



Organización
Mundial de la Salud

human
reproduction
programme **hrp.**
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

Directrices sobre la atención para el aborto

Resumen ejecutivo

Directrices sobre la atención para el aborto Resumen ejecutivo

Las directrices completas pueden consultarse en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>

Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo [Abortion care guideline: executive summary]

ISBN 978-92-4-004576-7 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-004577-4 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2022

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 descarga 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 el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo [Abortion care guideline: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. 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 <https://www.who.int/es/copyright>.

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.

Resumen ejecutivo

La salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, pero también para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. Tal como establece la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el objetivo de la Organización es «alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud», y para cumplir ese objetivo, una de las funciones de la OMS es la de prestar asistencia técnica a los países en la esfera de la salud. El acceso universal a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva es fundamental para la salud individual y comunitaria, así como para la salvaguarda de los derechos humanos. A raíz de la pandemia de COVID-19 y basándose en las lecciones aprendidas de anteriores brotes de enfermedades, en que los servicios de salud sexual y reproductiva se han visto gravemente trastornados, y que han llevado a la población a sentirse desprotegida y a exponerse a riesgos para la salud que podrían prevenirse, la OMS ha incluido la atención integral para el aborto en la lista de servicios de salud esenciales en algunas publicaciones técnicas recientes¹.

La atención integral para el aborto incluye el suministro de información, la gestión del aborto (incluido el aborto provocado), y la atención relacionada con la pérdida del embarazo o el aborto espontáneo y la atención posterior al aborto. Fortalecer el acceso a la atención integral para el aborto dentro del sistema de salud es fundamental para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la buena salud y el bienestar (ODS3) y la igualdad de género (ODS5). La Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS, cuyo objetivo es acelerar el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos internacionales de desarrollo, considera la eliminación del aborto peligroso² un mandato prioritario. La importancia para la salud de la calidad de la atención para el aborto se subraya igualmente en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente de las Naciones Unidas, que incluye intervenciones con base empírica para el aborto y la atención posterior al aborto como una forma eficaz de ayudar a las personas a prosperar y a las comunidades a transformarse.

La calidad de la atención para el aborto es un elemento fundamental de estas directrices sobre la atención para el aborto. La calidad de la atención (véase el Glosario) engloba múltiples componentes. Se define como una atención que es: eficaz, eficiente, accesible, aceptable/centrada en el paciente, equitativa y segura. La atención eficaz consiste en prestar una atención fundamentada en la evidencia que mejore la salud de las personas y las comunidades, y tenga en cuenta sus necesidades. La atención eficiente optimiza el uso de los recursos y minimiza los desechos. La atención para el aborto de calidad también debe ser accesible (oportuna, asequible, geográficamente accesible y ofrecida en un entorno en que las capacidades y los recursos sean apropiados para la necesidad médica) y aceptable (incorporando las preferencias y los valores de los usuarios individuales del servicio y las culturas de sus comunidades). Es indispensable que el acceso a la atención para el aborto sea equitativo, y que la calidad de la atención no varíe en función de las características personales de quien solicite la atención, como su género, raza, religión, etnia, situación socioeconómica, educación, situación de discapacidad o ubicación geográfica dentro de un país. Por último, una atención para el aborto de calidad implica que se preste de forma segura y que se reduzcan al mínimo los riesgos y daños para las usuarias del servicio.

El aborto es una intervención sanitaria segura y sin complejidad que puede gestionarse eficazmente con medicamentos o mediante un procedimiento quirúrgico que puede realizarse en diversos entornos. Las complicaciones son poco frecuentes, tanto en el aborto médico como en el quirúrgico, cuando el aborto se realiza de forma segura, es decir, con un método recomendado por la OMS, adecuado al periodo de gestación y realizado por una persona con los conocimientos necesarios. El aborto es un procedimiento habitual en todo el mundo: 6 de cada 10 embarazos no planeados y 3 de cada 10 embarazos terminan en un aborto provocado.

1 Al referirse al concepto de «servicios de salud esenciales», es importante tener en cuenta que diferentes zonas, incluso dentro de un mismo país, pueden requerir diferentes enfoques para designar los servicios de salud esenciales y reorientar los componentes del sistema de salud para mantener esos servicios. Véase: *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19, 1 de junio de 2020* (https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2). Para consultar otras referencias de interés, véase la sección 1.1 del capítulo 1.

2 El «aborto peligroso» se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias.

Sin embargo, según las estimaciones mundiales, el 45% de los abortos son peligrosos. Se trata de un problema crítico de salud pública y de derechos humanos; el aborto peligroso se concentra cada vez más en los países en desarrollo (97% de los abortos peligrosos) y entre los grupos en situación de vulnerabilidad y marginación. Las restricciones legales y otros obstáculos hacen que a muchas mujeres les resulte difícil o imposible acceder a una atención para el aborto de calidad y que se provoquen ellas mismas el aborto con métodos peligrosos o recurran a proveedores no calificados. La condición jurídica del aborto no afecta a la necesidad de una mujer de abortar, pero sí a su acceso a un aborto seguro. Entre el 4,7% y el 13,2% de todas las muertes maternas se atribuyen a abortos peligrosos, lo que equivale a entre 13.865 y 38.940 muertes causadas anualmente por la imposibilidad de practicar un aborto seguro.

El aborto médico ha revolucionado el acceso a la atención para el aborto de calidad en todo el mundo. Los medicamentos que se emplean para provocar el aborto pueden administrarse de forma segura y eficaz en un establecimiento de salud o autoadministrarse en otro lugar (por ejemplo, en el hogar) si se cuenta con una fuente de información precisa y con medicamentos de calidad garantizada. Las mujeres que gestionan sus abortos de forma segura en el hogar durante las primeras 12 semanas de gestación pueden seguir necesitando o desear el apoyo de un trabajador sanitario capacitado en alguna fase del proceso. La prestación de servicios con un mínimo de supervisión médica puede mejorar considerablemente el acceso al aborto, así como la privacidad, la comodidad y la aceptabilidad, sin comprometer la seguridad ni la eficacia.

Es necesario adoptar medidas múltiples a nivel jurídico, del sistema de salud y de la comunidad para que todas las personas que lo necesiten tengan acceso a una atención integral para el aborto. El entorno de una persona desempeña un papel crucial a la hora de determinar su acceso a la atención y de influir en los resultados de salud. La base de la atención integral para el aborto de calidad es la existencia de un entorno propicio. Los tres pilares de un entorno propicio para la atención para el aborto son los siguientes:

- 1 el respeto de los derechos humanos, incluido un marco legal y político de apoyo;
- 2 la disponibilidad de información y su accesibilidad; y
- 3 un sistema de salud de apoyo, accesible universalmente, asequible y que funcione adecuadamente.

El aborto es legal en casi todos los países, aunque hay variaciones en las circunstancias específicas en que una persona puede acceder al aborto. Además, casi todos los países en que el aborto es legal lo regulan de forma diferente a otras formas de atención sanitaria. A diferencia de otros servicios de salud, el aborto suele estar regulado en mayor o menor medida por el derecho penal, además de la legislación sanitaria. Esto incide en los derechos de la mujer embarazada y puede tener un efecto desalentador (por ejemplo, inhibir la acción por temor a represalias o sanciones) en la prestación de una atención de calidad. Esta es la razón por la que disponer de leyes y políticas claras, accesibles y basadas en los derechos forma parte de la garantía de un entorno propicio.

Objetivos, alcance y estructura conceptual de las directrices

Las directrices son el medio fundamental a través del que la OMS ejerce su liderazgo técnico en materia de salud. Las directrices de la OMS se someten a un riguroso proceso de aseguramiento de la calidad que genera recomendaciones para la práctica clínica o la política de salud pública con vista a obtener los mejores resultados posibles en materia de salud individual o colectiva. Para lograr este objetivo, la OMS mantiene el compromiso de integrar los derechos humanos en los programas y políticas de atención de la salud a nivel nacional y regional, examinando los determinantes subyacentes de la salud como parte de un enfoque integral de la salud y los derechos humanos.

El objetivo de estas directrices es presentar el conjunto completo de todas las recomendaciones y declaraciones de prácticas óptimas de la OMS relativas al aborto. Si bien el marco legal, reglamentario, político y de prestación de servicios puede variar de un país a otro, las recomendaciones y las prácticas óptimas que se describen en este documento tienen como objetivo permitir la toma de decisiones con base científica con respecto a la atención para el aborto de calidad.

Estas directrices son una actualización de las recomendaciones contenidas en las siguientes directrices anteriores de la OMS, a las que sustituyen:

- *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición (2012).*
- *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto (conocidas como las directrices sobre «el reparto de tareas») (2015).*
- *Tratamiento médico del aborto (2019).*

Las presentes directrices contienen nuevas recomendaciones que se han consolidado aquí de forma integrada con las recomendaciones ya existentes que permanecen sin cambios y con las que se han actualizado tras una nueva evaluación en que se han utilizado los mismos métodos rigurosos, tanto para las recomendaciones nuevas como para las recomendaciones actualizadas (véase más información en la sección «Métodos de elaboración de las directrices» más adelante).

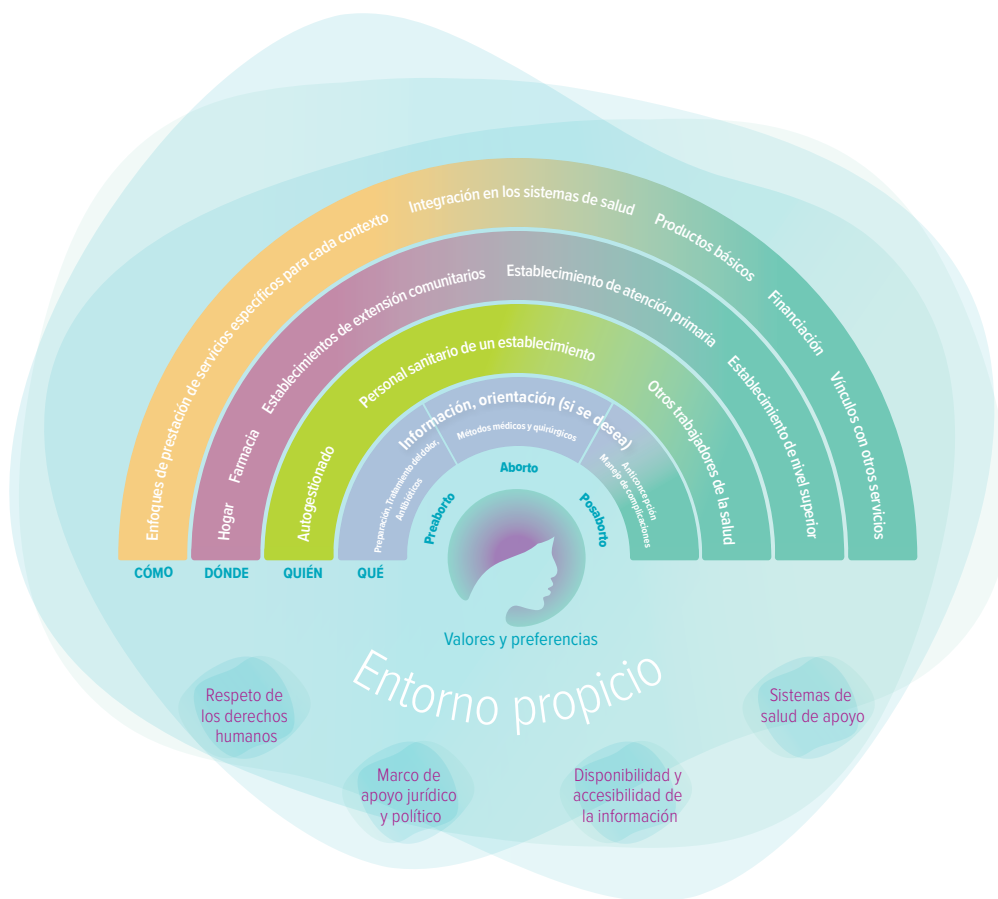
En estas directrices, las recomendaciones se presentan en tres ámbitos que son esenciales para la prestación de la atención para el aborto: legislación y políticas, servicios clínicos y prestación de servicios. Las recomendaciones relativas a la legislación y las políticas que deberían o no estar en vigor para instaurar y mantener plenamente una atención para el aborto de calidad comprenden siete áreas: la penalización del aborto, los enfoques basados en supuestos para permitir el aborto, los límites relativos al periodo de gestación establecido para abortar, los plazos de espera obligatorios antes de someterse a un aborto solicitado, la autorización de terceros para abortar, las restricciones sobre qué trabajadores de la salud pueden prestar servicios de aborto, y la objeción de conciencia o negativa por razones de conciencia de los proveedores de atención de la salud³. Las recomendaciones relativas a los servicios clínicos se refieren a los métodos de aborto y a la atención clínica conexa, desde el suministro de información, los servicios de orientación y el tratamiento del dolor hasta los métodos y administración de tratamientos para el aborto (incluso para diferentes indicaciones clínicas), así como a la prestación de atención posterior al aborto, incluidos los métodos anticonceptivos⁴. Las recomendaciones sobre la prestación de servicios incluyen las relativas a las categorías de trabajadores de la salud que pueden prestar los servicios clínicos correspondientes. También se presentan recomendaciones sobre la autogestión con respecto a tareas que pueden realizar las propias mujeres: el aborto médico en las primeras etapas de la gestación y el uso de numerosos anticonceptivos, incluida la autoadministración de anticonceptivos inyectables. También se ha formulado una recomendación relativa a la telemedicina para facilitar el aborto médico temprano, junto con declaraciones sobre prácticas óptimas de otros enfoques de prestación de servicios de atención para el aborto. En conjunto, las directrices que se presentan en este documento reflejan los cambios recientes que se han producido en todos estos aspectos de la atención para el aborto. En el último capítulo se señalan las carencias y prioridades en materia de investigación y las nuevas esferas de interés.

Como se indica en la organización de las directrices de este documento, a medida que una mujer, niña u otra persona embarazada recorre la vía de acción de la atención para el aborto, es decir, atención previa al aborto, aborto y atención posterior al aborto, los servicios de salud deben integrarse en el sistema de salud para garantizar que la prestación del servicio satisfaga sus necesidades de forma equitativa y sin discriminación. El marco conceptual de la atención para el aborto de estas directrices (véase la figura 1) reconoce y contempla las necesidades de todas las personas con relación al aborto y se centra en los valores y las preferencias de las personas que solicitan el aborto, considerándolas participantes activas en los servicios de salud, además de beneficiarias de ellos. Las preferencias sanitarias individuales pueden variar, y ningún modelo de atención para el aborto satisfará las necesidades de todas las personas que solicitan asistencia para el aborto. No obstante, los valores fundamentales de la dignidad, la autonomía, la igualdad, la confidencialidad, la comunicación, el apoyo social, la atención de apoyo y la confianza son fundamentales para la atención para el aborto y aparecen reflejados en estas directrices. Todavía se requiere un trabajo importante para incorporar a lo largo del sistema de salud vínculos con la atención para el aborto de calidad, y la atención a los derechos humanos y a la igualdad de género debe aplicarse en todos los contextos de prestación de servicios a las personas que solicitan asistencia sanitaria.

3 En la edición anterior de la guía sobre el *Aborto sin riesgos* (OMS, 2012) se trataban estas cuestiones y las intervenciones conexas y se formulaba una recomendación combinada. En estas directrices, se han tratado por separado cada una de ellas como siete recomendaciones individuales (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22).

4 El examen completo de todos los métodos anticonceptivos que existen queda fuera del alcance de estas directrices, pero tras un aborto pueden contemplarse todos los métodos anticonceptivos, incluido un conjunto de métodos autoadministrados.

Figura 1: Marco conceptual de la atención para el aborto



Público destinatario e inclusividad

El objetivo de estas directrices es ofrecer recomendaciones a las instancias normativas nacionales y subnacionales, a los encargados de ejecutar y gestionar programas de salud sexual y reproductiva, a los miembros de organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil y sociedades profesionales, así como a los trabajadores de la salud y otras partes interesadas de la esfera de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de ayudarles a garantizar la disponibilidad y el acceso a una atención para el aborto de calidad con base científica en todo el mundo.

Todas las personas tienen derecho a la no discriminación y a la igualdad de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. El derecho a la no discriminación está recogido en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros tratados universales de derechos humanos e instrumentos regionales de derechos humanos. Se ha afirmado que el derecho a la no discriminación garantizado por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales incluye la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales. Tal como se afirma en el informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género presentado ante la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2018, «el derecho al reconocimiento efectivo de la identidad de género está relacionado con el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley».

En estas directrices, partimos de la base de que la mayor parte de la evidencia disponible sobre el aborto se deriva de la investigación entre poblaciones de estudio de mujeres cisgénero, y reconocemos que las mujeres cisgénero, los hombres transgénero, las personas no binarias, de género fluido e intersexuales con un sistema reproductor femenino y capaces de quedarse embarazadas pueden requerir atención para el aborto. En aras de la concisión y para facilitar la legibilidad de estas directrices, al referirnos a todas las personas con diversidad de género que pueden requerir atención para el aborto, utilizamos la palabra «mujeres» con mayor frecuencia, aunque también utilizamos de forma diversa los términos «individuo», «persona» y «solicitante de aborto». Los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención para el aborto, deben tener en cuenta las necesidades de todas las personas y proporcionarles la misma atención; la identidad de género o su expresión no deben dar lugar a discriminación.

Métodos empleados en la elaboración de las directrices

El Grupo Directivo de las Directrices de la OMS y la Secretaría de la OMS, incluidos miembros del personal de la sede y de las oficinas regionales de la OMS, dirigieron un amplio proceso de elaboración de las directrices en el que participó una enorme diversidad de colaboradores expertos y personal de apoyo. El proceso comenzó en septiembre de 2018 con una encuesta en línea sobre el tema de la actualización de las directrices de la OMS sobre el aborto seguro, seguida de reuniones sobre el alcance entre noviembre de 2018 y junio de 2019 para determinar las esferas temáticas principales y formular las preguntas fundamentales que se evaluarían mediante búsquedas y análisis de la base de evidencias, para cada uno de los tres ámbitos: legislación y políticas, servicios clínicos y prestación de servicios. Con el fin de garantizar una amplia representación, se convocaron las siguientes reuniones para fundamentar las directrices de manera más exhaustiva: i) Consideraciones relativas a la prestación de atención para el aborto en entornos humanitarios; ii) Valores y preferencias mundiales con relación a la atención para el aborto; y iii) Las jóvenes y el aborto seguro.

El Grupo Directivo invitó a expertos mundiales para reunir tres grupos de expertos (un Grupo de revisión de la evidencia y las recomendaciones para cada ámbito) que participaron activamente en una serie de reuniones de dos días de duración con el objetivo de debatir y redactar las nuevas recomendaciones y las actualizaciones, basándose en la evidencia aportada por los Equipos de síntesis de la evidencia. Los miembros del Grupo de elaboración de las directrices fueron seleccionados e invitados por el Grupo Directivo de entre los miembros de los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones, a fin de reunir un único grupo multidisciplinario, que incluyera a un representante de las jóvenes y a un asesor en derechos humanos, para ultimar las recomendaciones.

De conformidad con el proceso de elaboración de directrices de la OMS, la formulación y el perfeccionamiento de las recomendaciones por los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones y el Grupo de elaboración de las directrices se basaron en la evidencia disponible (con una calidad de la evidencia de alta a muy baja), utilizando el enfoque de Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE) para la elaboración de las recomendaciones, con referencia a los cuadros de Evidencia para la decisión elaborados por los Equipos de síntesis de la evidencia, y también guiados por los propios conocimientos y experiencia de los participantes. Se utilizó el marco WHO-INTEGRATE como base para decidir el sentido y la solidez de cada recomendación (véanse las notas que acompañan al cuadro recapitulativo que figura a continuación). En el caso de las recomendaciones sobre legislación y políticas, se utilizó este mismo marco, pero se desarrolló un enfoque innovador para evaluar la evidencia de manera que integrase efectivamente la protección y el disfrute de los derechos humanos como parte de los resultados y análisis de la salud.

Una vez concluidas las reuniones de los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones y del Grupo de elaboración de las directrices, los miembros del Grupo de elaboración de las directrices y del Grupo de revisión externa de expertos revisaron el proyecto de recomendaciones y el proyecto completo de las directrices. También se invitó a los observadores de la reunión del Grupo de elaboración de las directrices y a especialistas de varios organismos de ejecución a formular observaciones sobre el proyecto. Se realizaron revisiones ulteriores y las directrices se presentaron al Comité de Examen de Directrices de la OMS, quien las aprobó, tras lo cual la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) realizó una revisión final, para posteriormente prepararse la edición final y planificar su publicación y presentación. Los métodos completos empleados en la elaboración de las directrices se presentan en el anexo 4.

Cuadro recapitulativo de las recomendaciones formuladas en estas directrices

Notas importantes:

1. Los grupos de expertos convocados por la OMS para este fin han determinado cada una de las recomendaciones y su sentido (a favor o en contra) y solidez (firme o débil). Las decisiones se han basado en los seis criterios sustantivos del marco WHO-INTEGRATE aplicados a cada intervención para la población especificada: balance de beneficios y daños para la salud; derechos humanos y aceptabilidad sociocultural; equidad en la salud, igualdad y no discriminación; implicaciones sociales; consideraciones financieras y económicas; y consideraciones relativas a la viabilidad y al sistema de salud, al tiempo que se ha tenido en cuenta el metacriterio de la calidad de la evidencia (es decir, el tipo, el tamaño y las limitaciones de los estudios disponibles utilizados como evidencia). La formulación que se utiliza es la siguiente:
 - **Se recomienda:** una recomendación firme a favor de la intervención.
 - **Se propone:** una recomendación débil a favor de la intervención.
 - **No se recomienda:** una recomendación firme en contra de la intervención o a favor de la alternativa.
2. a mayoría de las recomendaciones están etiquetadas con las siglas LP para «Legislación y políticas», SC para «Servicios clínicos» o PS para «Prestación de servicios», refiriéndose al amplio dominio bajo el que se ha revisado y evaluado la evidencia para esas recomendaciones por los respectivos grupos de expertos (Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones). Además, cinco recomendaciones se han etiquetado como AUTOGESTIÓN.
3. Las recomendaciones PS que hacen referencia a las categorías de trabajadores de la salud dan por sentado que las personas que trabajan en las categorías mencionadas poseen las aptitudes y competencias necesarias para la intervención que se especifica. Las funciones, las aptitudes y las competencias de cada tipo de trabajador de la salud que se menciona en estas recomendaciones se describen en el cuadro sobre las categorías y funciones de los trabajadores de la salud que figura en el anexo 5. Se puede encontrar más información en la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care*, en la que se describen las competencias (incluidas las aptitudes y los conocimientos) necesarias para cada tarea.
4. Las recomendaciones se han considerado «nuevas» (como se indica en este cuadro y en el capítulo 3) cuando no existía ninguna recomendación en directrices anteriores de la OMS sobre el tema o la intervención en cuestión. En particular, debe tenerse en cuenta que en la guía sobre el Aborto sin riesgos de 2012 se ofrecía una recomendación combinada relacionada con la legislación y las políticas; en las presentes directrices se ha desarrollado en siete recomendaciones separadas, pero no se consideran «nuevas» (a saber, las recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22).

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
---	---

REGLAMENTACIÓN DEL ABORTO

Tipificación

1 (LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS; LP)	<p>Se recomienda la despenalización total del aborto.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> La despenalización significa eliminar el aborto de todas las leyes penales, no aplicar otros delitos punibles (por ejemplo, asesinato, homicidio) al aborto, y garantizar que no haya sanciones penales por abortar, ayudar a abortar, proporcionar información sobre el aborto o practicar un aborto, para todos los agentes participantes. La despenalización garantizaría que cualquiera que haya sufrido una pérdida de embarazo no caiga bajo la sospecha de haber abortado ilegalmente cuando solicite atención. La despenalización del aborto no hace que las mujeres, niñas u otras personas embarazadas sean vulnerables al aborto forzado o bajo coacción. El aborto forzado o bajo coacción constituiría una agresión grave, ya que se trataría de una intervención no consentida.
---------------------------------	---

Enfoques basados en supuestos

2 (LP)	<p>a. No se recomienda la promulgación de leyes y otras reglamentaciones que restrinjan el aborto basándose en supuestos.</p> <p>b. Se recomienda que el aborto esté accesible a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los enfoques basados en supuestos para restringir el acceso al aborto deberían revisarse en favor de que el aborto esté accesible a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada. Hasta que se sustituyan por el aborto a demanda, los supuestos existentes deben formularse y aplicarse de forma coherente con el derecho internacional de los derechos humanos. Esto significa que el contenido, la interpretación y la aplicación de las leyes y políticas basadas en supuestos deben revisarse para garantizar el respeto de los derechos humanos. Esto requiere: <ol style="list-style-type: none"> definir, interpretar y aplicar los supuestos existentes de manera que se respeten los derechos humanos; acceder al aborto cuando llevar un embarazo a término pueda causar a la mujer, niña u otra persona embarazada un dolor o sufrimiento sustancial, incluidas las situaciones, entre otras, en que el embarazo es el resultado de una violación o incesto o el embarazo no es viable; acceder al aborto cuando la vida y la salud de la mujer, niña u otra persona embarazada estén en riesgo; reflejar en los supuestos de salud las definiciones de salud y salud mental de la OMS (véase el Glosario); y la ausencia de requisitos de procedimiento para «demostrar» o «acreditar» que se cumplen los supuestos, como la exigencia de una orden judicial o un informe policial en el caso de violación o agresión sexual (las fuentes que sustentan esta información pueden consultarse en el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto).
--------	--

Límites a la edad gestacional

3 (LP)	<p>No se recomienda la promulgación de leyes y otras reglamentaciones que prohíban el aborto basándose en límites de edad gestacional.</p>
--------	---

SERVICIOS EN EL CONTINUO ASISTENCIAL

Suministro de información sobre la atención para el aborto

4 (PRESTACIÓN DE SERVICIOS; PS)	<p>En el continuo de la atención al aborto:</p> <p>a. Se recomienda el suministro de información sobre la atención para el aborto por parte de agentes de salud comunitarios, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone el suministro de información sobre la atención para el aborto por parte de los empleados de farmacia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición: En los contextos en que el empleado de farmacia esté bajo la supervisión directa de un farmacéutico y haya acceso o derivación a los servicios de salud adecuados.
---------------------------------	--

Prestación de orientación

5 (PS)	<p>En el continuo de la atención al aborto:</p> <p>a. Se recomienda la prestación de orientación por parte de agentes de salud comunitarios, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone la prestación de orientación por parte de los empleados de farmacia y farmacéuticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición: Se provee una orientación equilibrada (es decir, sobre los métodos médicos y quirúrgicos) y hay acceso o derivación a los servicios de salud adecuados en caso de que la mujer elija un método quirúrgico.
--------	---

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
PREABORTO	
Plazos de espera obligatorios	
6 (LP)	No se recomiendan los plazos de espera obligatorios para el aborto.
Autorización de terceros	
7 (LP)	<p>Se recomienda el acceso al aborto a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada sin la autorización de ninguna otra persona, organismo o institución.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si bien la intervención de los progenitores o la pareja en la toma de decisiones sobre el aborto puede apoyar y ayudar a las mujeres, niñas u otras personas embarazadas, la decisión debe basarse en los valores y preferencias de la persona que recurre al aborto y no venir impuesta por el requisito de la autorización de terceros.
Isoinmunización Rh para abortar en edades gestacionales inferiores a 12 semanas	
8 (SERVICIOS CLÍNICOS; SC) (NUEVA)	<p>Tanto para el aborto médico como para el quirúrgico antes de las 12 semanas: No se recomienda la administración de inmunoglobulina anti-D.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aplica el tratamiento de referencia para la administración de anti-D a partir de las 12 semanas de edad gestacional.
Profilaxis con antibióticos para el aborto quirúrgico y médico	
9 (SC)	<p>a. Para el aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de infección pélvica inflamatoria de la persona: Se recomienda una profilaxis adecuada pre o perioperatoria con antibióticos.</p> <p>b. Para el aborto médico: No se recomienda el uso de antibióticos profilácticos.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La carencia de antibióticos no debe limitar el acceso a los servicios de aborto.
Determinación de la edad gestacional del embarazo: ecografía previa al aborto	
10 (SC)	<p>Tanto para el aborto médico como para el quirúrgico: No se recomienda el uso de la ecografía como requisito para la prestación de servicios de aborto*.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La normativa legal que limita el acceso al aborto en función de la edad gestacional puede exigir o hacer que se utilicen ecografías para verificar la edad gestacional antes del aborto, aunque esto no sea necesario desde el punto de vista clínico. La eliminación de los límites legales a la edad gestacional en el acceso al aborto (véase la recomendación 3) debería dar lugar a que se eviten las ecografías innecesarias previas al aborto, y a que aumente el acceso al aborto en los entornos en que resulta difícil acceder a la ecografía. <p>* En función de cada caso, puede haber razones clínicas para utilizar la ecografía antes del aborto.</p>

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
Tratamiento del dolor en el aborto	
11–14 (SC) para el aborto quirúrgico y para la preparación previa del cuello uterino <i>NOTA: Las NUEVAS recomendaciones 12, 13 y 14 se refieren al tratamiento del dolor ADICIONAL a los AINE (11a)</i>	11. Para el tratamiento del dolor en el caso del aborto quirúrgico a cualquier edad gestacional: a. Se recomienda ofrecer de forma sistemática medicación para el dolor (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) y administrársela a quienes lo deseen. b. No se recomienda el uso sistemático de anestesia general. 12. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico antes de la semana 14: a. Se recomienda el uso del bloqueo paracervical. b. Se propone ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente. 13. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor durante la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos antes del aborto quirúrgico antes de la semana 14: Se propone el uso del bloqueo paracervical. Observación: <ul style="list-style-type: none"> Para la preparación del cuello uterino, se puede considerar el uso de medicación adicional para el dolor, como un gel intravaginal. (Véanse las recomendaciones 17 a 20 más adelante sobre la preparación del cuello uterino.) 14. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico a partir de la semana 14: a. Se recomienda el uso del bloqueo paracervical. b. Se propone ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente.
15 y 16 (SC) Para el aborto médico <i>NOTA: La NUEVA recomendación 16 se refiere al tratamiento del dolor ADICIONAL a los AINE (15)</i>	15. Para el aborto médico a cualquier edad gestacional: Se recomienda ofrecer de forma sistemática medicación para el dolor (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) y facilitarla para que la persona la utilice si lo desea y cuando lo desee. 16. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto médico a partir de la semana 12: Se propone la consideración de métodos adicionales para controlar el dolor o las molestias debidas al aumento del dolor a medida que aumenta la edad gestacional. Entre estos métodos cabe mencionar determinados antieméticos y la anestesia epidural, cuando esté disponible. Observación: <ul style="list-style-type: none"> En el caso del aborto médico antes de las 14 semanas de gestación, si no se dispone de AINE (por ejemplo, ibuprofeno) o no son una opción, se puede considerar el paracetamol para el tratamiento del dolor.
Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico	
17 (CS) antes de las 12 semanas	Previamente al aborto quirúrgico antes de las 12 semanas: a. Si se efectúa la preparación del cuello uterino: Se propone el tratamiento siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Mifepristona 200 mg por vía oral entre 24 y 48 horas antes del procedimiento. Misoprostol 400 µg por vía sublingual entre 1 y 2 horas antes del procedimiento. Misoprostol 400 µg por vía vaginal u oral entre 2 y 3 horas antes del procedimiento. b. No se recomienda el uso de dilatadores osmóticos para la preparación del cuello uterino. Observaciones: <ul style="list-style-type: none"> La vía sublingual es más eficaz para la administración de misoprostol. Debe administrarse la medicación adecuada para el dolor.

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
18 (SC) (NUEVA) a partir de las 12 semanas	<p>Previamente al aborto quirúrgico en edades gestacionales posteriores:</p> <ol style="list-style-type: none"> Para el aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas: Se propone la preparación del cuello uterino antes del procedimiento. Para el aborto quirúrgico entre las 12 y 19 semanas: Se propone la preparación del cuello uterino solamente con medicación (se prefiere una combinación de mifepristona y misoprostol) o con un dilatador osmótico más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambas). Para el aborto quirúrgico entre las 12 y 19 semanas, cuando se utiliza un dilatador osmótico para la preparación del cuello uterino: Se propone no extender el período entre la aplicación del dilatador osmótico y el procedimiento más allá de dos días. Para el aborto quirúrgico a partir de las 19 semanas: Se recomienda la preparación del cuello uterino con un dilatador osmótico más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambas). <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> La evidencia sobre la preparación del cuello uterino para las edades gestacionales de entre 12 y 14 semanas es escasa y, por tanto, los profesionales sanitarios deben utilizar su juicio clínico para decidir el método más conveniente para la preparación del cuello uterino antes de la aspiración al vacío en este intervalo de edad gestacional.
19 (PS) con medicación, a cualquier edad gestacional	<p>Previamente al aborto quirúrgico a cualquier edad gestacional:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se recomienda la preparación del cuello uterino con medicación por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas. Se propone la preparación del cuello uterino con medicación por parte de agentes de salud comunitarios, empleados de farmacia y farmacéuticos. <ul style="list-style-type: none"> Condición: El suministro de medicamentos para la preparación del cuello uterino forma parte del proceso de aborto quirúrgico, por lo que el trabajador de la salud debe garantizar la continuidad de la atención de la mujer, obteniendo los medicamentos antes del procedimiento de aborto.
20 (PS) con dilatadores osmóticos, a partir de las 12 semanas	<p>Antes de la dilatación y evacuación a partir de las 12 semanas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se recomienda la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos por parte de auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas. Se propone la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria. <ul style="list-style-type: none"> Condición: El personal de salud garantiza la continuidad de la atención desde la preparación del cuello uterino hasta la dilatación y evacuación.
Restricciones relativas al proveedor	
21 (LP)	<p>No se recomienda que se regule quién puede practicar y manejar el aborto de manera incongruente con las orientaciones de la OMS.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuando existan leyes o políticas que regulen quién puede practicar o manejar el aborto, dicha regulación debe estar en consonancia con las orientaciones de la OMS, que figuran en el capítulo 3 de las presentes directrices
Objeción de conciencia	
22 (LP)	<p>Se recomienda la protección del acceso a la atención integral para el aborto y su continuidad frente a los obstáculos creados por la objeción de conciencia.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> A pesar de la obligación basada en los derechos humanos de garantizar que la objeción de conciencia no obstaculice el acceso a la atención para el aborto de calidad, y de las recomendaciones anteriores de la OMS dirigidas a garantizar que la objeción de conciencia no socave u obstaculice el acceso a la atención para el aborto, la objeción de conciencia sigue funcionando como un obstáculo al acceso a la atención para el aborto de calidad. Es fundamental que los Estados garanticen el cumplimiento de las reglamentaciones y diseñen u organicen sus sistemas de salud para garantizar el acceso a la atención para el aborto de calidad y su continuidad. Si resulta imposible regular la objeción de conciencia de manera que se respeten, protejan y cumplan los derechos de las personas que solicitan el aborto, la objeción de conciencia en la prestación de servicios de aborto puede llegar a ser indefendible. La evidencia examinada se centra en el impacto de la objeción de conciencia en el acceso a la atención para el aborto y su disponibilidad, y no en la eficacia de la reglamentación de la objeción de conciencia en cuanto a la mejora de esos resultados. No obstante, el derecho internacional de los derechos humanos ofrece algunas orientaciones sobre cómo los Estados pueden garantizar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos de las personas que desean abortar (véanse los detalles en el texto principal).

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
ABORTO	
Métodos de aborto quirúrgico	
23 (SC) antes de las 14 semanas	<p>Para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas:</p> <p>a. Se recomienda la aspiración al vacío.</p> <p>b. No se recomienda la práctica de la dilatación y el legrado instrumental, incluida la verificación con cureta (es decir, para «completar» el aborto) después de la aspiración al vacío.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los estudios observacionales indican que la aspiración al vacío se asocia con menos complicaciones que la dilatación y evacuación; en cambio, los ensayos controlados aleatorizados no son suficientemente robustos como para detectar una diferencia en las tasas de complicaciones. No hay evidencia que apoye la verificación con cureta después de la aspiración al vacío. La calidad de la evidencia basada en los ensayos controlados aleatorizados es de baja a moderada.
24 (PS) aspiración al vacío antes de las 14 semanas	<p>Para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas:</p> <p>a. Se recomienda la aspiración al vacío por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone la aspiración al vacío por parte de auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición: En contextos en que los mecanismos establecidos del sistema de salud permiten la participación de auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras en la prestación de atención obstétrica básica de urgencia, y en los que los sistemas de derivación y seguimiento son robustos.
25 (SC) a partir de las 14 semanas	<p>Para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas: Se recomienda la dilatación y evacuación.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> La aspiración al vacío puede realizarse durante un procedimiento de dilatación y evacuación (es decir, con el fin de realizar una amniotomía o una extracción de tejido al final de la dilatación y evacuación).
26 (PS) Dilatación y evacuación a partir de las 14 semanas	<p>Para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas:</p> <p>a. Se recomienda la dilatación y evacuación por parte de médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone la dilatación y evacuación por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, parteras y clínicos asociados/clínicos avanzados asociados.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición: En contextos donde existan mecanismos establecidos en el sistema de salud para incluir a esos trabajadores de la salud en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.
Tratamiento médico del aborto provocado	
27 (SC) antes de las 12 semanas	<p>Para el aborto médico antes de las 12 semanas:</p> <p>a. Se recomienda el uso de 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después por 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal. El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas*.</p> <p>b. Cuando se utilice únicamente misoprostol: Se recomienda el uso de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal*.</p> <p>c. (NUEVA) Se propone la utilización de un régimen combinado de letrozol y misoprostol (letrozol 10 mg por vía oral cada día durante tres días, seguido de misoprostol 800 µg por vía sublingual el cuarto día) como una opción segura y eficaz**.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> La evidencia de los estudios clínicos demuestra que el régimen combinado (recomendación 27a) es más eficaz que el misoprostol por sí solo. Se incluyen todas las vías como opciones para la administración de misoprostol, en consideración a la preferencia de la paciente y del proveedor. El régimen combinado propuesto de letrozol y misoprostol puede ser seguro y eficaz hasta las 14 semanas de gestación. <p>* Se puede considerar la repetición de dosis de misoprostol cuando sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. En estas directrices no se indica un número máximo de dosis de misoprostol.</p> <p>** Se necesitan más estudios para determinar la seguridad, eficacia y aceptabilidad del régimen combinado de letrozol y misoprostol en edades gestacionales más avanzadas, especialmente en comparación con el régimen combinado de mifepristona y misoprostol (el examen de la evidencia disponible se centró en la comparación con el uso exclusivo de misoprostol).</p>

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
28 (PS) antes de las 12 semanas* en su totalidad o en parte (es decir, realizando todas o algunas de las subtareas)*	<p>Para el aborto médico antes de las 12 semanas:</p> <p>Se recomienda el tratamiento médico por cuenta propia (véase la recomendación 50), agentes de salud comunitarios, empleados de farmacia, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>* La evidencia disponible para la práctica autónoma del aborto con medicamentos por personas que no son médicos se refiere a embarazos de hasta 10 semanas (70 días).</p> <p>* Para esta recomendación, la evidencia disponible sobre los tratamientos para el aborto con medicamentos incluía mifepristona más misoprostol, o solamente misoprostol (no se incluyó el tratamiento con letrozol).</p>
29 (SC) a partir de las 12 semanas	<p>Para el aborto médico a partir de las 12 semanas:</p> <p>a. Se recomienda el uso de 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después de 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal cada tres horas*. El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas.</p> <p>b. Cuando se utilice únicamente misoprostol: Se recomienda el uso repetido de 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal cada tres horas*.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento combinado (recomendación 29a) es más eficaz que el uso de misoprostol por sí solo. • La evidencia apunta a que la vía vaginal es la más efectiva. Al considerar las preferencias de la paciente y del proveedor, se propone la inclusión de todas las vías. • El tejido del embarazo debe tratarse de la misma manera que cualquier otro material biológico, a menos que la persona exprese su deseo de que se trate de otra manera. <p>* La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. Los proveedores de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente; el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en periodos gestacionales más avanzados.</p>
30 (PS) a partir de las 12 semanas	<p>Para el aborto médico a partir de las 12 semanas:</p> <p>a. Se recomienda el tratamiento médico por parte de médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone el tratamiento médico por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras y clínicos asociados/clínicos avanzados asociados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico adecuado y a una infraestructura adecuada para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.
Aborto retenido	
31 (SC) (NUEVA) Tratamiento médico antes de las 14 semanas	<p>Para los casos de aborto retenido antes de las 14 semanas, en personas que prefieren el tratamiento médico: Se recomienda la administración de una combinación de mifepristona y misoprostol en lugar de misoprostol por sí solo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posología recomendada: 200 mg de mifepristona administrados por vía oral, seguidos de 800 µg de misoprostol administrados por cualquier vía (bucal, vaginal o sublingual)*. • Posología alternativa: 800 µg de misoprostol administrados por cualquier vía (bucal, vaginal o sublingual)*. <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La decisión sobre el método de tratamiento (expectante, médico o quirúrgico) del aborto retenido debe basarse en el estado clínico de la persona y en su preferencia de tratamiento. • El tratamiento expectante puede ofrecerse como opción con la condición de que la mujer, niña u otra persona embarazada sea informada del mayor tiempo de expulsión del tejido del embarazo y del mayor riesgo de vaciado incompleto del útero. • El tejido del embarazo debe tratarse de la misma manera que cualquier otro material biológico, a menos que la persona exprese su deseo de que se trate de otra manera. <p>* El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas.</p> <p>* Si se utiliza el tratamiento alternativo (misoprostol en solitario), debe tenerse en cuenta que a edades gestacionales de hasta nueve semanas, la evidencia muestra que la repetición de la dosis de misoprostol es más eficaz para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. En estas directrices no se indica un número máximo de dosis de misoprostol.</p>

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
Muerte fetal intrauterina	
32 (SC) Tratamiento médico entre las 14 y 28 semanas	<p>Para el tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina entre las 14 y 28 semanas: Se propone la administración de una combinación de mifepristona y misoprostol en lugar de misoprostol por sí solo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posología propuesta: 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después de dosis repetidas de 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal cada 4 a 6 horas*. El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas. • Posología alternativa: dosis repetidas de 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal cada 4 a 6 horas*. <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evidencia de los estudios clínicos indica que el tratamiento combinado es más eficaz que la administración de misoprostol por sí solo. • El tejido del embarazo debe tratarse de la misma manera que cualquier otro material biológico, a menos que la persona exprese su deseo de que se trate de otra manera. <p>* La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. Los proveedores de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente; el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en periodos gestacionales más avanzados.</p>
33 (PS) (NUEVA) Tratamiento médico entre las 14 y 28 semanas	<p>Para la muerte fetal intrauterina entre las 14 y 28 semanas:</p> <p>a. Se recomienda el tratamiento médico por parte de médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone el tratamiento médico por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras y clínicos asociados/clínicos avanzados asociados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico adecuado y a una infraestructura adecuada para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.
POSABORTO	
Atención de seguimiento o servicios adicionales	
34 (SC)	<p>Después de un aborto quirúrgico o médico sin complicaciones: Se recomienda que no hay necesidad médica de realizar una visita de seguimiento de rutina. No obstante, debe proporcionarse información sobre la disponibilidad de servicios adicionales en caso de que se necesiten o se deseen.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres, las niñas y otras personas embarazadas deben ser informadas adecuadamente sobre los síntomas del embarazo en curso (que pueden indicar o no el fracaso del aborto) y otras razones médicas para volver para un seguimiento, como el sangrado abundante prolongado, la ausencia de sangrado con el tratamiento médico del aborto, el dolor que no se alivia con la medicación o la fiebre. <p>La calidad de la evidencia es baja (estudios observacionales y evidencia indirecta).</p>
Aborto incompleto	
35 y 36 (SC)	<p>35. Para el aborto incompleto antes de las 14 semanas: Se recomienda la aspiración al vacío o el tratamiento médico.</p> <p>36a. Para el tratamiento médico del aborto incompleto con un tamaño uterino inferior a 14 semanas: Se propone el uso de 600 µg de misoprostol administrados por vía oral o 400 µg de misoprostol administrados por vía sublingual.</p> <p>36b. Para el tratamiento médico del aborto incompleto con un tamaño uterino superior a 14 semanas: Se recomienda el uso repetido de 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas*.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La decisión sobre el método de tratamiento del aborto incompleto debe basarse en el estado clínico de la persona y en su preferencia de tratamiento. • El tratamiento expectante del aborto incompleto puede ser tan eficaz como el misoprostol; puede ofrecerse como opción con la condición de que la mujer, niña u otra persona embarazada sea informada del mayor tiempo de expulsión del tejido del embarazo y del mayor riesgo de vaciado incompleto del útero. <p>La recomendación 35 se ha extrapolado de las investigaciones realizadas en mujeres que habían declarado haber sufrido un aborto espontáneo.</p> <p>* La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. Hasta la edad gestacional de 14 semanas, los proveedores de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente; el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en periodos gestacionales más avanzados.</p>

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
37 (PS) Tratamiento médico con misoprostol antes de las 14 semanas	Para el aborto incompleto sin complicaciones antes de las 14 semanas: Se recomienda el tratamiento médico con misoprostol por parte de agentes de salud comunitarios, empleados de farmacia, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.
38 (PS) Aspiración al vacío antes de las 14 semanas	Para el aborto incompleto sin complicaciones antes de las 14 semanas: a. Se recomienda la aspiración al vacío por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas. b. Se propone la aspiración al vacío por parte de auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras. <ul style="list-style-type: none"> • Condición: En contextos donde existan mecanismos establecidos en el sistema de salud para incluir a esos trabajadores de la salud en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva y donde existan sistemas robustos de derivación y seguimiento.
Tratamiento de complicaciones que no ponen en peligro la vida	
39 (PS) Infección	Para la infección posaborto que no pone en peligro la vida: Se recomienda el tratamiento inicial por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas*. <p>* En el caso de los farmacéuticos, los empleados de farmacia y los agentes de salud comunitarios, es importante que estén provistos de los conocimientos necesarios para reconocer los signos y síntomas de esta complicación.</p>
40 (PS) Hemorragia	Para la hemorragia posaborto que no pone en peligro la vida: Se recomienda el tratamiento inicial por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas. <p>* En el caso de los farmacéuticos, los empleados de farmacia y los agentes de salud comunitarios, es importante que estén provistos de los conocimientos necesarios para reconocer los signos y síntomas de esta complicación.</p>
Momento adecuado para el uso de anticonceptivos después del aborto	
41 (SC) Criterios médicos de elegibilidad (CME) para el uso de anticonceptivos	Los siguientes métodos anticonceptivos pueden comenzar a utilizarse inmediatamente (categoría CME 1: sin restricciones) después de un aborto quirúrgico o médico (primer y segundo trimestre, y también después de un aborto séptico): anticonceptivos hormonales combinados (AHC), anticonceptivos de progesterona sola (APS) y métodos de barrera (preservativos, espermicida, diafragma, capuchón; nota: el diafragma y el capuchón no son adecuados hasta pasadas seis semanas del aborto en el segundo trimestre). <p>Los dispositivos intrauterinos (DIU) pueden empezar a utilizarse inmediatamente después de un aborto quirúrgico o médico en el primer trimestre (categoría CME 1: sin restricciones) o después de un aborto en el segundo trimestre (categoría CME 2: las ventajas generalmente superan a los riesgos), pero no deben empezar a utilizarse inmediatamente después de un aborto séptico (categoría CME 4: la inserción de un DIU puede empeorar sustancialmente la situación).</p> <p>Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: Los métodos basados en los síntomas solo deben iniciarse con «precaución» después de un aborto (puede ser necesario un asesoramiento especial para garantizar el uso correcto del método en esta circunstancia) y el uso de los métodos basados en el calendario debe retrasarse (hasta que se evalúe el estado; deben ofrecerse métodos anticonceptivos temporales alternativos).</p>
42 (SC) Anticoncepción y aborto quirúrgico	Para las personas que se someten a un aborto quirúrgico y desean utilizar métodos anticonceptivos: Se recomienda la opción de iniciar el método anticonceptivo en el momento del aborto quirúrgico. <p>Observación: La calidad de la evidencia basada en los ensayos controlados aleatorizados es muy baja.</p>

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
43 (SC) Anticoncepción y aborto médico	<p>Para las personas que se sometan a un aborto médico con el tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol:</p> <p>a. Para quienes elijan utilizar un anticonceptivo hormonal (píldoras, parche, anillo, implante o inyecciones): Se propone que se les ofrezca la opción de iniciar la anticoncepción hormonal inmediatamente después de la administración de la primera pastilla para el aborto médico.</p> <p>b. Para quienes opten por la colocación de un DIU: Se propone la colocación del DIU en el momento en que se determine que el procedimiento de aborto ha sido efectivo.</p> <p>Observación (para las recomendaciones 43a y 43b):</p> <ul style="list-style-type: none"> Esta recomendación se aplica al tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol. El tratamiento combinado de letrozol y misoprostol no se menciona aquí porque en los estudios incluidos que han servido de fundamento a estas recomendaciones no se evaluó este tratamiento. <p>Observaciones (solo para la recomendación 43a):</p> <ul style="list-style-type: none"> El inicio inmediato de la inyección intramuscular de acetato de medroxiprogesterona de liberación retardada (AMPLR) se asocia a una ligera disminución de la eficacia de los tratamientos de aborto médico. No obstante, aún así debe ofrecerse el inicio inmediato de la administración de AMPLR como un método anticonceptivo que puede utilizarse después del aborto. Se ha utilizado evidencia indirecta como base para la toma de decisiones sobre el inicio de la anticoncepción hormonal como opción para las personas que se someten a un aborto médico con solo misoprostol. No existían datos sobre el uso de anticonceptivos hormonales combinados (píldoras o inyecciones) en personas que se habían sometido a un aborto médico. Las personas que optan por empezar a utilizar el anillo anticonceptivo deben recibir instrucciones para comprobar si el anillo es expulsado en caso de sangrado abundante durante el proceso de aborto médico.
44 (PS) Dispositivos intrauterinos (DIU)	<p>Para los dispositivos intrauterinos (DIU):</p> <p>a. Se recomienda la inserción/extracción por parte de enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone la inserción/extracción por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria y auxiliares de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición (profesionales de la medicina tradicional y complementaria): En contextos donde existan mecanismos establecidos en el sistema de salud para la participación de estos profesionales en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva. <p>Condición (auxiliares de enfermería): En el contexto de una investigación rigurosa.</p>
45 (PS) Implantes anticonceptivos	<p>Para los implantes anticonceptivos:</p> <p>a. Se recomienda la inserción/extracción por parte de enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone la inserción/extracción por parte de agentes de salud comunitarios, profesionales de la medicina tradicional y complementaria y auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición (agentes de salud comunitarios): En el contexto de una investigación rigurosa. Condición (profesionales de la medicina tradicional y complementaria): En contextos donde existan mecanismos establecidos en el sistema de salud para la participación de estos profesionales en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva y en los que se imparte formación en la retirada de implantes junto con la formación en la inserción. <p>Condición (auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras): En el contexto de un seguimiento y evaluación focalizados.</p>
46 (PS) Anticonceptivos inyectables	<p>Para los anticonceptivos inyectables (inicio y continuación):</p> <p>Se recomienda la administración por cuenta propia (véase la recomendación 51), agentes de salud comunitarios, empleados de farmacia, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p>
47 (PS) Ligadura de trompas	<p>Para la ligadura de trompas:</p> <p>a. Se recomienda la ligadura de trompas por parte de clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone la ligadura de trompas por parte de enfermeras y parteras.</p> <p>Condición: En el contexto de una investigación rigurosa.</p>

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
OPCIONES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ENFOQUES DE AUTOGESTIÓN	
Enfoques de telemedicina para la prestación de atención para el aborto médico	
48 (PS) (NUEVA)	<p>Se recomienda la opción de la telemedicina como alternativa a las interacciones presenciales con el trabajador de la salud para prestar servicios de aborto médico en su totalidad o en parte.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recomendación anterior se aplica a la evaluación de la idoneidad para el aborto médico, la orientación y/o la instrucción relacionadas con el proceso de aborto, la provisión de instrucciones para la facilitación activa de la administración de medicamentos y la atención de seguimiento posterior al aborto, todo ello a través de la telemedicina. • Las líneas directas, las aplicaciones digitales o los medios de comunicación unidireccionales (por ejemplo, mensajes de texto de recordatorio) que simplemente proporcionan información no se incluyeron en la revisión de la evidencia para esta recomendación.
Enfoques de prestación de servicios para la provisión de información, orientación y aborto médico	
49 (PS) (NUEVA)	<p>Declaración de prácticas óptimas sobre la prestación de servicios</p> <p>Parte 1. No existe un enfoque único recomendado para la prestación de servicios de aborto. La elección de un trabajador de la salud específico (de entre las opciones recomendadas) o la gestión por la propia persona, y el lugar de la prestación del servicio (de entre las opciones recomendadas) dependerán de los valores y las preferencias de la mujer, niña u otra persona embarazada, de los recursos disponibles y del contexto nacional y local. En un contexto determinado pueden coexistir varios enfoques de prestación de servicios.</p> <p>Parte 2. Considerando la diversidad de enfoques de prestación de servicios que puede haber, es importante garantizar que, para la persona que solicita atención, la oferta de opciones de prestación de servicios, en su conjunto, le proporcione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • acceso a información científicamente rigurosa y comprensible en todas las etapas; • acceso a medicamentos de calidad garantizada (incluidos los destinados al tratamiento del dolor); • apoyo a la derivación de pacientes si se desea o se necesita; • vínculos con una selección adecuada de servicios de anticoncepción para quienes deseen recurrir a la anticoncepción después del aborto.
Autogestión del aborto médico antes de las 12 semanas	
50 (AUTOGESTIÓN)	<p>Para el aborto médico antes de las 12 semanas (usando la combinación de mifepristona y misoprostol o usando solo misoprostol):</p> <p>Se recomienda la opción de autogestión del proceso de aborto médico en su totalidad o en cualquiera de las tres partes que lo componen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • autoevaluación de la idoneidad (determinar la duración del embarazo; descartar las contraindicaciones); • autoadministración de los medicamentos para el aborto fuera de un establecimiento sanitario y sin la supervisión directa de un trabajador de la salud capacitado, y gestión del proceso de aborto; • autoevaluación de la efectividad del aborto. <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Había más evidencia para la autogestión del aborto médico (con cualquiera de los tratamientos) para embarazos de menos de 10 semanas de gestación. • Esta recomendación se aplica al tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol y a la utilización de misoprostol solo. En los estudios incluidos que fundamentan estas recomendaciones no se evaluó el tratamiento con letrozol más misoprostol. • Todas las personas que se autogestionen el aborto médico deben tener también acceso a información precisa, a medicamentos de calidad garantizada, incluso para el tratamiento del dolor, al apoyo de personal sanitario capacitado y al acceso a un establecimiento sanitario y a servicios de derivación si lo necesitan o lo desean. <p>Es posible que deban modificarse las restricciones a la prescripción y dispensación de medicamentos para el aborto, o que deban establecerse otros mecanismos para la autogestión dentro del marco regulatorio del sistema de salud.</p>

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
Enfoques de autogestión sobre los anticonceptivos postaborto (véase también el Momento adecuado para el uso de anticonceptivos después del aborto, recomendaciones 41 a 47).	
51 (AUTOGESTIÓN) Anticonceptivos inyectables (inicio y continuación)	<p>Se recomienda la opción de la autoadministración de anticonceptivos inyectables en el periodo posterior al aborto.</p> <p>Observación: La administración de anticonceptivos inyectables requiere el uso de una jeringuilla, cuya aplicación puede ser intramuscular o subcutánea. Se han desarrollado dispositivos compactos precargados y autodesechables para facilitar el proceso de autoadministración.</p>
52 (AUTOGESTIÓN) Píldoras anticonceptivas orales de emergencia de venta libre	<p>Se recomienda que las pastillas anticonceptivas orales de emergencia de venta libre estén disponibles sin prescripción médica para las personas que las utilicen.</p>
53 (AUTOGESTIÓN) Píldoras anticonceptivas de emergencia de venta libre	<p>Se recomienda que las pastillas anticonceptivas de emergencia de venta libre estén disponibles sin prescripción médica para las personas que deseen utilizar anticonceptivos de emergencia.</p>
54 (AUTOGESTIÓN) Uso del preservativo	<p>El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos es muy eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH; para reducir el riesgo de transmisión del VIH tanto de hombres a mujeres como de mujeres a hombres en parejas serodiscordantes; para reducir el riesgo de contraer otras infecciones de transmisión sexual y afecciones asociadas, incluidas las verrugas genitales y el cáncer de cuello uterino; y para prevenir los embarazos no planeados.</p>



**Organización
Mundial de la Salud**

human
reproduction
programme **hrp.**
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

Para más información puede ponerse en contacto con:

Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas

Organización Mundial de la Salud
20, avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

Correo electrónico: srhrp@who.int

Sitio web: www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research

9789240045767



9 789240 045767