen de Directrices de la Organización. El equipo básico de la OMS (el Grupo Directivo) se complementó con un Equipo de Síntesis de las Evidencias formado por expertos (dos de ellos en metodología de la elaboración de directrices) y un grupo multidisciplinar de expertos técnicos externos que constituyeron el Grupo de Elaboración de la Directriz (GED).

La directriz de la OMS de 2012 *Aborto sin riesgos* se actualizará en 2019–2020. El contenido de la presente directriz de 2018 refleja las áreas temáticas prioritarias que necesitaban ser actualizadas con más urgencia, según los resultados de una encuesta preliminar en línea sobre el alcance de la directriz que se realizó a mediados de 2016 entre un grupo de expertos en la materia, y de una reunión consultiva técnica sobre dicho alcance celebrada en febrero de 2017. A partir de los aportes recibidos, el Grupo Directivo de la OMS elaboró una lista inicial de cuestiones temáticas y de preguntas en formato PICO (población, intervención, comparación y resultados). Entre dichas cuestiones temáticas estaba el tratamiento quirúrgico del aborto, pero el centro de atención de la presente directriz es su tratamiento médico. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de la literatura, seguida de un examen de las evidencias; se efectuaron ocho revisiones sistemáticas separadas. Los datos en los que se basan las recomendaciones de la presente directriz proceden de 140 estudios realizados en una gran variedad de entornos, desde economías de ingresos altos hasta economías de ingresos bajos. En la figura 1 se muestra la distribución geográfica de los estudios sobre el tratamiento

FIGURA 1**Fuentes de los datos en los que se basan las recomendaciones**

RESOLUCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO	24 estudios	Australia, Burkina Faso, China, Dinamarca, Egipto, Estados Unidos de América (EE.UU.), Finlandia, Ghana, India, Madagascar, Mauritania, Mozambique, Níger, Nigeria, Reino Unido, República de Moldova, República Unida de Tanzania, Senegal, Sudáfrica, Suecia, Tailandia, Turquía, Uganda, Vietnam
ABORTO INDUCIDO POR MUERTE FETAL	16 estudios	Australia, EE.UU., India, Irán, Países Bajos, Pakistán, Sudán, Tailandia, Turquía, Vietnam
ABORTO INDUCIDO < 12 SEMANAS	49 estudios	Armenia, Canadá, China, Cuba, Escocia, Eslovenia, EE.UU., Georgia, Hong Kong (Región Autónoma Especial), Hungría, India, Irán, Kazajstán, Mongolia, Mozambique, Nepal, Reino Unido, República de Moldavia, Rumania, Serbia, Sudáfrica, Suecia, Tailandia, Túnez, Ucrania, Vietnam
ABORTO INDUCIDO ≥ 12 SEMANAS	44 estudios	Armenia, Australia, Canadá, China, Cuba, Eslovenia, EE.UU., Finlandia, Georgia, Hong Kong (Región Autónoma Especial), Hungría, India, Nepal, Nueva Zelanda, Reino Unido, Singapur, Sudáfrica, Suecia, Tailandia, Túnez, Uzbekistán, Vietnam
CRONOLOGÍA DE LA ANTICONCEPCIÓN TRAS EL ABORTO	7 estudios	EE.UU., Finlandia, México, Portugal, Reino Unido, Suecia

médico del aborto que aportaron la base científica. La certeza de las evidencias sobre la seguridad, la eficacia y la satisfacción de los usuarios se evaluó con el método GRADE (clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones).²

Las recomendaciones se ultimaron en consulta con el GED, utilizando marcos “de la Evidencia a la toma de Decisiones” (EtD) en los que se tomaron en consideración los beneficios, daños, valores, equidad, viabilidad y aceptabilidad, así como las consecuencias para el uso de los recursos, cuando había datos al respecto. Cuando las evidencias eran escasas se tuvo en cuenta información programática complementaria proporcionada por expertos en la materia. La directriz fue preparada por

² Para más información, véase: <http://www.gradeworkinggroup.org/>

Resumen de las recomendaciones

el Grupo Directivo de la OMS, con las aportaciones del GED. Además del GED, varios revisores externos no relacionados con el proceso de elaboración también examinaron y evaluaron críticamente el borrador antes de la finalización de la directriz. Las declaraciones de intereses se gestionaron con procedimientos normalizados.

La presente directriz se centra exclusivamente en el tratamiento médico del aborto y proporciona nuevas recomendaciones en relación con las siguientes indicaciones: tratamiento médico del aborto incompleto con ≥ 13 semanas de gestación³ (recomendación 1b), tratamiento médico de la MFIU con ≥ 14 a ≤ 28 semanas de gestación (recomendación 2), cronología del inicio de la anticoncepción hormonal tras el aborto (recomendación 4a) y cronología de la inserción de DIU tras el aborto (recomendación 4b).

Además, ofrece recomendaciones *actualizadas* en relación con las siguientes indicaciones: tratamiento médico del aborto incompleto con < 13 semanas de gestación (recomendación 1a), y tratamiento médico del aborto inducido con < 12 semanas (recomendación 3a) y ≥ 12 semanas (recomendación 3b).

³ Duración del embarazo (gestación): tamaño del útero, estimado en semanas mediante la exploración física, que corresponde a un útero gestante de la misma edad gestacional determinada a partir de la fecha de la última menstruación (FUM).

TABLA 1
Tabla resumida de recomendaciones sobre el tratamiento médico del aborto

RECOMENDACIONES	TRATAMIENTO COMBINADO (RECOMENDADO ^a)		SOLO MISOPROSTOL (ALTERNATIVO)
	MIFEPRISTONA	» 1 A 2 DÍAS » MISOPROSTOL	MISOPROSTOL
1A. ABORTO INCOMPLETO < 13 SEMANAS	No	Solo misoprostol	600 µg v.o. ^b o 400 µg s.l. ^b
1B. ABORTO INCOMPLETO ≥ 13 SEMANAS	No	Solo misoprostol	400 µg v.b., v.v. o s.l. cada 3 horas ^b
2. MUERTE FETAL INTRAUTERINA ≥ 14–28 SEMANAS	200 mg v.o. una vez	400 µg v.v. o s.l. cada 4–6 horas ^b	400 µg s.l. (preferible) o v.v. cada 4–6 horas ^b
3A. ABORTO INDUCIDO < 12 SEMANAS	200 mg v.o. una vez	800 µg v.b., v.v. o s.l. ^b	800 µg v.b., v.v. o s.l. ^b
3B. ABORTO INDUCIDO ≥ 12 SEMANAS	200 mg v.o. una vez	400 µg v.b., v.v. o s.l. cada 3 horas ^b	400 µg v.b., v.v. o s.l. cada 3 horas ^b
INICIO DE LA ANTICONCEPCIÓN TRAS EL ABORTO			
INICIO INMEDIATO			
4A. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL	Inmediatamente después de la primera pastilla para el aborto médico		
4B. DIU	Tras valoración del éxito del aborto		

v.b.: vía bucal; v.o.: vía oral; v.v.: vía vaginal; s.l.: vía sublingual

^a Se recomienda el tratamiento combinado porque es más eficaz.

^b Se puede considerar la posibilidad de administrar dosis repetidas de misoprostol cuando sea necesario para el éxito del aborto. La presente directriz no incluye una recomendación con respecto al número máximo de dosis de misoprostol. El profesional sanitario debe ser cauteloso y emplear su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en embarazadas en las que anteriormente se hayan realizado incisiones uterinas. La rotura del útero es una complicación rara; cuando la edad gestacional sea avanzada, se tendrán en cuenta el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para tratar de urgencia la rotura uterina.

Diferencias notables entre la presente directriz y la anterior

Hay varias diferencias notables entre la presente directriz y la de 2012, concretamente en relación con el intervalo entre la administración de la mifepristona y el misoprostol, el uso de dosis de carga y el número máximo de dosis de misoprostol.

TABLA 2

Diferencias notables entre las informaciones proporcionadas en la presente directriz y en la anterior

ASUNTO	PRESENTE DIRECTRIZ (2018)	GUÍA ABORTO SIN RIESGOS (2012) ⁴
INTERVALO ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DE LA MIFEPRISTONA Y EL MISOPROSTOL	En días, en vez de horas	En horas (36 a 48) para el aborto inducido en embarazos de más de 9 semanas
DOSIS DE CARGA	No es necesaria una dosis de carga de misoprostol	Para el aborto inducido en embarazos de más de 9 semanas se recomendaba una dosis de carga distinta de las dosis posteriores de misoprostol
NÚMERO MÁXIMO DE DOSIS DE MISOPROSTOL	No se establece un número máximo de dosis de misoprostol	Se recomendaba un máximo de cinco dosis

⁴ Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2.a edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1).

Estimación de la duración del embarazo (gestación)

En la presente directriz la duración del embarazo (gestación) se determina por el tamaño del útero, estimado en semanas mediante la exploración física, que corresponde a un útero gestante de la misma edad gestacional determinada a partir de la FUM. Cuando resulte difícil determinar el tamaño del útero mediante la exploración física, se pueden utilizar métodos alternativos para determinar la edad gestacional (es decir, la FUM o la ecografía).



1. Introducción





1.1 Antecedentes

La combinación de mifepristona y misoprostol y el misoprostol en monoterapia son los fármacos que se utilizan habitualmente para inducir el aborto y tratar los abortos incompletos y la muerte fetal intrauterina (MFIU).

La disponibilidad de estos fármacos ha aumentado en todo el mundo y, además, figuran en la *Lista de Medicamentos Esenciales (1)* de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La mifepristona es un antiprogéstágeno que se une a los receptores de progesterona, por lo que inhibe la acción de esta e interfiere la continuación del embarazo. Los tratamientos consisten en una dosis inicial de mifepristona seguida de la administración de misoprostol, un análogo sintético de las prostaglandinas, que produce reblandecimiento y dilatación cervical y aumento de las contracciones uterinas, lo que ayuda a expulsar el producto de la concepción (2,3).

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 que puede utilizarse tanto en combinación con la mifepristona como en monoterapia (4–6). Está indicado en una amplia variedad de cuadros clínicos relacionados con la salud reproductiva, como la inducción del parto, el tratamiento del aborto espontáneo e inducido, y la prevención y el tratamiento de la hemorragia puerperal (7). Como es un fármaco fácil de manejar y conservar, permite un tratamiento incruento y tiene un costo-efectividad demostrado. Su utilización en la atención del aborto, ya sea en combinación con mifepristona o en monoterapia, tiene varias ventajas: disminuye la necesidad de contar con especialistas capacitados en aborto quirúrgico, equipo, esterilización y anestesia, a la par que ofrece a las embarazadas una alternativa incruenta y muy aceptable (8). Por estos motivos y debido a que es estable a temperatura ambiente si se mantiene dentro de su envase, el misoprostol es especialmente útil en entornos con escasos recursos (7).

El aborto médico es esencial para brindar acceso a servicios de aborto sin riesgos, eficaces y aceptables. En anteriores directrices de la OMS, como *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de*

Todas las personas que puedan quedar embarazadas, sean mujeres, niñas o personas con otras identidades de género, y busquen servicios médicos de aborto deben recibir toda la información necesaria para tomar una decisión informada y garantizar la promoción de su salud y de sus derechos humanos, especialmente los derechos a la igualdad de sexo y de género y a la no discriminación.

salud (2012), figuran recomendaciones sobre el uso combinado de la mifepristona y el misoprostol y del misoprostol en monoterapia en el tratamiento médico del aborto. En la guía de 2012 se afirma que muchas de las intervenciones médicas para abortar, sobre todo al principio del embarazo, pueden realizarse en el ámbito de la atención primaria y en régimen ambulatorio, lo que facilita aún más el acceso a la atención (6). Tanto en entornos con muchos recursos como en entornos con escasos recursos, los métodos médicos para abortar han contribuido a la delegación y reparto de tareas y a un uso más eficiente de los recursos (9). Dadas las características del aborto médico, las pacientes pueden hacerse cargo por sí mismas de algunas de las etapas sin acudir a centros sanitarios. En otra directriz de la OMS, *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto* (2015), se recomienda que en determinadas circunstancias las pacientes se hagan cargo por sí mismas de tomar sus dosis de mifepristona o misoprostol sin la supervisión directa de un profesional sanitario, así como de evaluar por su cuenta, por medio de pruebas de embarazo y de listas de verificación (10), si el aborto se realizó con éxito (véase el recuadro 1). Cabe señalar que las pruebas de embarazo empleadas para autoevaluar el éxito del aborto son pruebas en orina de baja sensibilidad, distintas de las que se utilizan habitualmente para hacer el diagnóstico de embarazo. Estos enfoques que contemplan la autoevaluación y autogestión pueden empoderar a las personas y mejorar la rápida evaluación sanitaria, lo que daría como resultado una utilización más eficiente de los recursos de la atención sanitaria.

Todas las personas que puedan quedar embarazadas, sean mujeres, niñas o personas con otras identidades de género, y busquen servicios médicos de aborto deben recibir toda la información necesaria para tomar una decisión informada y garantizar la promoción de su salud y de sus derechos humanos, especialmente los derechos a la igualdad de sexo y de género y a la no discriminación. Con esa información, pueden decidir de manera libre y responsable el número de hijos que desean tener, el intervalo entre ellos y el momento de tenerlos. Todas las personas, independientemente de su estado civil, tienen derecho a disfrutar los beneficios de los avances científicos y sus aplicaciones (11).

Según el contexto, las mujeres solteras, las adolescentes, aquellas que viven en la pobreza extrema, las mujeres de minorías étnicas, las refugiadas y otras personas que han tenido que dejar su hogar por razones de fuerza mayor, las mujeres con discapacidades y aquellas que son víctimas de violencia doméstica pueden ser vulnerables al acceso no equitativo a los servicios de aborto sin riesgos. En particular, las adolescentes tienen menos probabilidades que las adultas de acceder a abortos seguros y legales para interrumpir sus embarazos. Entre los obstáculos con los que se encuentran las adolescentes

están la necesidad de autorización de terceros (por ejemplo, el consentimiento de sus padres) y las limitaciones financieras (es decir, la incapacidad de pagar el precio de los procedimientos) (6, 12). En la sección 4 (Consideraciones generales sobre la aplicación) y en la guía de la OMS sobre el trabajo con adolescentes (13) se pueden consultar consideraciones adicionales en relación con la atención de las adolescentes.

En lugares donde existen desigualdades geográficas, las personas deben viajar distancias más largas en busca de atención, lo que aumenta los costos y retrasa el acceso (14). Los mecanismos de financiación deben garantizar el acceso equitativo a servicios de buena calidad (15). Cuando a las personas se les cobre por el aborto, el precio debe ajustarse a su capacidad de pago y deben crearse mecanismos para que la gente pobre y las adolescentes queden exentas de pago. En la medida de lo posible, los servicios de aborto deben estar cubiertos por los planes de seguro médico. El aborto nunca debe negarse o retrasarse debido a la imposibilidad de pagar. Los proveedores de los servicios de aborto deben garantizar que todas las personas sean tratadas con respeto y sin discriminación.

RECUADRO 1

Otras directrices sobre el aborto sin riesgos publicadas por la OMS

LAS RECOMENDACIONES ANTERIORES DE LA OMS EN MATERIA DE SERVICIOS DE ABORTO MÉDICO FIGURAN EN DOS GUÍAS QUE SIGUEN ESTANDO VIGENTES Y SIENDO APLICABLES:

Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud

Esta directriz se publicó por primera vez en 2003; la segunda edición, de 2012, contiene actualizaciones basadas en las evidencias disponibles durante la revisión que se hizo en 2010. Ofrece recomendaciones para la atención clínica y aborda cuestiones relacionadas con las políticas, los programas y los sistemas de salud involucrados en la provisión de abortos seguros (6). Determinados aspectos temáticos relacionados con los tratamientos para el aborto médico que figuraban en la edición de 2012 han sido actualizados en la presente directriz de 2018; sin embargo, las recomendaciones sobre la prestación de la atención que figuran en la directriz de 2012 (por ejemplo, la ubicación de los servicios y la determinación del éxito de los tratamientos para el aborto médico) se mantienen vigentes. Dichas observaciones se han incluido en esta directriz de 2018 ya sea en el apartado "Otras consideraciones" correspondiente a cada recomendación o en la sección "Consideraciones generales sobre la aplicación", que se encuentra después de la sección "Recomendaciones".

Funciones del personal sanitario en la atención del aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto

Esta directriz, publicada en 2015, incluye las evidencias disponibles hasta ese año. En ella figuran recomendaciones sobre las funciones de distintos trabajadores de la salud relacionados con los servicios de aborto y sobre la autogestión del aborto médico (10). Las recomendaciones de 2015 siguen vigentes, ya que la presente directriz de 2018 sobre el tratamiento médico del aborto se centra exclusivamente en los tratamientos farmacológicos.

Los proveedores y gestores de la atención sanitaria, las instancias normativas y otras partes interesadas necesitan contar con recomendaciones actualizadas y basadas en evidencias para orientar las políticas y las prácticas clínicas, garantizar mejores resultados sanitarios y proporcionar información completa, exacta y de fácil comprensión. El aumento de los abortos médicos y la aparición de nuevos estudios sobre la cronología, los intervalos y las vías de administración de los fármacos para el aborto médico hicieron necesario que se revisaran las evidencias, se elaboraran nuevas recomendaciones y se actualizaran las que la OMS publicó en 2012 (6).

1.2 Meta y objetivos

Finalidad: Proporcionar recomendaciones basadas en evidencias sobre la seguridad y la eficacia de los fármacos abortivos para la atención clínica del aborto, considerando la satisfacción de las pacientes.

Objetivos: Analizar las evidencias y formular (o actualizar) recomendaciones sobre los siguientes ámbitos de interés:

1. El tratamiento médico del aborto incompleto con < 13 y con ≥ 13 semanas de gestación (actualización de las recomendaciones publicadas en 2012 en la guía de la OMS *Aborto sin riesgos* (6) teniendo en cuenta las evidencias más recientes);
2. El tratamiento médico de la MFIU con ≥ 14 a ≤ 28 semanas de gestación (nueva recomendación, pues no existían recomendaciones al respecto);
3. El tratamiento médico del aborto inducido con < 12 y con ≥ 12 semanas de gestación (actualización de las recomendaciones publicadas en 2012 en la guía de la OMS *Aborto sin riesgos* (6) teniendo en cuenta las evidencias más recientes);
4. El momento para iniciar la anticoncepción tras un aborto médico (nueva recomendación, pues no existían recomendaciones al respecto).

En la presente directriz la duración del embarazo (gestación) se determina por el tamaño del útero, estimado en semanas mediante la exploración física, que corresponde a un útero gestante de la misma edad gestacional determinada a partir de la FUM. Cuando resulte difícil determinar el tamaño del útero mediante la exploración física, se pueden utilizar métodos alternativos para determinar la edad gestacional (es decir, la FUM o la ecografía). Véase, asimismo, la Figura 2 en el apartado "Sinopsis".

1.3 Destinatarios y pertinencia


Se espera que esta directriz sea de utilidad para:

- ▶ dispensadores de atención de la salud;
- ▶ instancias normativas nacionales y subnacionales;
- ▶ encargados de ejecutar y gestionar programas de salud reproductiva a nivel nacional y subnacional; y
- ▶ organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones y entidades profesionales relacionadas con la planificación y gestión de servicios de aborto médico.

Si bien los contextos jurídicos, normativos y reglamentarios pueden diferir, en la mayoría de los países el aborto es legal, como mínimo, para salvar la vida de la embarazada, y en más de dos terceras partes de los países al menos en algún supuesto más (16). La prestación de atención después del aborto es legal en todos los casos (10). Las presentes recomendaciones serán pertinentes en una amplia gama de contextos, ya que la necesidad de lograr que la atención sea más accesible y de racionalizar el uso de los recursos sanitarios disponibles existe tanto en los entornos con muchos recursos como con escasos recursos.

2. Proceso de elaboración de la Guía





El Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS (OMS/RHR) elaboró esta directriz de conformidad con los procedimientos establecidos en el *Manual para la Elaboración de Directrices de la OMS, 2ª edición, 2015 (17)* y bajo la supervisión del Comité de Examen de Directrices de la OMS.

Las personas de otras organizaciones que han participado en la elaboración de esta directriz lo han hecho en su calidad de expertos a título individual. Los donantes que financian las actividades del Departamento relacionadas con el aborto no formaron parte del Grupo de Elaboración de la Directriz (GED) y no estuvieron presentes en ninguna de las reuniones de dicho grupo. Ninguna entidad comercial participó en la elaboración de la directriz, ni se usaron fondos de tales fuentes.

2.1 Los participantes y sus funciones

La presente directriz fue producida por OMS/RHR, y su elaboración fue coordinada por el Grupo Directivo de la OMS, integrado por funcionarios y consultores de la Organización. La Secretaría, integrada por miembros del Grupo Directivo pertenecientes a RHR, elaboró las preguntas de la directriz, supervisó y participó en la recuperación y síntesis de las evidencias, estableció los marcos “de la Evidencia a la toma de Decisiones” (EtD) y redactó las recomendaciones, además de gestionar las actividades cotidianas de elaboración de la directriz.

El Equipo de Síntesis de las Evidencias lo formaron varios investigadores que realizaron revisiones sistemáticas y expertos en metodología de la elaboración de directrices que se encargaron de revisar, sintetizar y evaluar las evidencias, además de prestar asistencia al Grupo Directivo en la elaboración de los marcos de EtD. Los expertos en metodología de la elaboración de directrices procedían de la Unidad de Salud Mundial del Instituto Noruego de Salud Pública, con sede en Oslo, y de Cochrane, Portland (Estados Unidos de América), y colaboraron estrechamente con el Grupo Directivo de la OMS y los investigadores del Equipo de Síntesis de las Evidencias para evaluar con la metodología GRADE (Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones) las evidencias obtenidas a partir de las revisiones sistemáticas.⁵

El GED estuvo integrado por 11 miembros (5 mujeres y 6 hombres) de distintas regiones que fueron seleccionados por sus conocimientos especializados sobre atención clínica del aborto, prestación de servicios y sistemas de salud, y por la labor que han realizado en regiones del mundo en las que la necesidad de directrices médicas sobre la atención del aborto es muy prioritaria. El GED hizo aportaciones para delimitar el alcance de la directriz, formular las preguntas con arreglo al formato PICO (población, intervención, comparación y resultados), revisar las evidencias y formular las recomendaciones. También examinó y aprobó la versión final de la directriz.

En febrero de 2017 se celebró en Ginebra (Suiza) una consulta técnica y una reunión sobre el alcance de esta directriz. Se llevaron a cabo más consultas por correo electrónico, y en diciembre de 2017 y marzo, junio y agosto de 2018 se celebraron cuatro reuniones del GED por videoconferencia.

El Grupo de Examen Externo del borrador de la directriz lo formaron ocho personas ajenas al proceso de elaboración que fueron elegidas como reflejo de las opiniones de los usuarios finales a quienes están dirigidas estas recomendaciones.

En el anexo 1 figura una lista completa de todos los participantes, las organizaciones a las que pertenecen y las funciones que desempeñaron.

2.2 Declaración de intereses

De conformidad con el *Manual para la Elaboración de Directrices de la OMS (17)*, se pidió a todos los integrantes del GED, del Equipo de Síntesis de las Evidencias y del Grupo de Examen Externo que

⁵ Para más información, véase: <http://www.gradeworkinggroup.org/>

rellenaran el formulario estándar de la OMS para la declaración de intereses. Los miembros del GED lo rellenan antes de cada una de las reuniones a las que asistieron, y se les dijo que debían informar a la Secretaría de cualquier cambio que afectara su declaración. Además, se pidió a los expertos que enviaran una copia en formato electrónico de su *curriculum vitae* y sus reseñas biográficas (que se publicaron en línea durante un mínimo de dos semanas) junto con el formulario de declaración de intereses que rellenan antes de cada reunión. El Grupo Directivo de la OMS evaluó las respuestas y las examinó con el Director de RHR/OMS. En las reuniones del GED, el Presidente presentó un resumen de las declaraciones, y todos los participantes tuvieron la oportunidad de confirmar o modificar cualquiera de los intereses declarados o añadir otros.

Se determinó que uno de los posibles miembros del GED había declarado un interés que podía interpretarse como conflictivo a los efectos de la presente directriz, por lo que el caso fue examinado por la Oficina de Conformidad, Gestión de Riesgos y Ética de la OMS. Teniendo en cuenta las recomendaciones de la Oficina, a dicha persona se le permitió participar en las reuniones en calidad de personal de recursos técnicos, pero no tomó parte en la elaboración de las recomendaciones. No se declararon otros conflictos de intereses financieros o de asociación con entidades comerciales. Los formularios de declaración de intereses y los *curriculum vitae* fueron archivados en formato electrónico para garantizar el mantenimiento de la confidencialidad.

2.3 Alcance y formulación de las preguntas de la directriz

Las cuestiones que se abordan en esta directriz fueron examinadas y precisadas cuidadosamente. La lista inicial de conceptos sujetos a examen fue elaborada en función de los resultados de una encuesta preliminar en línea sobre el alcance de la directriz que se realizó a mediados de 2016 y a la que se invitaron más de 60 expertos de todas las regiones del mundo para que identificaran las lagunas pertinentes en materia de investigación y las posibles intervenciones (el formulario de la encuesta figura en el anexo 2). Se recibieron 40 respuestas. Se celebraron nuevas discusiones por vía telefónica o por videoconferencia con quienes respondieron a la encuesta. Con la información recopilada, el Grupo Directivo de la OMS elaboró una lista inicial de las cuestiones temáticas y las correspondientes preguntas en formato PICO. La lista provisional de preguntas PICO se presentó en la reunión consultiva técnica y sobre el alcance de la directriz que se celebró en febrero de 2017 y a la que asistieron la mayoría de las personas que contribuyeron a la elaboración de esta directriz, y que figuran en el anexo 1.

Las preguntas PICO preliminares se identificaron, examinaron, analizaron, modificaron y finalizaron durante la reunión sobre el alcance. Las preguntas PICO definitivas para esta directriz representan las áreas temáticas prioritarias que necesitaban ser actualizadas con más urgencia según la información obtenida durante una reunión consultiva técnica y sobre el alcance de la directriz. La versión final de las preguntas prioritarias PICO abarcó las siguientes áreas temáticas:

- ▶ tratamiento médico del aborto incompleto con ≥ 13 semanas de gestación;
- ▶ tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina (MFIU) con ≥ 14 y ≤ 28 semanas de gestación;
- ▶ tratamiento médico del aborto inducido entre las 9 y las 12 semanas de gestación;
- ▶ tratamiento médico del aborto inducido con ≥ 12 semanas de gestación;
- ▶ cronología del inicio de la anticoncepción tras el aborto médico.

Se identificaron otras áreas temáticas de importancia, dos de las cuales fueron abordadas nuevamente a fin de proporcionar un conjunto más amplio de recomendaciones:

- ▶ tratamiento médico del aborto incompleto con < 13 semanas de gestación; y
- ▶ tratamiento médico del aborto inducido con < 9 semanas de gestación.

Los criterios de valoración primarios fueron:

- ▶ beneficios y daños
 - eficacia (específica de la tarea) y
 - seguridad, es decir, eventos adversos graves y complicaciones (específicas de la tarea).

Los criterios de valoración secundarios fueron:

- ▶ efectos secundarios (específicos de la intervención) y
- ▶ satisfacción de los usuarios (específicos de la intervención).

2.4 Recuperación y síntesis de las evidencias

Los datos referentes a la seguridad, eficacia y satisfacción en relación con las intervenciones de interés se extrajeron de los ensayos controlados aleatorizados pertinentes, así como de ensayos controlados no aleatorizados, estudios controlados antes y después, series temporales interrumpidas y estudios de cohortes. La búsqueda se realizó en las bases de datos que figuran a continuación, desde su creación hasta junio de 2017 y no se utilizaron filtros de idioma.

- ▶ **Bases de datos internacionales:** ClinicalTrials.gov, base de datos Cochrane, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, Global Index Medicus (GIM), Population Information Online (POPLINE) y PubMed.
- ▶ **Bases de datos regionales:** Index Medicus de la Región de África (AIM), Chinese Biomedical Literature Database, Index Medicus de la Región de Asia Sudoriental (IMSEAR), Index Medicus de la Región del Mediterráneo Oriental (IMEMR), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) e Index Medicus de la Región del Pacífico Occidental (WPRIM).

Además, se efectuó una búsqueda de los sitios web de registro de ensayos y de organizaciones, y se obtuvo información aportada por expertos en la materia con el fin de identificar todos los ensayos de importancia, en curso o ya finalizados, pero no publicados, que pudieran ser pertinentes para la elaboración de esta directriz y la formulación de las recomendaciones.

2.4.1 Evaluación de la confianza en las evidencias

El grado de certeza (es decir, la medida en que podamos estar seguros de que una determinada estimación del efecto o asociación sea correcta) de las evidencias concernientes a los beneficios y daños se evaluó mediante el método GRADE; dos expertos en metodología GRADE se encargaron de distintas cuestiones temáticas. Se utilizaron cinco criterios —limitaciones del estudio, coherencia del efecto, imprecisión, carácter indirecto de los datos y sesgo de publicación— para evaluar la certeza de cada resultado. El grado de certeza de las evidencias se rebajó un nivel ante las limitaciones graves, y dos ante las muy graves. Para más información sobre la certeza de las evidencias véanse los apartados correspondientes a la justificación de cada recomendación.

2.4.2 De las evidencias a las recomendaciones

Los diversos factores que fundamentan las decisiones sobre las recomendaciones se evaluaron por medio del método de los marcos de EtD desarrollado por la colaboración DECIDE (18). La elaboración de un marco de EtD requiere tomar en cuenta de manera explícita y sistemática las evidencias sobre los tratamientos en términos de resultados (beneficios/daños), valores, equidad, recursos necesarios, aceptabilidad (distinta del resultado secundario de satisfacción) y viabilidad.

Las evidencias complementarias sobre los posibles daños o efectos involuntarios figuran en el apartado “Otras consideraciones” de cada resumen de las evidencias. Estas consideraciones incluyen información programática que no aborda directamente la pregunta prioritaria PICO, pero aporta información pertinente a falta de evidencias directas, e información complementaria extraída de otras fuentes pertinentes, entre ellas estudios cualitativos.

2.5 Uso de los marcos para la toma de decisiones

El Grupo de Orientación y el Equipo de Síntesis de las Evidencias prepararon los proyectos de marcos de EtD, que fueron revisados por el GED, y las recomendaciones se elaboraron y ultimaron durante las cuatro videoconferencias del GED. Además de los marcos, el GED también tuvo acceso a todos los materiales de apoyo.

La toma de decisiones (formulación de recomendaciones) se basó en los marcos de EtD y el examen de la síntesis de las evidencias. La aprobación final de todas las recomendaciones se hizo por consenso, definido como el acuerdo total entre todos los miembros del GED, en la medida de lo posible. La decisión final se basó en la opinión de la mayoría, siempre que los miembros del GED con posturas contrarias estuvieran dispuestos a aceptar el resultado; no fue necesario recurrir a una votación para tomar la decisión final. Existía la posibilidad de dejar constancia de las discrepancias, pero no hubo necesidad de ello.

2.6 Preparación del documento y examen inter pares

Los funcionarios de la OMS a cargo redactaron el borrador de la directriz. El GED revisó el borrador, al que se incorporaron sus observaciones. La directriz fue examinada también por los miembros del Grupo de Examen Externo, no relacionados con el proceso de elaboración, quienes aportaron comentarios estructurados sobre la exactitud, la presentación, las consideraciones sobre la aplicación y la utilidad general de la directriz.

3. Recomendaciones, fundamentos y resumen de las evidencias





Las recomendaciones que se hacen en la presente directriz se centran en cuatro áreas temáticas y se presentan en cuatro apartados correspondientes, como sigue.

Recomendaciones sobre tratamientos médicos para:

1. el aborto incompleto
2. la muerte fetal intrauterina
3. el aborto inducido

Recomendaciones sobre la cronología del:

4. inicio de la anticoncepción tras el aborto médico

Después de cada recomendación se presentan su justificación y un resumen de las evidencias, seguidos de otras consideraciones y las lagunas de la investigación, que se identificaron mediante una encuesta enviada a los miembros del GED para que señalaran los temas que necesitan más investigaciones.

Las consideraciones relacionadas con la prestación de la atención, como la ubicación de los servicios, el tipo de prestador de la atención, la evaluación del éxito del tratamiento médico del aborto y el papel de la ecografía provienen de la publicación de la OMS de 2012 titulada *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (6). La información sobre estas consideraciones figura en esta directriz bajo los epígrafes "Otras consideraciones" de cada recomendación y en la sección "Consideraciones generales sobre la aplicación" que aparece después de la presente sección de "Recomendaciones".

Las recomendaciones de esta directriz se presentan con una de las frases siguientes:

- ▶ *Recomendamos* la intervención (recomendación firme a favor de la intervención)
- ▶ *Sugerimos* la intervención (recomendación no firme, condicional, discrecional o cualificada a favor de la intervención)

Se aportan justificaciones de cada una de las recomendaciones y se especifica la certeza de las evidencias subyacentes (alta, moderada, baja o muy baja).

3.1 Principios rectores

Los principios subyacentes al proceso de mejora del acceso a la atención del aborto y de su calidad abarcan el derecho a disponer de la información sanitaria pertinente, basada en evidencias, de modo que quienes puedan quedar embarazadas tengan la posibilidad de controlar y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad y reproducción (en particular su salud sexual y reproductiva) sin coacciones, discriminaciones, ni violencia (11). Estos principios también incluyen la prestación de servicios adicionales para lograr una atención holística de la paciente.

3.1.1 Información

La información es un componente necesario de toda atención médica, que nunca debe dejar de proporcionarse a quienes estén considerando la posibilidad de abortar. En tal caso, dicha información debe incluir, como mínimo (6):

- ▶ los métodos disponibles para el aborto y la analgesia;
- ▶ qué se hará antes, durante y después del procedimiento, incluidas las pruebas que se puedan efectuar;
- ▶ qué se puede esperar (por ejemplo, dolor y sangrado) y cuánto tiempo es previsible que duren el procedimiento y la recuperación (tras el aborto médico es normal el sangrado vaginal durante 2 semanas, pero en casos raros puede durar hasta 45 días);
- ▶ cómo reconocer las posibles complicaciones, y cuándo y dónde buscar ayuda en caso de que sea necesaria (hay que volver al hospital o dispensario en caso de que la intensidad de los calambres o del dolor abdominal vaya en aumento o de que haya gran sangrado vaginal o fiebre);
- ▶ cuándo se pueden reanudar las actividades normales, entre ellas el coito (la fecundidad puede restablecerse en las 2 semanas siguientes al aborto);
- ▶ dónde y cómo acceder a otros servicios y al seguimiento (véase el apartado 3.1.4).

3.1.2 Asesoramiento

El asesoramiento es un proceso focalizado e interactivo mediante el cual se recibe voluntariamente apoyo, información adicional y orientación proporcionados por una persona capacitada en un entorno que propicia el intercambio abierto de ideas, sentimientos y percepciones. Al ofrecer asesoramiento es esencial:

- ▶ comunicar la información en lenguaje simple;
- ▶ mantener la privacidad;
- ▶ apoyar a la persona y asegurarse de que recibe respuestas adecuadas a sus cuestiones y necesidades, y
- ▶ evitar la imposición de valores y creencias personales (6).

3.1.3 Otros servicios

Quienes busquen un aborto médico pueden necesitar que se les proporcionen otros servicios (19).

- ▶ Comprimidos de hierro para la anemia.
- ▶ Analgésicos.
- ▶ Apoyo emocional.
- ▶ En función de la evaluación de sus necesidades, derivación a otros servicios, que pueden consistir en asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (entre ellas por el VIH) y las pruebas correspondientes, servicios de apoyo en casos de abuso, servicios psicológicos o sociales u otros servicios de salud o médicos especializados.

3.1.4 Seguimiento

No es necesario un seguimiento sistemático tras un aborto quirúrgico o un aborto médico con mifepristona y misoprostol que no tenga complicaciones. No obstante, se puede proponer una consulta opcional 7–14 días después del procedimiento para ofrecer más asesoramiento, servicios anticonceptivos y apoyo emocional o para resolver cualquier problema médico.

En caso de aborto médico solo con misoprostol se recomienda una consulta de seguimiento para comprobar el éxito del aborto.

En esa consulta se debe:

- ▶ evaluar la recuperación de la paciente e investigar la presencia de signos y síntomas de que el embarazo sigue en curso;
- ▶ examinar el historial médico y los documentos de derivación disponibles;
- ▶ preguntar por los síntomas presentados desde la realización del procedimiento;
- ▶ realizar una exploración física centrada en las quejas referidas; y
- ▶ evaluar los objetivos de la paciente con respecto a su fecundidad y la necesidad de servicios de anticoncepción:
 - Si no se ha iniciado ningún método anticonceptivo antes del alta, proporcionar información y asesoramiento sobre el método anticonceptivo apropiado, si la paciente lo desea.
 - Si ya se ha iniciado un método anticonceptivo, evaluarlo y tomar nota de cualquier posible problema. Si no hay problemas, proporcionar lo necesario para continuar, y si los hay, ayudar a elegir otro método apropiado (19).

3.2 Aborto incompleto

3.2.1 Diagnóstico del aborto incompleto

El aborto incompleto se define clínicamente por la presencia de un orificio cervical abierto y sangrado, por lo cual no se han expulsado del útero todos los productos de la concepción. Los síntomas frecuentes consisten en sangrado vaginal y dolor abdominal. También se debe sospechar un aborto incompleto si el examen visual indica que los tejidos expulsados no coinciden con la duración estimada del embarazo.

3.2.2 Tratamiento médico del aborto incompleto: recomendaciones 1a y 1b

El aborto incompleto puede ser objeto de una conducta expectante o de tratamiento quirúrgico o médico. La elección debe basarse en el estado clínico de la paciente y sus preferencias.

RECOMENDACIÓN 1A

Tratamiento médico del aborto incompleto con < 13 semanas de gestación⁶

RECOMENDACIONES	TRATAMIENTO COMBINADO		SOLO MISOPROSTOL
	MIFEPRISTONA	1 A 2 DÍAS	MISOPROSTOL
ABORTO INCOMPLETO < 13 SEMANAS	No	Solo misoprostol	600 µg v.o. ^a o 400 µg s.l. ^a

v.o.: oral; s.l.: sublingual

Para tratar el aborto incompleto con un tamaño uterino < 13 semanas, sugerimos que se utilicen 600 µg de misoprostol administrados por vía oral o 400 µg de misoprostol administrados por vía sublingual.^a

TIPO DE RECOMENDACIÓN: NUEVA O ACTUALIZADA

La recomendación 1a es una actualización de la recomendación hecha en la directriz de la OMS de 2012 *Aborto sin riesgos* (6). De la presente recomendación actualizada se ha eliminado la opción consistente en la administración vaginal de 400–800 µg de misoprostol.

^a Se puede considerar la posibilidad de administrar dosis repetidas de misoprostol cuando sea necesario para el éxito del aborto. La presente directriz no incluye una recomendación con respecto al número máximo de dosis de misoprostol. El profesional sanitario debe ser cauteloso y emplear su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en embarazadas en las que anteriormente se hayan realizado incisiones uterinas. La rotura del útero es una complicación rara; cuando la edad gestacional sea avanzada, se tendrá en cuenta el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para tratar de urgencia la rotura uterina.

⁶ En la presente directriz la duración del embarazo (gestación) se define como el tamaño del útero, estimado en semanas mediante la exploración física, que corresponde a un útero gestante de la misma edad gestacional determinada a partir de la FUM

3.2.3 Resumen de las evidencias y fundamentos de las recomendaciones 1a y 1b

Como base científica para el tratamiento médico del aborto incompleto se utilizó una revisión Cochrane en la que se evaluó la eficacia, seguridad y aceptabilidad de diversas opciones terapéuticas (20) y en la que se incluyeron 24 estudios centrados en el aborto incompleto con < 13 semanas de gestación. De esos 24 estudios, 22 compararon diferentes dosis y vías de administración del misoprostol cuando solo se utilizó este fármaco, así como la conducta expectante y los tratamientos médico o quirúrgico.

Efectos (beneficios y daños) Dos estudios se centraron en la posología del misoprostol y revelaron que con la administración oral repetida de 600 µg se obtenían mayores tasas de éxito del aborto y menos intervenciones quirúrgicas no programadas. En los estudios que compararon diferentes vías de administración del misoprostol no se obtuvieron pruebas claras de que ninguna de ellas fuera superior a las otras. En los estudios que compararon el tratamiento médico con el tratamiento quirúrgico o la conducta expectante, la incidencia de abortos exitosos fue ligeramente menor con el tratamiento médico y la conducta expectante, pero todos los métodos consiguieron elevadas tasas de éxito. En cada uno de los 22 estudios que investigaron los tratamientos pertinentes hubo pocos datos sobre eventos adversos graves.

RECOMENDACIÓN 1B

Tratamiento médico del aborto incompleto con ≥ 13 semanas de gestación

RECOMENDACIONES	TRATAMIENTO COMBINADO		SOLO MISOPROSTOL
	MIFEPRISTONA	1 A 2 DÍAS	MISOPROSTOL
ABORTO INCOMPLETO ≥ 13 SEMANAS	No	Solo misoprostol	400 µg v.b., v.v. o s.l. cada 3 horas ^a

v.b.: bucal; v.v.: vaginal; s.l.: sublingual

Para tratar el aborto incompleto con un tamaño uterino ≥ 13 semanas, sugerimos que se utilicen dosis repetidas de 400 µg de misoprostol administradas por vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas.^a



TIPO DE RECOMENDACIÓN: NUEVA O ACTUALIZADA

La recomendación 1b es nueva.

^a Se puede considerar la posibilidad de administrar dosis repetidas de misoprostol cuando sea necesario para el éxito del aborto. La presente directriz no incluye una recomendación con respecto al número máximo de dosis de misoprostol. El profesional sanitario debe ser cauteloso y emplear su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en embarazadas en las que anteriormente se hayan realizado incisiones uterinas. La rotura del útero es una complicación rara; cuando la edad gestacional sea avanzada, se tendrá en cuenta el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para tratar de urgencia la rotura uterina.

No hubo estudios que se centraran exclusivamente en el aborto incompleto con ≥ 13 semanas. En un estudio realizado en Finlandia se evaluó el tratamiento del aborto incompleto en embarazos de hasta 24 semanas de gestación, pero solo incluyeron tres mujeres cuyos embarazos tenían una edad gestacional de 13 a 24 semanas según la fecha de la última menstruación (FUM) (21). Una de ellas recibió tratamiento médico, mientras que en las otras dos se practicaron intervenciones quirúrgicas.

Valores En la revisión de Cochrane no había datos directos sobre cómo valoran las mujeres los procedimientos médicos para abortar. En general, las mujeres consideran que evitar la cirugía es una característica positiva del tratamiento médico, mientras que otras, valoran más la mayor brevedad del proceso abortivo y el sangrado mínimo con el tratamiento quirúrgico (22,23). A algunas mujeres les desagradan los efectos secundarios del tratamiento médico, como el sangrado, la fiebre, vómitos, diarrea y los escalofríos (22,23).

Equidad No pudimos encontrar investigaciones sobre aspectos de la equidad relacionados con la eficacia relativa de la intervención en diferentes subgrupos y no se hicieron suposiciones al respecto.

Recursos Intentamos recopilar datos programáticos de organizaciones prestadoras de servicios para orientar la decisión sobre cómo incluir los recursos como factor de la recomendación. Sin embargo, solo conseguimos recopilar información limitada, y los datos disponibles eran muy variables con respecto a su presentación (por ejemplo, la definición de los términos), por lo que no se incluyeron en la toma de decisiones. Asumimos que los costos asociados a este tipo de atención serán más elevados en aquellos casos que necesiten recursos hospitalarios adicionales, como internación, medidas analgésicas o transfusiones de sangre.

Aceptabilidad En general, las mujeres consideran que el tratamiento médico de aborto incompleto únicamente con misoprostol es aceptable y lo recomendarían a una amiga (24–27).

Viabilidad No pudimos encontrar investigaciones sobre la viabilidad de la adopción del uso del misoprostol, solo o combinado con mifepristona, en el tratamiento del aborto incompleto. Sin embargo, la revisión Cochrane incluía 22 estudios, realizados en 24 países, que proporcionaban información acerca de los diferentes contextos nacionales en los que se pueden prestar esos servicios. De esos 24 países, 7 eran de ingresos bajos, 7 de ingresos medianos bajos, 4 de ingresos medianos altos, y 6 de ingresos altos (20).

Fundamentos de la recomendación 1a (sobre el aborto incompleto con < 13 semanas): Las mujeres tratadas con 600 μg de misoprostol por vía oral presentaron mayores tasas de éxito del

aborto e intervenciones quirúrgicas adicionales menos frecuentes, aunque la certeza de las evidencias es baja. También hay evidencias de baja certeza que indican que el uso de 400 µg de misoprostol por vía sublingual proporciona altas tasas de éxito del aborto. Asimismo, la aceptabilidad de estos tratamientos parece ser alta.

Fundamentos de la recomendación 1b (sobre el aborto incompleto con ≥ 13 semanas): Debido a la inexistencia de evidencias directas sobre el tratamiento médico del aborto incompleto con ≥ 13 semanas de gestación, esta recomendación se basa en información extrapolada a partir de datos sobre el tratamiento médico del aborto con > 12 semanas utilizando únicamente misoprostol. Las pacientes con aborto incompleto con ≥ 13 semanas pueden presentar cantidades variables de tejidos o productos de la concepción residuales. Así, los miembros del GED opinan que, una vez que el tratamiento médico utilizado para el aborto con > 12 semanas es seguro, eficaz y aceptable, también se puede aplicar en abortos incompletos en los que ya se haya iniciado la expulsión del contenido del útero, demostrada por sangrado, cólicos o contracciones.

3.2.4 Otras consideraciones

La realización de un aborto no requiere sistemáticamente una ecografía (4,28,29). La ecografía es útil para detectar la persistencia del embarazo, midiendo el grosor del endometrio, pero generalmente carece de utilidad para diagnosticar el aborto incompleto y puede llevar a la realización de intervenciones quirúrgicas innecesarias (30).

El tratamiento médico del aborto incompleto no complicado puede ser llevado a cabo por los siguientes profesionales sanitarios, siempre que tengan capacitación específica para ello y haya en funcionamiento sistemas de seguimiento y supervisión de apoyo: personal auxiliar de enfermería y partería, personal de enfermería y partería, personal clínico asociado o asociado avanzado y personal médico no especializado y especializado (10).

3.2.5 Lagunas de la investigación

En general:

- ▶ Todavía es necesario determinar cuál es tratamiento médico más eficaz para el aborto incompleto con ≥ 13 semanas de gestación (en particular, mifepristona combinada con misoprostol o solo misoprostol). Las recomendaciones con respecto a este tratamiento se han hecho con base en evidencias indirectas. Los resultados de la encuesta realizada entre los miembros del GED con respecto a las lagunas de la investigación señalaron la falta de evidencias sobre los tratamientos eficaces en esta situación clínica, por lo que se deberían realizar nuevas investigaciones sobre el tema.

3.3 Muerte fetal intrauterina (MFIU)

3.3.1 Diagnóstico de la MFIU

La muerte fetal se refiere a situaciones en las que el feto ya no está vivo, pero el útero todavía no ha empezado a expulsar su contenido y el orificio cervical sigue cerrado (31). El diagnóstico se hace por ecografía tras la aparición de signos clínicos, que pueden consistir en sangrado vaginal, ausencia de latidos cardíacos fetales en la auscultación electrónica, ausencia de movimientos fetales detectables o un tamaño del útero significativamente inferior al esperado (31).

3.3.2 Tratamiento médico de la MFIU con ≥ 14 a ≤ 28 semanas de gestación: recomendación 2

La MFIU puede ser objeto de conducta expectante o de tratamiento quirúrgico o médico. La decisión al respecto depende del estado clínico de la paciente y sus preferencias terapéuticas.

El tratamiento médico de la MFIU consiste en la administración de mifepristona combinada con misoprostol (recomendado) o solo misoprostol (alternativo).

3.3.3 Resumen de las evidencias y fundamentos de la recomendación 2

En una revisión sistemática se evaluó la eficacia, seguridad y aceptabilidad del tratamiento con misoprostol de la MFIU entre ≥ 14 y ≤ 28 semanas de gestación (32). En ella se incluyeron 16 ensayos aleatorizados controlados en los que había casos de MFIU con ≥ 14 a ≤ 28 semanas y en los que los casos estaban uniformemente distribuidos entre los grupos de estudio. Los estudios en los que había casos de MFIU con < 14 o > 28 semanas de gestación solo se consideraron si la edad gestacional media de las participantes estaba entre ≥ 14 y ≤ 28 semanas.

En la revisión se incluyeron estudios en los que se comparaban el tratamiento combinado con mifepristona y misoprostol y el tratamiento solo con misoprostol, y estudios en los que se comparaban diferentes dosis de misoprostol tras la administración de la mifepristona, diferentes dosis de misoprostol con o sin una dosis de carga, diferentes vías de administración del misoprostol y diferentes preparaciones de este fármaco (es decir, humedecido o seco).

Efectos (beneficios y daños) Los estudios examinados revelaron que las mujeres tratadas con mifepristona y misoprostol presentaron mayores tasas de aborto completo a las 24 horas y menores periodos de expulsión en comparación con las tratadas solo con misoprostol. Tanto con los tratamientos combinados como con los tratamientos solo con misoprostol, las mujeres que recibieron 400 μg de este fármaco presentaron mayores tasas de aborto completo a las 24 horas y

RECOMENDACIÓN 2

Tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina con ≥ 14 y ≤ 28 semanas de gestación⁷

RECOMENDACIONES	TRATAMIENTO COMBINADO (RECOMENDADO ^a)		SOLO MISOPROSTOL (ALTERNATIVO)
	MIFEPRISTONA	» 1 A 2 DÍAS » MISOPROSTOL	MISOPROSTOL
MUERTE FETAL INTRAUTERINA ≥ 14 –28 SEMANAS	200 mg v.o. una vez	400 µg v.v. o s.l. cada 4–6 horas ^b	400 µg s.l. (preferible) o v.v. cada 4–6 horas ^b

v.o.: oral; v.v.: vaginal; s.l.: sublingual

Sugerimos que se utilicen 200 mg de mifepristona administrados por vía oral, seguidos 1–2 días después de dosis repetidas de 400 µg de misoprostol administradas por vía sublingual o vaginal cada 4–6 horas.^b El intervalo mínimo recomendado entre la administración de la mifepristona y del misoprostol es de 24 horas.

Para el tratamiento solo con misoprostol, sugerimos el uso de dosis repetidas de 400 µg administradas por vía sublingual cada 4–6 horas.^b

Si no se utiliza misoprostol sublingual, sugerimos que se utilicen dosis repetidas de 400 µg de misoprostol administradas por vía vaginal cada 4–6 horas.^b

Notas:

- Los datos al respecto con edades gestacionales superiores a 24 semanas eran más limitados.
- No es necesaria una dosis de carga de misoprostol. El uso de misoprostol humedecido no aporta ventajas con respecto al misoprostol seco.



TIPO DE RECOMENDACIÓN: NUEVA O ACTUALIZADA

La recomendación 2 es nueva.

^a Se recomienda el tratamiento combinado porque es más eficaz.

^b Se puede considerar la posibilidad de administrar dosis repetidas de misoprostol cuando sea necesario para el éxito del aborto. La presente directriz no incluye una recomendación con respecto al número máximo de dosis de misoprostol. El profesional sanitario debe ser cauteloso y emplear su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en embarazadas en las que anteriormente se hayan realizado incisiones uterinas. La rotura del útero es una complicación rara; cuando la edad gestacional sea avanzada, se tendrá en cuenta el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para tratar de urgencia la rotura uterina.

menores tasas de eventos adversos graves que las tratadas con dosis alternativas de misoprostol. Los estudios que compararon diferentes vías de administración del misoprostol no proporcionaron evidencias firmes de que una vía fuera superior a las otras.

Valores No pudimos encontrar investigaciones que evaluaran el valor concedido al tratamiento de la MFIU. En general, asumimos que las pacientes valorarían la brevedad del tiempo entre la inducción y la expulsión, así como evitar intervenciones quirúrgicas adicionales, eventos adversos graves y efectos secundarios menores. Sin embargo, cómo valoran las

⁷ En la presente directriz la duración del embarazo (gestación) se define como el tamaño del útero, estimado en semanas mediante la exploración física, que corresponde a un útero gestante de la misma edad gestacional determinada a partir de la FUM

pacientes estos resultados, particularmente en la relación entre unos y otros, puede presentar una importante variabilidad. Así, por ejemplo, una persona puede elegir un tiempo más prolongado entre la inducción y la expulsión, siempre que se asocie a un menor riesgo de eventos adversos graves y efectos secundarios menores.

Equidad No pudimos encontrar investigaciones sobre aspectos de la equidad relacionados con la eficacia relativa de la intervención en diferentes subgrupos y no se hicieron suposiciones al respecto.

Recursos Entre los estudios incluidos en la revisión sistemática, no pudimos encontrar investigaciones sobre los costos ni la costoefectividad de la intervención. De cualquier modo, los eventos adversos graves relacionados con el tratamiento médico de la MFIU son raros. Asumimos que los costos asociados a este tipo de atención serán más elevados en aquellos casos que necesiten recursos hospitalarios adicionales, como internación, medidas analgésicas o transfusiones de sangre. No pudimos determinar el efecto que tiene en los costos el uso de la mifepristona. Aunque el costo inicial del tratamiento combinado (mifepristona y misoprostol) puede ser más elevado, el uso general de recursos (y su costo) puede ser menor debido a la mayor brevedad y las mayores tasas de éxito del proceso abortivo.

Aceptabilidad En la elaboración de esta recomendación se tuvieron en cuenta varios factores que influyen en la aceptabilidad, tales como la tolerabilidad de la medicación. En general, las mujeres quedaron satisfechas con su tratamiento (33–35) y consideraron que el dolor causado por la inducción fue inferior o igual al que esperaban (35).

Viabilidad No pudimos encontrar investigaciones sobre la viabilidad de la adopción del uso del misoprostol, solo o combinado con mifepristona, específicamente en el tratamiento de la MFIU con ≥ 14 y ≤ 28 semanas. No obstante, los 16 estudios fueron realizados en 17 países (uno se realizó en centros de dos países) y proporcionaban información acerca de los diferentes contextos nacionales en los que se pueden prestar esos servicios. De esos 17 países, 6 eran de ingresos medianos bajos, 7 de ingresos medianos altos, y 4 de ingresos altos (32).

Fundamento de la recomendación 2: Las mujeres tratadas con una combinación de mifepristona y misoprostol presentaron mayores tasas de éxito del aborto en 24 horas y menores tiempos de expulsión que las tratadas únicamente con misoprostol. La certeza de las evidencias fue entre baja y muy baja. Las evidencias indican que, tanto en los tratamientos combinados como en los tratamientos solo con misoprostol, la dosis 400 μg de misoprostol proporciona mayores tasas de éxito del aborto en 24 horas y menores tasas de eventos adversos graves, en comparación con otras dosis.

3.3.4 Otras consideraciones

Con respecto a los profesionales sanitarios que pueden tratar la MFIU con ≥ 14 a ≤ 28 semanas de gestación, se pueden seguir las mismas recomendaciones que con respecto a los abortos médicos con > 12 semanas. La atención puede ser prestada no solo por médicos especialistas y no especialistas, sino también por personal de enfermería y partería, y personal clínico asociado o asociado avanzado, siempre que se disponga de respaldo quirúrgico apropiado y de la infraestructura adecuada para atender los abortos incompletos u otras complicaciones (10). A la hora de determinar la vía de administración del misoprostol se deben tener en cuenta las preferencias de la paciente.

3.3.5 Lagunas de la investigación

En general:

- ▶ Es necesario determinar cuál es el tratamiento médico más eficaz para la MFIU. En particular, estudios futuros podrían investigar la eficacia de menores dosis de misoprostol (por ejemplo, 200 μg), combinadas con mifepristona.
- ▶ Se debería investigar la posología del misoprostol para el tratamiento de la MFIU con < 20 semanas, en comparación con 20–28 semanas de gestación.

3.4 Aborto inducido

3.4.1 Indicación para el aborto inducido

Las mujeres con embarazos no planificados, a destiempo o no deseados pueden optar por un aborto médico. Por aborto médico se entiende el uso secuencial de mifepristona y misoprostol, o, cuando la mifepristona no está disponible, únicamente de misoprostol, para inducir el aborto, como alternativa al aborto quirúrgico. Es necesario un entorno reglamentario y normativo propicio que asegure que toda mujer que

RECOMENDACIÓN 3A

Aborto inducido con < 12 semanas de gestación⁸

RECOMENDACIONES	TRATAMIENTO COMBINADO (RECOMENDADO ^a)		SOLO MISOPROSTOL (ALTERNATIVO)
	MIFEPRISTONA	1 A 2 DÍAS	MISOPROSTOL
			MISOPROSTOL
ABORTO INDUCIDO < 12 SEMANAS	200 mg v.o. una vez	800 µg v.b., v.v. o s.l. ^{b,c}	800 µg v.b., v.v. o s.l. ^{b,c}

v.b.: bucal; v.o.: oral; v.v.: vaginal; s.l.: sublingual

Recomendamos que se utilicen 200 mg de mifepristona administrados por vía oral, seguidos 1–2 días después de 800 µg de misoprostol administrados por vía vaginal, sublingual o bucal.^{b,c} El intervalo mínimo recomendado entre la administración de la mifepristona y del misoprostol es de 24 horas.

Para el tratamiento solo con misoprostol, recomendamos el uso de 800 µg administrados por vía vaginal, sublingual o bucal.^{b,c}

Nota:

- Hay evidencias limitadas que indican que la administración simultánea de la mifepristona y el misoprostol es eficaz (39,40).



TIPO DE RECOMENDACIÓN: NUEVA O ACTUALIZADA

La recomendación 3a es una actualización de la recomendación hecha en la directriz de la OMS de 2012 *Aborto sin riesgos* (6). Esta recomendación actualizada se aplica a los embarazos de hasta 12 semanas de gestación, mientras que en la directriz anterior se recomendaban pautas diferentes para los embarazos de hasta 7, 9 y 12 semanas. Con respecto al tratamiento solo con misoprostol que se recomienda, se ha añadido la vía de administración bucal y se ha eliminado el número máximo de dosis. También se han eliminado las observaciones con respecto a los intervalos entre dosis y se ha añadido una nota en la que se dice que se puede considerar la administración de dosis repetidas de misoprostol para lograr el éxito del aborto.

^a Se recomienda el tratamiento combinado porque es más eficaz.

^b Teniendo en cuenta las preferencias de las pacientes y los profesionales, se sugiere la inclusión de todas las vías de administración, incluida la bucal.

^c Véase la nota de la página siguiente (recomendación 3b).

⁸ En la presente directriz la duración del embarazo (gestación) se define como el tamaño del útero, estimado en semanas mediante la exploración física, que corresponde a un útero gestante de la misma edad gestacional determinada a partir de la FUM

pueda quedar embarazada y cumpla los requisitos legales tenga fácil acceso al aborto en condiciones seguras. Las leyes y políticas sobre el aborto deberían proteger la salud y los derechos humanos (6).

3.4.2 Aborto inducido con métodos médicos: recomendaciones 3a y 3b

La decisión sobre el método abortivo debe basarse en las preferencias terapéuticas de la paciente. La directriz de la OMS de 2012 titulada, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*

RECOMENDACIÓN 3B

Aborto inducido con ≥ 12 semanas de gestación

RECOMENDACIONES	TRATAMIENTO COMBINADO (RECOMENDADO ^a)		SOLO MISOPROSTOL (ALTERNATIVO)
	MIFEPRISTONA	1 A 2 DÍAS	MISOPROSTOL
ABORTO INDUCIDO ≥ 12 SEMANAS	200 mg v.o. una vez	400 μ g v.b., v.v. o s.l. cada 3 horas ^{bc}	400 μ g v.b., v.v. o s.l. cada 3 horas ^{bc}

v.b.: bucal; v.o.: oral; v.v.: vaginal; s.l.: sublingual

Sugerimos que se utilicen 200 mg de mifepristona administrados por vía oral, seguidos 1–2 días después de dosis repetidas de 400 μ g de misoprostol administradas por vía vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas.^{bc} El intervalo mínimo recomendado entre la administración de la mifepristona y del misoprostol es de 24 horas.

Para el tratamiento solo con misoprostol, sugerimos el uso de dosis repetidas de 400 μ g administradas por vía vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas.^{bc}

Remarques:

- No es necesaria una dosis de carga de misoprostol. El uso de misoprostol humedecido no aporta ventajas con respecto al misoprostol seco.



TIPO DE RECOMENDACIÓN: NUEVA O ACTUALIZADA

La recomendación 3b es una actualización de la recomendación hecha en la directriz de la OMS de 2012 *Aborto sin riesgos* (6). Al contrario que en la directriz anterior, en esta recomendación actualizada el tratamiento combinado (mifepristona y misoprostol) no incluye una dosis de carga de 800 μ g de misoprostol. Tanto para el tratamiento combinado como para el tratamiento solo con misoprostol, se ha añadido como opción la vía de administración bucal. Se ha suprimido el número máximo de dosis y el intervalo entre la administración de mifepristona y misoprostol se expresa en días.

^a Se recomienda el tratamiento combinado porque es más eficaz.

^b Las evidencias indican que la vía vaginal es la más eficaz. Teniendo en cuenta las preferencias de las pacientes y los profesionales, se sugiere la inclusión de todas las vías de administración, incluida la bucal.

^c Se puede considerar la posibilidad de administrar dosis repetidas de misoprostol cuando sea necesario para el éxito del aborto. La presente directriz no incluye una recomendación con respecto al número máximo de dosis de misoprostol. El profesional sanitario debe ser cauteloso y emplear su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en embarazadas en las que anteriormente se hayan realizado incisiones uterinas. La rotura del útero es una complicación rara; cuando la edad gestacional sea avanzada, se tendrá en cuenta el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para tratar de urgencia la rotura uterina.

recomienda la aspiración por vacío, manual o eléctrica, la dilatación y evacuación o el tratamiento médico, bien con la combinación de mifepristona seguida de misoprostol o bien solo con misoprostol (6). Está demostrado que la mifepristona seguida de un análogo de las prostaglandinas es un método seguro y eficaz (36). También hay pruebas limitadas que indican que el tratamiento con dosis repetidas de misoprostol entre las 9 y las 12 semanas de gestación es seguro y eficaz (4,28,37,38), aunque el tratamiento solo con misoprostol es menos eficaz que su combinación con mifepristona.

En la presente directriz se presenta información actualizada sobre posologías, vías de administración y pautas específicas para lograr el aborto médico, que no son las mismas para todas las edades gestacionales.

3.4.3 Resumen de las evidencias y fundamentos de las recomendaciones 3a y 3b

La base científica para evaluar la eficacia, seguridad y aceptabilidad del tratamiento médico del aborto con mifepristona y misoprostol (tratamiento combinado) o solo con misoprostol procede de tres revisiones sistemáticas: la primera sobre el aborto inducido con ≤ 63 días de gestación (41); la segunda sobre el aborto inducido con > 63 hasta 84 días (42), y la tercera sobre el aborto inducido con ≥ 12 semanas de gestación (43).

En la primera revisión sistemática para elaborar estas recomendaciones se incluyeron 41 estudios en los que se compararon el tratamiento combinado o solo con misoprostol, así como diferentes vías de administración y dosis de misoprostol, diferentes intervalos entre la administración de la mifepristona y del misoprostol, y diferentes dosis de misoprostol cuando solo se utilizó este fármaco (41).

En la segunda revisión sistemática para elaborar estas recomendaciones se incluyeron 5 estudios en los que se compararon diferentes vías de administración del misoprostol tras la administración de la mifepristona, diferentes dosis de misoprostol cuando solo se utilizó este fármaco, y el tratamiento del aborto inducido en un centro sanitario o por la propia embarazada (42).

En la tercera revisión sistemática se incluyeron 44 ensayos aleatorizados controlados en los que se compararon el tratamiento combinado y el tratamiento solo con misoprostol. Asimismo, se compararon diferentes dosis de misoprostol tras la administración de la mifepristona, diferentes dosis de misoprostol con o sin una dosis de carga, diferentes vías de administración del misoprostol y diferentes preparaciones de misoprostol (es decir, humedecido o seco) (43).

Efectos (beneficios y daños)

Es necesario un entorno reglamentario y normativo propicio que asegure que toda mujer que pueda quedar embarazada y cumpla los requisitos legales tenga fácil acceso al aborto en condiciones seguras.

La primera revisión, sobre el aborto inducido con ≤ 63 días de gestación (41), reveló que, en comparación con el tratamiento solo con misoprostol, el tratamiento combinado proporcionaba mayores tasas de éxito del aborto y menores tasas de continuación del embarazo. En los estudios que compararon diferentes dosis de misoprostol e intervalos entre la administración de la mifepristona y del misoprostol en el tratamiento combinado, las tasas de éxito del aborto fueron mayores, y las tasas de continuación del embarazo menores, con 800 μg de misoprostol y un intervalo de al menos 24 horas entre la administración de la mifepristona y del misoprostol. Los estudios que compararon diferentes vías de administración del misoprostol revelaron que las más eficaces eran la vaginal y la sublingual. En los escasos estudios que compararon diferentes dosis de misoprostol en el tratamiento solo con este fármaco, la dosis de 800 μg proporcionó menores tasas de continuación del embarazo y mayores tasas de éxito del aborto.

La segunda revisión sistemática reveló que el aborto médico es eficaz al final del primer trimestre (> 63 hasta 84 días de gestación) (42). El tratamiento combinado es significativamente más eficaz que el tratamiento solo con misoprostol. Las tasas de éxito fueron mayores con la administración repetida de misoprostol, tanto en el tratamiento combinado como en el tratamiento solo con misoprostol, y también fueron mayores con la administración repetida por vía vaginal que por vía oral. Dos estudios que examinaron los resultados del aborto médico en régimen ambulatorio no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a la eficacia, la seguridad ni la aceptabilidad.

La tercera revisión sistemática, sobre el aborto inducido con ≥ 12 semanas, mostró que los tratamientos combinados proporcionaban menores tasas de continuación del embarazo a las 24 y a las 48 horas, en comparación con los tratamientos solo con misoprostol. La administración de la mifepristona 24 horas antes del misoprostol proporcionó menores tasas de continuación del embarazo que la administración simultánea de ambos fármacos. En los tratamientos solo con misoprostol, los intervalos de 3 horas entre dosis proporcionaron menores tasas de continuación del embarazo a las 24 y a las 48 horas que otros intervalos entre dosis. Tanto en los tratamientos combinados como en los tratamientos solo con misoprostol, las vías sublingual y vaginal de administración del misoprostol tuvieron mejor eficacia y menores tasas de efectos secundarios que la vía oral (43).

Valores No pudimos encontrar investigaciones sobre los valores en relación con el tratamiento médico del aborto. Suponemos que las pacientes valoran la eficacia y la seguridad, pero no está claro cómo lo valorarían si también se ponderaran los efectos secundarios y los marcadores de aceptabilidad.

También es posible que las mujeres valoren mucho más unas intervenciones que otras y que haya diferencias significativas entre una mujer y otra, o entre una región del mundo y otra, con respecto a las preferencias por la vía y la cronología de la administración de la medicación y por el tipo de intervención (médica o quirúrgica) (44–46). Asimismo, habría que tener en cuenta el valor dado por la mujer a la cronología y el costo de los servicios para abortar, así como a las oportunidades de participar en el proceso en situaciones en las que puedan tomar la medicación en su casa y autogestionar el aborto (47–49).

Equidad No pudimos encontrar investigaciones sobre aspectos de la equidad relacionados con la eficacia relativa de la intervención en diferentes subgrupos. No obstante, en 4 estudios la edad de las participantes estuvo comprendida entre los 16 y los 44 años, lo que demuestra la inclusión de personas de todos los grupos de edad (50–53).

Recursos En los estudios incluidos en las tres revisiones sistemáticas no pudimos encontrar investigaciones sobre los costos ni la costo-efectividad. En los estudios sobre el aborto médico se incluyen opciones analgésicas que van de la administración oral a la administración parenteral, incluso de opioides, dependiendo de la edad gestacional. Asumimos que los costos asociados a estos servicios serán más elevados en aquellos casos que necesiten recursos hospitalarios adicionales, como transfusiones de sangre, ingreso, medidas analgésicas o feticidio. No pudimos determinar el efecto que tiene en los costos el uso de la mifepristona. Aunque el costo inicial del tratamiento combinado (mifepristona y misoprostol) puede ser más elevado, el uso general de recursos (y su costo) puede ser menor debido a la mayor brevedad del proceso abortivo y a las mayores tasas de éxito.

Viabilidad No pudimos encontrar investigaciones sobre la viabilidad de la adopción del uso del misoprostol, solo o combinado con mifepristona, en el tratamiento del aborto médico. Sin embargo, cuatro estudios realizados en mujeres con embarazos de 9-12 semanas de gestación referían que el aborto médico se había realizado en régimen ambulatorio, lo que indica que es viable ofrecer el servicio en centros de atención ambulatoria (33,50,51,53). Además, los estudios relacionados con el tratamiento del aborto médico con < 12 semanas de gestación se realizaron en 10 países: 2 de ingresos altos, 3 de ingresos medianos altos, 4 de ingresos medianos bajos y 1 de ingresos bajos (41). Los estudios relacionados con el tratamiento del aborto médico con \geq 12 semanas de gestación se realizaron en 23 países (cuatro fueron estudios multicéntricos en varios países): 1 de ingresos bajos, 6 de ingresos medianos bajos, 5 de ingresos medianos altos y 11 de ingresos altos (43).

Aceptabilidad En general, las mujeres consideran aceptables diversas vías de administración del misoprostol (48,49,54–59). Asimismo, consideran

aceptables los efectos secundarios (47,49). Las mujeres que recibieron atención para el tratamiento del aborto médico con < 12 semanas de gestación refirieron que la capacidad de predecir la cronología del sangrado era lo mejor que tenía el hecho de tomar los medicamentos en casa (51). El aborto médico en el domicilio con < 12 semanas de gestación tras una interacción con un dispensador de atención sanitaria permitió a las mujeres seguir trabajando y/o redujo los costos de oportunidad (51).

Fundamento de la recomendación 3a (sobre el aborto médico con < 12 semanas de gestación): El tratamiento combinado con mifepristona y misoprostol se basa en evidencias de certeza moderada con respecto al aborto inducido con < 12 semanas. En los tratamientos combinados, la recomendación del uso de una dosis de 800 µg de misoprostol administrada por vía vaginal, sublingual o bucal se basa en evidencias de certeza moderada. Las evidencias son limitadas con respecto a los tratamientos solo con misoprostol, sobre todo entre las 9 y las 12 semanas de gestación. Así, los miembros del GED fueron de la opinión que, para los tratamientos solo con misoprostol, la dosis de 800 µg administrada por vía vaginal, sublingual o bucal es segura, eficaz y aceptable.

Fundamento de la recomendación 3b (sobre el aborto médico con ≥ 12 semanas de gestación): El tratamiento combinado con mifepristona y misoprostol se basa en evidencias de certeza moderada con respecto al aborto inducido con ≥ 12 semanas.

El uso de la dosis de 200 mg de mifepristona se sugiere teniendo en cuenta el éxito, los valores de las mujeres y el costo (dado el mayor precio de 600 mg de mifepristona), y se basa en evidencias de certeza baja o muy baja. La dosis de 400 µg de misoprostol administrada cada 3 horas se sugiere con base en evidencias de muy baja certeza, y depende de los recursos disponibles en diferentes entornos. Las evidencias sobre el uso de la vía bucal no fueron concluyentes, pero debería considerarse como una opción aceptable si la paciente prefiere esta vía de administración; esto se basa en evidencias de muy baja certeza.

3.4.4 Otras consideraciones

La naturaleza del aborto médico con el tratamiento combinado permite que las pacientes participen en el manejo de algunos de sus componentes por sí solas y fuera de un centro sanitario. Cuando haya acceso a una fuente de información exacta y a un profesional sanitario (en caso de que se quisiera o necesitara uno en cualquier fase del proceso), el proceso abortivo puede ser autogestionado en los embarazos de < 12 semanas de gestación sin la supervisión directa de un profesional sanitario (10) (las evidencias son limitadas con respecto a los embarazos de > 10 semanas (53,60-64)).

Para prestar servicios de aborto médico en embarazos de < 12 semanas se han recomendado los siguientes profesionales: personal auxiliar de enfermería y partería, personal de enfermería y partería, personal clínico asociado o asociado avanzado, y personal médico no especializado o especializado. Los médicos de sistemas de medicina complementaria también pueden prestar este servicio en el contexto de sistemas de salud que dispongan de un mecanismo establecido para que esos médicos participen en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva (10).

Además de los médicos especialistas y no especialistas, el personal de enfermería y partería y el personal clínico asociado o asociado avanzado también puede prestar servicios de aborto médico en embarazos de ≥ 12 semanas en contextos que dispongan de respaldo quirúrgico apropiado y de infraestructura adecuada y fácilmente accesible para atender los abortos incompletos u otras complicaciones (10).

3.4.5 Lagunas de la investigación

En general:

- ▶ Se deberían investigar mejor las diversas medidas ulteriores que, en caso de necesidad, pueden adoptar las pacientes tras el aborto médico, tales como la autoevaluación del éxito de este, en particular tras tratamientos solo con misoprostol, que son menos eficaces y tienden a ser utilizados en contextos más restrictivos.
- ▶ Un tema que requiere más investigaciones es la seguridad y eficacia de los tratamientos para el aborto médico en pacientes con cicatrices uterinas. Se puede investigar en particular la posología del misoprostol, tanto solo como combinado con mifepristona, en los embarazos de 13–20 semanas, en comparación con los de 20–28 semanas de gestación.
- ▶ Son necesarios más datos sobre la costo-efectividad de todas las intervenciones para el aborto médico.
- ▶ Son necesarias investigaciones cualitativas sobre los valores y preferencias de las pacientes en relación con todas las intervenciones para el aborto médico.

En el aborto médico con < 12 semanas de gestación:

- ▶ Son necesarios estudios sobre la eficacia, seguridad y aceptabilidad del aborto médico (con mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol) en régimen ambulatorio en embarazos de 9–12 semanas de gestación. Esto incluye la atención de seguimiento del aborto médico cuando se utiliza la autoevaluación para determinar la elegibilidad para este procedimiento y su éxito.

Las mujeres que recibieron atención para el tratamiento del aborto médico con < 12 semanas de gestación refirieron que la capacidad de predecir la cronología del sangrado era lo mejor que tenía el hecho de tomar los medicamentos en casa (51).

En el aborto médico con ≥ 12 semanas de gestación:

- ▶ Son necesarios estudios para determinar la edad gestacional límite en la que es segura la realización del aborto médico sin ingreso hospitalario.
- ▶ En relación con lo anterior, también son necesarias investigaciones cualitativas sobre la aceptabilidad del aborto médico en régimen ambulatorio.

3.5 Anticoncepción tras el aborto

3.5.1 Provisión de anticoncepción tras el aborto

La anticoncepción se puede iniciar al administrar la primera pastilla para un aborto médico o una vez que se ha determinado el éxito de este. Se puede utilizar cualquier opción anticonceptiva y se deben cumplir los criterios expuestos en las publicaciones de la OMS tituladas *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* y *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción* (65,66).

TABLA 3

Recomendaciones médicas de elegibilidad para métodos anticonceptivos después del aborto

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	SITUACIÓN TRAS EL ABORTO		
	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE UN ABORTO SÉPTICO
ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS	1	1	1
ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS	1	1	1
PARCHE Y ANILLO VAGINAL	1	1	1
PÍLDORAS ÚNICAMENTE DE PROGESTERONA	1	1	1
INYECTABLES ÚNICAMENTE DE PROGESTERONA (acetato de medroxiprogesterona de depósito, enantato de noretisterona)	1	1	1
IMPLANTES ÚNICAMENTE DE PROGESTERONA (levonorgestrel, etonogestrel)	1	1	1
DIU CON COBRE	1	2	4
DIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL	1	2	4
PRESERVATIVOS	1	1	1
ESPERMICIDA	1	1	1
DIAFRAGMA	1	1	1

DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS

1. Situación en la que no hay restricciones al uso de ese método anticonceptivo.
2. Situación en la que las ventajas de la utilización de ese método generalmente superan los riesgos teóricos o demostrados.
3. Situación en la que los riesgos teóricos o demostrados suelen superar las ventajas de la utilización de ese método.
4. Situación en la que la utilización de ese método anticonceptivo representa un riesgo inaceptable para la salud.

Fuente: OMS (2015) (65)

3.5.2 Cronología de la anticoncepción tras el aborto: recomendaciones 4a y 4b

Las recomendaciones siguientes aclaran mejor la cronología del inicio de la anticoncepción tras un aborto médico.

3.5.3 Resumen de las evidencias y fundamentos de las recomendaciones 4a y 4b

Como base científica para establecer la cronología de la anticoncepción tras el aborto se utilizaron tres revisiones sistemáticas. En la primera se evaluó la eficacia y la seguridad del inicio de la anticoncepción hormonal, excluidos los DIU, tras el aborto (incluido el aborto médico) (68). En tres ensayos aleatorizados controlados (67,69,70) y un estudio de cohortes (71) se compararon el inicio inmediato y diferido del inicio de la anticoncepción con implantes o acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) tras el aborto médico con mifepristona y misoprostol. No hubo ningún estudio que evaluara el inicio de la anticoncepción hormonal tras el aborto médico solo con misoprostol.

RECOMENDACIÓN 4A

Cronología del inicio de la anticoncepción hormonal tras el aborto, exceptuando los dispositivos intrauterinos (DIU)

CRONOLOGÍA DE LA ANTICONCEPCIÓN TRAS EL ABORTO

INICIO INMEDIATO

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Inmediatamente después de la primera pastilla para el aborto médico

Para quienes se sometan a un aborto médico con el tratamiento combinado (mifepristona y misoprostol) o solo con misoprostol y deseen una anticoncepción hormonal (con píldoras orales, parches, anillos, implantes o inyecciones), sugerimos que se les dé la opción de iniciar la anticoncepción hormonal inmediatamente después de la administración de la primera pastilla para el aborto médico.

Notas:

- Cualquier mujer que pueda quedar embarazada debe recibir toda la información necesaria para tomar una decisión informada con respecto al uso de la anticoncepción. El inicio inmediato de la administración intramuscular de AMPD se asocia a una ligera disminución de la eficacia de los tratamientos utilizados para el aborto médico (67). No obstante, se debe seguir ofreciendo el inicio inmediato de la administración de AMPD como método anticonceptivo tras un aborto.
- La toma de decisiones sobre el inicio de la anticoncepción hormonal en casos de aborto médico solo con misoprostol se basó en evidencias indirectas.
- No había datos sobre el uso de la anticoncepción hormonal combinada (oral o inyectable) en casos de aborto médico.



TIPO DE RECOMENDACIÓN: NUEVA O ACTUALIZADA

La recomendación 4a es nueva.

En la segunda revisión sistemática se evaluó la continuación de la anticoncepción (implantes, AMPD y DIU) a los 6 meses y los embarazos no deseados tras el aborto (72). En esta revisión se incluyeron los mismos estudios que en la primera revisión: tres ensayos aleatorizados controlados (67,69,70) y un estudio de cohortes (71).

En la tercera revisión sistemática se evaluó la eficacia y la seguridad del inicio de la anticoncepción con DIU tras el aborto (73), y se incluyeron tres estudios que compararon la inserción inmediata o diferida de DIU (con cobre o liberadores de levonorgestrel) tras el aborto médico con mifepristona y misoprostol (74–76). No hubo ningún estudio que evaluara el inicio de la anticoncepción con DIU tras el aborto médico solo con misoprostol.

Efectos (beneficios y daños) Los resultados de los tres ensayos aleatorizados controlados y del estudio de cohortes de la primera revisión sistemática (68) mostraron que había pocas diferencias entre los dos grupos (inicio inmediato o diferido de la anticoncepción con implantes o AMPD después del aborto médico) con respecto a las tasas de éxito del aborto y que la satisfacción con la cronología del inicio de su anticoncepción fue elevada. Los resultados de esos mismos estudios, que también fueron examinados en la segunda revisión sistemática (72), mostraron que las tasas de continuación a los 6 meses eran mayores en las mujeres del grupo en el que la anticoncepción se inició inmediatamente. Las tasas de fracaso de la anticoncepción fueron menores entre las mujeres en las que la anticoncepción con implantes, AMPD o DIU se inició

RECOMENDACIÓN 4B

Cronología de la inserción de dispositivos intrauterinos (DIU) tras el aborto

CRONOLOGÍA DE LA ANTICONCEPCIÓN TRAS EL ABORTO

INICIO INMEDIATO

DIU

Tras valoración del éxito del aborto

Para quienes se sometan a un aborto médico con el tratamiento combinado (mifepristona y misoprostol) o solo con misoprostol y deseen la inserción de un DIU, sugerimos que dicha inserción se haga en cuanto se haya determinado el éxito del procedimiento abortivo. Para determinar si sigue habiendo o no un embarazo en curso se pueden utilizar los signos clínicos observados en la exploración bimanual, las concentraciones séricas de gonadotropina coriónica humana (hCG) o la ecografía (si está disponible) y una evaluación de los síntomas actuales de la paciente.



TIPO DE RECOMENDACIÓN: NUEVA O ACTUALIZADA

La recomendación 4b es nueva.

inmediatamente. Los estudios de la tercera revisión sistemática (73) sobre la inserción inmediata o diferida de DIU tras el aborto médico revelaron que no había diferencias entre los dos grupos con respecto a los eventos adversos ni a la necesidad de nuevas intervenciones tras la inserción del DIU. Las expulsiones del DIU a los 12 meses fueron menos numerosas entre las mujeres en las que se procedió inmediatamente a su inserción.

Valores Las mujeres dieron gran valor al hecho de aceptar un método anticonceptivo para prevenir futuros embarazos. En dos estudios sobre el AMPD y los implantes, las mujeres que abortaron dieron gran importancia a la prevención de un nuevo embarazo en los 6 meses siguientes (67,70).

Recursos No hubo ninguna investigación que explorara directamente los recursos necesarios y la costo-efectividad. No se pudo determinar el costo de los DIU y los implantes frente a las píldoras y las inyecciones en diversos contextos de país. Aunque los costos iniciales de los DIU y los implantes pueden ser mayores debido al costo de los propios dispositivos, de la capacitación de los profesionales y de las ulteriores consultas para colocarlos y retirarlos, los costos pueden disminuir con el tiempo en comparación con la necesidad continua de píldoras e inyecciones (77).

Equidad No pudimos encontrar investigaciones sobre aspectos de la equidad relacionados con la eficacia relativa de la intervención en diferentes subgrupos. No obstante, en tres estudios se incluyeron adolescentes (67,70,71) y en otros tres se incluyeron mujeres nulíparas (74-76).

Aceptabilidad Las mujeres refirieron gran satisfacción con el inicio inmediato de su anticoncepción con implantes o con la administración de AMPD (67,70). Las mujeres incluidas en el grupo de inicio inmediato también refirieron aceptación y satisfacción por el menor número de consultas en comparación con el grupo de inicio diferido (70). Quienes iniciaron inmediatamente la anticoncepción con implantes presentaron mayor asistencia a las citas de seguimiento (69,71).

En los estudios sobre los DIU se tuvieron en cuenta consideraciones similares. Ninguno de los estudios incluidos abordó específicamente la aceptabilidad del servicio para las mujeres. Sin embargo, la cronología de la inserción puede servir como indicador indirecto de la aceptabilidad, y las mujeres en las que el DIU se insertó en el momento en el que se comprobó el éxito del aborto fueron más numerosas que aquellas que optaron por una inserción diferida (74,76). La tasa de pérdidas para el seguimiento a los 6 meses fue menor en el grupo con inserción inmediata que en el grupo con inserción diferida (75).

Viabilidad La adopción del inicio de la anticoncepción tras el aborto parece ser viable. Los estudios examinados tanto con respecto al DIU como a la anticoncepción hormonal se realizaron en ambulatorios, lo que indica que es viable ofrecer el servicio a través de centros de atención ambulatoria.

Fundamento de la recomendación 4a (sobre el inicio de la anticoncepción hormonal tras el aborto, con excepción de los DIU): Las tasas de éxito del aborto presentaron una pequeña diferencia entre las mujeres que iniciaron la anticoncepción hormonal (excluidos los DIU) después de recibir la mifepristona, en comparación con las que la iniciaron después de recibir tanto la mifepristona como el misoprostol. Esta diferencia estuvo basada en evidencias de baja certeza. Las mujeres dieron valor a la aceptación de un método anticonceptivo y a la prevención de futuros embarazos. La satisfacción con el inicio inmediato de un método anticonceptivo y su aceptabilidad fueron altas. Las tasas de continuación con los implantes a los 6 meses fueron mayores en las mujeres del grupo en el que la anticoncepción se inició de inmediato. La certeza de esta evidencia fue muy baja.

Fundamento de la recomendación 4b (sobre la inserción de DIU tras el aborto): La inserción de un DIU en el momento en el que se determina el éxito del proceso abortivo conlleva menores tasas de fracaso de la anticoncepción y mayores tasas de continuación de esta a los 6 y a los 12 meses. Las tasas de continuación de la anticoncepción a los 6 meses se basan en evidencias de certeza moderada; las tasas de fracaso de la anticoncepción, en evidencias de baja certeza, y las tasas de continuación de la anticoncepción a los 12 meses, en evidencias de muy baja certeza. No hay diferencias con respecto al número de mujeres que, por retención de tejidos o sangrado, necesitan más intervenciones después de la inserción del DIU, pero la certeza de las evidencias es baja. No hay diferencias entre los dos grupos con respecto al dolor durante la inserción del DIU, de acuerdo con evidencias de certeza moderada. Los eventos adversos graves son raros, y no hubo diferencias entre los dos grupos con respecto a las perforaciones uterinas ni las muertes, aunque la certeza de las evidencias fue muy baja. La aceptabilidad y viabilidad de la inserción inmediata del DIU fueron elevadas.

3.5.4 Otras consideraciones

Toda mujer que pueda quedar embarazada deber ser informada de que la ovulación puede volver en las 2 semanas siguientes al aborto, con el consiguiente riesgo de embarazo si no se utiliza un método anticonceptivo. Las que estén interesadas en la anticoncepción deben recibir información exacta que les ayude a elegir el método anticonceptivo más apropiado para sus necesidades. Algunas prefieren hablar de las opciones anticonceptivas una vez completado el aborto. En caso de aborto tras el fracaso de la anticoncepción es importante discutir si el método se puede haber utilizado de forma incorrecta y cómo utilizarlo correctamente, o si procede cambiar de método. La decisión final sobre el uso de la anticoncepción y la elección del método empleado corresponde exclusivamente a la paciente (19).



NOTA IMPORTANTE: La aceptación de un método anticonceptivo nunca será requisito para la realización de un aborto.

Con respecto al personal sanitario, las directrices sobre reparto de tareas han ofrecido opciones para que diversos profesionales lleven a cabo diferentes aspectos de la prestación de asesoramiento y servicios de anticoncepción (10,78).

Para administrar anticonceptivos inyectables se han recomendado: personal auxiliar de enfermería y partería, personal de enfermería y partería, farmacéuticos, personal clínico asociado o asociado avanzado, y personal médico no especializado o especializado. Los médicos de sistemas de medicina complementaria también pueden prestar este servicio en el contexto de sistemas de salud que dispongan de un mecanismo establecido para que esos médicos participen en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva. Los dependientes de farmacia pueden administrar anticonceptivos inyectables bajo la supervisión directa de un farmacéutico. Otra opción es que los anticonceptivos inyectables sean administrados por trabajadores sanitarios legos, bajo seguimiento y evaluación focalizados (10).

Para colocar y retirar implantes se han recomendado: personal de enfermería y partería, farmacéuticos, personal clínico asociado o asociado avanzado, y personal médico no especializado o especializado. El personal auxiliar de enfermería y partería también puede hacerlo bajo seguimiento y evaluación focalizados. Los médicos de sistemas de medicina complementaria también pueden prestar este servicio en el contexto de sistemas de salud que dispongan de un mecanismo establecido para que esos médicos participen en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva, siempre que se ofrezca capacitación tanto para colocar como para retirar los implantes (10).

Para colocar DIU se han recomendado: personal auxiliar de partería, personal de enfermería y partería, personal clínico asociado o asociado avanzado, y personal médico no especializado o especializado. Los médicos de sistemas de medicina complementaria también pueden prestar este servicio en el contexto de sistemas de salud que dispongan de un mecanismo establecido para que esos médicos participen en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva (10).

La autoadministración de anticonceptivos inyectables es una opción en contextos en los que haya mecanismos para proporcionar información y capacitación apropiadas y mecanismos sólidos de derivación a profesionales sanitarios, y en los que se puedan garantizar el monitoreo y seguimiento (10).

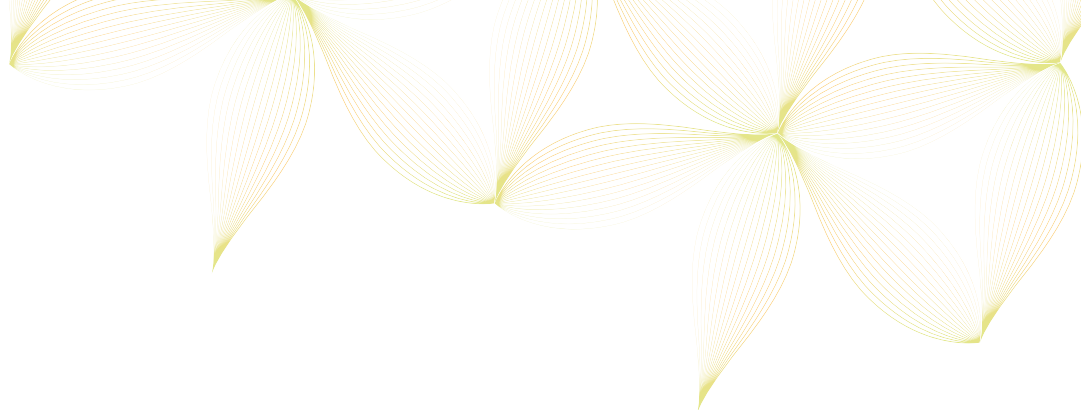
3.5.5 Lagunas de la investigación

En general:

- ▶ Son necesarios estudios sobre la eficacia, seguridad y aceptabilidad del inicio inmediato de la anticoncepción después de tratamientos solo con misoprostol.
- ▶ También hacen falta estudios sobre la eficacia, seguridad y aceptabilidad del inicio inmediato de la anticoncepción hormonal combinada en el momento de la administración de la mifepristona.
- ▶ Las recomendaciones sobre la cronología de la anticoncepción tras el aborto incluyen la anticoncepción hormonal combinada y los tratamientos solo con misoprostol, pero con base en evidencias indirectas. Los resultados de la encuesta realizada entre los miembros del GED con respecto a las lagunas de la investigación señalaron la falta de evidencias directas sobre estas situaciones clínicas, por lo que se deberían realizar nuevas investigaciones sobre el tema.

4. Consideraciones generales sobre la aplicación





Las consideraciones generales sobre la aplicación de las recomendaciones de esta directriz figuran a continuación en formato de preguntas y respuestas.



NOTA IMPORTANTE: La calidad de los fármacos que se utilizan es un factor importante que puede influir en el proceso del aborto médico y en su éxito general. Los productos de mifepristona y misoprostol de calidad subestándar que no contengan los principios activos correctos en la posología adecuada, y los que no sean fabricados, transportados o conservados observando las disposiciones pertinentes, pueden alterar el resultado de un aborto médico. Es crucial que la mifepristona y el misoprostol que se utilizan para los abortos médicos hayan sido fabricadas adecuadamente y de conformidad con la normativa, y manipuladas adecuadamente a lo largo de la cadena de suministro hasta que sean utilizadas en el lugar de la atención. Asegurar que se empleen mifepristona y misoprostol de calidad garantizada que hayan sido transportados y conservados adecuadamente observando las disposiciones pertinentes puede contribuir a la calidad general de los procedimientos de aborto médico.

P: ¿Dónde deberían estar disponibles servicios de aborto médico?

R: Estos servicios deberían encontrarse disponibles en el primer nivel de atención y tener establecidos sistemas de derivación para los pacientes que requieran atención especializada.

P: ¿Quién puede prestar servicios de aborto médico?

R: Distintos aspectos de los servicios de aborto médico pueden ser prestados no solo por médicos generales y especialistas que cuenten con capacitación especial en aborto médico y con sistemas establecidos de monitoreo y supervisión de apoyo, sino también por una amplia gama de trabajadores sanitarios, como personal auxiliar de enfermería y partería, personal de enfermería y partería, personal clínico asociado y asociado avanzado, farmacéuticos, y médicos de sistemas de medicina complementaria. Además, evidencias indirectas provenientes de una revisión sistemática cualitativa sobre los factores que influyen en la aplicación del reparto de tareas en el ámbito del aborto indican que algunos profesionales que prestan servicios en contextos de ingresos medianos en los que el aborto es legal opinan que el aborto médico tiene varios beneficios para los servicios de salud (9): es un procedimiento seguro y eficaz, reduciría la carga de los servicios de salud y podría facilitar que las personas involucradas actuaran según sus convicciones. Para un examen de las consideraciones generales para la delegación de tareas en el ámbito de la salud materna y la planificación familiar, véase la guía *Optimize MNH de 2012*, de la colección *Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas (78)*.

Los profesionales que pueden proporcionar servicios de aborto médico figuran en el apartado “Otras consideraciones” de cada recomendación.

P: ¿Las personas pueden autogestionar sus procedimientos de aborto médico?

R: Si se utiliza el tratamiento combinado con mifepristona y misoprostol, el procedimiento de aborto médico puede ser autogestionado en los casos de embarazo de hasta 12 semanas de gestación, especialmente en lo que concierne a la toma de los fármacos en casa, sin necesidad de contar con la supervisión directa del personal sanitario (10); no obstante, cabe resaltar que se encontraron muy pocas evidencias en el caso de los embarazos de más de 10 semanas de gestación (53,60–64). Esta es una opción para personas que cuenten con una fuente de información exacta y acceso a personal sanitario en caso de que lo quisieran o necesitaran en cualquier fase del proceso (10).

P: ¿Qué consideraciones generales deben tomarse en cuenta en el caso de adolescentes y jóvenes?

R: Asegúrese de que está bien informado sobre la legislación y las políticas nacionales y locales. Si trabaja con adolescentes, puede darse el caso de que en determinadas situaciones la legislación y las políticas vigentes no le permitan actuar en el mejor interés de

su paciente adolescente (por ejemplo, en determinados lugares es ilícito brindar anticonceptivos a adolescentes solteras). En estos casos debería considerar la posibilidad de utilizar su experiencia y apoyarse en personas interesadas y competentes para encontrar la mejor manera de equilibrar sus obligaciones jurídicas y éticas (13).

Informe sobre las consecuencias de cada opción terapéutica y ayude a que la adolescente elija la que mejor se ajuste a sus necesidades.

Al hacerlo:

- ▶ proporcione toda la información pertinente;
- ▶ responda todas las preguntas tan íntegra y honestamente como le sea posible;
- ▶ ayúdela a decidir, y
- ▶ respete su decisión, aunque no sea la que usted hubiera querido que tomara. *souhaité la voir adopter*

Las adolescentes pueden mostrarse reacias a revelar información sobre temas delicados en presencia de sus padres, tutores o cónyuges.

Para disminuir la estigmatización asociada a la cuestión, haga que se vea como normal: una adolescente con un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual puede sentirse avergonzada o incluso humillada. Puede disminuir la estigmatización asociada a la cuestión diciéndole a la adolescente: “he tratado a varias jóvenes con el mismo problema que tú.”

P: ¿Qué elementos deben considerarse al hacer la anamnesis y la exploración física de adolescentes y jóvenes?

R: A continuación se presenta una lista de elementos a considerar y pasos a seguir.

- ▶ Respete las costumbres locales relacionadas con las normas de género (por ejemplo, si es apropiado que el personal sanitario masculino explore pacientes del sexo femenino). Si fuera necesario, asegúrese de contar con la presencia de una colega durante la consulta (13).
- ▶ Garantice la privacidad (por ejemplo, asegúrese de que las cortinas y las puertas estén cerradas y de que ninguna persona no autorizada ingrese a la sala durante la consulta).
- ▶ Inicie la anamnesis por las cuestiones que sean menos delicadas e intimidatorias; suele ser mejor preguntar en primer lugar por las actividades de sus conocidos y amigos antes que indagar directamente sobre las del paciente.
- ▶ Si la adolescente va acompañada, llegue a un acuerdo sobre si desea que su acompañante esté presente durante la exploración física.

- ▶ Informe a la adolescente sobre las maniobras que desea realizar durante la exploración física y su finalidad.
- ▶ Explique en qué consiste la exploración física.
- ▶ Obtenga el consentimiento de la adolescente.

P: ¿Cómo se determina la duración del embarazo (gestación)?

R: La exploración física dirigida a evaluar el tamaño del útero (en otras palabras, la exploración bimanual pélvica y la exploración abdominal), la determinación de la fecha de la FUM y la identificación de síntomas de embarazo suelen ser suficientes. Si fuera necesario, también se pueden realizar pruebas de laboratorio y ecografías. Las pruebas de laboratorio son necesarias cuando no hay signos típicos de embarazo y el profesional no tiene claro si hay un embarazo en curso. La realización de pruebas no debe obstaculizar ni retrasar la evacuación uterina. Habitualmente no es necesario realizar una ecografía, pero si está disponible puede permitir identificar los embarazos intrauterinos y excluir los embarazos ectópicos (6, 19).

P: ¿Cómo se puede determinar si el aborto médico ha tenido éxito?

R: El éxito de un aborto médico se determina a partir de los signos y síntomas presentes. Estos pueden consistir en sangrado profuso con presencia de coágulos, expulsión de los productos de la concepción y dolor que podría ser mucho más intenso que los cólicos menstruales normales. Si la paciente refiere que sigue teniendo síntomas de embarazo y/o que solo ha habido un sangrado mínimo o ausencia de sangrado después de tomar los fármacos según la prescripción, se debe sospechar que el embarazo sigue en curso y debe considerarse una evaluación complementaria que podría incluir una exploración pélvica que documente el crecimiento del útero o una ecografía que documente un embarazo en curso (19).

P: ¿Cuál es la función de la ecografía en estas recomendaciones?

R: Habitualmente no es necesario realizar una ecografía para realizar un aborto (6). Los abortos exitosos pueden confirmarse por exploración pélvica, ecografía pélvica o una nueva determinación de la hCG. Si se opta por la determinación de la hCG sérica, debe tenerse presente que en algunos casos es posible detectar niveles bajos de hCG hasta cuatro semanas después de una expulsión exitosa. La ecografía es útil para determinar si un embarazo sigue en curso, ya que permite medir el grosor endometrial; sin embargo, cabe señalar que el grosor endometrial no tiene utilidad en el diagnóstico de un aborto incompleto y que si se utiliza con este fin puede dar lugar a la realización de intervenciones quirúrgicas no indicadas (6).

No es necesario realizar una ecografía para iniciar la anticoncepción, por lo que los métodos distintos del DIU pueden iniciarse inmediatamente. Los DIU pueden insertarse cuando se haya determinado que el aborto médico ha tenido éxito (19).

P: ¿Hay un límite máximo para el número de dosis de misoprostol que se pueden utilizar en un aborto médico?

R: Se puede considerar la posibilidad de administrar dosis repetidas de misoprostol cuando sea necesario para el éxito del aborto. En esta directriz no establecemos un número máximo de dosis de misoprostol. El profesional sanitario debe ser cauteloso y emplear su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en embarazadas en las que anteriormente se hayan realizado incisiones uterinas. La rotura del útero es una complicación rara; cuando la edad gestacional sea avanzada, se tendrá en cuenta el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para tratar de urgencia la rotura uterina.

P: ¿Cuál es la mejor forma de conservar el misoprostol?

R: La mejor manera de conservar el misoprostol (79) es en su blíster de aluminio. Cortar el blíster y conservar el misoprostol fuera del envase de aluminio puede poner en peligro la integridad del envase (es decir, el sello interno) y dar lugar a la exposición a factores ambientales (80).

El misoprostol debe conservarse en condiciones secas a una temperatura igual o inferior a 25 °C (77 °F) (79,81).

La exposición al calor y a la humedad durante la fabricación, embalaje y conservación pueden dañar la calidad del misoprostol (81).

P: ¿Cuál es la mejor forma de conservar la mifepristona?

R: Consérvese a 25 °C (77 °F), aunque se permiten variaciones desde los 15 °C hasta los 30 °C (59 °F a 86 °F) (82).

P: ¿Cuándo vuelve a haber ovulación después de un aborto médico?

R: La ovulación puede presentarse tan pronto como 8 días después de un aborto médico (83).

5. Difusión y adaptación

6. Evaluación del impacto de la directriz y futuras actualizaciones



Difusión y adaptación

Está previsto traducir esta directriz al español (con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud), al francés y al portugués. Las versiones correspondientes al resto de idiomas de las Naciones Unidas se elaborarán a medida que sea necesario. Se alienta la traducción por terceros a otros idiomas no oficiales de las Naciones Unidas, siempre y cuando se ajuste a los requisitos establecidos de la OMS.

Las versiones digitales de esta directriz estarán disponibles en todos los idiomas en los sitios web de la OMS10 y de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.¹¹ Se distribuirán versiones impresas a las oficinas regionales y las oficinas de la OMS en los países, organizaciones no gubernamentales asociadas, asociaciones profesionales y otras redes y asociados.

Está previsto que las oficinas regionales de la OMS participen activamente en la difusión y adaptación de esta directriz. Se alienta a otros organismos y ONG interesados a que colaboren con la OMS en su difusión y adaptación local, y en la elaboración de materiales informativos derivados.

La directriz se presentará en las regiones de la OMS a través de reuniones regionales de difusión, y en determinados países se realizarán actividades específicas de transferencia de información, adaptación e investigación sobre la aplicación, en función de las necesidades y del interés en impulsar la aplicación de las recomendaciones. También se elaborarán productos derivados, como tarjetas de bolsillo.

Evaluación del impacto de la directriz y próximas actualizaciones

Dos años después de la publicación de esta directriz se realizará una encuesta en línea a través de las oficinas regionales y de país de la OMS, y de destinatarios seleccionados de otros grupos de usuarios (por ejemplo, asociaciones profesionales u organizaciones no gubernamentales). La finalidad de la encuesta será calibrar el avance de los países en la utilización de la directriz y la aplicación de las recomendaciones, y la influencia de estas en las decisiones en materia de políticas. La encuesta ayudará también a reunir comentarios de interés para ulteriores cambios de la directriz.

Se realizará un nuevo examen de las evidencias y se actualizará la directriz en el plazo de 4 años, o antes en caso de que surjan nuevas evidencias que lo justifiquen.

⁹ El sitio web de esta directriz, sus versiones en los diferentes idiomas y los productos relacionados se encuentran en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/en/>

¹⁰ Accesible en: www.who.int/rhl

Referencias

1. WHO model list of essential medicines (20th List). March 2017 (Amended August 2017). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273826/EML-20-eng.pdf>, consultado el 5 de noviembre de 2018).
2. Bygdeman MSM. Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception*. 1985;32:45-51.
3. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the anitprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *BJOG*. 1988;95(2):126-34.
4. Kulier R, Kapp N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(11):CD002855.
5. Wildschut H, Both MI, Medema S, Thomee E, Wildhagen MF, Kapp N. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(1):CD005216.
6. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2.a edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1), consultado el 17 de octubre de 2018).
7. Tang J, Kapp N, Dragoman M, de Souza JP. WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;121(2):186-9.
8. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Schiavon R, Weeks A. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007;99(Suppl 2):S186-9.
9. Dawson AJ, Buchan J, Duffield C, Homer CS, Wijewardena K. Task shifting and sharing in maternal and reproductive health in low-income countries: a narrative synthesis of current evidence. *Health Policy Plan*. 2014;29(3):396-408.
10. Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/abortion-task-shifting/es/>, consultado el 17 de octubre de 2018).
11. Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/RHR_07.7/es/, consultado el 17 de octubre de 2018).
12. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud PA. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adolescent Health*. 2013;52(5):517-22.
13. Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44387/9789241599962_eng.pdf, consultado el 17 de octubre de 2018).
14. Jones BS, Weitz TA. Legal barriers to second-trimester abortion provision and public health consequences. *Am J Public Health*. 2009;99(4):623-30.
15. Mundigo AI, Indriso C, World Health Organization. Abortion in the developing world. New Delhi: Vistaar;1999 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42174>, accessed 16 October 2018).
16. Global abortion policies database. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<http://srhr.org/abortion-policies/>, consultado el 17 de octubre de 2018).
17. Manual para la elaboración de directrices, 2.a edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254669>).
18. Evidence to Decision (EtD) framework. In: DECIDE (2011–2015) [website] (<https://www.decide-collaboration.eu/evidence-decision-etc-framework>, consultado el 17 de octubre de 2018).
19. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1, consultado el 16 de octubre de 2018).
20. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(1):CD007223.
21. Niinimäki M, Jouppila P, Martikainen H, Talvensaari-Mattila A. A randomized study comparing efficacy and patient satisfaction in medical or surgical treatment of miscarriage. *Fertil Steril*. 2006;86(2):367-72.

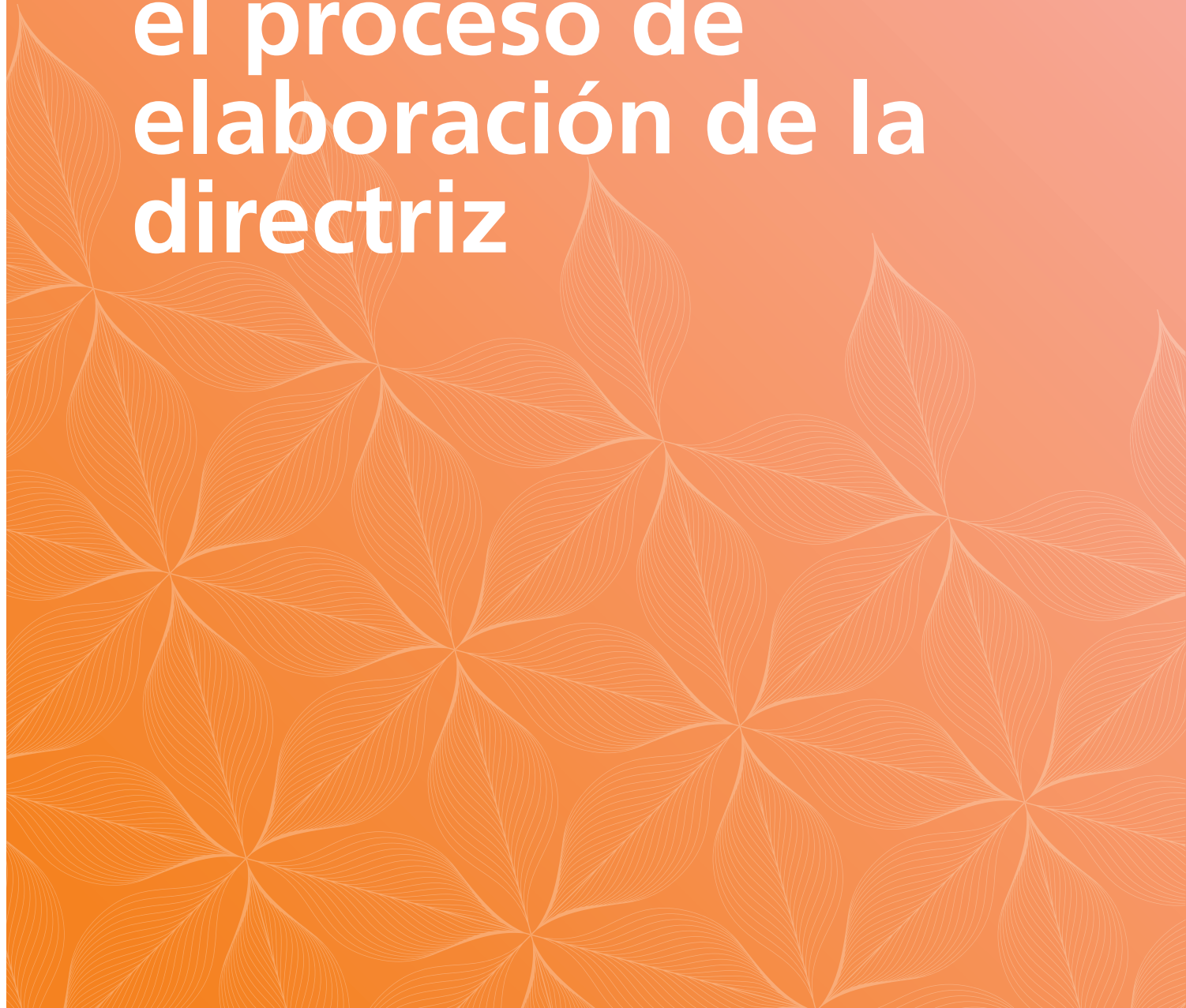
22. Bique C, Usta M, Debora B, Chong E, Westheimer E, Winikoff B. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;98(3):222-6.
23. Dabash R, Ramadan MC, Darwish E, Hassanein N, Blum J, Winikoff B. A randomized controlled trial of 400-µg sublingual misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in two Egyptian hospitals. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;111(2):131-5.
24. Diop A, Raghavan S, Rakotovo JP, Comendant R, Blumenthal PD, Winikoff B. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception.* 2009;79(6):456-62.
25. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, Sirimai K, Svirirojana N, Mavimbela N, et al. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstet Gynecol.* 2004;103(5 Pt 1):860-5.
26. Nguyen TN, Blum J, Durocher J, Quan TT, Winikoff B. A randomized controlled study comparing 600 versus 1,200 microg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception.* 2005;72(6):438-42.
27. Chigbu B, Onwere S, Aluka C, Kamanu C, Ezenobi O. Is misoprostol a suitable alternative to the surgical evacuation of incomplete abortion in rural south-eastern Nigeria? *East African Med J.* 2012;89(5):172-7.
28. The care of women requesting induced abortion: evidence-based clinical guideline No. 7, third edition. London: The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – RCOG Press; 2011 (https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf, consultado el 29 de noviembre de 2018).
29. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception.* 2011;83(1):30-3.
30. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;34(1):104-9.
31. Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1):CD007223.
32. Cleeve A, Fonhus MS, Lavelanet AF. Effectiveness, safety and acceptability of medical management of intrauterine foetal death 14 to 28 weeks: a systematic review. [Evidence synthesis for WHO Guidelines]. 2018 (no publicado).
33. Bracken H, Ngoc NT, Banks E, Blumenthal PD, Derman RJ, Patel A, et al. Buccal misoprostol for treatment of fetal death at 14–28 weeks of pregnancy: a double-blind randomized controlled trial. *Contraception.* 2014;89(3):187-92.
34. Rahimi-Sharbat F, Adabi K, Valadan M, Shirazi M, Nekuie S, Ghaffari P, et al. The combination route versus sublingual and vaginal misoprostol for the termination of 13 to 24 week pregnancies: a randomized clinical trial. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2015;54(6):660-5.
35. Usmani I. A randomized clinical trial of 200 patients of oral vs vaginal misoprostol in second trimester pregnancy termination. *Med Forum.* 2013;24(2):55-7.
36. Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. *Hum Reprod Update.* 2007;13(1):37-52.
37. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. A randomized trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion at 13–20 weeks gestation. *Hum Reprod.* 2005;20(8):2348-54.
38. Tang OS, Miao BY, Lee SW, Ho PC. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Hum Reprod.* 2002;17(3):654-8.
39. Verma ML, Singh U, Singh N, Sankhwar PL, Qureshi S. Efficacy of concurrent administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Hum Fertil.* 2017;20(1):43-7.
40. Goel A, Mittal S, Taneja BK, Singal N, Attri S. Simultaneous administration of mifepristone and misoprostol for early termination of pregnancy: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(6):1409-13.
41. Abubeker FK, Kim CR, Lavelanet A. Medical termination of pregnancy in early first trimester(≤ 63 days): a systematic review. [Evidence synthesis for a WHO guideline]. 2018 (no publicado).
42. Kapp NE, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception.* 2018 (in press). doi:10.1016/j.contraception.2018.11.002.
43. Whitehouse KB, Sporstol Fonhus M, Lavelanet A, Ganatra B. Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. [Evidence synthesis for a WHO guideline]. 2018 (no publicado).

44. Ho PC, Ngai SW, Liu KL, Wong GC, Lee SW. Vaginal misoprostol compared with oral misoprostol in termination of second-trimester pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1997;90(5):735-8.
45. Ngai SW, Tang OS, Chan YM, Ho PC. Vaginal misoprostol alone for medical abortion up to 9 weeks of gestation: efficacy and acceptability. *Hum Reprod.* 2000;15(5):1159-62.
46. Tang OS, Chan CC, Kan AS, Ho PC. A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12–20 weeks gestation. *Hum Reprod.* 2005;20(11):3062-6.
47. Ngoc NT, Blum J, Raghavan S, Nga NT, Dabash R, Diop A, et al. Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception.* 2011;83(5):410-7.
48. Akoury HA, Hannah ME, Chitayat D, Thomas M, Winsor E, Ferris LE, et al. Randomized controlled trial of misoprostol for second-trimester pregnancy termination associated with fetal malformation. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(3):755-62.
49. von Hertzen H, Piaggio G, Wojdyla D, Huong NTM, Marions L, Okoiev G, et al. Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: randomized controlled equivalence trial. *Hum Reprod.* 2009;24(1):106-12.
50. Bugalho A, Faundes A, Jamisse L, Usfa M, Maria E, Bique C. Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion. *Contraception.* 1996;53(4):244-6.
51. Platais I, Tsereteli T, Grebennikova G, Lotarevich T, Winikoff B. Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy in Kazakhstan. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;134(3):268-71.
52. van Bogaert LJ, Misra A. Anthropometric characteristics and success rates of oral or vaginal misoprostol for pregnancy termination in the first and second trimesters. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;109(3):213-5.
53. Winikoff B, Dzuba IG, Chong E, Goldberg AB, Lichtenberg ES, Ball C, et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet Gynecol.* 2012;120(5):1070-6.
54. Bhattacharjee N, Saha SP, Ghoshroy SC, Bhowmik S, Barui G. A randomised comparative study on sublingual versus vaginal administration of misoprostol for termination of pregnancy between 13 to 20 weeks. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 2008;48(2):165-71.
55. Dickinson JE, Evans SF. A comparison of oral misoprostol with vaginal misoprostol administration in second-trimester pregnancy termination for fetal abnormality. *Obstet Gynecol.* 2003;101(6):1294-9.
56. Ellis SC, Kapp N, Vragpvoc O, Borgata L. Randomized trial of buccal versus vaginal misoprostol for induction of second trimester abortion. *Contraception.* 2010;81(5):441-5.
57. Modak RB, Biswas DK, Ghosh A, Pal A, Mandal TK. Comparative study of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester induced abortion. *Open J Obstet Gynecol.* 2014;4:751-6.
58. Nautiyal D, Mukherjee K, Perhar I, Banerjee N. Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual, and vaginal routes. *J Obstet Gynaecol India.* 2015;65(4):246-50.
59. Tang OS, Lau WN, Chan CC, Ho PC. A prospective randomised comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *BJOG.* 2004;111(9):1001-5.
60. Boersma AA, Meyboom-de Jong B, Kleiverda G. Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a general practice in Curacao. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2011;16(2):61-6.
61. Sanhueza Smith P, Pena M, Dzuba IG, Garcia Martinez ML, Arangure Peraza AG, Bousiequez M, et al. Safety, efficacy and acceptability of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion through 70 days since last menstrual period in public sector facilities in Mexico City. *Reprod Health Matters.* 2015;22(44 Suppl 1):75-82.
62. Olavarrieta CD, Ganatra B, Sorhaindo A, Karver TS, Seuc A, Villalobos A, et al. Nurse versus physician-provision of early medical abortion in Mexico: a randomized controlled non-inferiority trial. *Bull World Health Organ.* 2015;93(4):249-58.
63. Chen MJ, Creinin MD. Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2015;126(1):12-21.
64. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol.* 2012;119(2 Pt 1):215-9.
65. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/ , consultado el 16 de octubre de 2018).

66. Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: Orientación y recomendaciones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/es/, consultado el 16 de octubre de 2018).
67. Raymond EG, Weaver MA, Louie KS, Tan YL, Bousiequez M, Arangure-Peraza AG, et al. Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2016;128(4):739-45.
68. Kim CR, Berry-Bibee E, Yokabed E, Jatloui T, Curtis K. Post-abortion hormonal contraception: a systematic review. 2018 (no publicado).
69. Hognert H, Kopp Kallner H, Cameron S, Nyrelli C, Jawad I, Heller R, et al. Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion-a randomized controlled equivalence trial. *Hum Reprod.* 2016;31(11):2484-90.
70. Raymond EG, Weaver MA, Tan YL, Louie KS, Bousiequez M, Lugo-Hernandez EM, et al. Effect of immediate compared with delayed insertion of etonogestrel implants on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2016;127(2):306-12.
71. Barros Pereira I, Carvalho RM, Graca LM. Intra-abortion contraception with etonogestrel subdermal implant. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015;185:33-5.
72. Krashin J, Kim CR, Morgan IA, Tepper NK, Jatlaoui T, Curtis K. Immediate compared with delayed provision of contraception after abortion and long-term outcomes: a systematic review with meta-analysis. 2018 (no publicado).
73. Yokabed E, Horton L, Berry-Bibee E, Kim CR, Curtis K. Safety and effectiveness of post-abortion IUDs: a systematic review. 2018 (no publicado).
74. Korjamo R, Mentula M, Heikinheimo O. Fast-track vs. delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system after early medical abortion – a randomized trial. *Contraception.* 2017;96(5):344-51.
75. Saav I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Early versus delayed insertion of intrauterine contraception after medical abortion – a randomized controlled trial. *PLoS One.* 2012;7(11):e48948.
76. Shimoni N, Davis A, Ramos ME, Rosario L, Westhoff C. Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2011;118(3):623-8.
77. Trussell J, Lalla AM, Doan QV, Reyes E, Pinto L, Gricar J. Cost effectiveness of contraceptives in the United States. *Contraception.* 2009;79(1):5-14.
78. Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/87848>, consultado el 17 de octubre de 2018).
79. Hall PE. Quality of medicines: quality of misoprostol products. In: WHO Drug Information Vol. 30(1). Geneva: World Health Organization; 2016: 35-39 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22361en/s22361en.pdf>, consultado el 17 de octubre de 2018).
80. Berard V, Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, Gemzell-Danielsson K. Instability of misoprostol tablets stored outside the blister: a potential serious concern for clinical outcome in medical abortion. *PLoS One.* 2014;9(12):e112401.
81. Product Information: Misoprostol Item No. 13820. Ann Arbor (MI): Cayman Chemical; 2012 (<https://www.caymanchem.com/pdfs/13820.pdf>, consultado el 17 de octubre de 2018).
82. MIFEPREX (mifepristone) tablets, for oral use [Prescribing information]. New York (NY): Danco Laboratories, LLC; 2016 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/020687s020lbl.pdf, consultado el 17 de octubre de 2018).
83. Schreiber CA, Sober S, Ratcliffe S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception.* 2011;84(3):230-3.

ANEXO 1:

Funcionarios de la OMS y expertos externos que participaron en el proceso de elaboración de la directriz



MIEMBROS

Grupo Directivo de la OMS

NOMBRE Y AFILIACIÓN

Ferid Abubeker

Funcionario Médico, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS (OMS/RHR)*

Mavjuda Babamuradova

Ex Gestora Interina del Programa Regional, Salud Sexual y Reproductiva, Región de Europa de la OMS

Bela Ganatra

Científica, OMS/RHR

Rodolfo Gomez Ponce de Leon

Asesor Regional en Salud Sexual y Reproductiva , Región de las Américas (Organización Panamericana de la Salud [OPS])

A. Metin Gülmezoglu

Coordinador, OMS/RHR

Caron Kim

Funcionaria Médica, OMS/RHR
Funcionaria a cargo

Antonella Lavelanet

Funcionaria Médica, OMS/RHR
Funcionaria a cargo

Petrus Steyn

Científico, OMS/RHR

* RHR está ubicado en la sede de la OMS, en Ginebra (Suiza).

Nota: De la Secretaría forman parte todos los miembros del Grupo Directivo que pertenecen (o pertenecían cuando se elaboró la directriz) a OMS/RHR.

NOMBRE Y AFILIACIÓN	SEXO	PAÍS (REGIÓN DE LA OMS)	ESPECIALIZACIÓN	CI*
Josaphat K. Byamugisha Profesor Asociado, Universidad Makerere, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nacional de Referencia de Mulago	M	Uganda (África)	Investigación clínica y sobre salud reproductiva	Ninguno
Laura Castleman Directora Médica, Ipas, Profesora Clínica Adjunta, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Michigan	F	Estados Unidos de América (Las Américas)	Investigación sobre salud reproductiva y atención clínica	Ninguno
Munir Kassa Eshetu Director de Calidad del Servicio de Salud Reproductiva, Centro de Formación Internacional en Salud Reproductiva	M	Etiopía (África)	Salud reproductiva	Ninguno
Anibal Faúndes Coordinador General, Iniciativa de Prevención del Aborto Peligroso, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)	M	Brasil (Las Américas)	Atención clínica, obstetricia y ginecología	Ninguno
Selma Hajri Coordinadora, Red Africana para el Aborto Médico	F	Túnez (Mediterráneo Oriental)	Salud de la mujer, investigación clínica y sobre salud reproductiva	Ninguno
Kirti Iyengar Fundadora de Action Research & Training for Health	F	India (Asia Sudoriental)	Salud pública	Ninguno
Hiroimi Obara Asesor para Políticas Sanitarias, Organismo Japonés de Cooperación Internacional	F	República Democrática Popular Lao (Pacífico Occidental)	Atención clínica, salud de la mujer	Ninguno
Patricio Sanhueza Jefe de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud de la Ciudad de México	M	México (Las Américas)	Salud pública, salud de la mujer	Ninguno
Paul Van Look (PRESIDENTE) Consultor independiente	M	Ginebra (Europa)	Salud sexual y reproductiva	Ninguno
Beverly Winikoff Presidenta, Gynuity Health Projects	F	Estados Unidos de América (Las Américas)	Investigación clínica, salud de la mujer	Ninguno
Ann Yates Asesora en Partería, Confederación Internacional de Matronas	F	Países Bajos (Europa)	Atención clínica, salud de la mujer	Ninguno

Observadores en las reuniones del GED

Jennifer Blum Vicepresidenta, Programas e Iniciativas Estratégicas, Gynuity Health Projects	F	Estados Unidos de América (Las Américas)	Investigación clínica sobre atención tras el aborto, aborto médico y hemorragia puerperal	Ninguno
Kristina Gemzell-Danielsson Profesora Catedrática, División de Obstetricia y Ginecología, Departamento de Salud de la Mujer y el Niño, Instituto Karolinska	F	Suecia (Europa)	Investigación clínica sobre anticoncepción y aborto, elaboración de directrices	Declarado

* CI: conflicto de intereses

NOMBRE Y AFILIACIÓN	SEXO	ESPECIALIZACIÓN	CI*
Katie Alton Universidad Salud y Ciencia de Oregón	F	Aborto, planificación familiar	Ninguno
Ashley Brant Centro Hospitalario Medstar Washington	F	Aborto, planificación familiar	Ninguno
Amanda Cleeve Instituto Karolinska	F	Aborto, planificación familiar	Ninguno
Kate Curtis Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América	F	Salud pública, planificación familiar	Ninguno
Yokabed Ermias Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América	F	Salud pública, planificación familiar	Ninguno
Roopan Gill Universidad de British Columbia	F	Aborto, planificación familiar	Ninguno
Natalie Kapp Ipas	F	Aborto, planificación familiar	Ninguno
Caron Kim Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS (OMS/RHR)	F	Aborto, planificación familiar	Ninguno
Jamie Krashin CDC	F	Aborto, planificación familiar	Ninguno
Laura Laursen Centro Médico de la Universidad de Chicago	F	Aborto, planificación familiar	Ninguno
Antonella Lavelanet OMS/RHR	F	Aborto, planificación familiar, políticas	Ninguno
Karthik Srinivasan Consultor independiente	M	Aborto, planificación familiar	Ninguno
Katherine Whitehouse Consultora independiente (ex Funcionaria Médica de OMS/RHR)	F	Aborto, planificación familiar	Ninguno

Expertos en metodología de la elaboración de directrices

Maria Rodriguez Grupo Cochrane de Regulación de la Fecundidad en la Universidad Salud y Ciencia de Oregón	F	Evaluación de la calidad con la metodología GRADE ¹ y conversión de las evidencias en recomendaciones	Ninguno
Marita Sporstøl Fønhus Centro Noruego de Conocimientos	F	Evaluación de la calidad con la metodología GRADE ¹ y conversión de las evidencias en recomendaciones	Ninguno

* CI: conflicto de intereses

1 GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. Para más información véase: <http://www.gradeworkinggroup.org/>

NOMBRE Y AFILIACIÓN	SEXO	PAÍS (REGIÓN DE LA OMS)	ESPECIALIZACIÓN	CI*
Sharon Cameron Servicio Nacional de salud (NHS) Universidad Lothian y Edinburgh	F	Reino Unido (Europa)	Atención del aborto médico	Ninguno
Manju Chugani Escuela de Enfermería Rufaida	F	India (Asia Sudoriental)	Salud de la mujer	Ninguno
Guyo Jaldesa Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) Grupo de Trabajo sobre Aborto Peligroso – Región de África Oriental, Central y Meridional	M	Kenya (África)	Atención del aborto	Ninguno
Helena Kopp Kallner Instituto Karolinska	F	Suecia (Europa)	Atención del aborto médico	Ninguno
Alongkone Phengsavanh Facultad de Medicina, Universidad de Ciencias de la Salud, Ministerio de Salud	M	República Democrática Popular Lao (Pacífico Occidental)	Salud de la mujer	Ninguno
Mariana Romero Centro de Estudios de Estado y Sociedad	F	Argentina (Las Américas)	Salud de la mujer	Ninguno
Stephen Rulisa Universidad de Rwanda	M	Rwanda (África)	Salud de la mujer	Ninguno
Shahida Zaidi Comité Nacional de Salud Materna y Neonatal	F	Pakistán (Mediterráneo Oriental)	Atención del aborto	Ninguno

* CI: conflicto de intereses





**Organización
Mundial de la Salud**

Para más información puede ponerse en contacto con:

**Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud**

Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27 (Suiza)

Fax: +41 22 791 4171

Correo electrónico: reproductivehealth@who.int

Web: www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978-92-4-355040-4



9 789243 550404