Ipas

Actualizaciones clínicas en salud reproductiva 2026



© 2026 Ipas.

Foto de portada de Sophoto Studios para Ipas

Cita sugerida:

Ipas (2026). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. E. Jackson (editora). Ipas.

Ipas trabaja para promover la justicia reproductiva al ampliar el acceso a los servicios de aborto y de anticoncepción, utilizando un enfoque integral que aborda los sistemas sanitarios, legislativos y sociales. Creemos que cada persona debe tener derecho a autonomía corporal y poder determinar su propio futuro. En África, Asia y las Américas, trabajamos con socios para garantizar que los servicios de salud reproductiva, incluidos los servicios de aborto y anticoncepción, estén disponibles y sean accesibles a todas las personas.

Ipas es una organización sin fines de lucro registrada 501(c)(3). Toda donación a Ipas es deducible de impuestos al máximo grado permitido por la ley.

Para obtener más información o para donar a Ipas:

info@ipas.org
www.ipas.org
P.O. Box 9990
Chapel Hill, NC 27515 EE. UU.

Ipas Network
11 Holland Avenue, Suite 300, Ottawa ON K1Y 4S, Canadá

Actualizaciones clínicas en salud reproductiva 2026

Editora médica:
Emily Jackson

Bibliotecaria principal:
Allison Campbell

Equipo de asesoría clínica:

Sangeeta Batra, India

Abiyot Belai, Etiopía

Deeb Shrestha Dangol, Nepal

Ernest Nyamato, Kenia

Guillermo Ortiz, Estados Unidos

Bill Powell, Estados Unidos

Marcela Masabanda, América Latina y México

Mike Mpoyi, República Democrática del Congo

Henry Flores, Bolivia

Edward Ngoga, Kenia

Agradecimientos

Gracias a todas las personas que aportaron a la elaboración de esta edición y versiones anteriores de *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*:

Babatunde Adelekan
Rebecca Allen
Lynn Borgatta
Dalia Brahmi
Anne Burke
Catherine Casino
Talemoh Dah
Gillian Dean
Alison Edelman
Courtney Firestine
Mary Fjerstad
Bela Ganatra
Vinita Goyal
Joan Healy
Emily Jackson
Nathalie Kapp
Bliss Kaneshiro
Ann Leonard
Radha Lewis
Patricia Lohr
Claudia Martinez Lopez
Steve Luboya
Alice Mark (Editora Fundadora)
Lisa Memmel
Karen Padilla
Regina Renner
Cristião Rosas
Laura Schoedler

Los temas tratados en *Actualizaciones clínicas* son determinados por medio de consultas realizadas en capacitaciones y programas apoyados por Ipas en el sector salud, tanto público como privado. Estamos muy agradecidos con los capacitadores clínicos de Ipas, con el personal de los programas de país en África, Asia y Latinoamérica, así como con la Fundación de Desarrollo de India (*India Development Foundation*), por sus conocimientos, experiencia y aportes técnicos.

Lista de abreviaturas

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos)
AINE	antiinflamatorio no esteroideo
AMEU	aspiración manual endouterina
DIU	dispositivo intrauterino
D y E	dilatación y evacuación
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FUM	fecha de la última menstruación
GCH	gonadotropina coriónica humana
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Calificación de la valoración, elaboración y evaluación de recomendaciones)
IC	intervalo de confianza
IM	intramuscular
IV	intravenosa
Kg	kilogramo
Mcg	microgramo
Mg	miligramo
Ml	mililitro
MOOSE	Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (Meta-análisis de Estudios Observacionales en Epidemiología)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Ítems de Informes Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis)
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos)
RR	riesgo relativo
SC	Subcutáneo
UI	unidades internacionales

Índice

Introducción 8

Recomendaciones de Ipas 8

1. Recomendaciones generales para los servicios de aborto 11

1.1 Resumen de los regímenes recomendados para el aborto con medicamentos 11
1.2 Evacuación endouterina: reemplazar el legrado uterino instrumental (LUI) por aspiración o medicamentos 13
1.3 Profilaxis antibiótica para la aspiración por vacío y la dilatación y evacuación 15
1.4 Profilaxis antibiótica para el aborto con medicamentos 19
1.5 Contraindicaciones y precauciones para el aborto con medicamentos 21
1.6 Calidad del misoprostol 25

2. Manejo del dolor 28

2.1 Manejo del dolor durante el aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación 28
2.2 Manejo del dolor durante el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación 32
2.3 Manejo del dolor durante la aspiración por vacío 35
2.4 Manejo del dolor durante la dilatación y evacuación 42
2.5 Bloqueo paracervical 46

3. Recomendaciones para el aborto antes de las 13 semanas de gestación 50

3.1 Adolescentes: Seguridad y eficacia 50
3.2 Determinación de la edad gestacional 55
3.3 Tamizaje del embarazo ectópico 60
3.4 Aspiración por vacío 64
3.4.1. Seguridad y eficacia 64
3.4.2. Preparación cervical 68
3.4.3. Examen bimanual 71
3.4.4. Inspección de los restos ovulares 73
3.4.5. Procesamiento del aspirador ipas ameu plus y los aspiradores ipas de válvula sencilla 75
3.5 Aborto con medicamentos 78
3.5.1. Aautogestión 78
3.5.2. Riesgo de malformaciones fetales 83
3.5.3. Mifepristona y misoprostol: régimen recomendado 85
3.5.4. Misoprostol solo: régimen recomendado 92
3.5.5. Uso domiciliario de los medicamentos hasta las 12 semanas de gestación 98
3.5.6. Confirmación de aborto completo 103
3.5.7. Hallazgos del ultrasonido en la consulta de seguimiento 108

4. Recomendaciones para el aborto a las 13 semanas o más de gestación 111

4.1 ¿Quién tiene abortos a las 13 semanas o más de gestación? 111
4.2 Comparación de métodos 116
4.3 Determinación de la edad gestacional 119
4.4 Inducción de muerte fetal 122
4.5 Seguimiento 126
4.6 Dilatación y evacuación 127
4.6.1. Preparación cervical 127
4.7 Aborto con medicamentos 133
4.7.1. Mifepristona y misoprostol: régimen recomendado 133
4.7.2. Misoprostol solo: régimen recomendado 139
4.7.3. Presencia de cicatriz uterina: régimen recomendado 143

5. Atención postaborto 146

5.1 Tratamiento del aborto incompleto y aborto diferido: Para embarazos con tamaño uterino menor a 13 semanas 146
5.2 Tratamiento del aborto incompleto y muerte fetal intrauterina para embarazos con tamaño uterino de 13 semanas o mayor 151
5.3 Anticoncepción postaborto: cuándo y qué tipo 154
5.4 Uso del DIU postaborto: seguridad y tiempo de colocación 161
5.5 Hemorragia postaborto: prevención y manejo 166
5.6 Manejo de la perforación uterina 170

Anexos 174

A. Tabla de medicamentos para el dolor 174
B. Continuum de profundidad de sedación: definición de anestesia general y de los niveles de sedación/analgesia 179
C. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto 181

Recursos relacionados para profesionales de salud

Por favor visite nuestra colección en línea de recursos, herramientas y material auxiliar para profesionales de salud: www.ipas.org/HealthProviderResources

Introducción

La publicación de Ipas titulada *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* contiene recomendaciones clínicas actualizadas, basadas en evidencia, sobre la atención integral del aborto, así como nuevos temas y recursos agregados con regularidad. *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* ofrece información concisa y fácil de leer sobre los servicios de aborto, y combina las evidencias más recientes con lecciones aprendidas de profesionales de la salud a nivel mundial para producir recomendaciones clínicas pertinentes.

¿Quién debe utilizar este recurso?

Publicada por primera vez en el año 2013, *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* fue diseñada inicialmente como un recurso clínico actualizado y basado en evidencia para el personal de Ipas. A lo largo del tiempo, la publicación también ha sido útil para:

- **profesionales clínicos** que proporcionan servicios de aborto;
- **profesionales clínicos y profesionales de salud pública** que trabajan en protocolos sobre atención a pacientes en los sistemas de salud pública y en el sector privado
- **promotores y formuladores de políticas a favor del aborto seguro** que crean leyes y políticas que protegen el derecho de las mujeres, niñas y personas embarazadas a la salud

¿Qué hay de nuevo en esta revisión?

En esta edición de *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva,* encontrará recomendaciones actualizadas, basadas en evidencia, sobre más de 40 temas relacionados con los servicios de aborto. Durante la actualización de 2026, revisamos la literatura publicada recientemente sobre todos los temas que se presentan en este documento, y actualizamos nuestras recomendaciones, consejos titulados “En la práctica”, resúmenes de evidencia, y herramientas y recursos clínicos para reflejar los datos clínicos más recientes relacionados con la atención integral del aborto.

La versión en línea de Actualizaciones clínicas (www.ipas.org/actualizacionesclinicas) contiene las recomendaciones incluidas en este manual, así como menús desplegables fáciles de utilizar para ayudar a cada lector/a a navegar rápidamente a la información que necesita. Tanto la versión en línea como la versión impresa/PDF también están disponibles en español, francés y portugués.

Por último, reconocemos que las personas que se identifican como transgénero, no binarias, de género fluido, y con otras identidades de género, pueden quedar embarazadas y tener abortos, por lo cual hemos intentado incorporar terminología inclusiva de género en esta modificación de *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. La mayoría de la evidencia disponible sobre los servicios de aborto fue reunida de poblaciones de mujeres cisgénero. Cuando estudios específicos incluidos en *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva* describen a las participantes del estudio como “mujeres”, también utilizamos el término “mujeres” en consonancia con lo informado. En nuestras discusiones del aborto en general, y cuando nos referimos a todas las personas de género diverso que necesitan servicios de aborto, utilizamos los términos “personas”, “personas que buscan un aborto” u otros términos inclusivos de género.

Recomendaciones de Ipas

Ipas procura integrar la mejor evidencia científica en nuestros programas clínicos. Esta sección documenta la metodología que Ipas utiliza para hacer sus recomendaciones clínicas.

Utilizando la evidencia para respaldar las recomendaciones

Las recomendaciones clínicas se basan en evidencia publicada pertinente revisada por pares. Para cada tema clínico tratado en *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*, realizamos búsquedas sistemáticas de la

literatura utilizando la metodología basada en las directrices de Ítems de Informes Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Meta-análisis (o PRISMA, por las siglas en inglés de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) y de Meta-análisis de estudios observacionales en epidemiología (o MOOSE, por las siglas en inglés de *Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology*) (Page et al., 2021; Stroup, Berlin y Morton, 2000).

Proceso para hacer recomendaciones

Ipas aplica el sistema de Calificación de la valoración, elaboración y evaluación de recomendaciones (o GRADE, por las siglas en inglés de *Grading of Recommendations Assessment*, Development and Evaluation) a la formulación de recomendaciones (Schunemann et al., 2013). El sistema GRADE ofrece un marco para evaluar la calidad de la evidencia disponible y traducir esa evidencia a una recomendación adecuada para el contexto. Para cada recomendación en *Actualizaciones clínicas*, se informa tanto la calidad de la evidencia como el grado de la recomendación basado en esa evidencia.

Calidad de la evidencia

Las fuentes de evidencia clínica varían de extensos estudios clínicos bien diseñados con sesgos minimizados, a observaciones clínicas, series de casos o informes no controlados. Cuando no hay evidencia disponible, se puede utilizar la opinión de expertos. En el sistema GRADE, la calidad de la evidencia relacionada con un resultado clínico específico es definida como la medida en que uno puede estar seguro de que una estimación de efecto es correcta, y la medida en que la evidencia disponible se relaciona con el contexto específico en que es aplicada. Al evaluar la calidad de la evidencia, se consideran los siguientes criterios:

- diseño del estudio
- limitaciones del estudio y el riesgo de sesgos
- coherencia de los resultados entre los estudios disponibles
- precisión de los resultados (intervalos de confianza amplios o estrechos)
- aplicabilidad con respecto a poblaciones, intervenciones y entornos donde se podría utilizar la intervención propuesta
- probabilidad de sesgo de publicación

Las determinaciones de la calidad de la evidencia son reportadas de las siguientes maneras (Balshem et al., 2011):

- **Alta:** alta confianza en la coincidencia entre el efecto real y el estimado.
- **Moderada:** Moderada confianza en el efecto estimado. El efecto real probablemente esté cerca del estimado, pero hay posibilidad de que sea considerablemente diferente.
- **Baja:** confianza limitada en el efecto estimado. El efecto real podría ser considerablemente diferente del estimado.
- **Muy baja:** muy poca confianza en el efecto estimado. Es probable que el efecto real sea considerablemente diferente del estimado.

Por ejemplo, los ensayos clínicos aleatorios inicialmente son clasificados de alta calidad, mientras que los estudios observacionales inicialmente son clasificados de baja calidad.

Grado de la recomendación

El grado de la recomendación es definido como el nivel de confianza en que las consecuencias deseables de una recomendación superen las consecuencias indeseables (Andrews et al., 2013). Ejemplos de efectos deseables son: mejores resultados de salud, menor carga para los prestadores de servicios y los sistemas de salud, y ahorro de costes. Ejemplos de efectos indeseables son: daños a pacientes, inconveniencia o molestia, y mayor uso de recursos.

- Las recomendaciones **fuertes** se hacen cuando los efectos deseables de una intervención recomendada claramente superan los efectos indeseables (Schunemann et al., 2013). La mayoría de las personas informadas elegirían la opción recomendada para la intervención (Andrews et al., 2013).
- Las recomendaciones **débiles** se hacen cuando la evidencia indica que los efectos deseables de una intervención recomendada probablemente superan los efectos indeseables, pero hay pequeños beneficios o beneficios que posiblemente no valgan los costes (Schunemann et al., 2013). Aunque la mayoría de las personas informadas elegirían el plan de acción recomendado, un número considerable no lo haría (Andrews et al., 2013).

¿Se puede hacer una recomendación fuerte basada en evidencia de baja calidad?

Respuesta: Sí. Hay muchos factores que influyen en el grado de la recomendación.

Por ejemplo, aunque existe evidencia limitada sobre el examen bimanual antes de la aspiración endouterina, varios factores incrementan el grado de la recomendación de que el examen bimanual debe ser efectuado por el/la profesional de salud que realizará el procedimiento: 1) el posible beneficio para las pacientes, 2) el bajo riesgo de daños asociados con el examen bimanual, y 3) su bajo costo y posibles ahorros cuando se evitan complicaciones. Todos o casi todos los prestadores de servicios y usuarias, al ser informados del equilibrio entre efectos deseables y efectos indeseables, optarían por realizar el examen bimanual antes del procedimiento endouterino.

Manteniendo las Actualizaciones clínicas

Las *Actualizaciones clínicas* son modificadas periódicamente. La fecha de la "revisión más reciente" para cada tema indica que toda la literatura pertinente publicada hasta esa fecha ha sido considerada e incluida cuando corresponde. Nuevos temas y modificaciones propuestas al documento provienen de usuarios finales, Grupo de Asesoría sobre Actualizaciones Clínicas representativo a nivel regional, y observaciones hechas durante el monitoreo rutinario de la calidad de los servicios clínicos en los programas apoyados por Ipas. El Grupo de Asesoría Clínica, representativo de las regiones, revisa todas las actualizaciones propuestas por la editora médica. Es posible que recomendaciones nuevas o modificadas en gran medida pasen por un proceso interno de revisión por pares. Este proceso, que incluye la búsqueda y revisión sistemáticas de la literatura, documentación del conjunto de evidencias, generación y modificación de las recomendaciones, y cambios resultantes a *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*, es documentado y archivado.

Referencias bibliográficas

Andrews, J., Guyatt, G., Oxman, A., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., ..., Schunemann, H. J. (2013). GRADE Guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66, 719-725.

Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., ..., Guyatt, G. H. (2011). GRADE Guidelines: 3. Rating the quality of the evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 401-406.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª ed.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffman, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hrobjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P. y Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71.

Schunemann, H., Brozek, J., Guyatt, G. y Oxman, A. (2013). GRADE Handbook. Fuente: https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.ged5uqebmir9. Consultado el 15 de abril de 2023.

Stroup, D. F., Berlin, J. A., Morton, S. C., Olkin, I., Williamson, G. D., Rennie, D. ... for the Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) Group. (2000). Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology: A proposal for reporting. *JAMA*, 283(15), DOI:10.1001/jama.283.15.2008.

1.1 Resumen de los regímenes recomendados para el aborto con medicamentos

Aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol combinados

Antes de 13 semanas de gestación:

- 200 mg de mifepristona por vía oral
- 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal, entre 1 y 2 días después de la mifepristona. Se puede repetir la dosis de misoprostol para lograr aborto completo.
- A partir de 9 semanas de gestación, el uso rutinario de por lo menos dos dosis de misoprostol, administrado a intervalos de 3 a 4 horas, mejora las tasas de aborto completo.

A las 13 semanas o más de gestación (de 13 a 24 semanas):

- 200 mg de mifepristona por vía oral
- 400 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal entre 1 y 2 días después de la mifepristona, y luego cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta
- El intervalo medio para que finalice el aborto es de 6 a 10 horas después de iniciar el misoprostol, aunque algunas personas necesitan más tiempo para lograr aborto completo.

Aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo

Antes de 13 semanas de gestación:

- 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión
- A las personas que tendrán un aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo fuera de un establecimiento de salud se les debe proporcionar de 3 a 4 dosis de misoprostol según la situación.

A las 13 semanas o más de gestación (de 13 a 24 semanas):

- 400 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta. La administración de dosis por vía vaginal es más eficaz que por otras vías.
- El tiempo promedio para que finalice el aborto es de 10 a 15 horas después de iniciar el misoprostol, aunque algunas personas necesitan más tiempo para lograr aborto completo.

Tratamiento con medicamentos del aborto incompleto, aborto diferido o muerte fetal intrauterina (atención postaborto)

Tamaño uterino menor de 13 semanas:

- Aborto incompleto:
  - Una dosis única de 600 mcg de misoprostol por vía oral o una dosis única de 400 mcg por vía bucal, sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal
- Aborto diferido:
  - 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada tres horas hasta la expulsión (por lo general, de 1 a 3 dosis)
  - Cuando se disponga de mifepristona, agregar pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol

Tamaño uterino de 13 semanas o mayor:

- Aborto incompleto:
  - Misoprostol en una dosis de 400 mcg por vía bucal, sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada tres horas hasta la expulsión
- **Muerte fetal intrauterina (hasta 24 semanas):**
  - 400 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada 4 a 6 horas hasta la expulsión.
  - Cuando se disponga de mifepristona, agregar pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para el aborto con medicamentos (tarjeta de dosis)

Ruedas para determinar la edad gestacional para el uso de mifepristona/misoprostol

Rueda para determinar la edad gestacional para el uso de misoprostol solo

1.2 Evacuación endouterina: reemplazar el legrado uterino instrumental (LUI) por aspiración o medicamentos

Recomendación:

- La aspiración por vacío o el aborto con medicamentos deben reemplazar el legrado uterino instrumental (LUI), o simplemente legrado, para el tratamiento del aborto y la atención postaborto.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Moderada	29 de septiembre de 2025

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) no recomiendan el uso del legrado uterino instrumental (LUI) ni 'verificaciones' con una cureta afilada para finalizar el aborto, y afirman que la aspiración por vacío o los regímenes de aborto con medicamentos deben reemplazar el legrado uterino instrumental por la evacuación endouterina (FIGO, 2011; OMS, 2024). En lugares donde no existen servicios de evacuación endouterina, se debe introducir servicios de aspiración por vacío y aborto con medicamentos.

Varias revisiones sistemáticas han mostrado que la aspiración por vacío es tan eficaz como el legrado uterino instrumental para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto diferido en las etapas iniciales del embarazo, a la vez que reduce la duración del procedimiento, la pérdida de sangre relacionada con el procedimiento y el dolor (Ghosh et al., 2021; Tuncalp, Gulmezoglu y Souza, 2010), y es factible introducirla en ámbitos que utilizan LUI (Kakinuma et al., 2020). En una serie de casos retrospectivos de 80,437 mujeres que buscaban un aborto inducido, la aspiración por vacío se asoció con menos de la mitad de la tasa de complicaciones graves y leves, cuando se compara con el LUI (Grimes, Schulz, Cates Jr. y Tyler Jr., 1976). En otra serie más reciente, que incluyó más de 100,000 procedimientos de aborto, se encontró que el LUI efectuado solo o en combinación con la aspiración por vacío tenía una probabilidad significativamente mayor de estar asociado con complicaciones, en particular aborto incompleto, que la aspiración por vacío sin legrado (Sekiguchi et al., 2015).

Múltiples estudios sobre aborto inducido y atención postaborto han mostrado que, dado que la aspiración por vacío puede ser efectuada como un tratamiento ambulatorio por muchos tipos de trabajadores de salud sin necesidad de anestesia general, los costos para el sistema de salud y las personas son significativamente menores que los del legrado uterino instrumental (Benson, Okoh, KrennHrubec, Lazzarino y Johnston, 2012; Choobun, Khanuengkitkong y Pinjaroen, 2012; Farooq, Javed, Mumtaz y Naveed, 2011; Johnston, Akhter y Oliveras, 2012).

Un meta-análisis en red realizado en 2021 comparó los métodos de evacuación endouterina quirúrgica, incluido el LUI, con el manejo con medicamentos de la pérdida del embarazo temprana, y encontró similares tasas de eficacia para la aspiración por vacío, el LUI y el manejo con medicamentos (Ghosh et al., 2021). La seguridad y tolerabilidad de los regímenes con medicamentos para la evacuación endouterina están bien documentadas (Kulier et al., 2011; Neilson, Gyte, Hickey, Vazquez y Dou, 2013).

El uso del LUI para manejar el aborto incompleto o el aborto diferido puede estar asociado con el síndrome de Asherman (adhesiones intrauterinas). Una revisión retrospectiva de los resultados de pacientes en un centro de atención de tercer nivel informó sobre 884 mujeres a quienes se les practicó LUI o aspiración por vacío, o se les administró misoprostol por embarazo temprano fallido (Gilman Barber, Rhone y Fluker, 2014). En el seguimiento de estas mujeres, se encontró que el 1.2% de las mujeres que habían sido tratadas con LUI tenían síndrome de Asherman (6 de 483 mujeres), mientras que no se encontró ningún caso del síndrome en mujeres tratadas con aspiración por vacío o con misoprostol.

Referencias bibliográficas

Benson, J., Okoh, M., KrennHrubec, K., Lazzarino, M. A., & Johnston, H. B. (2012). Public hospital costs of treatment of abortion complications in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*(2), 60012-60015.

Choobun, T., Khanuengkitkong, S., & Pinjaroen, S. (2012). A comparative study of cost of care and duration of management for first-trimester abortion with manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 286*(5), 1161-1164.

Farooq, F., Javed, L., Mumtaz, A., & Naveed, N. (2011). Comparison of manual vacuum aspiration, and dilatation and curettage in the treatment of early pregnancy failure. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad, 23*(3), 28-31.

FIGO. (2011). Consensus statement on uterine evacuation. Retrieved from https://www.figo.org/news/new-download-uterine-evacuation-figo-consensus-statement-0014150

Ghosh, J., Papadopoulou, A., Devall, A.J., Jeffery, H.C., Beeson, L.E., ... & Gallos, I.D. (2021). Methods for managing miscarriage: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*(6):CD012602

Gilman Barber, A. R., Rhone, S. A., & Fluker, M. R. (2014). Curettage and Asherman's syndrome-lessons to (re-) learn? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 36(*11), 997-1001.

Grimes, D. A., Schulz, K. F., Cates Jr, W., & Tyler, C. W., Jr. (1976). *The Joint Program for the Study of Abortion/CDC: A Preliminary Report*. Paper presented at the Abortion in the Seventies: Proceeding of the Western Regional Conference on Abortion, Denver, Colorado.

Johnston, H. B., Akhter, S., & Oliveras, E. (2012). Quality and efficiency of care for complications of unsafe abortion: A case study from Bangladesh. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*(2), 60013-60017.

Kakinuma, T., Kakinuma, K., Sakamoto, Y., Kawarai, Y., Saito, K., Ihara, M., Matsuda, Y., Sato, I., Ohwada, M., Yanagida, K., & Tanaka, H. (2020). Safety and efficacy of manual vacuum suction compared with conventional dilatation and sharp curettage and electric vacuum aspiration in surgical treatment of miscarriage: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth, 16;20(1), 695.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 9*(11).

Neilson, J. P., Gyte, G. M., Hickey, M., Vazquez, J. C., & Dou, L. (2013). Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 28*(3).

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.*

Sekiguchi, A., Ikeda, T., Okamura, K., & Nakai, A. (2015). Safety of induced abortions at less than 12 weeks of pregnancy in Japan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 129*(1), 54-57.

Tuncalp, O., Gulmezoglu, A. M., & Souza, J. P. (2010). Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systemtatic Reviews, 8*(9).

Todas las *Actualizaciones clínicas* y herramientas y recursos relacionados están disponibles en línea en www.ipas.org/actualizacionesclinicas.

1.3 Profilaxis antibiótica para la aspiración por vacío y la dilatación y evacuación

Recomendación:

- Administrar profilaxis antibiótica antes de la aspiración por vacío y la dilatación y evacuación (D y E).
- En lugares donde no se dispone de antibióticos, aun así se debe ofrecer procedimientos de evacuación endouterina.
- Administrar las dosis de antibióticos indicadas para el tratamiento a las personas que presentan signos o síntomas de infección de transmisión sexual; las parejas de personas con infección de transmisión sexual también necesitan tratamiento. El tratamiento no debe retrasar la evacuación endouterina.

En la práctica:

- Cuando la profilaxis antibiótica es necesaria, se utiliza comúnmente una dosis única de doxiciclina (un antibiótico de tetraciclina) o metronidazol (un antibiótico de nitroimidazol) por su eficacia, facilidad de administración oral, bajo costo y bajo riesgo de reacción alérgica

Grado de la recomendación:
Fuerte

Calidad de la evidencia:
- Aspiración por vacío: alta
- D y E: muy baja
- Aborto incompleto o aborto diferido: moderada

Fecha de la revisión más reciente:
30 de septiembre de 2025

Riesgo de infección

Cuando se utilizan medidas objetivas para diagnosticar la infección postaborto después del procedimiento de aspiración por vacío efectuado antes de las 13 semanas de gestación, la tasa de infección varía del 0.01% al 2.44% (Achilles y Reeves, 2011). En estudios realizados en Estados Unidos antes del uso rutinario de la profilaxis antibiótica, las tasas de infección reportadas después de la D y E variaron del 0.8% al 1.6% (Achilles y Reeves, 2011).

Evidencia a favor de la profilaxis antibiótica

Un meta-análisis de Cochrane de 19 ensayos clínicos controlados aleatorizados demostró que la administración de profilaxis antibiótica antes de la aspiración por vacío para inducir el aborto antes de las 13 semanas de gestación disminuye considerablemente el riesgo de infección (Low et al., 2012). Existe evidencia limitada para respaldar el uso de la profilaxis antibiótica antes de la D y E; sin embargo, debido al beneficio comprobado de la profilaxis antibiótica antes de la aspiración por vacío, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), la Sociedad de Planificación Familiar (Cheng et al., 2025), el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

(ACOG, 2018 reafirmado 2022) y el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG, 2022) recomiendan el uso profiláctico de antibióticos en todas las personas a quienes se les va a practicar la aspiración por vacío o la D y E.Un meta-análisis de Cochrane de seis ensayos clínicos controlados aleatorizados encontró que la profilaxis antibiótica administrada antes de la evacuación endouterina para el aborto incompleto o diferido (atención postaborto) hasta las 22 semanas de gestación disminuyó considerablemente el riesgo de infección uterina cuando el análisis se limitó a estudios de alta calidad (Ahmed et al., 2025). El más extenso de los estudios incluidos, un ensayo clínico aleatorio multinacional, que examinó la profilaxis antibiótica recomendada actualmente, administrada como parte de la atención postaborto hasta las 22 semanas de gestación, encontró que un menor número de mujeres en el grupo de profilaxis antibiótica presentaron infección postaborto comparadas con aquéllas en el grupo placebo cuando se utilizaron estrictos criterios internacionales para el diagnóstico de infección pélvica (Lissauer et al., 2019; Serwadda, 2019). Un análisis secundario de este estudio encontró que la profilaxis antibiótica es costo-eficaz, y calculó que con el uso rutinario de profilaxis se podría economizar $8.5 millones de dólares en las dos regiones de África subsahariana y Asia meridional (Goranitis et al., 2019).

La administración de profilaxis antibiótica es más eficaz y menos costosa que realizar el tamizaje de todas las personas que se presentan en busca de servicios de aborto y tratar solo a aquéllas con evidencia de infección (Levallois y Rioux, 1988; Low et al., 2012). El hecho de no poder administrar antibióticos no debería limitar el acceso a los servicios de aborto (OMS, 2024), ya que el riesgo general de infección durante los procedimientos de aborto es muy bajo.

Régimen

Múltiples regímenes de antibióticos son eficaces para la profilaxis antes del aborto (Cheng et al., 2025; Low et al., 2012). Las tetraciclinas (doxiciclina) y nitroimidazoles (metronidazol y tinidazol) se utilizan comúnmente debido a su eficacia, facilidad de administración por vía oral, bajo costo y bajo riesgo de reacciones alérgicas; también se ha mostrado que las penicilinas son eficaces, pero tienen mayor riesgo de alergia (Achilles y Reeves, 2011; O'Connell et al., 2008; OMS, 2024). Aunque los estudios sobre el aborto son limitados (Caruso et al., 2008), la evidencia de la literatura obstétrica (Costantine et al., 2008), ginecológica (Mittendorf et al., 1993) y quirúrgica general (Classen et al., 1992) apoya la práctica de administrar antibióticos antes del procedimiento para disminuir el riesgo de infección. No es necesario continuar los regímenes de antibióticos después del procedimiento de aborto (Cheng et al., 2025; Caruso, et al., 2008; Levallois y Rioux, 1988; Lichtenberg y Shott, 2003).

En la siguiente tabla se indican algunos regímenes recomendados por organizaciones de profesionales, los cuales se basan en evidencia clínica y en la opinión de expertos.

Regímenes comunes	Recomendado por
200 mg de doxiciclina por vía oral antes del procedimiento o 500 mg de azitromicina por vía oral antes del procedimiento o 500 mg de metronidazol por vía oral antes del procedimiento	Sociedad de Planificación Familiar (Cheng et al., 2025)
200 mg de doxiciclina por vía oral dentro de 1 hora antes del procedimiento	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2018 reafirmado 2022)

Antibióticos con dilatadores osmóticos

Aunque no se ha estudiado bien, la preparación cervical con dilatadores osmóticos no parece aumentar el riesgo de infección (Fox y Krajewski, 2014; Jonasson et al., 1989). Algunos prestadores de servicios inician la administración de antibióticos en el momento de colocar el dilatador osmótico, pero ningún estudio ha evaluado el beneficio de esta práctica (White et al., 2018). La profilaxis antibiótica con la colocación de dilatadores no debe reemplazar la profilaxis antibiótica en el momento del procedimiento de evacuación endouterina (Cheng et al., 2025).

Antibióticos terapéuticos

Si es posible, las personas con alto riesgo deben someterse al tamizaje de infecciones de transmisión sexual (ITS) además de recibir antibióticos profilácticos. Las personas que presentan signos y síntomas de infección de transmisión sexual cuando solicitan servicios de aborto deben recibir estos servicios sin demora y el tratamiento antibiótico correspondiente de acuerdo a los regímenes basados en evidencia (Cheng et al., 2025; OMS, 2024; OMS, 2021). Las parejas de personas con infección de transmisión sexual también necesitan tratamiento (OMS, 2025; OMS, 2021).

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Recomendaciones para el uso de profilaxis antibiótica en servicios de aborto seguro (tarjeta)

Referencias bibliográficas

Achilles, S. L., & Reeves, M. F. (2011). Society of Family Achilles, S. L. y Reeves, M. F. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 20102: Prevention of infection after induced abortion. *Contraception, 83*(4), 295-309.

Ahmed, S. I., Ammerdorffer, A., Moakes, C. A., Cheshire, J., Gülmezoglu, A. M., Coomarasamy, A., Lissauer, D., y Wilson, A. (2025). Prophylactic antibiotics for uterine evacuation procedures to manage miscarriage. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*(4), CD014844.

American College of Obstetrics and Gynecology. (2018, reafirmado 2022). Practice Bulletin No. 195: Prevention of infection after gynaecologic procedures. *Obstetrics & Gynecology, 131*(6), e172-e189.

Caruso, S., Di Mari, L., Cacciatore, A., Mammana, G., Agnello, C. y Cianci, A. (2008). Antibiotic prophylaxis with prulifloxacin in women undergoing induced abortion: A randomized controlled trial. *Minerva Ginecologica, 60*(1), 1-5.

Cheng, T., Kumar, N., Laursen, L., Achilles, S. L., y Reeves, M. F. (2025). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Prevention of infection after abortion and pregnancy loss. *Contraception, 148*.

Classen, D. C., Evans, R. S., Pestotnik, S. L., Horn, S. D., Menlove, R. L. y Burke, J. P. (1992). The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. *The New England Journal of Medicine, 326*(5), 281-286.

Costantine, M. M., Rahman, M., Ghulmiyah, L., Byers, B. D., Longo, M., Wen, T. y Saade, G. R. (2008). Timing of perioperative antibiotics for cesarean delivery: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 199*(3), 301-306.

Fox, M. C. y Krajewski, C. M. (2014). Society of Family Planning Clinical Guideline 20134: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception, 89*(2), 75-82.

Goranitis, I., Lissauer, D. M., Coomarasamy, A., Wilson, A., Daniels, J., Middleton, L., ... y Roberts, T. E. (2019). Antibiotic prophylaxis in the surgical management of miscarriage in low-income countries: a cost-effectiveness analysis of the AIMS trial. *The Lancet Global Health, 7*(9), e1280-e1286.

Jonasson, A., Larsson, B., Bygdeman, S. y Forsum, U. (1989). The influence of cervical dilatation by laminaria tent and with Hegar dilators on the intrauterine microflora and the rate of postabortal pelvic inflammatory disease. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica, 68*(5), 405-410.

Referencias bibliográficas continuado

Levallois, P. y Rioux, J. E. (1988). Prophylactic antibiotics for suction curettage abortion: Results of a clinical controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 158*(1), 100-105.

Lichtenberg, E. S. y Shott, S. (2003). A randomized clinical trial of prophylaxis for vacuum abortion: 3 versus 7 days of doxycycline. *Obstetrics & Gynecology, 101*(4), 726-731.

Lissauer, D., Wilson, A., Hewitt, C.A., Middleton, L., Bishop, J.R.B., Daniels, J., ... y Coomarasamy, A. (2019). A randomized trial of prophylactic antibiotics for miscarriage surgery. *The New England Journal of Medicine, 380*(11), 1012-1021.

Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H. y Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD005217.

Mittendorf, R., Aronson, M. P., Berry, R. E., Williams, M. A., Kupelnick, B., Klickstein, A. y Chalmers, T. C. (1993). *Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: A meta-analysis of antibiotic prophylaxis. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 169*(5), 1119-1124.

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Guidelines for the management of asymptomatic sexually transmitted infections*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª* edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica*. Ginebra: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Serwadda, D. M. (2019). To give or not to give prophylactic antibiotics for miscarriage surgery? *The New England Journal of Medicine, 380*(11), 1075-1076.

White, K. O., Jones, H. E., Shorter, J., Norman, W. V., Guilbert, E., Lichtenberg, E. S. y Paul, M. (2018). Second-trimester surgical abortion practices in the United States. *Contraception, 98*, 95-99.

1.4 Profilaxis antibiótica para el aborto con medicamentos

Recomendación:

- No se recomienda el uso de antibióticos de rutina para el aborto con medicamentos.
- Administrar las dosis de antibióticos indicadas para el tratamiento a las personas que presentan signos o síntomas de infección de transmisión sexual. Las parejas de personas con infección de transmisión sexual también necesitan tratamiento. El tratamiento no debe retrasar el aborto con medicamentos.

Grado de la recomendación:
Fuerte

Calidad de la evidencia:
Muy baja

Fecha de la revisión más reciente:
30 de septiembre de 2025

Riesgo de infección

El riesgo general de infección encontrado en estudios prospectivos de aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol o con misoprostol solo antes de las 13 semanas de gestación es de aproximadamente 0.01% al 0.5% (Cheng et al., 2025; Chen y Creinin, 2015; Upadhyay et. al, 2015). Los estudios retrospectivos indican tasas similares de infección después de la autogestión del aborto con medicamentos (Cheng et al., 2025). Las infecciones graves que requieren hospitalización no son muy comunes; las tasas en extensos estudios retrospectivos realizados en Estados Unidos varían del 0.03% al 0.09% (Fjerstad et al., 2009; Henderson et al., 2005).

Las tasas de infección para el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación son más difíciles de determinar ya que la fiebre es un efecto secundario común de dosis repetidas de prostaglandina. Los datos disponibles informan tasas de infección del 1% al 3% después del aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación (Achilles y Reeves, 2011).

Mortalidad por infección

En Norteamérica ocurrieron nueve casos de sepsis mortal por Clostridium después de un aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol antes de las 13 semanas de gestación (Cohen et al., 2007; Fischer et al., 2005; Meites, Zane y Gould, 2010; Sinave et al., 2002). En Australia se registró una muerte por estreptococo grupo A y en Portugal se registró una muerte por Clostridium sordelli (Reis et al., 2011) en mujeres que usaron mifepristona y misoprostol. Aunque las muertes son preocupantes, la tasa general de mortalidad por infección relacionada con el aborto con medicamentos continúa siendo muy baja: 0.58% por cada 100,000 abortos con medicamentos (Meites et al., 2010).

Profilaxis antibiótica

No existen ensayos controlados aleatorios que examinen el efecto de la profilaxis antibiótica en abortos con medicamentos (Cheng et al., 2025; Low et al., 2012). Dado el gran número de mujeres que tendrían que tomar antibióticos para evitar una infección, junto con el costo y los efectos secundarios de los antibióticos, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2020), la Sociedad de Planificación Familiar (Cheng et al., 2025), el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (2022) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) no recomiendan el uso rutinario de antibióticos antes del aborto con medicamentos.

Antibióticos terapéuticos

Si es posible, las personas con alto riesgo deben someterse al tamizaje de infecciones de transmisión sexual. A las personas que presentan signos y síntomas de infección de transmisión sexual se les debe proporcionar servicios de aborto sin demora y el tratamiento de antibióticos correspondiente de conformidad con los regímenes basados en evidencia (Cheng et al., 2025; OMS, 2024; OMS, 2021). Las parejas de personas con infección de transmisión sexual también necesitan tratamiento (OMS, 2025; OMS, 2021).

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Recomendaciones para el uso de profilaxis antibiótica en servicios de aborto seguro (tarjeta)

Referencias bibliográficas

Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 20102: Prevention of infection after induced abortion. *Contraception, 83*(4), 295-309.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Practice Bulletin No. 225: Avortement médicamenteux jusqu'à 70 jours de gestation. *Obstetrics & Gynecology, 136*: e31-47.

Chen, M. J. et Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 12-21.

Cheng, T., Kumar, N., Laursen, L., Achilles, S. L., et Reeves, M. F. (2025). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Prevention of infection after abortion and pregnancy loss. *Contraception, 148*.

Cohen, A. L., Bhatnagar, J., Reagan, S., Zane, S. B., D'Angeli, M. A., Fischer, M., McDonald, L. C. (2007). Toxic shock associated with Clostridium sordellii and Clostridium perfringens after medical and spontaneous abortion. *Obstetrics & Gynecology, 110*(5), 1027-1033.

Fischer, M., Bhatnagar, J., Guarner, J., Reagan, S., Hacker, J. K., Van Meter, S. H. et Zaki, S. R. (2005). Fatal toxic shock syndrome associated with Clostridium sordellii after medical abortion. *New England Journal of Medicine, 353*(22), 2352-2360.

Fjerstad M., Trussell J., Sivin I., Lichtenberg E.S. et Cullins V. (2009). Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine, 361*(2), 145-151.

Henderson, J. T., Hwang, A. C., Harper, C. C. et Stewart, F. H. (2005). Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception, 72*(3), 175-178.

Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H. et Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD005217.

Meites, E., Zane, S. et Gould, C. (2010). Fatal *Clostridium sordellii* infections after medical abortions. *New England Journal of Medicine, 363*(14), 1382-1383.

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Guidelines for the management of asymptomatic sexually transmitted infections*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Reis, T., Chaves, C., Soares, A., Moreira, M., Boaventura, L. et Ribiero, G. (2011). A Clostridium sordellii fatal toxic shock syndrome post-medical-abortion in Portugal. Publication présentée lors du 21e *European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* (ECCMID).

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in abortion care*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.

Sinave, C., Le Templier, G., Blouin, D., Leveille, F. et Deland, E. (2002). Toxic shock syndrome due to Clostridium sordellii: A dramatic postpartum and postabortion disease. *Clinical Infectious Diseases, 35*(11), 1441-1443.

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P. et Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*(1), 175-183.

1.5 Contraindicaciones y precauciones para el aborto con medicamentos

Recomendación:

	Régimen de mifepristona y misoprostol	Régimen de misoprostol solo
Contraindicaciones	• Antecedentes de reacción alérgica a mifepristona o misoprostol • Sospecha o confirmación de embarazo ectópico • Porfiria hereditaria • Insuficiencia suprarrenal crónica	• Antecedentes de reacción alérgica a misoprostol • Sospecha o confirmación de embarazo ectópico
Precauciones	• Dispositivo intrauterino (DIU) colocado • Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros • Asma grave no controlada o terapia corticosteroidea a largo plazo	• DIU colocado • Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros

Grado de la recomendación:

Débil

Calidad de la evidencia:

Clasificada para cada contraindicación o precaución específica a continuación

Fecha de la revisión más reciente:

30 de septiembre de 2025

Definiciones

Contraindicaciones: Si la persona presenta alguna de estas afecciones específicas, no se le debe ofrecer el método de aborto con medicamentos inducido con el régimen especificado. Se le debe ofrecer aspiración endouterina, dilatación y evacuación o tratamiento de embarazo ectópico, según corresponda.

Precauciones: Si la persona presenta alguna de estas afecciones específicas, el método de aborto con medicamentos inducido con el régimen especificado tiene mayores riesgos que los comúnes. Se debe considerar los riesgos, beneficios y alternativas al aborto con medicamentos. La prestación de servicios de aborto con medicamentos a personas con estas afecciones posiblemente requiera un mayor grado de criterio clínico, habilidad o destreza y capacidad de monitoreo. Puede que sea necesario referir a la mujer a un establecimiento de salud de nivel superior, u ofrecerle otro tratamiento.

Contraindicaciones

Antecedentes de reacción alérgica a uno de los medicamentos usados: Se informaron reacciones alérgicas después del uso de mifepristona y misoprostol (Bene et al., 2014; Cruz et al., 2009; Das et al., 2022; Hauseknecht, 2003; Tupek et al., 2022; Sahraei, Mirabzadeh y Eshraghi, 2016; Schoen et al., 2014; Zhang et al., 2019). *Calidad de la evidencia: alta*

Embarazo ectópico confirmado o sospechado: No es posible tratar el embarazo ectópico con mifepristona y misoprostol; el uso de estos medicamentos podría retrasar el diagnóstico y tratamiento de este problema con riesgo de muerte. *Calidad de la evidencia: alta*

Porfiria hereditaria: La porfiria es un trastorno metabólico raro en el cual mutaciones genéticas cambian la capacidad del cuerpo para generar grupo hemo. En teoría, la mifepristona podría exacerbar la porfiria (Ventura, Cappellini y Rochi, 2009). *Calidad de la evidencia: muy baja. No existe ningún estudio en seres humanos, pero los animales estudiados presentan el efecto de la mifepristona* (Cable et al., 1994).

Insuficiencia suprarrenal crónica: La mifepristona es antagonista del receptor de glucocorticoides (Spitz y Bardin, 1993). La mifepristona bloquea los mecanismos de retroalimentación negativa que controlan la secreción de cortisol. En personas con insuficiencia suprarrenal bajo terapia corticosteroidea a largo plazo, la exposición a la mifepristona podría exacerbar la afección subyacente (Sitruk-Ware y Spitz, 2003). *Calidad de la evidencia: Muy baja. No hay datos sobre el uso de mifepristona en personas embarazadas con insuficiencia suprarrenal, pero sí existen datos experimentales en animales para apoyar la recomendación.*

Precauciones

DIU colocado: Una persona embarazada que tiene un DIU colocado corre un riesgo significativamente mayor de presentar un embarazo ectópico (Barnhart, 2009) y debe ser evaluada para determinar la presencia de embarazo ectópico. Si el embarazo es intrauterino, se debe extraer el DIU antes de iniciar el proceso de aborto con medicamentos debido al riesgo teórico de perforación uterina causada por las contracciones durante el aborto con medicamentos y al posible riesgo de infección (Danco, 2016; Davey, 2006). *Calidad de la evidencia: Muy baja. No hay estudios que verifiquen si tener un DIU colocado presenta riesgos durante el aborto con medicamentos.*

Graves problemas médicos: Los estudios de aborto con medicamentos generalmente excluyen a las personas con anemia grave o con graves problemas médicos (Christin-Maitre, Bouchard y Spitz, 2000; Sitruk-Ware y Spitz, 2003). Los estudios disponibles calculan una disminución de hemoglobina de 0.1 a 0.7 g/dL durante el aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación (Rose, Putnam y Espey, 2025). Un informe de caso (Hou, 2016) documenta un aborto completo inducido con medicamentos en una paciente con hemofilia leve; esta paciente recibió medicamentos adicionales especializados para minimizar el riesgo de sangrado. Tres informes de casos documentan el vasoespasmo de la arteria coronaria inducido por misoprostol, el cual en un caso requirió colocación de stent en la arteria coronaria (Illa et al., 2010; Mazhar, Sultana y Akram, 2018; Munoz-Franco et al., 2019). Un informe de caso documenta la disección espontánea de arterias coronarias que pudo haber estado asociada con el uso de misoprostol (Motaweih et al., 2025). La decisión de ofrecer servicios de aborto con medicamentos

a personas con estas afecciones depende del criterio clínico, de la capacidad de monitoreo y de las opciones disponibles para realizar un aborto seguro. *Calidad de la evidencia: Muy baja.*

Asma grave no controlada o terapia corticosteroidea a largo plazo: La mifepristona es antagonista del receptor de glucocorticoides (Spitz y Bardin, 1993). La mifepristona bloquea los mecanismos de retroalimentación negativa que controlan la secreción de cortisol. En personas bajo terapia corticosteroidea de largo plazo por asma grave o no controlada, la exposición a la mifepristona podría exacerbar la afección subyacente (Sitruk-Ware y Spitz, 2003). No se han realizado estudios directos del aborto con medicamentos entre personas bajo tratamiento corticosteroideo, pero una revisión indica que aumentar la dosis de los medicamentos esteroideos puede contrarrestar el efecto antagonista de la mifepristona sobre el cortisol (Davey, 2006).

Aún no se ha estudiado el aborto con medicamentos en personas asmáticas que requieren corticosteroides sistémicos, ya que al administrar mifepristona se corre el riesgo de exacerbar el asma. Un análisis indica que se debe tener mucha precaución al administrar mifepristona a esas personas y que ésta se debe administrar solo si el asma está bien controlada (Davey, 2006). Sería necesario aumentar la dosis de glucocorticoides durante varios días antes y después de administrar la mifepristona. Otros expertos recomiendan que las personas con asma grave mal controlada que usan corticosteroides a largo plazo no deben tomar mifepristona dado que exacerbar el asma aguda podría conllevar riesgo de muerte (Christin-Maitre et al., 2000; Creinin y Gemzell Danielsson, 2009; Sitruk-Ware, 2006).

Los corticosteroides inhalados para el asma no son absorbidos de manera sistémica y no son una contraindicación al uso de mifepristona. Algunos expertos recomiendan ofrecer mifepristona y misoprostol a las personas con asma siempre y cuando no estén recibiendo esteroides sistémicos a largo plazo (Creinin y Gemzell Danielsson, 2009). *Calidad de la evidencia: Muy baja*

Referencias bibliográficas

Barnhart, K. T. (2009). Clinical practice. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine, 361*(4), 379-387.

Bene, J., Alarcon, P., Faucon, M., Auffret, M., Delfosse, F., Becker, T., ... Gautier, S. (2014). Anaphylactic shock after misoprostol in voluntary termination pregnancy-a case report. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, 182*, 260-261.

Cable, E. E., Pepe, J. A., Donohue, S. E., Lambrecht, R. W. y Bonkovsky, H. L. (1994). Effects of mifepristone (RU-486) on heme metabolism and cytochromes P-450 in cultured chick embryo liver cells, possible implications for acute porphyria. *European Journal of Biochemistry, 225*(2), 651-657.

Christin-Maitre, S., Bouchard, P. y Spitz, I. M. (2000). Medical termination of pregnancy. *New England Journal of Medicine, 342*(13), 946-956.

Creinin, M. y Gemzell Danielsson K. (2009). Medical abortion in early pregnancy. En M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield y M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy.* West Sussex, Reino Unido: Wiley-Blackwell.

Cruz, M. J., Duarte, A. F., Baudrier, T., Cunha, A. P., Barreto, F. et Azevedo, F. (2009). Lichenoid drug eruption induced by misoprostol. Contact Dermatitis, 61, 240-242.

Danco Laboratories, LLC. (2016). Mifeprex® Prescribing Information. Fuente: www.earlyoptionpill.com

Das, R., Panda, S., Sharma, N. y Deb, P. (2022). A rare case of misoprostol hypersensitivity. J*ournal of Family Medicine and Primary Care, 11*(5):2226-7.

Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: Contraindications for use, reasons, and rationale. *Contraception, 74*(1), 16-20.

Hausknecht, R. (2003). Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception, 67*(6), 463-465.

Hou, M. Y. (2016). Uncomplicated abortion with mifepristone and misoprostol in hemophilia A carrier. *Contraception, 94*(2), 187-189.

Illa, M., Bennasar, M., Berge, R., Font, C.et Palacio, M. (2010). Acute coronary artery vasospasm associated with misoprostol for termination of pregnancy. *Fetal Diagnosis and Therapy, 27*, 174-177.

Referencias bibliográficas continuado

Mazhar, F., Sultana, J. y Akram, S. (2018). Misoprostol-induced acute coronary syndrome in a premenopausal woman: A case report with literature review. *Current Drug Safety, 13*(1), epub ahead of print.

Motaweih, M. A., Baraskar, B., Shin, Y. B. y Iantorno, M. (2025). A Rare Cause of an Acute Myocardial Infarction in a Young Pregnant Woman After Misoprostol-Induced Abortion. *Cureus, 17*(8), e90655.

Munoz-Franco, F. M., Lacunza-Ruiz, F. J., Vazquez-Andres, D. J. y Rodriguez-Hernandez, J. R. (2019). Coronary artery vasospasm after misoprostol treatment for incomplete abortion: A case report. *Contraception, 100*(6), 498-501.Rose, L., Putnam, S. y Espey, E. (2025). First-trimester medication abortion: anemia and blood loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 37*(6), 387-396.

Sahraei, Z., Mirabzadeh, M. y Eshraghi, A. (2016). Erythema multiforme associated with misoprostol: *A case report. American Journal of Therapeutics, 23*(5), e1230-1233.

Schoen, C., Campbell, C., Maratas, A. y Cheung, K. (2014). Anaphylaxis to buccal misoprostol for labor induction. *Obstetrics & Gynecology, 124*(2, Parte 2, Supplemento 1), 466-468.

Sitruk-Ware, R. (2006). Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception, 74*(1), 48-55.

Sitruk-Ware, R. y Spitz, I. M. (2003). Pharmacological properties of mifepristone: Toxicology and safety in animal and human studies. *Contraception, 68*(6), 409-20.

Spitz, I. M. y Bardin, C. W. (1993). Mifepristone (RU-486)—A modulator of progestin and glucocorticoid action. *New England Journal of Medicine, 329*(6), 404-12.

Tupek, T., Gregoric, A., Pavokovic, D., Cerovac, A. y Habek , D. (2022). Severe, protracted anaphylaxis with hypovolemic shock after sublingual misoprostol administration. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 42*(1):169-170.

Ventura, P., Cappellini M. D. y Rochi, E. (2009). The acute porphyrias: A diagnostic and therapeutic challenge in internal and emergency medicine. *Internal and Emergency Medicine, 4*(4), 297-308.

Zhang, L., Qian, M., Hong, L. y Wu, Q. (2020). First case report of acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP) caused by mifepristone. *Contact Dermatitis, 82*(3): 177-179.

1.6 Calidad del misoprostol

Recomendación:

- Cada prestador/a de servicios debe estar al tanto de las tasas de eficacia para aborto con medicamentos para ayudar a asegurar que se utilice un producto de misoprostol eficaz.
- Comprar el misoprostol en paquetes de burbujas de aluminio doble, y mantener el misoprostol en su embalaje; verificar la integridad del embalaje antes de usarlo. Evitar comprar paquetes de cloruro de polivinilo (PVC) o cloruro de polivinilideno (PVDC)/burbujas de aluminio.
- Guardar el misoprostol en un lugar seco y fresco.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Baja	30 de septiembre de 2025

Fabricación y calidad de misoprostol

Buenas Prácticas de Manufactura es un sistema para garantizar que los medicamentos sean producidos de manera sistemática conforme a las normas de calidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Existen por lo menos de 30 a 40 fabricantes de misoprostol a nivel mundial y algunos subcontratan la producción del fármaco, por lo cual resulta difícil garantizar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura y calidad uniforme en todas las marcas comerciales (Hall y Tagontong, 2016). Las marcas comerciales de misoprostol aprobadas por organismos normativos rigurosos (tales como la Agencia Europea de Medicamentos o la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos) o precalificadas por la OMS (OMS-PC) cumplen con las Buenas Prácticas de Manufactura y son de alta calidad (Hagen et al., 2020a).

La exposición al calor y la humedad durante la manufactura, el embalaje, el envío o el almacenamiento podrían comprometer la estabilidad y calidad del misoprostol (Cayman Chemical, 2012; Hagen et al., 2020a). La degradación disminuye la eficacia del misoprostol, lo cual causa una disminución en las tasas de eficacia del aborto con medicamentos y tratamiento fallido del aborto incompleto y la hemorragia posparto.

Cuatro estudios han examinado la calidad de los productos de misoprostol obtenidos de países de bajos y medianos ingresos. En un estudio realizado en 2016, se analizaron 215 muestras de misoprostol provenientes de países de todas partes del mundo (Hall y Tagontong, 2016). Cuando las muestras fueron probadas por contenido y pureza, se encontró que el 5% contenía más misoprostol que lo previsto (del 110% al 121% del contenido en la etiqueta, para tener en cuenta la degradación), el 55% cumplía la especificación en conformidad con la Farmacopea Internacional, lo cual significa que contenían del 90% al 100% del contenido en la etiqueta, y el 40% estaba por debajo de la especificación, contenía menos del 90% del contenido en la etiqueta. De las 85 muestras que estaban por debajo de la especificación, 14 muestras no contenían nada de misoprostol. Un estudio realizado en el año 2018 probó la calidad de 166 muestras de misoprostol obtenidas de una variedad de prestadores de servicios de salud en toda la extensión del territorio nacional de Nigeria, desde prestadores de servicios en centros médicos federales y hospitales estatales hasta vendedores de medicamentos patentados (Anyakora et al., 2018). Aunque todas las muestras pasaron la inspección visual, el 34% no

cumplió con la especificación como se define anteriormente. Un estudio similar en Malaui encontró que 23 de 30 muestras provenientes de centros de salud y farmacias en el país cumplían con la especificación para misoprostol; todas las muestras que cumplían con la especificación fueron embaladas en paquetes de burbujas de aluminio doble (Hagen, Khuluza y Heide, 2020b). Una revisión sistemática y meta-análisis de la calidad de los medicamentos, incluidos los ocitócicos, en países de bajos y medianos ingresos incluyó estos tres estudios y encontró que el 39% de todas las muestras de misoprostol no cumplían con la especificación (Torloni et al., 2020). Desde la publicación de la revisión sistemática, se han publicado dos estudios más. Un estudio evaluó la calidad del misoprostol en establecimientos de salud en Ruanda (Bizimana et al., 2021) y encontró que 10 de las 25 muestras de misoprostol evaluadas (40%) no cumplían con las especificaciones. Un estudio realizado en 2023 evaluó la calidad de misoprostol, mifepristona y paquetes combinados provenientes de 11 países de bajos y medianos ingresos (Bower et al., 2023). De las 56 muestras de misoprostol probadas, el 57% no cumplió con las especificaciones; 9 de las 38 muestras de mifepristona (el 24%) no cumplieron con las especificaciones.

Tres factores influyen en la integridad del misoprostol:

- el impacto de la humedad en todas las etapas, desde la producción hasta la paciente
- la manufactura y calidad del ingrediente farmacéutico activo
- el embalaje

Uso clínico y almacenamiento

Incluso el misoprostol fabricado en condiciones de alta calidad y embalado bien puede degradarse si se envía o almacena en condiciones que lo exponen a calor o humedad durante plazos prolongados. El misoprostol de calidad es estable cuando se almacena correctamente en condiciones de temperatura ambiente (25 °C y 60% de humedad). No se han realizado extensos estudios en el campo sobre la estabilidad del misoprostol en climas tropicales, pero los estudios de laboratorio indican que el misoprostol es menos estable cuando se expone a humedad o calor (Chu et al., 2007; OMS, 2009).

El misoprostol embalado en paquetes de burbujas de aluminio doble (aluminio en la parte superior y en la parte inferior) retiene el ingrediente más activo; después de un año, el 100% de las tabletas en paquetes de burbujas de plástico o de aluminio sencillo se degradan, comparado con el 28% de las tabletas de misoprostol embaladas en paquetes de burbujas de aluminio doble (Hall y Tagontong, 2016). Para mantener la potencia del fármaco, se debe preservar la integridad del embalaje de burbujas de aluminio doble (Hagen et al., 2020a). Incluso en condiciones normales de temperatura ambiente, cuando el personal de salud corta el paquete de burbujas para distribuir las tabletas, si abre sin querer o perfora el embalaje de las tabletas restantes, la potencia de las tabletas se degrada en un plazo de 48 horas y continúa degradándose con el paso del tiempo (Berard et al., 2014; Hagen et al., 2020a).

Garantía de la calidad

Si el personal de salud observa una disminución en la tasa de eficacia esperada del aborto con medicamentos comparada con la línea de base, debe dejar de usar el lote de misoprostol actual y comenzar uno nuevo. El/La prestador/a de servicios debe entrar en contacto con el/la vendedor/a o fabricante del medicamento para asegurarse de que no ha habido retiradas del lote afectado. Las y los profesionales de la salud deben consultar la Base de Datos de Insumos para el Aborto con Medicamentos (www.medab.org) con el fin de evaluar la calidad de los productos disponibles en su entorno (Hagen et al., 2020b). En algunos casos, posiblemente sea necesario que se consulte entre sí para determinar cuáles son las marcas comerciales locales de misoprostol más eficaces.

Referencias bibliográficas

Anyakora, C., Oni, Y., Ezedinachi, U., Adekoya, A., Ali, I., Nwachukwu, C., ... Nwokike, J. (2018). Quality medicines in maternal health: Results of oxytocin, misoprostol, magnesium sulfate and calcium gluconate quality audits. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*, 44.

Berard, V., Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M. y Gemzell-Danielsson, K. (2014). Instability of misoprostol tablets stored outside the blister: A potential serious concern for clinical outcome in medical abortion. *PLoS ONE, 9*(12), e112401.

Bizimana, T., Hagen, N., Gnegel, G., Kayumba, P.C. y Heide, L. (2020). Quality of oxytocin and misoprostol in health facilities of Rwanda. *PLoS One, 16*(1):e0245054.

Bower, J., Chinery, L., Fleurent, A., Gülmezoglu, A. M., Im-Amornphong, W., Kilfedder, C., Procter, P. y Tomazzini, A. (2024). Quality testing of mifepristone and misoprostol in 11 countries. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 165*(2), 405–415.

Cayman Chemical. (2012). Product Information: Misoprostol. Consulta: 14 de noviembre de 2012, fuente: https://www.caymanchem.com/pdfs/13820.pdf

Chu, K. O., Wang, C. C., Pang, C. P. y Rogers, M. S. (2007). Method to determine stability and recovery of carboprost and misoprostol in infusion preparations. Journal of *Chromatography B, 857*(1), 83-91.

Hall, P. E. y Tagontong, N. (2016). Quality of misoprostol products. *WHO Drug Information, 30*(1), 35-39.

Hagen, N., Bizimana, T., Kayumba, P.C., Khuluza, F. y Heide, L. (2020a). Stability of misoprostol tablets collected in Malawi and Rwanda: Importance of intact primary packaging. PLoSONE 15(9), e0238628.

Hagen, N., Khuluza, F. y Heide, L. (2020b). Quality, availability and storage conditions of oxytocin and misoprostol in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth, 20*, 184.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Application to include Misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage in WHO Model List of Essential Medicines: comments from Departments of Making Pregnancy Safer & Reproductive Health and Research*. Fuente: http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/application/WHO_Misoprostol.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). W*HO good manufacturing practices for pharmaceutical products: Main principles* (Annex 2, WHO Technical Report Series 986). Ginebra: Ediciones de la OMS.

Torloni, M.R., Bonet, M., Betrán, A.P., Ribeiro-do-Valle, C.C. y Widmer, M. (2020). Quality of medicines for life-threatening pregnancy complications in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoSONE 15*(7), e0236060.

2.1

2. Manejo del dolor

Manejo del dolor durante el aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación

Recomendación:

- Ofrecer medicamentos para el dolor a todas las personas que reciben servicios de aborto con medicamentos.
- Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son recomendados de manera profiláctica o cuando empiezan los cólicos.
- Podría ser útil tomar medidas no farmacológicas para el manejo del dolor.
- No se ha demostrado que los analgésicos narcóticos sean eficaces para aliviar el dolor durante el proceso de aborto con medicamentos; además, no se recomiendan para uso rutinario.
- No se debe usar el paracetamol o acetaminofén a menos que la mujer presente alergia o contraindicación a los AINE.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Baja	2 de octubre de 2025

Dolor durante el aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación

El dolor es el efecto secundario reportado más común del aborto con medicamentos (Fiala et al., 2014). En un estudio con 6755 mujeres que tuvieron un aborto con medicamentos hasta 63 días de gestación, el 78.4% informó que sintió dolor moderado o intenso y cólicos (Goldstone, Michelson y Williamson, 2012). Asimismo, una revisión sistemática realizada en el año 2006 de cinco extensas series de casos británicos y estadounidenses de uso de analgesia durante el aborto con medicamentos, concluyó que el 75% de las mujeres sintieron dolor suficientemente intenso para necesitar un analgésico narcótico (Penney, 2006). Un estudio cualitativo sobre las experiencias de las mujeres con dolor durante el aborto con medicamentos en Nepal, Sudáfrica y Vietnam encontró que las mujeres describieron el dolor como más fuerte que el dolor que sienten durante la menstruación y que se manifestó en cuatro patrones diferentes: mínimo o ningún dolor; dolor intenso durante corto tiempo, generalmente justo antes de la expulsión; dolor intermitente, similar al de las contracciones; y dolor constante durante una o varias horas (Grossman et al., 2019). Por lo general, el dolor alcanza el nivel pico entre 2.5 y 4 horas después del uso de misoprostol y dura aproximadamente una hora (Colwill et al., 2019). Más del 75% de las pacientes informan resolución del dolor dentro de 12 horas después de haber tomado misoprostol, y ese porcentaje aumenta al 90% dentro de las 24 horas (Friedlander et al., 2022). Entre las características de las pacientes asociadas con más dolor se encuentran: edad gestacional más avanzada, menor edad de la paciente, nuliparidad, ningún antecedente de parto vaginal, e historia de dismenorrea (Dragoman et al., 2021; Kemppainen et al., 2020; Suhonen et al., 2011; Teal, Dempsey-Fanning y Westhoff, 2007; Westhoff et al., 2000).

Pocos ensayos clínicos han evaluado la eficacia de las estrategias para el manejo del dolor durante el aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación. Ni el dolor ni su tratamiento son reportados de manera sistemática en ensayos clínicos sobre el aborto con medicamentos; cuando estos datos son repor-

tados, se han utilizado múltiples regímenes y protocolos de tratamiento, por lo cual son difíciles de comparar (Fiala et al., 2014; Fiala et al., 2019; Jackson y Kapp, 2011).

Medicamentos para el manejo del dolor

Dos pequeños ensayos controlados aleatorizados indican que el ibuprofeno es más eficaz que el placebo (Avraham et al., 2012) y que el acetaminofén (Livshits et al., 2009) para el manejo del dolor durante el aborto con medicamentos en mujeres con un embarazo de menos de siete semanas de gestación. El tratamiento previo con ibuprofeno no es mejor para el manejo del dolor que el tratamiento administrado una vez que los cólicos han empezado (Raymond et al., 2013). Un ensayo aleatorizado de tres brazos comparó el ibuprofeno más metoclopramida, tramadol, o placebo tomado en el momento de administrar el misoprostol y nuevamente 4 horas después; y encontró que el ibuprofeno más metoclopramida y tramadol aliviaban el dolor con mayor eficacia que el placebo, pero no causaron diferencias clínicas significativas en el dolor informado por las participantes (Dragoman et al., 2021). En mujeres con embarazos de hasta 10 semanas de gestación, un ensayo controlado aleatorizado encontró que pregabalin (un análogo de ácido gamma-aminobutírico) no disminuyó los puntajes máximos de dolor cuando se tomó en el momento de administrar el misoprostol; sin embargo, las mujeres que recibieron pregabalin eran menos propensas a necesitar ibuprofeno o narcóticos para el dolor, y más propensas a informar satisfacción con la analgesia que las mujeres que recibieron el placebo (Friedlander et al., 2018).

Un ensayo clínico aleatorio no encontró ninguna diferencia en la cantidad o duración de dolor que sintieron las mujeres que recibieron un medicamento opioide por vía oral (oxicodona) para manejar el dolor durante el aborto con medicamentos, comparadas con las mujeres en el grupo placebo (Colwill et al., 2019). Los autores del estudio concluyeron que, aunque no es necesario administrar medicamentos opioides de manera rutinaria, es razonable administrar cuatro o menos tabletas de oxicodona a las personas que las solicitan. Un estudio hospitalario distribuyó aleatoriamente a mujeres en proceso de aborto con medicamentos a dos grupos: analgesia intravenosa controlada por la paciente para manejar el dolor, o administración oral, intramuscular o intravenosa de oxicodona a pedido para manejar el dolor (Kemppainen et al., 2022). Los resultados muestran que la mayoría de las participantes en ambos grupos utilizaron medicamentos opioides; aquéllas en el grupo de analgesia controlada por la paciente eran más propensas a caracterizar el dolor como leve o tolerable (21% comparado con 6% en el grupo de administración a pedido), aunque en ambos grupos las pacientes informaron el mismo dolor máximo.

Manejo no farmacológico del dolor

En un ensayo clínico aleatorizado, la electroestimulación transcutánea de los nervios de alta frecuencia (80Hz TENS) aplicada al abdomen y a la espalda al inicio de los cólicos disminuyó el dolor de las mujeres durante el aborto, en comparación con el placebo (Goldman et al., 2020). Otro estudio aleatorizado no encontró ningún beneficio en la acupuntura auricular o la acupresión para mejorar el dolor durante el aborto con medicamentos, comparado con el placebo (Westhoff et al., 2021). Otras estrategias de manejo no farmacológico del dolor durante el aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación no han sido objeto de ensayos comparativos. Sin embargo, los expertos recomiendan medidas complementarias no farmacológicas para mejorar la comodidad de la persona durante el aborto con medicamentos, por ejemplo: educación integral sobre el dolor y sangrado esperados (Teal, Dempsey-Fanning y Westhoff, 2007), un ambiente de apoyo y la aplicación de una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente sobre el abdomen bajo (Akin, et al., 2001). Estos métodos son complementarios pero no sustitutos para el manejo del dolor con medicamentos.

Referencias bibliográficas

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T. y Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97*, 343-349.

Avraham, S., Gat, I., Duvdevani, N., Haas, J. y Frenkel, Y. (2012). Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: A double-blind, randomized, controlled study. *Fertility and Sterility, 97*, 612-615.

Colwill, A. C., Bayer, L. L., Bednarek, P., Garg, B., Jensen, J. y Edelman, A. (2019). Opioid analgesia for medical abortion: A randomized trial. *Obstetrics & Gynecology, 134*(6), 1163-1170.

Dragoman, M.V., Grossman, D., Nguyen, M.H., Habib, N., Kapp, N., Tamang, A., Bessenaar, T., Duong, L.D., Gautam, J., Yoko, J.L., Hong, M. y Gulmezoglu, M. (2021). Two prophylactic pain management regimens for medical abortion ≤ 63 days' gestation with mifepristone and misoprostol: A multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *Contraception, 103*(3), 163-170.

Fiala, C., Agostini, T., Bombas, S., Cameron, R., Lertxundi, M., Lubusky, M., ... y Gemzell-Danielsson, K. (2019). Management of pain associated with up-to-9-weeks medical termination of pregnancy (MToP) using mifepristone-misoprostol regimens: Expert consensus based on a systematic literature review. *Journal of Obstetrics and Gynecology, 1-11*.

Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M., Saya, L. y Gemzell-Danielsson, K. (2014). Pain during medical abortion, the impact of the regimen: A neglected issue? A review. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 19*(6), 404-419.

Friedlander, E.B., Raidoo, S., Soon, R., Salcedo, J., Davis, J., Tschann, M., Fontanilla, T., Horiuchi, W. y Kaneshiro, B. (2022). The experience of pain in real-time during medication abortion. *Contraception, 110*, 71-75.

Friedlander, E. B., Soon, R., Salcedo, J., Davis, J., Tschann, M. y Kaneshiro, B. (2018). Prophylactic pregabalin to decrease pain during medication abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 132*(3), 612-618.

Goldman, A.R., Porsch, L., Hintermeister, A. y Dragoman, M. (2020). Transcutaneous electrical nerve stimulation to reduce pain with medication abortion. *Obstetrics & Gynecology, 137*(1), 100-107..

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Anexo A: Tabla de medicamentos para el manejo del dolor

Anexo B: Continuum de profundidad de sedación: definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia

Goldstone, P., Michelson, J. y Williamson, E. (2012). Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: A large Australian observational study. *Medical Journal of Australia*, 197(5), 282-286.

Grossman, D., Raifman, S., Bessenaar, T., Dung, D. L., Tamang, A. y Dragoman, M. (2019). Experiences with pain of early medical abortion: Qualitative results from Nepal, South Africa, and Vietnam. *BMC Women's Health, 19*(1), 118.

Jackson, E. y Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: A systematic review. *Contraception, 83*(2), 116-126.

Kemppainen, V., Mentula, M., Palkama, V. y Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica; 99*,1603-1610.

Kemppainen, V., Mentula, M., Palkama, V. y Heikinheimo, O. (2022). Patient-controlled intravenous versus on-demand oral, intramuscular or intravenous administration of oxycodone during medical induced abortion from 64-128 days gestation: *A randomized controlled trial. Contraception, 115*, 6-11.

Livshits, A., Machtinger, R., David, L. B., Spira, M., Moshe-Zahav, A. y Seidman, D. S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: A double-blind randomized controlled study. *Fertility and Sterility, 91*(5), 1877-1880.

Penney, G. (2006). Treatment of pain during medical abortion. *Contraception, 74*, 45-47.

Referencias bibliográficas continuado

Raymond, E.G., Weaver, M.A., Louie, K.S., Dean, G., Porsch, L., Lichtenberg, E.S., ...Arnesen, M. (2013). Prophylactic compared with therapeutic ibuprofen analgesia in first-trimester medical abortion. *Obstetrics & Gynecology, 122*(3), 558-564.

Reynolds-Wright, J.J., Woldetsadik, M.A., Morroni, C. y Cameron, S. (2022). Pain management for medical abortion before 14 weeks' gestation: A systematic review. *Contraception, 116*, 4-13.

Suhonen, S., Tikka, M., Kivinen, S. y Kauppila, T. (2011). Pain during medical abortion: Predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception, 83*, 357-361.

Teal, S. B., Dempsey-Fanning, A. y Westhoff, C. (2007). Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception, 75*, 224-229.

Westhoff, C., Dasmahapatra, R., Winikoff, B. y Clarke, S. (2000). Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception, 61*(3), 225-229.

Westhoff, C., Dasmahapatra, R. y Schaff, E. (2000). Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception, 62*(6), 311-314.

Westhoff, C.L., Nelson, I.S., Suarez-Rodriguez, A. y Gold, M.A. (2021). Auricular acupressure and acupuncture as adjuncts for pain management during first trimester medication abortion: A randomized three-arm trial. *Contraception, 103*(5), 348-355.

2.2

Manejo del dolor durante el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación

Recomendación:

- Ofrecer medicamentos para el dolor a todas las personas en proceso de aborto con medicamentos.
- Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son recomendados y se deben iniciar con el misoprostol.
- Se puede usar analgésicos narcóticos y ansiolíticos, además de AINE.
- Las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor podrían ser útiles.
- Se puede ofrecer anestesia regional y anestesia controlada por la paciente, cuando se dispone de éstas.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Muy baja	2 de octubre de 2025

Dolor durante el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación

En múltiples estudios de cohorte sobre aborto con medicamentos utilizando análogos de prostaglandina E1 (misoprostol, gemeprost) a las 13 semanas o más de gestación, la mayoría de las personas necesitan medicamentos para el dolor (Ashok et al., 2004; Gemzell-Danielsson y Östlund, 2000; Hamoda et al., 2004; Rose, Shand y Simmons, 2006). La nuliparidad, una edad gestacional avanzada, mayor cantidad de dosis de misoprostol y mayor intervalo entre la inducción y el aborto están asociados con mayor dolor durante el aborto con medicamentos (Hamoda et al., 2004; Louie et al., 2017; Rydelius et al., 2025). El dolor rara vez comienza después de tomar mifepristona; el dolor por cólicos generalmente comienza después de iniciar el misoprostol y típicamente alcanza su nivel máximo con la expulsión (Mentula, Kalso y Heikinheimo, 2014).

Medicamentos para el manejo del dolor

Existe evidencia limitada respecto al régimen óptimo de medicamentos para manejar el dolor durante el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación (Jackson y Kapp, 2020). En un ensayo aleatorizado con 74 mujeres en proceso de aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación inducido con mifepristona y misoprostol, las pacientes recibieron tratamiento profiláctico con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) o acetaminofén y codeína en el momento de administrar el misoprostol. No hubo diferencia en el dolor reportado entre los dos grupos de mujeres, pero el tratamiento previo con AINE disminuyó la necesidad de administrar opiáceos intravenosos (Fiala et al., 2005). Un segundo ensayo seleccionó al azar a 54 mujeres en proceso de aborto entre 14 y 24 semanas de gestación para que recibieran el AINE celecoxib o un placebo en el momento de administrar el misoprostol. Las personas en el grupo de AINE tuvieron puntajes del

dolor significativamente más bajos en el momento del aborto; sin embargo, casi la mitad de las participantes en ambos grupos informó dolor intenso y no hubo diferencia en el uso de analgesia adicional entre los dos grupos (Tintara, Voradithi y Choobun, 2018). Un pequeño ensayo clínico no aleatorizado con 40 participantes comparó el manejo del dolor con analgesia controlada por la paciente con piritramida con un protocolo paso a paso administrado por una enfermera, que consistía en acetaminofén, ibuprofeno, tramadol, metamizola y meptazinol/butilbromuro de hioscina (Tascon Padron et al., 2023). El estudio encontró tasas más elevadas de dolor y náuseas en el grupo de piritramida, aunque la satisfacción con el manejo del dolor en ambos grupos fue similar.

En el estudio de cohorte más extenso, con 1002 mujeres en proceso de aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación inducido con mifepristona y misoprostol, se administró una combinación de analgésicos narcóticos por vía oral y parenteral y AINE, para el manejo del dolor (Ashok et al., 2004). Los autores del estudio informaron el porcentaje de mujeres que no utilizaron analgesia (18%) y las que usaron paracetamol más dihidrocodona (70%), morfina por vía parenteral (7%) o AINE (5%) para aliviar el dolor; no se reportó ni el dolor de las mujeres ni su satisfacción con el manejo del dolor. En un estudio de cohorte menos extenso, 425 participantes que recibieron acetaminofén y AINE profilácticos y continuos eligieron de varias diferentes modalidades de manejo del dolor para el dolor irruptivo durante un aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol. La puntuación de dolor de las mujeres (en una escala visual analógica de 100 puntos) disminuyó en aproximadamente 15 puntos después del medicamento opioide, en 35 puntos después del bloqueo paracervical y en 50 a 60 puntos al administrar un bloqueo paracervical después de medicamentos opioides (Rydelius et al., 2026). En dos pequeños estudios comparativos que examinaron el uso del bloqueo paracervical durante el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación, no se encontró ningún mejoramiento en el dolor con esta modalidad (Andersson et al., 2016; Winkler et al., 1997).

Ipas recomienda un régimen combinado de AINE profilácticos administrados con el misoprostol, más analgésicos narcóticos por vía oral y/o parenteral (Edelman y Mark, 2017). La anestesia regional (es decir, epidural) y la anestesia controlada por la paciente son métodos seguros y eficaces para el manejo del dolor. Se pueden ofrecer si se dispone de personal capacitado, capacidad de monitoreo y equipo (Maggiore et al., 2016; Smith et al., 2016; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Manejo no farmacológico del dolor

Ningún ensayo comparativo ha evaluado el beneficio de las estrategias de manejo no farmacológico del dolor durante el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación. Sin embargo, los expertos recomiendan medidas complementarias no farmacológicas para mejorar la comodidad de la mujer durante el aborto con medicamentos, por ejemplo: educación integral sobre el dolor y sangrado esperados, un ambiente de apoyo y la aplicación de una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente sobre el abdomen bajo (Akin, et al., 2001). Estos métodos son complementarios pero no sustitutos para el manejo del dolor con medicamentos.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Anexo A: Tabla de medicamentos para el manejo del dolor

Anexo B: Continuum de profundidad de sedación: definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia

Referencias bibliográficas

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T. y Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97*, 343-349.

Andersson, I. M., Benson, L., Christensson, K. y Gemzell-Danielsson, K. (2016). Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: An RCT with bupivacaine versus sodium chloride. *Human Reproduction, 31*(1), 67-74.

Ashok, P., Templeton, A., Wagaarachchi, P. y Flett, G. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception, 69*(1), 51-58.

Edelman, A. y Mark, A. (2018). *Guía de referencia sobre el aborto con medicamentos: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación.* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Fiala, C., Swahn, M., Stephansson, O. y Gemzell-Danielsson, K. (2005). The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13–22 weeks gestation. Human Reproduction, 20(11), 3072-3077.

Gemzell-Danielsson, K. y Östlund, E. (2000). Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica, 79*(8), 702-706.

Hamoda, H., Ashok, P., Flett, G. y Templeton, A. (2004). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 111*(9), 996-1000.

Jackson, E. y Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 127*: 1348-1357.

Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R. y Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 22*(1), 76-80.

Maggiore, U. L. R., Silanos, R., Carlevaro, S., Gratarola, A., Venturini, P.L., Ferrero, S. y Pelosi, P. (2016). Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for pain relief during termination of pregnancy: A prospective, double-blind, randomized trial. *International Journal of Obstetric Anesthesia, 25*, 37-44.

Mentula, M., Kalso, E. y Heikinheimo, O. (2014). Same-day and delayed reports of pain intensity in second-trimester medical termination of pregnancy: A brief report. *Contraception, 90*(6), 609-11.

Organización Mundial de la Salud.(2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2a edición.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Rose, S. B., Shand, C. y Simmons, A. (2006). Mifepristone- and misoprostol-induced mid-trimester termination of pregnancy: A review of 272 cases. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 46*(6), 479-485.

Rydelius, J., Kallner, H. K., Karlsson, O., Hognert, H. y Gemzell-Danielsson, K. (2026). Pain management for medical abortion beyond 12 weeks of gestation: a cross-sectional study in Sweden. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 52*, 19-25.

Smith, R. L., Siddiqui, N., Henderson, T., Teresi, J., Downey, K. y Carvalho, J. C. (2016). Analgesia for medically induced second trimester termination of pregnancy: A randomized trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 38*(2), 147-153.

Tascón Padrón, L., Emrich, N. L. A., Strizek, B., Gass, A., Link, C., Hilbert, T., Klaschik, S., Meissner, W., Gembruch, U. y Jiménez Cruz, J. (2023). Implementation of a piritramide based patient-controlled analgesia (PCA) as a standard of care for pain control in late abortion induction: A prospective cohort study from a patient perspective. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X, 20*, 100251.

Tintara, H., Voradithi, P. y Choobun, T. (2018). Effectiveness of celecoxib for pain relief and antipyresis in second trimester medical abortions with misoprostol: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 297*(3), 709-715.

Winkler, M., Wolters, S., Funk, A. y Rath, W. (1997). Second trimester abortion with vaginal gemeprost-improvement by paracervical anesthesia? *Zentralblatt fur Gynakologie, 119*, 621-624.

2.3 Manejo del dolor durante la aspiración por vacío

Recomendación:

- Para todas las personas, se recomienda una combinación de bloqueo paracervical y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) antes del procedimiento para el manejo del dolor.
- Medidas adicionales tales como analgésicos narcóticos, ansiolíticos y medidas no farmacológicas para el manejo del dolor podrían ser útiles.
- Se puede ofrecer sedación intravenosa, cuando se dispone de ésta.
- Paracetamol no es eficaz para el manejo del dolor durante la aspiración por vacío.
- La anestesia general no se recomienda para el manejo del dolor durante procedimientos de rutina de aspiración por vacío.

En la práctica:

- Se recomienda el manejo del dolor para todos los procedimientos de aspiración por vacío, independientemente de que estos se efectúen para inducir el aborto o para la atención postaborto.
- Las y los profesionales de salud tienden a subestimar la intensidad del dolor que las personas sienten durante la aspiración por vacío.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Alta	2 de octubre de 2025

Dolor durante la aspiración por vacío

La mayoría de las personas que tienen una aspiración endouterina, independientemente de que se efectúe para inducir el aborto (Borgatta y Nickinovich, 1997) o para la atención postaborto (Crouthamel et al., 2022; Gomez et al, 2004) tendrá dolor. La depresión o estrés emocional antes del procedimiento, o edad gestacional de más de 10 semanas, están asociados con más dolor durante la aspiración endouterina (Allen et al., 2006; Belanger, Melzack y Lauzon, 1989; Duros et al., 2018), mientras que tener una historia de parto vaginal está asociado con menos dolor (Borgatta y Nickinovich, 1997). Las y los profesionales de salud tienden a subestimar la intensidad del dolor que la persona siente durante el aborto (Oviedo et al., 2018; Singh et al., 2008; Tschann et al., 2018).

Métodos para el manejo del dolor

Para la aspiración endouterina antes de las 13 semanas de gestación, la combinación de medicamentos orales, bloqueo paracervical con anestesia local, y medidas no farmacológicas, generalmente alivia el dolor en la mayoría de las personas (Renner et al., 2010; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). También se podría ofrecer sedación intravenosa (RCOG, 2022; OMS, 2024).

Anestesia local

Se ha demostrado que el bloqueo paracervical colocado antes de dilatar el cérvix, disminuye el dolor durante la dilatación y aspiración endouterina (Renner et al., 2024). En dos estudios que compararon el bloqueo paracervical con los AINE, se encontró que el bloqueo paracervical era más eficaz para manejar el dolor durante el procedimiento (Acmaz et al., 2013; Sarker et al., 2024) y que las participantes que recibieron un bloqueo paracervical estaban más satisfechas con el manejo de su dolor (Sarker et al., 2024). El bloqueo paracervical es un procedimiento de bajo riesgo que puede ser efectuado de manera segura por muchos tipos de trabajadores de salud, entre ellos personal médico, profesionales de la salud asociados/asociados avanzados, enfermeras, profesionales de medicina tradicional y complementaria, y trabajadores de salud que proporcionan cuidados obstétricos de emergencia básicos (Warriner et al., 2006; OMS, 2024). Para obtener más información, ver sección 2.5 Bloqueo paracervical.

Medicamentos

En dos pequeños estudios que examinaron el uso de AINE orales solamente para manejar el dolor durante la aspiración por vacío, no se encontró ningún beneficio (Acmaz et al., 2013; Li et al., 2003). Sin embargo, en estudios donde las participantes también recibieron bloqueo paracervical para aliviar el dolor, se ha demostrado que premedicar con AINE disminuye el dolor durante el procedimiento y después de éste (Renner et al., 2010; Romero, Turok y Gilliam, 2008; Suprapto y Reed, 1984; Wiebe y Rawling, 1995); los AINE, tanto por vía oral como intramuscular, son eficaces (Braaten et al., 2013). Ningún estudio ha evaluado el beneficio adicional de usar AINE cuando se utiliza sedación moderada por vía intravenosa para aliviar el dolor; según los hallazgos de tres ensayos clínicos aleatorizados, no está claro si los AINE ofrecen un beneficio adicional cuando se utilizan niveles más profundos de sedación por vía intravenosa (Khazin et al., 2011; Lowenstein et al., 2006; Roche et al., 2012).

El beneficio de analgésicos narcóticos para aliviar el dolor durante la aspiración por vacío no está claro. En un ensayo clínico controlado aleatorizado, se mostró que agregar hidrocodona-acetaminofén por vía oral al régimen de manejo del dolor con bloqueo paracervical, ibuprofeno y lorazepam, no alivió el dolor durante la aspiración endouterina comparado con el placebo (Micks et al., 2012). En otro ensayo clínico aleatorizado, agregar fentanilo por vía intravenosa al mismo régimen utilizado para el manejo del dolor alivió de manera significativa el dolor durante el procedimiento (Rawling y Weibe, 2001). Sin embargo, el fentanilo intranasal, al agregarse al ibuprofeno y bloqueo paracervical, no alivió el dolor comparado con el placebo (Moayedi et al., 2022). Dos ensayos aleatorizados mostraron que los AINE por vía oral o rectal son más eficaces que el tramadol para aliviar el dolor post-procedimiento (Lowenstein et al., 2006; Romero et al., 2008); sin embargo, un tercer ensayo aleatorizado mostró que el tramadol por vía rectal es más eficaz que los AINE (Khazin et al., 2011).

Los ansiolíticos orales como lorazepam o midazolam disminuyen la ansiedad relacionada con el procedimiento y causan amnesia en algunas personas, pero no afectan los puntajes del dolor (Allen, et al., 2006; Bayer et al., 2015; Wiebe, Podhradsky y Dijak, 2003).

Solo un estudio ha evaluado la eficacia de premedicar con paracetamol para aliviar el dolor durante la aspiración endouterina realizada sin colocar el bloqueo paracervical, y no se encontró ninguna diferencia entre el grupo de mujeres que recibieron paracetamol y el grupo de control (Acmaz et al., 2013). En dos estudios donde las mujeres también recibieron sedación profunda o anestesia general, el paracetamol no alivió el dolor post-procedimiento (Cade y Ashley, 1993; Lowenstein et al., 2006).

Un ensayo clínico aleatorizado comparó el efecto de administrar gabapentina antes del procedimiento con el placebo en mujeres que también habían recibido lorazepam, ibuprofeno, oxicodona y acetaminofén por vía oral, y no encontró ninguna diferencia en puntajes de dolor entre los dos grupos (Gray et al., 2019). Un ensayo realizado posteriormente comparó la gabapentina administrada antes del procedimiento con el placebo en mujeres en proceso de aspiración endouterina bajo anestesia local con bloqueo paracervical e ibuprofeno oral, y no encontró diferencias en puntajes de dolor intraoperatorio o postoperatorio (Hailstorks et al., 2020).

Sedación intravenosa

La sedación intravenosa con una combinación de narcóticos y ansiolíticos es una manera eficaz de controlar el dolor y mejorar la satisfacción de la mujer con el procedimiento de aborto (Allen et al., 2009; Allen, et al., 2006; Cansino et al., 2021; Wells, 1992; Wong et al., 2002). Administrar narcóticos y ansiolíticos por vía intravenosa es más eficaz que por vía oral para manejar el dolor durante la aspiración endouterina (Allen et al., 2009). Un estudio aleatorizado de no inferioridad encontró que las pacientes estaban igualmente satisfechas con la sedación intravenosa utilizando una combinación de ketamina y ansiolíticos como sedación con fentanilo y ansiolíticos, aunque las pacientes en el grupo de ketamina presentaron mayor incidencia de alucinaciones (Chin et al., 2022). En personas que reciben sedación para el manejo del dolor, no está claro si colocar un bloqueo paracervical ofrece un beneficio adicional (Kan, Ng y Ho, 2004; Renner et al., 2010; Wong et al., 2002). La sedación intravenosa es segura cuando es administrada por personal capacitado y con monitoreo correspondiente. En un estudio de cohorte retrospectivo realizado en el año 2017 con más de 20,000 mujeres de peso normal, con sobrepeso y obesas que recibieron sedación intravenosa para la aspiración por vacío, se encontró que la tasa de eventos adversos relacionados con la anestesia fue muy baja (0.2%) (Horwitz et al., 2018). Sin embargo, al administrar sedación intravenosa aumenta el costo, la complejidad y los posibles riesgos del procedimiento de aborto, y se requiere un/a prestador/a de servicios capacitado/a con equipo para el monitoreo de las pacientes (Cansino et al., 2021). Dado que la administración de sedación intravenosa de manera segura requiere un mayor grado de monitoreo, el establecimiento de salud debe invertir en capacitación y equipo para ello. Para obtener más información sobre la definición de los niveles de sedación, incluida la anestesia general, ver Anexo B: *Continuum de profundidad de sedación: definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia.*

Anestesia general

Aunque la anestesia general es una manera eficaz de controlar el dolor, también aumenta el costo, la complejidad y los posibles riesgos asociados con el aborto, y no se recomienda para procedimientos de rutina (Atrash, Cheek, y Hogue, 1988; Bartlett et al., 2004; RCOG, 2022; OMS, 2024). Cuando se utiliza anestesia general, no queda claro si la administración pre-procedimiento de medicamentos para el dolor afecta el dolor post-procedimiento (Ali, Shamim y Chughtai, 2015; Liu et al., 2005; Mustafa-Mikhail et al., 2017), y colocar el bloqueo paracervical no ofrece ningún beneficio adicional (Hall et al., 1997; Renner et al., 2010). Para obtener más información sobre la definición de los niveles de sedación, incluida la anestesia general, ver Anexo B: *Continuum de profundidad de sedación: definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia.*

Manejo no farmacológico del dolor

El uso de medicamentos y bloqueo paracervical se debe complementar con técnicas de apoyo para disminuir el dolor y la ansiedad (Allen y Singh, 2018). Algunas estrategias útiles son: educar a la paciente sobre qué esperar durante el procedimiento; realizar el procedimiento en un entorno limpio y privado con personal que brinde apoyo; brindar apoyo verbal; utilizar una técnica suave y eficaz; y aplicar una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente sobre el abdomen bajo en la sala de recuperación (Akin et al., 2001; Qian et al., 2023). Una revisión sistemática realizada en el año 2016 de terapias complementarias no farmacológicas, administradas para manejar el dolor, incluyó estudios de hipnosis, aromaterapia, música, ejercicios de relajamiento e imaginería, y el uso de una *doula* (mujer acompañante). Aunque la revisión encontró que ninguna intervención mostró una reducción estadísticamente significativa de dolor o ansiedad, las mujeres le dieron una alta calificación a las intervenciones no farmacológicas y recomendaron su uso, en particular las que incluyen a personas dedicadas a brindar apoyo a las usuarias (Tschann, Salcedo y Kaneshiro, 2016; Wilson et al., 2016). Tres ensayos aleatorizados realizados posteriormente no encontraron ninguna diferencia en el dolor reportado por las personas que recibieron terapia musical antes del procedimiento (Belloeil et al., 2020), aromaterapia (Free, Sheeder y Cohen, 2024) o una estrategia no farmacológica complementaria para el manejo del dolor elegida por ellas mismas (música ambiental, meditación con imágenes guiada o respiración focalizada, entre otras) y las mujeres que recibieron atención habitual (Tschann et al, 2018). Dos estudios que examinaron el uso de acupuntura auric-

ular, en combinación con el bloqueo paracervical y AINE preprocedimiento, tuvieron resultados en conflicto (Ndubisi et al., 2019; Oviedo et al., 2021). Un tercer ensayo que combinó la acupuntura auricular con sedación profunda no encontró una mejoría clínicamente significativa en el dolor postprocedimiento en el grupo de intervención (Zhu et al., 2022). El uso de acuestimulación eléctrica transcutánea (TEAS, por sus siglas en inglés) como medio de modular el dolor durante el aborto es un área bajo investigación activa, pero no se puede sacar recomendaciones de estudios existentes (Feng et al., 2016; Wang et al., 2018). Los datos sobre la eficacia de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) son contradictorios. Un ensayo controlado aleatorizado único bien diseñado encontró que la TENS no es inferior a la sedación intravenosa para aliviar el dolor durante la aspiración hasta 12 semanas de gestación (Lerma et al., 2021), mientras que un segundo ensayo controlado aleatorizado bien diseñado no encontró ninguna diferencia en el alivio del dolor entre TENS y un tratamiento simulado (Henkel et al., 2025).

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Anexo A: Tabla de medicamentos para el manejo del dolor

Anexo B: Continuum de profundidad de sedación: definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia

Referencias bibliográficas

Acmaz, G., Aksoy, H., Ozoglu, N., Aksoy, U., & Albayrak, E. (2013). Effect of paracetamol, dexketoprofen trometamol, lidocaine spray, and paracervical block application for pain relief during suction termination of first-trimester pregnancy. *BioMed Research International, 2013*, 869275.

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97*, 343-349.

Allen, R. H., & Singh, R. (2018). Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1 - local anesthesia and minimal sedation. *Contraception, 97*(6), 471-477.

Allen, R.H., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., Lasic, M., & Goldberg, A. (2009). Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 113*(2Pt1), 276-283.

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception, 74*(5), 407-413.

Ali, M. A., Shamim, F., & Chughtai, S. (2015). Comparison between intravenous paracetamol and fentanyl for intraoperative and postoperative pain relief in dilatation and evacuation: Prospective, randomized interventional trial. *Journal of Anaesthesiology and Clinical Pharmacology, 31*(1), 54-58.

Atrash, H. K., Cheek, T. G., & Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 158*(2), 420-424.

Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S., & Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology, 103*, 729-739.

Bayer, L. L., Edelman, A. B., Fu, R., Lambert, W. E., Nichols, M. D., Bednarek, P. H., ... Jensen, J. T. (2015). An evaluation of oral midazolam for anxiety and pain in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 37-46.

Belanger, E., Melzack, R., & Lauzon, P. (1989). Pain of first-trimester abortion: A study of psychosocial and medical predictors. *Pain, 36*(3), 339-350.

Belloeil, V., Cazeneuve, C.T., Leclercq, A., Mercier, M.B., Legendre, G., & Corroenne, R. (2020). Impact of music therapy before first-trimester instrumental termination of pregnancy: a randomized controlled trial. BJOG: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 127*, 738-745.

Borgatta, L., & Nickinovich, D. (1997). Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine, 42*(5), 287-293.

Braaten, K.P., Hurwitz, S., Fortin, J., & Goldberg, A.B. (2014). Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception, 89*(2), 116-121.

Cade, L., & Ashley, J. (1993). Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care, 21*(1), 93.

Referencias bibliográficas continuado

Cansino, C., Denny, C., Carlisle, A.S., & Stubblefield, P. (2021). Society of Family Planning clinical recommendations: Pain control in surgical abortion part 2-Moderate sedation, deep sedation, and general anesthesia. *Contraception, 104*(6), 583-592.

Chin, J., McGrath, M., Lokken, E., Upegui, C. D., Prager, S., & Micks, E. (2022). Ketamine Compared With Fentanyl for Surgical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology, 140*(3), 461.

Crouthamel, B., Economou, N., Averback, S., Rible, R., Kully, G., Meckstroth, K., & Mody, S. (2022). Effect of paracervical block volume on pain control for dilation and aspiration: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 140*(2), 234-242.

Duros, S., Joueidi, Y., Nyangoh Timoh, K., Boyer, L., Lemeut, P., Tavenard, A., ... Lavoue, V. (2018). A prospective study of the frequency of severe pain and predictive factors in women undergoing first-trimester surgical abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, 221*, 123-128.

Feng, X., Ye, T., Wang, Z., Chen, X., Cong, W., Chen, Y., ... Xie, W. (2016). Transcutaneous acupoint electrical stimulation pain management after surgical abortion: a cohort study. *International Journal of Surgery, 30*, 104-108.

Free, L. L., Sheeder, J., & Cohen, R. H. (2024). Effects of aromatherapy on patient satisfaction with procedural abortion at less than 10 weeks' gestation: A randomized controlled trial. *Contraception, 130*.

Gray, B. A., Hagey, J. M., Crabtree, D., Wynn, C., Weber, J. M., Pieper, C. F., & Haddad, L. B. (2019). Gabapentin for perioperative pain management for uterine aspiration: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology, 134*(3), 611-619.

Gomez, P.I., Gaitan, H., Nova, C., & Paradas, A. (2004). Paracervical block in incomplete abortion using manual vacuum aspiration: Randomized clinical trial. Obstetrics & Gynecology, 103 (5 pt 1), 943-51.

Hailstorks, T.P., Cordes, S.M.D., Cwiak, C.A., Gray, B.A., Ge, L.M.A., Moore, R.H., & Haddad, L.B., (2020). Gabapentin as an adjunct to paracervical block for perioperative pain management for first-trimester uterine aspiration: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223, 884.e1-10.

Hall, G., Ekblom, A., Persson, E., & Irestedt, L. (1997). Effects of prostaglandin treatment and paracervical blockade on postoperative pain in patients undergoing first trimester abortion in general anesthesia. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica*, *76*, 868-872.

Henkel, A., Cahill, E. P., Chavez, S., Shorter, J. M., Liu, S. M., Amaya, S. I., Kaur, S., & Shaw, K. A. (2025). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control during first-trimester procedural abortion: A blinded randomized controlled trial. *Contraception, 149*.

Horwitz, G., Roncari, D., Braaten, K. P., Maurer, R., Fortin, J., & Goldberg, A. (2018). Moderate intravenous sedation for first trimester surgical abortion: A comparison of adverse outcomes between obese and normal-weight women. *Contraception, 97*(1), 48-53.

Kan, A. S. Y., Ng, E. H. Y., & Ho, P. C. (2004). The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for first-trimester pregnancy termination. *Contraception, 70*, 159-163.

Khazin, V., Weitzman, S., Rozenzvit-Podles, E., Ezri, T., Debby, A., Golan, A., & Evron, S. (2011). Postoperative analgesia with tramadol and indomethacin for diagnostic curettage and early termination of pregnancy. *International Journal of Obstetric Anesthesia, 20*(3), 236-239.

Lerma, K., Goldthwaite, L.M., Blumenthal, P.D., & Shaw, K.A. (2021). Transcutaneous electrical nerve stimulation for pain management of aspiration abortion up to 83 days of gestation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 138*(3), 417-425.

Li, C. F. I., Wong, C. Y. G., Chan, C. P. B., & Ho, P. C. (2003). A study of co-treatment of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) with misoprostol for cervical priming before suction termination of first trimester pregnancy. *Contraception, 67*, 101-105.

Liu, W., Loo, C. C., Chiu, J. W., Tan, H. M., Ren, H. Z., & Lim, Y. (2005). Analgesic efficacy of pre-operative etoricoxib for termination of pregnancy in an ambulatory centre. *Singapore Medical Journal, 46*(8), 397-400.

Lowenstein, L., Granot, M., Tamir, A., Glik, A., Deutsch, M., Jakobi, P., & Zimmer, E. Z. (2006). Efficacy of suppository analgesia in postabortion pain reduction. *Contraception, 74*(4), 345-348.

Referencias bibliográficas continuado

Oviedo, J. D., Ohly, N. T., Guerrero, J. M., & Castano, P. M. (2018). Factors associated with participant and provider pain rating during office-based first-trimester vacuum aspiration. *Contraception, 97*(6), 497-499.

Micks, E. A., Edelman, A. B., Renner, R. M., Fu, R., Lambert, W. E., Bednarek, P. H., ... Jensen, J. T. (2012). Hydrocodone-acetaminophen for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 120*(5), 1060-1069.

Moayedi, G., Stevens, K., Fontanilla, T., Tschann, M., Bednarek, P.H., Salcedo, J., Kaneshiro, B. & Soon, R. (2022). Intranasal fentanyl for first-trimester uterine aspiration pain: A randomized controlled trial. *Contraception, 113*, 101-107.

Ndubisi, C., Danvers, A., Gold, M. A., Morrow, L., & Westhoff, C. L. (2018). Auricular acupuncture as an adjunct for pain management during first trimester abortion: A randomized, double-blinded, three arm trial. *Contraception, 99*(3), 143-147.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Oviedo, J.D., Marquez, E., Gold, M.A., & Westhoff, C.L. (2021). Auricular acupressure and auricular acupuncture as an adjunct for pain management during first trimester aspiration abortion: A randomized, double-blinded, three-arm trial. *Contraception 103*(5), 342-347.

Qian, J., Sun, S., Wang, M., & Yu, X. (2023). Nonpharmacological pain management interventions in medical and surgical abortion: A scoping review. *International Journal of Nursing Practice, 29*(2), e13056.

Rawling, M. J., & Wiebe, E. R. (2001). A randomized controlled trial of fentanyl for abortion pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 185*, 103-107.

Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A.B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception, 81*, 372-388.

Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A., & Tilak, V. (2012). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. *Contraception, 85*(3), 299-303.

Romero, I., Turok, D., & Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception, 77*(1), 56-59.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). Best practice in abortion care. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Sarker, R. R., Begum, S. A., Mahmud, T., Sultana, Z., Parvin, P. A., Faruq, M., & Khanom, A. (2024). Comparative Study between Paracervical Block and Non-Steroidal Anti Inflammatory Drug for Relief of Pain during Manual Vacuum Aspiration Procedure. *Mymensingh Medical Journal: MMJ, 33*(2), 440–445.

Singh, R. H., Ghanem, K. G., Burke, A. E., Nichols, M. D., Rogers, K., & Blumenthal, P. D. (2008). Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion. *Contraception, 78*(2), 155-161.

Suprapto, K., & Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 150*(8), 1000-1001.

Tschann, M., Salcedo, J., & Kaneshiro, B. (2016). Nonpharmacological pain control adjuncts during first-trimester aspiration abortion: A review. *Journal of Midwifery Women's Health, 61*(3), 331-338.

Tschann, M., Salcedo, J., Soon, R., & Kaneshiro, B. (2018). Patient choice of adjunctive nonpharmacologic pain management during first-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Contraception, 98*(3), 205-209.

Wang, Z., Chen, Y., Chen, C., Zhao, L., Chen, P., Zeng, L., & Xie, W. (2018). Pain management of surgical abortion using transcutaneous acupoint electrical stimulation: An orthogonal prospective study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 44*(7), 1235-1242.

Warr iner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet, 368*(9551), 1965-1972.

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 1050-1056.

Wiebe, E., Podhradsky, L., & Dijak, V. (2003). The effect of lorazepam on pain and anxiety in abortion. *Contraception, 67*(3), 219-221.

Wiebe, E. R., & Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 50*(1), 41-46.

Referencias bibliográficas continuado

Wilson, S. F., Gurney, E. P., Sammel, M. D., & Schreiber, C. A. (2016). Doulas for surgical management of miscarriage and abortion: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 216*(1), 44.e1-44.e6.

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction, 17*(5), 1222-1225.

Zhu, X., He, X., Fan, B., Liu, J., Wu, S., Wang, H., & Chen, C. (2022). Effect of propofol intravenous anesthesia combined with press-needle therapy on analgesic effect during painless abortion. *Computational and mathematical methods in medicine*, 6543211.

2.4 Manejo del dolor durante la dilatación y evacuación

Recomendación:

- Se recomienda el régimen combinado de bloqueo paracervical, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y analgésicos narcóticos con o sin ansiolíticos.
- Se debe ofrecer sedación intravenosa, si está disponible.
- Se debe comparar los riesgos más elevados de la anestesia general con los beneficios para la mujer.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Muy baja	2 de octubre de 2025

Anestesia local para el tratamiento del dolor

Una mayor duración del embarazo en el momento del aborto se asocia con puntuaciones de dolor más elevadas durante la dilatación y evacuación (D&E) (Dzuba et al., 2022). En gestaciones más avanzadas, la D&E requiere una mayor dilatación cervical preoperatoria y operatoria, una mayor duración de la intervención y una manipulación uterina más profunda.

Métodos de manejo del dolor

Existen pocos estudios comparativos sobre el manejo del dolor durante la D y E. Los estudios existentes examinan el manejo del dolor durante la colocación de dilatadores osmóticos antes de la D y E, el efecto de los medicamentos adyuvantes en el dolor post-procedimiento en personas que reciben anestesia general o sedación intravenosa profunda, o se centran en la seguridad de las estrategias de manejo del dolor durante la D y E mientras que las declaraciones de consenso internacional generalmente se centran en la cantidad mínima de anestesia con la cual se puede efectuar la D y E para garantizar acceso en unidades de salud de nivel más bajo (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

En los estudios que informan sobre programas de D y E, el manejo del dolor generalmente consiste en sedación intravenosa con una combinación de narcóticos y ansiolíticos, y un bloqueo paracervical (Altman et al., 1985; Castleman et al., 2006; Jacot et al., 1993). Ipas recomienda una combinación de bloqueo paracervical, AINE y analgésicos narcóticos con o sin ansiolíticos (Edelman y Kapp, 2017). Se debe ofrecer AINE, bloqueo paracervical y sedación intravenosa, si están disponibles (Jackson y Kapp, 2020; RCOG, 2022; OMS, 2024).

Anestesia local

Ver sección 2.5 Bloqueo paracervical.

Medicamentos

Ningún estudio ha evaluado la eficacia de los medicamentos por vía oral, intramuscular o intravenosa para manejar el dolor durante la D y E. Un estudio encontró que las participantes que recibieron el AINE intravenoso ketorolaco en combinación con sedación intravenosa profunda o anestesia general durante su procedimiento de D y E informaron dolor post-procedimiento significativamente menor que las personas que no recibieron el medicamento (Liu y Flink-Bochacki, 2020). Estos datos deben interpretarse con cuidado, ya que el estudio no fue diseñado para abordar esta comparación. Sin embargo, los estudios de aspiración endouterina han encontrado sistemáticamente que la administración pre-procedimiento de AINE por vía oral o intramuscular disminuye el dolor durante el procedimiento y después de éste (Braaten et al., 2013; Renner et al., 2010; Romero, Turok y Gilliam, 2008; Suprapto y Reed, 1984; Wiebe y Rawling, 1995).

Sedación intravenosa

Solo un ensayo clínico aleatorizado ha evaluado la eficacia de la sedación moderada intravenosa durante la D y E, y encontró que la sedación moderada con fentanilo y midazolam era significativamente más eficaz que el óxido nitroso inhalado para el manejo del dolor en mujeres entre 12 y 16 semanas de gestación que también recibieron ibuprofeno antes del procedimiento y bloqueo paracervical (Thaxton et al., 2018). Datos adicionales de estudios de la aspiración por vacío han encontrado que la sedación intravenosa utilizando una combinación de narcóticos y ansiolíticos es un medio eficaz para controlar el dolor y mejora la satisfacción con el procedimiento de aborto (Allen et al., 2009; Allen et al., 2006; Wells, 1992; Wong et al., 2002). Los estudios que han evaluado la seguridad de la sedación intravenosa con fentanilo y midazolam en combinación con el bloqueo paracervical durante la D y E, han encontrado tasas de complicaciones graves relacionadas con el procedimiento de menos del 1% (Racek, Chen y Creinin, 2010), y ningún evento adverso adicional relacionado con la anestesia (Gokhale et al., 2016; Wilson, Chen y Creinin, 2009; Wiebe et al., 2013). Un estudio aleatorizó a 126 participantes que recibieron fentanilo y midazolam para la D&E entre 14 y 19 semanas de gestación a un tratamiento adicional con gabapentina o un placebo. El estudio no encontró ninguna diferencia en el dolor máximo recordado entre los dos grupos; sin embargo, las mujeres que recibieron gabapentina tuvieron menos dolor intraoperativo e informaron mayor satisfacción (Brant et al., 2022). La sedación intravenosa profunda con propofol y sin intubación es segura y tiene pocas complicaciones en el ámbito ambulatorio, sin riesgo de aspiración pulmonar (Aksel et al., 2018; Dean et al., 2011; Gokhale et al., 2016; Mancuso et al., 2017).

Al administrar sedación intravenosa aumenta el costo, la complejidad y los posibles riesgos del procedimiento de aborto, y se requiere un/a prestador/a de servicios capacitado/a con equipo para el monitoreo de las pacientes (Cansino et al., 2021). Dado que la administración de sedación intravenosa de manera segura requiere un mayor grado de monitoreo, el establecimiento de salud debe invertir en personal, capacitación y equipo para ello. Para obtener más información sobre la definición de los niveles de sedación, incluida la anestesia general, ver Anexo B: *Continuum de profundidad de sedación: definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia.*

Anestesia general

Aunque la anestesia general es una manera eficaz de controlar el dolor durante el procedimiento, también aumenta el costo, la complejidad y los posibles riesgos asociados con el aborto, y no se recomienda para procedimientos de rutina (Atrash, Cheek y Hogue, 1988; Bartlett et al., 2004; MacKay, Schulz y Grimes, 1985; RCOG, 2022; OMS, 2024). Para obtener más información sobre la definición de los niveles de sedación, incluida la anestesia general, ver Anexo B: *Continuum de profundidad de sedación: definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia.*

Manejo no farmacológico del dolor

El uso de medicamentos para el dolor y bloqueo paracervical se debe complementar con técnicas de apoyo para disminuir el dolor y la ansiedad. Algunas estrategias que pueden ser útiles son: educar a la paciente sobre

qué esperar durante el procedimiento; realizar el procedimiento en un entorno limpio y privado con personal que brinde apoyo; brindar apoyo verbal; utilizar una técnica suave y eficaz; y aplicar una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente sobre el abdomen bajo en la sala de recuperación (Akin et al., 2001).

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Anexo A: Tabla de medicamentos para el manejo del dolor

Anexo B: Continuum de profundidad de sedación: definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia

Referencias bibliográficas

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97*, 343-349.

Aksel, S., Lang, L., Steinauer, J. E., Drey, E. A., Lederle, L., Sokoloff, A., & Carlisle, A. S. (2018). Safety of Deep Sedation Without Intubation for Second-Trimester Dilation and Evacuation. *Obstetrics & Gynecology, 132*(1), 171-178.

Allen, R.H., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., Lasic, M., & Goldberg, A. (2009). Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 113*(2Pt1), 276-283.

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception, 74*(5), 407-413.

Altman, A. M., Stubblefield, P. G., Schlam, J. F., Loberfeld, R., & Osathanondh, R. (1985). Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *The Journal of Reproductive Medicine, 30*(8), 601-606.

Atrash, H., Cheek, T., & Hogue, C. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 158*(2), 420.

Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S., & Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology, 103*, 729-739.

Braaten, K.P., Hurwitz, S., Fortin, J., & Goldberg, A.B. (2014). Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception, 89*(2), 116-121.

Brant, A. R., Reeves, M. F., Ye, P. P., Scott, R. K., Floyd, S., Tefera, E., & Lotke, P. S. (2023). Gabapentin as an adjunct for pain management during dilation and evacuation: A double-blind randomized controlled trial. *Contraception, 118*.

Cansino, C., Denny, C., Carlisle, A.S., & Stubblefield, P. (2021). Society of Family Planning clinical recommendations: Pain control in surgical abortion part 2-Moderate sedation, deep sedation, and general anesthesia. *Contraception, 104*(6), 583-592.

Castleman, L. D., Oanh, K. T. H., Hyman, A. G., Thuy, L. T., & Blumenthal, P. D. (2006). Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception, 74*, 272-276.

Dean, G., Jacobs, A. R., Goldstein, R. C., Gevirtz, C. M., & Paul, M. E. (2011). The safety of deep sedation without intubation for abortion in the outpatient setting. *Journal of Clinical Anesthesia, 23437*-442.

Dzuba, I.G., Chandrasekaran, S., Fix, L., Blanchard, K., & King, E. (2022). Pain, side effects, and abortion experience among people seeking abortion care in the second trimester. *Women's Health Reports, 3.1*, 533-542.

Edelman, A., & Kapp, N. (2017). Dilatation and evacuation (D&E) reference guide: *Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Referencias bibliográficas continuado

Gokhale, P., Lappen, J. R., Waters, J. H., & Perriera, L. K. (2016). Intravenous Sedation Without Intubation and the Risk of Anesthesia Complications for Obese and Non-Obese Women Undergoing Surgical Abortion: A Retrospective Cohort Study. *Anesthesia and Analgesia, 122*(6), 1957-1962.

Jacot, F. R. M., Poulin, C., Bilodeau, A. P., Morin, M., Moreau, S., Gendron, F., & Mercier, D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: No increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 168*(2), 633-637.

Jackson, E., & Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 127*,1348-1357.

Liu, S.M, & Flink-Bochacki, R. (2021). A single-blinded randomized controlled trial evaluating pain and opioid use after dilator placement for second-trimester abortion. *Contraception, 103*(3), 171-177 .

MacKay, H. T., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1985). Safety of local versus general anesthesia for second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics & Gynecology, 66*, 661-665.

Mancuso, A. C., Lee, K., Zhang, R., Hoover, E. A., Stockdale, C., & Hardy-Fairbanks, A. J. (2017). Deep sedation without intubation during second trimester surgical termination in an inpatient hospital setting. *Contraception, 95*, 288-291.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Racek, C. M., Chen, B. A., & Creinin, M. D. (2010). Complication rates and utility of intravenous access for surgical abortion procedures from 12 to 18 weeks of gestation. *Contraception, 82*, 286-290.

Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A.B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception, 81*, 372-388.

Romero, I., Turok, D., & Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception, 77*(1), 56-59.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Siddiqui, K. M., & Chohan, U. (2007). Tramadol versus nalbuphine in total intravenous anaesthesia for dilatation and evacuation. *Journal of the Pakistani Medical Association, 57*(2), 67-70.

Suprapto, K., & Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 150*(8), 1000-1001.

Thaxton, L., Pitotti, J., Espey, E., Teal, S., Sheeder, J. & Singh, R.H. (2018). Nitrous oxide compared with intravenous sedation for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 132*, 1182-7.

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 1050-1056.

Wiebe, E. R., Byczko, B., Kaczorowski, J., & McLane, A. L. (2013). Can we safely avoid fasting before abortions with low-dose procedural sedation? A retrospective cohort chart review of anesthesia-related complications in 47,748 abortions. *Contraception, 87*, 51-54.

Wiebe, E. R., & Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 50*(1), 41-46.

Wilson, L. C., Chen, B. A., & Creinin, M. D. (2009). Low-dose fentanyl and midazolam in outpatient surgical abortion up to 18 weeks of gestation. *Contraception, 79*, 122-128.

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction, 17*(5), 1222-1225.

2.5

2. Manejo del dolor

Bloqueo paracervical

Recomendación:

- El bloqueo paracervical con anestesia local es un método eficaz del manejo del dolor y debe ser parte de todos los procedimientos de aspiración por vacío, colocación de dilatadores osmóticos, y dilatación y evacuación (D y E).
- Muchos tipos de trabajadores de salud, tales como profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, enfermeras, parteras, profesionales de medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería y enfermeras obstetras auxiliares, pueden colocar el bloqueo paracervical de manera segura y eficaz.
- El bloqueo paracervical no es eficaz para manejar el dolor asociado con la expulsión fetal durante el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación.
- Se recomienda colocar el bloqueo paracervical compuesto de 20 ml de solución de lidocaína al 1%, inyectada a una profundidad de 3 cm. Si no se dispone de solución de lidocaína al 1%, ésta se puede sustituir con 10 ml de lidocaína al 2%, aunque la evidencia que corrobora el uso de lidocaína al 2% es escasa. Se debe utilizar la técnica de inyección de dos puntos o de cuatro puntos paracervicales.

En la práctica:

- Se debe utilizar el bloqueo paracervical para los procedimientos de evacuación endouterina efectuados tanto para inducir el aborto como para la atención postaborto.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Alta	2 de octubre de 2025

Local anesthesia for pain management

A longer duration of pregnancy at the time of abortion is associated with higher reported pain scores during dilatation and evacuation (D&E) (Dzuba et al., 2022). At later gestations, D&E requires more preoperative and operative cervical dilation, longer procedure times and deeper uterine manipulation.

Anestesia local para el manejo del dolor

Aspiración por vacío

En una revisión sistemática realizada en el año 2024, que evaluó el bloqueo paracervical para procedimientos de aborto, se encontró que el bloqueo paracervical disminuyó el dolor durante la dilatación cervical y la aspiración endouterina, aunque no el dolor post-procedimiento, cuando se comparó con el grupo placebo o sin anestesia (Renner et al., 2024). En el estudio de la mejor calidad disponible sobre el uso del bloqueo paracervical durante la aspiración por vacío, 120 mujeres en proceso de aborto antes de las 11 semanas de gestación fueron seleccionadas al azar para recibir un bloqueo paracervical compuesto de 20 ml de solución de lido-

caína al 1% tamponada con bicarbonato de sodio e inyectada a una profundidad de tres centímetros en cuatro puntos paracervicales, o una inyección simulada, la cual consistió en tocar la unión cervicovaginal con una aguja tapada para simular la administración de bloqueo paracervical. Las participantes que recibieron bloqueo paracervical sintieron menos dolor durante la dilatación y aspiración en comparación con aquéllas que recibieron la inyección simulada (Renner et al., 2012). Una inyección más profunda de anestésico (3 cm) mejora el manejo del dolor, comparada con una inyección superficial (1.5 cm) (Cetin y Cetin, 1997; Renner et al., 2010). Un ensayo controlado aleatorizado realizado posteriormente encontró que agregar bicarbonato de sodio (1 ml de 8.4% de bicarbonato de sodio por cada 10 ml de solución anestésica) a un bloqueo paracervical que contiene 1% de lidocaína, no disminuyó el dolor durante la inyección o durante la dilatación cervical, comparado con lidocaína sola (Chin et al., 2020). No está claro si la técnica de inyección en cuatro puntos es superior a la técnica de inyección en dos puntos. En un ensayo aleatorizado, la técnica en cuatro puntos fue superior a la técnica en dos puntos; sin embargo, las diferencias en el dolor fueron pequeñas (Renner et al., 2016). En otro ensayo aleatorizado, no se encontraron diferencias en dolor entre la técnica de inyección en dos puntos y la técnica en cuatro puntos (Glantz y Shomento, 2001). No es necesario esperar entre la inyección y la dilatación cervical, ya que esto no mejora el control del dolor (Phair, Jensen y Nichols, 2002; Renner et al., 2016; Wiebe y Rawling, 1995).

No está claro si el volumen de anestésico administrado influye para aliviar el dolor. Un ensayo aleatorizado con 114 personas a quienes se les practicó la aspiración endouterina no encontró ninguna diferencia en el dolor reportado cuando las personas recibieron un bloqueo paracervical de 40 ml de solución de lidocaína al 0.5% o de 20 ml al 1% (Crouthamel et al., 2022), mientras que dos estudios observacionales con significativas variables confusas muestran que las personas que recibieron un bloqueo de 20 ml informaron menores puntajes de dolor que aquéllas que recibieron un bloqueo de 10 ml (Allen et al., 2006; Wiebe, 1992). El/La prestador/a de servicios debe evitar la inyección intravascular accidental para limitar una posible toxicidad de lidocaína relacionada con la dosis (Lau et al., 1999) y posiblemente prefiera la técnica de inyección en dos puntos cuando utilice un menor volumen de anestésico.

En personas que reciben sedación profunda para el manejo del dolor, no está claro si colocar el bloqueo paracervical ofrece un beneficio adicional (Kan, Ng y Ho, 2004; Renner et al., 2010; Wells, 1992; Wong et al., 2002). Cuando se utiliza la anestesia general, colocar el bloqueo paracervical no ofrece ningún beneficio adicional (Hall et al., 1997; Renner et al., 2010).

Dilatación y evacuación

Ningún estudio ha evaluado el bloqueo paracervical para el manejo del dolor durante el procedimiento de D y E sin sedación o anestesia simultánea. Un ensayo clínico aleatorizado examinó el uso del bloqueo paracervical durante la D y E cuando las mujeres también recibieron sedación profunda o anestesia general; el agregar bloqueo paracervical no alivió el dolor postoperatorio (Lazenby, Fogelson y Aeby, 2009). La recomendación de colocar el bloqueo paracervical para la D y E ha sido extrapolada de datos de estudios sobre la aspiración por vacío y dos ensayos controlados aleatorizados que evaluaron el manejo del dolor durante la colocación de dilatadores osmóticos antes de la D y E. En uno de los ensayos participaron 41 personas y se encontró que el dolor disminuyó de manera significativa durante la colocación de dilatadores osmóticos cuando se utilizó el bloqueo paracervical (Soon et al., 2017). En el otro ensayo participaron 91 personas y se encontró que un menor volumen de anestésico (12 ml de lidocaína al 1%) no era inferior a un mayor volumen (20 ml de lidocaína al 1%) en el manejo del dolor relacionado con la colocación de dilatadores osmóticos (Shaw et al., 2021).

Aborto con medicamentos

Ningún estudio ha evaluado el uso del bloqueo paracervical para el manejo del dolor durante el aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación. Dos estudios examinaron el uso del bloqueo paracervical durante el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación, y no encontraron ningún mejoramiento en el dolor (Andersson et al., 2016; Winkler et al., 1997).

¿Quiénes pueden colocar el bloqueo paracervical?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace recomendaciones para la prestación de servicios de aspir-

ación endouterina, que abarcan la administración rutinaria del bloqueo paracervical (OMS, 2024). Los trabajadores de salud con habilidades para efectuar un procedimiento transcervical y un examen pélvico bimanual para diagnosticar embarazo y determinar la edad gestacional basada en el tamaño uterino, pueden ser capacitados para efectuar la aspiración por vacío con bloqueo paracervical. La OMS afirma que la aspiración endouterina está dentro del alcance de práctica de profesionales médicos especialistas y generalistas; y recomienda la provisión de aspiración por vacío por profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras y enfermeras, basándose en evidencia con certeza moderada de la seguridad y eficacia. A raíz de evidencia con baja certeza de la seguridad y eficacia, se recomienda que profesionales de medicina tradicional y complementaria proporcionen la aspiración endouterina, y la OMS sugiere que auxiliares de enfermería y enfermeras obstetras auxiliares posiblemente sean capaces de efectuar la aspiración en ámbitos donde proporcionan cuidados obstétricos de emergencia básicos (OMS, 2024). Para obtener más información sobre quiénes pueden efectuar tareas específicas relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Técnica

Para obtener más información sobre la técnica de bloqueo paracervical, ver el Anexo C: *Bloqueo paracervical, material auxiliar.*

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Anexo A: Tabla de medicamentos para el manejo del dolor

Anexo B: Continuum de profundidad de sedación: definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia

Anexo D: Técnica de bloqueo paracervical, material auxiliar

Videos sobre servicios de aborto—Ipas: Cómo colocar el bloqueo paracervical

Referencias bibliográficas

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception, 74*(5), 407-413.

Andersson, I. M., Benson, L., Christensson, K., & Gemzell-Danielsson, K. (2016). Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: An RCT with bupivacaine versus sodium chloride. *Human Reproduction, 31*(1), 67-74.

Cetin, A., & Cetin, M. (1997). Effect of deep injections on local anesthetics and basal dilatation of cervix in management of pain during legal abortions. A randomized, controlled study. *Contraception, 56*, 85-87.

Chin, J., Kaneshiro, B., Elia, J., Raidoo, S., Savala, M. & Soon R. (2020). Buffered lidocaine for paracervical blocks in first-trimester abortions: a randomized controlled trial. *Contraception X, 18*(2), 100044.

Crouthamel, B., Economou, N., Averback, S., Rible, R., Kully, G., Meckstroth, K., & Mody, S. (2022). Effect of paracervical block volume on pain control for dilation and aspiration: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 140*(2), 234-242.

Glantz, J. C., & Shomento, S. (2001). Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 72*, 171-8.

Referencias bibliográficas continuado

Hall, G., Ekblom, A., Persson, E., & Irestedt, L. (1997). Effects of prostaglandin treatment and paracervical blockade on postoperative pain in patients undergoing first trimester abortion in general anesthesia. *Acta Obstetricia y Gynecologia Scandinavia, 76*, 868-872.

Kan, A. S., Ng E. H., & Ho, P. C. (2004). The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for first-trimester pregnancy termination. *Contraception, 70*, 159-163.

Lau, W. C., Lo, W. K., Tam, W. H., & Yuen, P. M. (1999). Paracervical anesthesia in outpatient hysteroscopy: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 106*(4), 356-9.

Lazenby, G. B., Fogelson, N. S., & Aeby, T. (2009). Impact of paracervical block on postabortion pain in patients undergoing abortion under general anesthesia. *Contraception, 80*(6), 578-582.

O'Connell, K., Jones, H. E., Simon, M., Saporta, V., Paul, M., & Lichtenberg, E. S. (2009). First-trimester surgical abortion practices: A survey of National Abortion Federation members. *Contraception, 79*: 385–392.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Phair, N., Jensen, J. T., & Nichols, M. (2002). Paracervical block and elective abortion: The effect on pain of waiting between injection and procedure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 186*, 1304-1307.

Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A. (2010). Pain control in first trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception, 81*, 372-388.

Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H., & Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 119*(5), 1030-1037.

Renner, R. M., Edelman, A. B., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Lim J. Y., & Bednarek, P. H. (2016). Refining paracervical block techniques for pain control in first trimester surgical abortion: A randomized controlled noninferiority trial. *Contraception, 95*(5), 461-466.

Renner, R.-M., Ennis, M., McKercher, A. E., Henderson, J.T., & Edelman, A. (2024). Local anaesthesia for pain control in first trimester surgical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024*(2), CD006712.

Shaw, K.A., Lerma, K., Hughes, T., Hastings, C., Fok, W.K., & Blumenthal, P.D. (2021). A comparison of paracervical block volumes before osmotic dilator placement: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 138*(3), 443-448.

Soon, R., Tschann, M., Salcedo, J., Stevens, K., Ahn, H. J., & Kaneshiro, B. (2017). Paracervical block for laminaria insertion before second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 130*, 387-392.

Wiebe, E. R. (1992). Comparison of the efficacy of different local anesthetics and techniques of local anesthesia in therapeutic abortion. A*merican Journal of Obstetrics & Gynecology, 167*, 131-4.

Winkler, M., Wolters, S., Funk, A., & Rath, W. (1997). Second trimester abortion with vaginal gemeprost-improvement by paracervical anesthesia? *Zentralblatt fur Gynakologie, 119*, 621-624.

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing, 17*(9), 1050-1056.

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double-blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction, 17*, 1222-1225.

3.1 Adolescentes: Seguridad y eficacia

Recomendación:

- La aspiración por vacío y el aborto con medicamentos en adolescentes son seguros y eficaces y deberían ofrecerse como métodos de aborto inducido.
- Se debe considerar la preparación del cérvix en adolescentes antes de la aspiración por vacío.
- Las adolescentes deben poder acceder a los servicios de aborto seguro sin demora.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Moderada	6 de octubre de 2025

Adolescentes y aborto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescentes como personas entre las edades de 10 y 19 años, y personas jóvenes como de 20 a 24 años de edad. Las adolescentes enfrentan barreras para obtener servicios de aborto seguro y buscan servicios de aborto a una edad gestacional más avanzada que las personas adultas (Jatlaoui et al., 2017; Sowmini, 2013). Las adolescentes corren mayor riesgo de presentar complicaciones después de un aborto inseguro por la demora en buscar y recibir asistencia, por buscar atención de prestadores de servicios no calificados, o por no buscar atención médica cuando surgen complicaciones (Espinoza, Samandari y Andersen, 2020; Fatusi et al., 2021; Keogh et al., 2021; Olukoya et al., 2001). Según las estimaciones del Instituto Guttmacher, en 2019 5.7 millones de adolescentes de 15 a 19 años de edad, que vivían en países de bajos y medianos ingresos, tuvieron embarazos que terminaron en abortos, la mayoría inseguros (Sully et al., 2020). Disminuir las barreras a los servicios de aborto podría ser beneficioso para las adolescentes y jóvenes en particular.

Cuando las adolescentes reciben servicios de aborto seguro, tienen menos complicaciones que las personas adultas. En un extenso estudio de cohorte retrospectivo realizado en Estados Unidos, que capturó todas las complicaciones en un plazo de seis semanas de 54,911 abortos quirúrgicos y abortos con medicamentos, de todos los grupos de edad, las adolescentes presentaron la tasa más baja de complicaciones relacionadas con el aborto: el 1.5%, (Upadhyay et al., 2015). Los resultados no fueron estratificados por método de evacuación endouterina, trimestre o tipo de complicación.

Aspiración por vacío

Eficacia

Las tasas de eficacia de la aspiración por vacío no han sido desagregadas por edad. En estudios que reportan datos para las adolescentes y mujeres adultas de manera conjunta, las tasas de aborto incompleto y aborto fallido fueron menores al 1% (Upadhyay et al., 2015; Warriner et al., 2006; Weitz et al., 2013). En una revisión sistemática realizada en el año 2014, que incluyó 25 ensayos clínicos aleatorizados y observacionales que documentaron los servicios de aborto proporcionados a adolescentes y jóvenes, se concluyó que el aborto, incluida la aspiración por vacío, es seguro y eficaz, aunque no se informaron tasas de eficacia específicas (Renner, de Guzman y Brahmi, 2014).

Seguridad

En un extenso estudio de cohorte prospectivo multicéntrico realizado en Estados Unidos, con 164,000 mujeres en proceso de interrupción legal del embarazo, 50,000 de ellas adolescentes, se encontró que las tasas de mortalidad y morbilidad grave fueron más bajas en adolescentes comparadas con mujeres adultas (Cates Jr., Schulz y Grimes, 1983). La tasa de mortalidad fue de 1.3 por cada 100,000 en mujeres menores de 20 años de edad, comparada con 2.2 por cada 100,000 en mujeres de 20 años o más. Los eventos adversos serios, tales como la necesidad de una cirugía mayor, hemorragia que necesitó ser tratada con transfusión, y perforación uterina, fueron menos frecuentes en mujeres menores de 20 años de edad. Sin embargo, la edad de 17 años o menos se asoció con mayores tasas de lesión cervical, aun después de controlar la variable de nuliparidad (5.5 por cada 1000 comparada con 1.7 por cada 1000 en mujeres de 30 años o más, riesgo relativo 1.9, IC del 95% 1.2, 2.9) (Cates et al., 1983; Renner et al., 2014; Schulz, Grimes y Cates, 1983). Para disminuir este riesgo, se debe considerar la preparación cervical en las adolescentes antes de la aspiración por vacío (Allen y Goldberg, 2016; OMS, 2024).

Aceptabilidad

Se carece de datos estratificados por edad sobre la aceptabilidad de la aspiración por vacío entre adolescentes (Renner et al., 2014).

Aborto con medicamentos

Eficacia

Las tasas de eficacia de la aspiración por vacío no han sido desagregadas por edad. En estudios que reportan datos para las adolescentes y mujeres adultas de manera conjunta, las tasas de aborto incompleto y aborto fallido fueron menores al 1% (Upadhyay et al., 2015; Warriner et al., 2006; Weitz et al., 2013). En una revisión sistemática realizada en el año 2014, que incluyó 25 ensayos clínicos aleatorizados y observacionales que documentaron los servicios de aborto proporcionados a adolescentes y jóvenes, se concluyó que el aborto, incluida la aspiración por vacío, es seguro y eficaz, aunque no se informaron tasas de eficacia específicas (Renner, de Guzman y Brahmi, 2014).

Seguridad

En un extenso estudio de cohorte prospectivo multicéntrico realizado en Estados Unidos, con 164,000 mujeres en proceso de interrupción legal del embarazo, 50,000 de ellas adolescentes, se encontró que las tasas de mortalidad y morbilidad grave fueron más bajas en adolescentes comparadas con mujeres adultas (Cates Jr., Schulz y Grimes, 1983). La tasa de mortalidad fue de 1.3 por cada 100,000 en mujeres menores de 20 años de edad, comparada con 2.2 por cada 100,000 en mujeres de 20 años o más. Los eventos adversos serios, tales como la necesidad de una cirugía mayor, hemorragia que necesitó ser tratada con transfusión, y perforación uterina, fueron menos frecuentes en mujeres menores de 20 años de edad. Sin embargo, la edad de 17 años o menos se asoció con mayores tasas de lesión cervical, aun después de controlar la variable de nuliparidad (5.5 por cada 1000 comparada con 1.7 por cada 1000 en mujeres de 30 años o más, riesgo relativo 1.9, IC del 95% 1.2, 2.9) (Cates et al., 1983; Renner et al., 2014; Schulz, Grimes y Cates, 1983). Para disminuir este riesgo, se debe considerar la preparación cervical en las adolescentes antes de la aspiración por vacío (Allen y Goldberg, 2016; OMS, 2024).

Aceptabilidad

Se carece de datos estratificados por edad sobre la aceptabilidad de la aspiración por vacío entre adolescentes (Renner et al., 2014).

Aborto con medicamentos

Eficacia

Los ensayos clínicos y estudios de cohorte han mostrado que las jóvenes tienen similares (Haimov-Kochman et al., 2007; Heikinheimo, Leminen y Suhonen, 2007) o mayores (Niinimäki et al., 2011; Shannon et al., 2006) tasas de eficacia cuando usan mifepristona y misoprostol para inducir el aborto con medicamentos, compara-

das con mujeres adultas. Un extenso estudio de cohorte retrospectivo y poblacional realizado en Finlandia, que comparó 3024 adolescentes con 24,006 mujeres adultas con embarazo de hasta 20 semanas de gestación, encontró que el riesgo de evacuación endouterina quirúrgica después del aborto con medicamentos era significativamente menor en adolescentes (Niinimäki et al., 2011).

En un estudio de cohorte prospectivo, que incluyó a mujeres jóvenes, la tasa de eficacia del régimen de misoprostol solo para inducir el aborto con medicamentos fue la misma para jóvenes y adultas (Bugalho et al., 1996). En dos estudios de cohorte prospectivos de aborto inducido con misoprostol solo, se inscribieron exclusivamente adolescentes; la tasa de eficacia en ambos estudios fue el equivalente a la tasa informada en ensayos clínicos con mujeres adultas (Carbonell et al., 2001; Velazco et al., 2000).

Seguridad

El estudio de cohorte retrospectivo y poblacional finlandés mencionado anteriormente encontró que las tasas de complicaciones después del aborto con medicamentos entre adolescentes eran similares o menores que las tasas entre mujeres adultas, aun cuando se controló la variable de nuliparidad. En este estudio, las adolescentes presentaron una incidencia significativamente menor de hemorragia, aborto incompleto y necesidad de evacuación endouterina quirúrgica. Las tasas de infección postaborto fueron similares entre adolescentes y mujeres adultas, a pesar de que las adolescentes en la población presentaron mayores tasas de infección por clamidia (Niinimäki, et al., 2011). En estudios del régimen de misoprostol solo para inducir el aborto con medicamentos que incluyeron adolescentes, las adolescentes no presentaron mayores tasas de resultados adversos, comparadas con las mujeres adultas (Carbonell et al., 2001; Velazco et al., 2000).

Aceptabilidad

Un estudio finlandés comparó la experiencia de dolor de 56 adolescentes en proceso de tener un aborto con medicamentos con la de 76 mujeres adultas, y encontró que ambos grupos experimentaron un dolor similar y que más de la mitad de todas las participantes tuvieron dolor intenso (Kemppainen et al., 2020). No obstante, la satisfacción con la atención recibida fue alta tanto en el grupo de adolescentes como en el de adultas: el 90% de las participantes afirmaron que volverían a elegir el aborto con medicamentos. En un pequeño estudio no comparativo con 28 adolescentes de 14 a 17 años de edad, que usaron el régimen combinado de mifepristona y misoprostol para inducir el aborto con medicamentos, el 96% encontró que el aborto con medicamentos es aceptable y el 79% informó satisfacción con el procedimiento a las cuatro semanas de seguimiento (Phelps, Schaff y Fielding, 2001).

Resultados perinatales posteriores

Tres estudios han examinado los resultados perinatales en embarazos en adolescentes y jóvenes que han tenido un aborto anterior. Un estudio de cohorte retrospectivo, realizado en Estados Unidos, comparó 654 partos de adolescentes nulíparas con 102 partos de adolescentes que habían tenido un aborto anterior (van Veen, Haeri y Baker, 2015); el otro estudio de cohorte retrospectivo, realizado en Alemania, incluyó 7845 partos de adolescentes nulíparas y 211 partos de adolescentes con un aborto inducido anterior (Reime, Schucking y Wenzlaff, 2008); el tercer estudio de casos y controles, realizado en Hong Kong, comparó 118 partos de adolescentes que habían tenido uno o más abortos anteriores con 118 controles agrupadas por edad y paridad (Lao y Ho, 1998). Los estudios realizados en Estados Unidos y Hong Kong no encontraron diferencias en resultados perinatales adversos entre los grupos del estudio. Después de ajustar por factores confusos, el estudio alemán encontró mayor riesgo de lactantes con un peso muy bajo al nacer entre las adolescentes que habían tenido un aborto anterior. En ninguno de estos estudios se especificó el método de aborto, ni si se realizó la preparación cervical preoperatoria.

Referencias bibliográficas

Allen, R., & Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Clinical Guideline 20071: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception, 93*(4), 277-291.

Bugalho, A., Faundes, A., Jamisse, L., Usfa, M., Maria, E., & Bique, C. (1996). Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion. *Contraception, 53*(4), 243-246.

Cates Jr, W., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1983). The risks associated with teenage abortion. *New England Journal of Medicine, 309*(11), 621-624.

Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., & Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 6(*1), 39-45.

Espinoza, C., Samandari, G., & Andersen, K. (2020). Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: A review of the literature. *Sexual and Reproductive Health Matters, 28*(1), 175-195.

Fatusi, A., Riley, T., Kayembe, P.K., & Mabika, C. (2021). Unintended pregnancy, induced abortion and abortion care-seeking experiences among adolescents in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: A cross-sectional review. *BMJ Open, 11*(9), e044682.

Haimov-Kochman, R., Arbel, R., Sciaky-Tamir, Y., Brzezinski, A., Laufer, N., & Yagel, S. (2007). Risk factors for unsuccessful medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica, 86*(4), 462-466.

Heikinheimo, O., Leminen, R., & Suhonen, S. (2007). Termination of early pregnancy using flexible, low-dose mifepristone–misoprostol regimens. *Contraception, 76*(6), 456-460.

Jatloui, T. C., Shah, J., Mandel, M. G., Krashin, J. W., Suchdev, D. B., Jamieson, D. J., & Pazol, K. (2017). Abortion surveillance-United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries, 66*(24), 1-48.

Kemppainen, V., Mentula, M., Palkama, V., & Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstetricia y Gyncologica Scandinavica, 99*(12), 1603-1610.

Keogh, S.C., Otupiri, E., Castillo, P.W., Li, N.W., Apenkwa, J., & Polis, C.B. (2021). Contraceptive and abortion practices of young Ghanian women aged 15-24: Evidence from a nationally representative sample. *Reproductive Health, 18*(1), 150.

Lao, T. T., & Ho, L. F. (1998). Induced abortion is not a cause of subsequent preterm delivery in teenage pregnancies. Human Reproduction, 13(3), 758-761.

Niinimäki, M., Suhonen, S., Mentula, M., Hemminki, E., Heikinheimo, O., & Gissler, M. (2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: A population register based study. *BMJ: British Medical Journal, 342*, d2111.

Olukoya, A., Kaya, A., Ferguson, B., & AbouZahr, C. (2001). Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75*(2), 137-147.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Phelps, R. H., Schaff, E. A., & Fielding, S. L. (2001). Mifepristone abortion in minors. *Contraception, 64*(6), 339-343.

Reime, B., Schucking, B. A., & Wenzlaff, P. (2008). Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth, 8*(4).

Renner, R. M., de Guzman, A., & Brahmi, D. (2014). Abortion care for adolescent and young women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 126*, 1-7.
Schulz, K., Grimes, D., & Cates, W. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet, 321*(8335), 1182-1185.

Shannon, C., Wiebe, E., Jacot, F., Guilbert, E., Dunn, S., Sheldon, W., & Winikoff, B. (2006). Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: A randomized trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113*(6), 621-628.

Sowmini, S.V. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters, 21*(41), 243-250.

Sully, E.A., Biddlecom, A., Darroch, J.E., Riley, T., Ashford, L.S., Lince-Deroche, N., Firestein, L., & Murro, R. (2020). *Adding it up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute.

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*(1), 175-83.

Referencias bibliográficas continuado

Van Veen, T. R., Haeri, S., & Baker, A. M. (2015). Teen pregnancy: Are pregnancies following an elective termination associated with increased risk for adverse perinatal outcomes? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 28*, 530-532.

Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., Chami, S., ... Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 5*, 227-233.

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomized controlled equivalence trial. *The Lancet, 368*(9551), 1965-1972.

Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F., & Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health, 103*(3), 454-461.

3.2

3. Aborto antes de las 13 semanas de gestación

Determinación de la edad gestacional

Recomendación:

- La edad gestacional se debe determinar antes de la prestación de servicios de aborto.
- Si la persona está segura de la fecha de su última menstruación (FUM), la edad gestacional puede calcularse usando la FUM solamente.
- Cuando hay incertidumbre clínicamente relevante sobre el cálculo de la edad gestacional usando la FUM solamente, ésta se debe determinar utilizando la FUM aproximada combinada con el examen pélvico bimanual; el ultrasonido puede ser útil cuando no está claro cuál es la edad gestacional o cuando hay discrepancia entre los dos cálculos.
- No es necesario el uso rutinario de ultrasonido para determinar la edad gestacional.

En la práctica:

- El examen bimanual es un paso rutinario antes de efectuar procedimientos intrauterinos y se debe realizar antes de todo procedimiento de aspiración endouterina, aun cuando no esté indicado para la determinación de la edad gestacional.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Moderada	7 de octubre de 2025

Importancia de la determinación de la edad gestacional

La edad gestacional del embarazo influye en el método de aborto y en determinar si el aborto se puede realizar en la casa o en un establecimiento de salud. Hay múltiples maneras de determinar la edad gestacional, entre ellas la FUM, el examen clínico del tamaño uterino y el ultrasonido. El uso de la FUM, solo o en combinación con una herramienta validada, tal como una rueda para determinar la edad gestacional o una lista de verificación, les permite a las personas determinar por sí mismas su edad gestacional (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). El tamizaje del embarazo ectópico realizado con ultrasonido en personas sin síntomas y sin factores de riesgo no es necesario antes del aborto con medicamentos (OMS, 2024); la incidencia de embarazo ectópico es menor en personas que buscan un aborto que en la población general (Duncan, Reynolds-Wright y Cameron, 2022). Para obtener más información, ver 3.3: *Recomendaciones para el aborto antes de 13 semanas de gestación: tamizaje del embarazo ectópico*.

FUM sola

Uso de la FUM por un profesional clínico para determinar la edad gestacional

La mayoría de las personas pueden recordar la fecha de su última menstruación (FUM) con razonable exactitud, independientemente de su nivel de escolaridad o de que acostumbren anotar su FUM (Averbach et al., 2018; Harper, Ellertson y Winikoff, 2002; Wegienka y Baird, 2005). Varios estudios han evaluado la exactitud

de la FUM por sí sola para determinar la edad gestacional, en comparación con cálculos realizados por medio del ultrasonido, antes del aborto con medicamentos (Blanchard et al., 2007; Bracken et al., 2011; Constant et al., 2017; Schonberg et al., 2014). En dos estudios con un total combinado de 833 mujeres, ambos estudios encontraron que el 12% de las mujeres elegibles para tener un aborto con medicamentos, según su FUM, había sobrepasado el límite de la edad gestacional determinado por el ultrasonido (Blanchard et al., 2007; Constant et al., 2017). Sin embargo, en el estudio más extenso disponible, solo el 3.3% de 4257 mujeres fueron clasificadas en este grupo cuando se utilizó un valor de rechazo de 63 días para determinar la elegibilidad para un aborto con medicamentos; un número aun menor de mujeres (1.2%) determinadas elegibles por FUM habían sobrepasado los 70 días de gestación (Bracken et al., 2011). Este estudio también examinó la precisión del cálculo de la edad gestacional por el/la prestador/a de servicios de salud por medio de la FUM combinada con el examen pélvico bimanual y encontró que, cuando se empleó este método para determinar la edad gestacional, la tasa de mujeres que fueron determinadas incorrectamente como elegibles para un aborto con medicamentos disminuyó del 3.3% al 1.6%. Un estudio con 660 mujeres que buscaban un aborto con medicamentos en Nepal comparó la edad gestacional determinada por la FUM con el cálculo por la FUM más el examen pélvico bimanual sin comparación con el ultrasonido (Averbach et al., 2018). Los investigadores encontraron alta concordancia (99%) entre las dos mediciones de la edad gestacional. Pocas mujeres en este estudio (6%) informaron duración del embarazo más allá del límite legal para el aborto con medicamentos en Nepal (gestación de 63 días), y los autores del estudio señalan que debido a las prácticas culturales relacionadas con la menstruación, las mujeres en Nepal podrían ser más conscientes de sus ciclos que las mujeres en otros lugares.

Dos estudios de cohorte prospectivos que informaron sobre la eficacia de la telemedicina para la prestación de servicios de aborto con medicamentos durante la pandemia por COVID-19 utilizaron solo la FUM referida para determinar su edad gestacional y su elegibilidad para un aborto con medicamentos (Aiken et al., 2021; Reynolds-Wright et al., 2021). Un estudio, realizado en Inglaterra, comparó una cohorte de 22,158 personas que recibieron un aborto con medicamentos tradicional pre-pandemia, que incluía una evaluación presencial y un ultrasonido de rutina, con una cohorte que recibió un aborto vía telemedicina (si tenían bajo riesgo de embarazo ectópico y la FUM referida por la mujer concordaba con una edad gestacional de menos de 10 semanas (n=18435) o un aborto con medicamentos tradicional si la mujer no reunía estos criterios (n=11549) (Aiken et al., 2021). Entre las dos cohortes no hubo diferencias con relación al éxito del tratamiento, eventos adversos serios e incidencia de embarazo ectópico; en la cohorte de telemedicina, se encontró que 11 personas (0.04%) tenían una edad gestacional superior a las 10 semanas esperadas. Todas lograron finalizar su aborto en su casa sin nungún incidente. Un estudio de cohorte escocés menos extenso siguió un protocolo de telemedicina similar, pero incluyó a participantes con un embarazo de hasta 12 semanas de gestación según la FUM referida por la mujer (Reynolds-Wright et al., 2021). De las 663 personas incluidas en la cohorte, se determinó la edad gestacional utilizando solo la FUM en el 79%; se realizó el ultrasonido para edad gestacional incierta en el 14% y para confirmar embarazo intrauterino en el 5%. En el 98% de los casos ocurrió un aborto completo y en menos del 1% de las mujeres ocurrió continuación del embarazo; el 2.4% de las mujeres buscó servicios adicionales, pero no se informaron eventos adversos serios.

Uso de la FUM para la autodeterminación de la edad gestacional

Cuando a las mujeres se les pide que determinen la edad gestacional o su elegibilidad para un aborto con medicamentos basándose en la FUM, una minoría de los cálculos de las mujeres difieren de los cálculos de su prestador/a de servicios. En el estudio realizado primero (Ellertson et al., 2000), el 10% de 173 mujeres en India que utilizaron una hoja de trabajo y su FUM para determinar su edad gestacional, creía que era elegible para un aborto con medicamentos, mientras que los prestadores de servicios determinaron que su embarazo había sobrepasado el límite de 56 días. En Nepal, el 13% de 3091 mujeres que utilizaron la FUM y una rueda modificada para calcular la edad gestacional, para determinar su elegibilidad para un aborto con medicamentos, con un límite de 63 días, tuvieron un cálculo incorrecto, comparado con el cálculo realizado por el/la prestador/a de servicios (Andersen et al., 2017). En Ghana, 770 mujeres utilizaron una rueda modificada para calcular la edad gestacional y la FUM para determinar si su embarazo tenía menos o más de 13 semanas de gestación (Shellenberg et al., 2017); cuando se comparó su cálculo con el cálculo realizado por el/la prestador/a de servicios,

el 3.6% de las mujeres creían incorrectamente que su embarazo tenía menos de 13 semanas de gestación. De estas mujeres, una mujer tenía 13 semanas de embarazo (0.1% de 770); 15 mujeres, 14 semanas (1.9%), siete, 16 semanas (0.9%); dos, 18 semanas y 22 semanas (0.3% cada una); y una mujer tenía 28 semanas de embarazo (0.1%). Un estudio realizado en Estados Unidos comparó la autodeterminación de la edad gestacional con las mediciones por ultrasonido en una cohorte de 1089 participantes que buscaban un aborto (Ralph et al., 2022). Usando su FUM, el 84% de las participantes que eran inelegibles para el aborto con medicamentos (utilizando el límite de 70 días) se identificaron correctamente como tal; en cambio, cuando se les preguntó si tenían más de 10 semanas de embarazo, la sensibilidad aumentó al 91%. La precisión fue la misma entre grupos de adolescentes, jóvenes adultas y adultas (Ralph et al., 2023). Dos estudios prospectivos estadounidenses evaluaron herramientas autoadministradas que investigaron factores que podrían producir cálculos incorrectos de la edad gestacional, tales como menstruación irregular o uso de anticoncepción, o indicar un posible embarazo ectópico, tales como dolor o sangrado inexplicados, además de utilizar la FUM para establecer la elegibilidad para el aborto con medicamentos (Kerstes et al., 2024; Ralph et al., 2025). En ambos estudios, menos del 2% de las participantes habrían sido identificadas incorrectamente como elegibles para el aborto con medicamentos utilizando la herramienta, cuando el ultrasonido o una evaluación clínica adicional las identificó como inelegibles.

FUM combinada con examen pélvico bimanual

El cálculo del prestador de servicios de salud basado en la referencia de las mujeres de su FUM y combinado con el examen pélvico bimanual, es un método exacto para determinar la edad gestacional antes del aborto (Bracken et al., 2011; Fielding, Schaff y Nam, 2002; Kaneshiro et al., 2011). Los dos ensayos clínicos más extensos que compararon el uso de la FUM y el examen pélvico bimanual con el uso del ultrasonido antes del aborto con medicamentos hasta 9 semanas de gestación, encontraron que a menos del 2% de casi 5000 mujeres incluidas se les habría ofrecido indebidamente un aborto con medicamentos cuando sobrepasó el límite de la edad gestacional si se hubiera dependido de la FUM y el examen pélvico bimanual para determinar la edad gestacional (Bracken et al., 2011; Fielding et al., 2002).

Dos pequeños estudios de cohorte examinaron la precisión del cálculo por examen pélvico bimanual, comparado con el cálculo por ultrasonido, para determinar la edad gestacional antes de realizar la aspiración por vacío (Kulier y Kapp, 2011). En un estudio con 120 mujeres, el 81% de las determinaciones de la edad gestacional hechas por el/la prestador/a de servicios concordaron con el ultrasonido y un 13% adicional difirió por dos semanas o menos de las estimaciones por ultrasonido (Fakih, Barnea, Yarkoni y DeCherney, 1986). Un segundo estudio incluyó a 245 mujeres y encontró que prestadores de servicios con experiencia que utilizaron solo el examen pélvico bimanual para determinar la edad gestacional difirieron por dos semanas o menos de las estimaciones por ultrasonido en el 92% de las veces, mientras que los prestadores de servicios sin experiencia difirieron por dos semanas o menos en el 75% de las veces (Nichols, Morgan y Jensen, 2002).

Ultrasonido

El ultrasonido tiene un margen de error inherente de 3 a 5 días antes de las primeras 12 semanas de gestación; este margen de error aumenta según el embarazo va avanzando (Hadlock et al., 1992). En estudios realizados en ámbitos con escasos recursos, tales como India, Nepal, Vietnam y Túnez, la falta de disponibilidad del ultrasonido no ha tenido un impacto ni en la eficacia ni en la seguridad del aborto (Coyaji et al., 2001; Mundle et al., 2007; Ngoc et al., 1999; Warriner et al., 2011). El ultrasonido puede ser útil para establecer la edad gestacional cuando ésta no puede ser calculada por otros métodos, para confirmar un embarazo intrauterino y para identificar malformaciones uterinas (Clark et al., 2007; Kulier y Kapp, 2011). La dependencia del ultrasonido de rutina para la determinación de la edad gestacional puede limitar el acceso a los servicios de aborto seguro y no es necesaria para determinar con precisión la edad gestacional (American College of Obstetricians and Gynecologists y la Society of Family Planning, 2020; Kaneshiro et al., 2011; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022; OMS, 2024).

Referencias bibliográficas

Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

American College of Obstetricians and Gynecologists & Society of Family Planning. (2020). Medication abortion up to 70 days of gestation. *Contraception, 102*, 225-236.

Andersen, K., Fjerstad, M., Basnett, I., Neupane, S., Acre, V., Sharma, S. K., & Jackson, E. (2017). Determination of medical abortion eligibility by women and community health volunteers in Nepal: A toolkit evaluation. *PLoS ONE, 12*(9), e0178248.

Averbach, S., Puri, M., Blum, M., & Rocca, C. (2018). Gestational dating using last menstrual period and bimanual exam for medication abortion in pharmacies and health centers in Nepal. *Contraception, 98*(4), 296-300.

Blanchard, K., Cooper, D., Dickson, K., Cullingworth, L., Mavimbela, N., Von Mollendorf, C., & Winikoff, B. (2007). A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 114*(5), 569-575.

Bracken, H., Clark, W., Lichtenberg, E., Schweikert, S., Tanenhaus, J., Barajas, A., & Winikoff, B. (2011). Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone–misoprostol. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 118*(1), 17-23.

Clark, W. H., Gold, M., Grossman, D., & Winikoff, B. (2007). Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception, 75*(4), 245-250.

Constant, D., Harries, J., Moodley, J., & Myer, L. (2017). Accuracy of gestational age estimation from last menstrual period among women seeking abortion in South Africa, with a view to task sharing: A mixed methods study. *Reproductive Health, 14*(100).

Coyaji, K., Elul, B., Krishna, U., Otiv, S., Ambardekar, S., Bopardikar, A., & Winikoff, B. (2001). Mifepristone abortion outside the urban research hospital setting in India. *The Lancet, 357*(9250), 120-122.

Duncan, C.I., Reynolds-Wright, J.J., & Cameron, S.T. (2022). Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: A retrospective review. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 48*(1), 22-27.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Videos sobre servicios de aborto—Ipas: Determinación de la edad gestacional

Ellertson, C., Elul, B., Ambardekar, S., Wood, L., Carroll, J., & Coyaji, K. (2000). Accuracy of assessment of pregnancy duration by women seeking early abortions. *The Lancet, 355*(9207), 877-881.

Fakih, M. H., Barnea, E. R., Yarkoni, S., & DeCherney, A. H. (1986). The value of real time ultrasonography in first trimester termination. *Contraception, 33*(6), 533-538.

Fielding, S. L., Schaff, E. A., & Nam, N. (2002). Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception, 66*(1), 27-31.

Hadlock, F., Shah, Y., Kanon, D., & Lindsey, J. (1992). Fetal crown-rump length: Reevaluation of relation to menstrual age (5-18 weeks) with high-resolution real-time US. R*adiology, 182*(2), 501-505.

Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. M., & Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: A review of 1076 consecutive cases. *Contraception, 71*(5), 327-332.

Harper, C., Ellertson, C., & Winikoff, B. (2002). Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? *Contraception, 65*(2), 133-142.

Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K., & Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: Can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception, 83*(3), 194-201.

Kerestes, C., Tschann, M., Pearlman Shapiro, M., Berry, E., Gawron, L., Soon, R., & Kaneshiro, B. (2024). Self-Determination of Eligibility for Medication Abortion Without Ultrasonography Using a History-Based Tool: LMP-SURE. *Obstetrics & Gynecology, 144*(4), 457.

Kulier, R., & Kapp, N. (2011). Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception, 83*, 30-33.

Referencias bibliográficas continuado

Mundle, S., Elul, B., Anand, A., Kalyanwala, S., & Ughade, S. (2007). Increasing access to safe abortion services in rural India: Experiences with medical abortion in a primary health center. *Contraception, 76*, 66-70.

Nichols, M., Morgan, E., & Jensen, J. T. (2002). Comparing bimanual examination to ultrasound measurement for assessment of gestational age in the first trimester of pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine, 47*(10), 825-828.

Ngoc, N. T. N., Winikoff, B., Clark, S., Ellertson, C., Am, K. N., Hieu, D. T., & Elul, B. (1999). Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives, 25*(1), 10-14, 33.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ralph, L.J., Ehrenreich, K., Barar, R., Biggs, M.A., Morris, N., Blanchard, K., Kapp, N., Moayedi, G., Perrit, J., Raymond, E.G., White, K., & Grossman, D. (2022). Accuracy of self-assessment of gestational duration among people seeking abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 226*(5), 710.e1-710e.21.

Ralph, L., Biggs, M. A., Ehrenreich, K., & Grossman, D. (2023). Accuracy of Self-assessment of Gestational Duration Among Adolescents Seeking Abortion Using Information in Addition to Date of Last Menstrual Period. *JAMA Pediatrics, 177*(6), 642–644.

Ralph, L. J., Ehrenreich, K., Kaller, S., Gurazada, T., Biggs, M. A., Blanchard, K., Hauser, D., Kapp, N., Kromenaker, T., Moayedi, G., Gil, J. P., Perritt, J. B., Raymond, E., Taylor, D., White, K., Valladares, E. S., Williams, S., & Grossman, D. (2025). Accuracy of survey-based assessment of eligibility for medication abortion compared with clinician assessment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 233*(1), 44.e1-44.e15.

Reynolds-Wright, J.J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E., & Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks gestation: A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 47*(4), 246-251.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Schonberg, D., Wang, L.F., Bennett, A.H., Gold, M., & Jackson, E. (2014). The accuracy of using last menstrual period to determine gestational age for first trimester medication abortion: A systematic review. *Contraception, 90*(5), 480-487.

Shellenberg, K. M., Antobam, S. K, Griffin, R., Edelman, A., & Voetagbe, G. (2017). Determining the accuracy of pregnancy-length dating among women presenting for induced abortions in Ghana. *International Journal of Gyncecology & Obstetrics, 139*, 71-77.

Warriner, I., Wang, D., Huong, N., Thapa, K., Tamang, A., Shah, I., & Meirik, O. (2011). Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *The Lancet, 377*(9772), 1155-1161.

Wegienka, G., & Baird, D. D. (2005). A comparison of recalled date of last menstrual period with prospectively recorded dates. *Journal of Women's Health, 14*(3), 248-252.

3.3 Tamizaje del embarazo ectópico

Recomendación:

- El diagnóstico de embarazo ectópico debe ser excluido en personas que presentan una historia clínica o examen preocupantes.

Grado de la recomendación:
Fuerte

Calidad de la evidencia:
Baja

Fecha de la revisión más reciente:
12 de octubre de 2025

Epidemiología

Tanto en ámbitos con muchos recursos como en ámbitos con escasos recursos, las tasas de embarazo ectópico varían de menos del 1% al 2% de los embarazos (Al Naimi et al., 2021; Anyanwu y Titilope, 2021; Berhe et al., 2021; Ghimire, 2020; Stulberg et al., 2013; Tao, Patel y Hoover, 2016; Trabert et al., 2011; Webster et al., 2019) y las tasas son aun más bajas en personas embarazadas que buscan un aborto (Aiken et al., 2021; Cleland et al., 2013; Duncan, Reynolds-Wright y Cameron, 2022). Ejemplos de variantes raras son embarazo ectópico cervical, cicatriz de cesárea y embarazo ectópico intramural; se desconoce la incidencia precisa de estas variantes (Hu et al., 2025; Nijjar, Jauniaux y Jurkovic, 2023; Ntafam, Sanusi-Musa y Harris, 2023; Rayamajhi et al., 2023). El embarazo ectópico es responsable del 2.7% de las muertes relacionadas con el embarazo en Estados Unidos (Creanga et al., 2017) y aproximadamente el 1% de las muertes relacionadas con el embarazo en ámbitos con escasos recursos donde otras causas de muerte materna son más prevalentes (Khan et al., 2006).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo con mayor riesgo asociado de embarazo ectópico en una persona embarazada son:

Factor de riesgo	Riesgo de embarazo ectópico en el embarazo actual
Antecedentes de embarazo ectópico	Del 10% al 15%
Antecedentes de cirugía tubárica, incluida la esterilización	Del 25% al 50%
Dispositivo intrauterino (DIU) colocado	Del 25% al 50%

(American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2018; Ankum et al., 1996; Barnhart, 2009; Gaskins et al., 2018; Jacob, Kalder y Kostev, 2017)

Otros factores de riesgo, tales como historia de infertilidad y uso de tecnología de reproducción asistida, historia de infecciones pélvicas, múltiples parejas, inicio de vida sexual precoz, edad de más de 30 años y fumar, confieren riesgos más bajos (ACOG, 2018; Ankum et al., 1996; Barnhart, 2009; Gaskins et al., 2018; Brim et al., 2024; Olamijulo et al., 2020). El uso de anticonceptivos orales reduce el riesgo de embarazo ectópico (Brim et al., 2024).

Tamizaje

La mitad de todos los embarazos ectópicos ocurren en personas sin factores de riesgo y con un cuadro clínico benigno en países de altos ingresos (Stovall et al., 1990), mientras que en países de bajos y medianos ingresos, las personas son más propensas a presentarse con características clínicas agudas, tales como inestabilidad hemodinámica (Olamijulo et al., 2020). Además de reunir información sobre la fecha de la última menstruación y la regularidad de la menstruación, las y los profesionales de la salud deben realizar el tamizaje de factores de riesgo asociados con el embarazo ectópico por medio de la historia clínica y el examen físico. La lista de verificación para el tamizaje debe incluir el análisis de datos tales como antecedentes de embarazo ectópico, ligadura de trompas, cirugía tubárica o un DIU colocado, además de considerar los signos y síntomas encontrados durante la toma de historia clínica y el examen físico, tales como masas anexiales, dolor durante la movilización cervical en el examen físico, o sangrado vaginal (Kaislasuo y Heikinheimo, 2025).

Algunas personas acuden a establecimientos de salud para recibir servicios de aborto muy temprano en el embarazo, antes que haya evidencia definitiva por ultrasonido de una gestación intrauterina. Una revisión sistemática realizada en 2020, que incluyó tres estudios de cohortes comparativos retrospectivos con 5315 personas que buscaban un aborto temprano, ya sea con medicamentos o por aspiración, encontró que no hubo aumento en la incidencia de diagnóstico erróneo de embarazo ectópico o de aborto incompleto cuando se inició el aborto antes de la evidencia por ultrasonido de embarazo intrauterino en mujeres que no presentaban ni signos ni síntomas de un embarazo ectópico (Schmidt-Hansen et al., 2020). Dos pequeños estudios retrospectivos de cohorte realizados posteriormente confirmaron que entre personas con embarazos muy tempranos y ningún factor de riesgo de embarazo ectópico, no aumentan los diagnósticos de embarazo ectópico diferido cuando se inicia el aborto con medicamentos antes de tener evidencia de embarazo por ultrasonido (Goldberg, et al., 2022; Jar-Allah et al., 2022).

Tratamiento de personas que corren alto riesgo

El ultrasonido y análisis seriados de GCH (gonadotropina coriónica humana) a menudo son utilizados para ayudar a determinar dónde se encuentra el embarazo (Fields y Hathaway, 2017; Nijjar, Jauniaux y Jurkovic, 2023). En algunos casos, la manera más rápida de confirmar un embarazo intrauterino es realizar la aspiración por vacío; la presencia de restos ovulares en el material aspirado del útero confirma que era un embarazo intrauterino. Si una persona presenta signos y síntomas o un examen físico sospechoso, se le debe diagnosticar y tratar lo antes posible, o se debe trasladar inmediatamente a un establecimiento de salud donde puedan manejar el embarazo ectópico. El diagnóstico y tratamiento en las etapas iniciales del embarazo ectópico pueden ayudar a conservar la fertilidad y salvar vidas.

Tamizaje post-procedimiento

En los casos de personas a quienes se les practica el procedimiento de aspiración por vacío, el material aspirado debe ser colado y examinado para confirmar la presencia de restos ovulares (ver “3.4.4 Inspección de los restos ovulares”). Si no se ven restos ovulares, se debe considerar un diagnóstico de embarazo ectópico.

Referencias bibliográficas

Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

Al Naimi, A., Moore, P., Bruggmann, D., Krysa, L., Louwen, F., & Bahlmann, F. (2021). Ectopic pregnancy: A single-center experience over ten years. *Reproductive Biology and Endocrinology, 19*(1), 79

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice bulletin No 193: Tubal ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology 131*, e91-e103.

Ankum, W. M., Mol, B. W. J., Van der Veen, F., & Bossuyt, P. M. M. (1996). Risk factors for ectopic pregnancy: A meta-analysis. *Fertility and Sterility, 60*(6), 1093-9.

Anyanwu, M., & Titilope, G. (2021). Ectopic pregnancy at the Gambian tertiary hospital. *African Health Sciences, 21*(1), 295-303.

Barnhart, K. T. (2009). Clinical practice. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine, 361*(4), 379-387.

Berhe, E.T., Kiros, K., Hagos, M.G., Gesesew, H.A., Ward, P.R., & Gebremeskel, T.G. (2021). Ectopic pregnancy in Tigray, Ethiopia: A cross-sectional survey of prevalence, management, outcomes, and associated factors. *Journal of Pregnancy*, 4443117. Doi: 10.1155/2021/4443117.

Brim, A. C. S., Barretto, V. R. D., Reis-Oliveira, J. G., da Silveira de Araújo, R. B., & Romeo, A. C. D. C. B. (2025). Risk factors for ectopic pregnancy occurrence: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 168*(3), 919–932.

Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M., & Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics & Gynecology, 121*(1), 166-171.

Creanga, A. A., Syverson, C., Seed, K., & Callaghan, W. M. (2017). Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstetrics & Gynecology, 130*(2), 366-373.

Duncan, C.I., Reynolds-Wright, J.J., & Cameron, S.T. (2022). Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: A retrospective review. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 48*(1), 22-27.

Fields, L., & Hathaway, A. (2017). Key concepts in pregnancy of unknown location: Identifying ectopic pregnancy and providing patient-centered care. *Journal of Midwifery and Womens Health, 62*(2), 172-179.

Gaskins, A. J., Missmer, S. A., Rich-Edwards, J. W., Williams, P. L., Souter, I., & Chavarro, J. E. (2018). Demographic, lifestyle, and reproductive risk factors for ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility, 110*(7), 1328-1337.

Ghimire, S.P. (2021). Study of ectopic pregnancy at tertiary care hospital in Province 1 of Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council, 18*(4), 698-701.

Goldberg, A.B., Fulcher, I.R., Fortin, J., Hofer, R.K., Cottrill, A., Dethier, D., Gilbert, A., Janiak, E., & Roncari, D. (2022). Mifepristone and misoprostol for undesired pregnancy of unknown location. *Obstetrics & Gynecology, 139*(5), 771-780.

Hu, C., Chawla, K., Hostetter, K., & Mark, K. (2025). Cesarean delivery scar ectopic pregnancy diagnosed after no-test abortion: A case report. *Contraception, 152*. 111206.

Jacob, L., Kalder, M., & Kostev, K. (2017). Risk factors for ectopic pregnancy in Germany: a retrospective study of 100,197 patients. *German Medical Science, 15*, Doc19.

Jar-Allah, T., Hognert, H., Kocherz, L., Berggren, L., Fiala, C., Milsom, I., & Gemzell-Danielsson, K. (2022). Detection of ectopic pregnancy and serum beta hCG level in women undergoing very early medical abortion: A retrospective study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 27*(3), 240-246.

Kaislasuo, J., & Heikinheimo, O. (2025). Safety and accuracy of dating unwanted pregnancies and detecting ectopic pregnancy with the RCOG decision aid without routine ultrasound – a retrospective analysis form a large abortion service. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 30*(2), 93–96.

Khan, K. S., Wojdyla, D., Say, L., Gulmezoglu, A. M., & Van Look, P. F. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *The Lancet, 367*(9516), 1066-1074.

Nijjar, S., Jauniaux, E., & Jurkovic, D. (2023). Definition and diagnosis of cesarean scar ectopic pregnancies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 89*, 102360.

Ntafam, C. N., Sanusi-Musa, I., & Harris, R. D. (2023). Intramural ectopic pregnancy: An individual patient data systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X, 21*, 100272.

Referencias bibliográficas continuado

Olamijulo, J.A., Okusanya, B.O., Adenekan, M.A., Ugwu, A.O., Olorunfemi, G., & Okojie, O. (2020). Ectopic pregnancy at the Lagos University Teaching Hospital, Lagos, South-Western Nigeria: Temporal trends, clinical presentation and management outcomes from 2005 to 2014. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 27, 177-83.

Rayamajhi, A., Rayamajhi, A. K., Adhikari, A., Basnet, P., & Tiwari, A. (2023). Cervical Ectopic Pregnancy with Unsupervised Intake of Medications for Abortion: A Case Report. *JNMA: Journal of the Nepal Medical Association, 61*(267), 897–900.

Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lord, J., & Hasler, E. (2020). Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica 99*, 451-458.

Stovall, T. G., Kellerman, A. L., Ling, F. W., & Buster, J. E. (1990). Emergency department diagnosis of ectopic pregnancy. *Annals of Emergency Medicine, 19*(10), 1098-1103.

Stulberg, D., Cain, L. R., Dahlquist, I., & Lauderdale, D. S. (2013). Ectopic pregnancy rates in the Medicaid population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 208*(4), 274.e1-7.

Tao, G., Patel, C., & Hoover, K. W. (2016). Updated estimates of ectopic pregnancy among commercially and Medicaid-insured women in the United States, 2002-2013. *Southern Medical Journal, 110*(1), 18-24.

Trabert, B., Holt, V. L., Yu, O., Ven Den Eeden, S. K., & Scholes, D. (2011). Population-based ectopic trends, 1993-2007. *American Journal of Preventative Medicine, 40*(5), 556-560.

Webster, K., Eadon, H., Fishburn, S, & Kumar, G. (2019). Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management: summary of updated NICE guidance. *British Medical Journal, 367*, 16283.

3.4

3. Aborto antes de las 13 semanas de gestación

Aspiración por vacío

3.4.1. Seguridad y eficacia

Información clave:

- La aspiración por vacío es eficaz y segura, con tasas de eficacia de más de 98% y tasas de complicaciones graves de menos del 1%.

Calidad de la evidencia:
Alta

Fecha de la revisión más reciente:
7 de octubre de 2025

Eficacia

Una aspiración por vacío eficaz no requiere ninguna otra intervención de evacuación endouterina. En un extenso estudio observacional realizado en Estados Unidos de 11,487 procedimientos de aborto por aspiración en el primer trimestre, realizados por médicos/as, enfermeras profesionales con práctica médica, enfermeras-obstetras certificadas y asistentes certificados/as para ejercer la medicina, la necesidad de repetir la aspiración debido a un aborto incompleto fue de 0.28% y la tasa de continuación del embarazo fue de 0.16% (Weitz et al., 2013).

Seguridad

Una revisión sistemática realizada en el año 2015 analizó 57 estudios que reportaron datos para 337,460 procedimientos de aborto por aspiración realizados antes de las 14 semanas de gestación en Norteamérica, Europa occidental, Escandinavia y Australia/Nueva Zelanda (White, Carroll y Grossman, 2015). Las complicaciones graves que necesitaban intervención (tales como hemorragia que requería una transfusión o perforación que necesitaba reparo) ocurrieron en ≤ 0.1% de los procedimientos; hospitalización fue necesaria en ≤ 0.5% de los casos. En estudios en los cuales se observaron diferentes tipos de prestadores de servicios (asistentes certificados para ejercer medicina, enfermeras, enfermeras-obstetras, etc.) en otros lugares, los resultados fueron similares (Hakim-Elahi, Tovell y Burnhill, 1990; Jejeebhoy et al., 2011; Warriner et al., 2006; Weitz et al., 2013). En dos estudios que compararon profesionales clínicos de práctica avanzada recién capacitados con profesionales médicos experimentados (Jejeebhoy et al., 2011; Weitz et al., 2013), no se observaron diferencias en las tasas de aborto completo ni en las tasas de complicaciones.

En un estudio de cohorte retrospectivo realizado en Estados Unidos, se compararon las tasas de complicaciones del procedimiento ambulatorio de aborto por aspiración en mujeres con embarazo de hasta 13 semanas y seis días de gestación, con por lo menos una morbilidad o enfermedad médica base (diabetes, hipertensión arterial, obesidad, VIH, epilepsia, asma, enfermedad de la tiroides y trastornos hemorrágicos/coagulopatía) con mujeres sin morbilidad o enfermedad médica base. La tasa general de complicaciones —tales como perforación uterina, pérdida de sangre superior a 100 ml, laceración cervical y retención de restos ovulares que requirió reaspiración— fue de 2.9%, sin diferencia alguna entre los dos grupos (Guiahi et al., 2015). Dos estudios de cohorte retrospectivos, que juntos examinaron 5288 procedimientos de aborto por aspiración realizados antes de las 13 semanas de gestación, no encontraron ninguna diferencia en las tasas de complicaciones entre mujeres obesas, con sobrepeso y de peso normal (Benson et al., 2016; Mark et al., 2017).

En un estudio de cohorte retrospectivo poblacional realizado en 2025 en Canadá, se compararon las tasas de eventos adversos que ocurrieron dentro de los 42 días posteriores a un procedimiento de aborto (tipo de procedimiento no especificado) o a la dispensasión de una receta médica de mifepristona y misoprostol para un aborto con medicamentos (Liu y Ray, 2025). Los investigadores encontraron que los eventos adversos serios (p. ej., daño a órganos diana, ingreso en la unidad de cuidados intensivos, muerte) ocurrieron en 114 de 65,176 pacientes (0.2%) que tuvieron un procedimiento de aborto ambulatorio hasta las 14 semanas de gestación, y en 27 de 8,861 pacientes (0.3%) que tuvieron un procedimiento ambulatorio en un hospital hasta las 9 semanas de gestación. Los eventos adversos (p. ej., hemorragia, retención de restos ovulares, transfusión) ocurrieron en aproximadamente el 3% de las pacientes en ambos grupos.

Mortalidad

En Estados Unidos, la tasa de mortalidad a causa del aborto inducido legalmente entre los años 2013 y 2018 fue de 0.41 defunciones por cada 100,000 abortos reportados; no se dispone de tasas de mortalidad desagregadas por tipo de aborto o por edad gestacional (Kortsmit et al., 2021). En comparación, durante el período entre 2007 y 2016, la tasa de mortalidad de nacidos vivos en Estados Unidos fue de 17 muertes por cada 100,000 nacidos vivos (Creanga et al., 2017; Petersen et al., 2019). En un análisis de datos secundario que comparó las tasas de mortalidad asociadas con nacidos vivos con aquellas asociadas con el aborto inducido legalmente en Estados Unidos, se encontró que el riesgo de muerte durante el parto fue 14 veces mayor que el riesgo de muerte a causa del aborto (Raymond y Grimes, 2012). En la revisión sistemática de 2015 sobre la seguridad de la aspiración por vacío en múltiples países mencionada anteriormente, no se reportó ninguna muerte (White et al., 2015).

Tabla 3.5.1 Tasas de complicaciones de la aspiración por vacío, por estudio

	Upadhyay, 2015	Weitz, 2013	Jejeebhoy, 2011	Warriner, 2006	Hakim-Elahi, 1990
Número de mujeres incluidas	34.744	11.487	897	2.789	170.000
Lugar	EE. UU.	EE. UU.	India	Sudáfrica y Vietnam	EE. UU.
Tipo de prestador/a de servicios	No especificado	Médicos/as con experiencia y enfermeras profesionales con práctica médica recién capacitadas, enfermeras-obstetras certificadas y asistentes certificados para ejercer la medicina	Médicos/as y enfermeras recién capacitados	Médicos/as, parteras y asistentes de médicos con experiencia	Médicos/as con experiencia
Período	2009-2010	2007- 2011	2009-2010	2003-2004	1971-1987
Tasa total de complicaciones leves	1,1%	1,3%	1% (todas reportadas como aborto incompleto)	1%	0,85%
Aborto incompleto	0,33%	0,3%	1%	0,9%	No reportado (tasa de re-aspiración de 0.35%)
Continuación del embarazo	0,04%	0,16%	No reportada	No reportada	0%
Infección leve	0,27%	0,12%	No reportada	0,1%	0,5%
Tasa total de complicaciones graves	0,16%	0.05% (6 complicaciones: 2 perforaciones, 3 infecciones y 1 hemorragia)	0.12% (1 complicación: 1 fiebre alta)	0%	0.07% (hospitalizaciones por perforación uterina, embarazo ectópico, hemorragia, sepsis o aborto incompleto)
Muerte	0%	0%	0%	0%	0%

¿Quiénes pueden efectuar la aspiración por vacío?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace recomendaciones para la prestación de servicios de aspiración endouterina, que abarcan la determinación de la edad gestacional, la preparación cervical si es necesaria, el procedimiento en sí, el manejo del dolor, incluida la colocación de un bloqueo paracervical, y la evaluación de la finalización del procedimiento mediante la inspección visual de los restos ovulares (OMS, 2024). Los trabajadores de salud con habilidades para efectuar procedimientos transcervicales y exámenes pélvicos bimanuales para diagnosticar embarazo y determinar la edad gestacional basada en el tamaño uterino, pueden ser capacitados para efectuar la aspiración por vacío. La OMS afirma que la aspiración endouterina está dentro del alcance de práctica de profesionales médicos especialistas y generalistas; y recomienda la provisión de aspiración por vacío por profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras y enfermeras, basándose en evidencia con certeza moderada de la seguridad y eficacia. A raíz de evidencia con baja certeza de la seguridad y eficacia, se recomienda que profesionales de medicina tradicional y complementaria proporcionen la aspiración endouterina, y la OMS sugiere que auxiliares de enfermería y enfermeras obstetras auxiliares posiblemente sean capaces de efectuar la aspiración en ámbitos donde proporcionan cuidados obstétricos de emergencia básicos (OMS, 2024). Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Referencias bibliográficas

Benson, L. S., Micks, E. A., Ingalls, C., & Prager, S. W. (2016). Safety of outpatient surgical abortion for obese patients in the first and second trimesters. *Obstetrics & Gynecology, 128*(5), 1065-1070.

Cates Jr, W., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1983). The risks associated with teenage abortion. *New England Journal of Medicine, 309*(11), 621-624.

Creanga, A., Syverson, C., Seed, K., & Callaghan, W. (2017). Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstetrics & Gynecology, 130*, 366-373.

Guiahi, M., Schiller, G., Sheeder, J., & Teal, S. (2015). Safety of first-trimester uterine evacuation in the outpatient setting for women with common chronic conditions. *Contraception, 92*(5), 453-457.

Hakim-Elahi, E., Tovell, H., & Burnhill, M. (1990). Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology, 76*(1), 129-135.

Jejeebhoy, S. J., Kalyanwala, S., Zavier, A., Kumar, R., Mundle, S., Tank, J., & Jha, N. (2011). Can nurses perform manual vacuum aspiration (MVA) as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception, 84*(6), 615-621.

Kortsmit, K., Mandel, M.G., Reeves, J.A., Clark, E., Pagano, H.P., Nguyen, A., Petersen, E.E., & Whiteman, M.K. (2021). Abortion surveillance-United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries, 70*(9), 1-29.

Liu, N., & Ray, J. G. (2023). Short-Term Adverse Outcomes After Mifepristone–Misoprostol Versus Procedural Induced Abortion. *Annals of Internal Medicine, 176*(2), 145–153.

Mark, K. S., Bragg, B., Talaie, T., Chawla, K., Murphy, L., & Terplan, M. (2017). Risk of complication during surgical abortion in obese women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, DOI: 10.1016/j.ajog.2017.10.018. Epub ahead of print.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Petersen, E.E., Davis, N.L., Goodman, D., Cox, S., Syverson, C., Seed, K., Shapiro-Mendoza, C., Callaghan, W.M., & Barfield, W. (2019). Racial/ethnic disparities in pregnancy-related deaths-United States, 2007-2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries, 68*(35), 762-765.

Raymond, E. G & Grimes, D. A. (2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics & Gynecology, 119*, 215-219.

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*(1), 175-83.

Referencias bibliográficas continuado

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet, 368*(9551), 1965-1972.

Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F., & Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health, 103*(3), 454-461.

White, K., Carroll, E., & Grossman, D. (2015). Complications from first-trimester aspiration abortion: A systematic review of the literature. *Contraception, 92*, 422-438.

3. Aborto antes de las 13 semanas de gestación

Aspiración por vacío

3.4.2. Preparación cervical

Recomendación:

- Se recomienda la preparación del cérvix de manera rutinaria después de las primeras 12 a 14 semanas de gestación. Antes de 12 a 14 semanas de gestación, se podría considerar la preparación del cérvix, pero no se debe realizar como procedimiento de rutina.
- Los métodos recomendados para la preparación cervical son:
  - 400 mcg de misoprostol por vía sublingual, de 1 a 3 horas antes del procedimiento.
  - 400 mcg de misoprostol por vía vaginal o bucal 3 horas antes del procedimiento.
  - O 200 mg de mifepristona por vía oral, 1 o 2 días antes del procedimiento.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Moderada	8 de octubre de 2025

Beneficios de la preparación del cérvix

Un meta-análisis de 51 ensayos clínicos controlados aleatorizados acerca de la preparación cervical hasta concluidas las primeras 13 semanas de gestación, mostró que el procedimiento duró menos tiempo cuando se realizó la preparación del cérvix, pero no hubo diferencia en complicaciones graves, tales como laceración cervical o perforación uterina, en personas a quienes se les realizó preparación cervical comparadas con las del grupo placebo (Kapp et al., 2010). En el ensayo controlado aleatorizado multicéntrico más extenso, 4972 mujeres recibieron 400 mcg de misoprostol por vía vaginal o un placebo tres horas antes de la aspiración endouterina; no hubo ninguna diferencia entre los dos grupos en las tasas de laceración, perforación o infección cervical (Meirik et al., 2012). Sin embargo, se observó una disminución significativa del riesgo de aborto incompleto en el grupo que recibió misoprostol para la preparación cervical (<1%) comparado con el grupo placebo (2%), pero las personas que tomaron misoprostol presentaron efectos secundarios con más frecuencia (O'Shea et al., 2020). Para las personas con mayor riesgo de presentar complicaciones durante la dilatación cervical (jóvenes, personas con anormalidades cervicales o mujeres con antecedentes de cirugía cervical) o para prestadores de servicios sin experiencia, podría haber un beneficio de la preparación cervical antes de las 12 y 14 semanas de gestación (Allen y Goldberg, 2016; Grimes, Schulz y Cates, 1984; Kaunitz et al., 1985).

Efectos secundarios de la preparación cervical

En el ensayo controlado aleatorizado más extenso con misoprostol para la preparación cervical, el 55% de las participantes que tomaron misoprostol refirieron dolor abdominal antes del procedimiento y el 37% presentó sangrado vaginal, comparado con el 22% y el 7% en el grupo placebo (Meirik, et al., 2012). Además, la preparación cervical implica más costos, más complejidad y más tiempo para realizar el aborto, ya que la persona debe acudir a la unidad de salud un día antes del procedimiento para recibir mifepristona, o debe esperar en el centro de salud hasta que el misoprostol surta efecto. Dado que el aborto antes de las 13 semanas de gestación es muy seguro, se desconoce a qué edad gestacional el beneficio de la preparación cervical rutinaria supera

los efectos secundarios (Kapp, et al., 2010). Aún no se ha estudiado en ensayos controlados aleatorizados la satisfacción de las pacientes con la preparación cervical, pero se debe tomar en consideración con relación a la calidad de la atención y la prestación de servicios (Kapp, et al., 2010).

Elección de métodos

Si se realiza la preparación cervical, la elección de misoprostol o mifepristona se basa en disponibilidad, costo, conveniencia y preferencia. El misoprostol por vía sublingual tiene eficacia superior pero más efectos secundarios gastrointestinales que el misoprostol por vía vaginal (Kapp et al., 2010; Saav et al., 2015; Saxena et al., 2008). La mifepristona administrada 24 horas antes del aborto resulta en mayor dilatación cervical y menos dolor asociado con la aspiración que el misoprostol, pero añade tiempo y costos al procedimiento de aborto (Ashok, Flett y Templeton, 2000; Hamdaoui et al., 2021; Kapp et al., 2010). El misoprostol y los dilatadores osmóticos tienen tasas similares de eficacia; sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda el uso de dilatadores osmóticos para la preparación cervical antes de 12 semanas de gestación debido a que implica más tiempo para concluir el procedimiento y menor satisfacción entre las participantes, comparado con el misoprostol (Bartz, et al., 2013; Burnett, Corbett y Gertenstein, 2005; MacIsaac et al., 1999; OMS, 2024).

Jóvenes

Las adolescentes posiblemente se beneficien de la preparación cervical debido a que corren mayor riesgo de lesión cervical durante el aborto (Allen y Goldberg, 2016; Schulz et al., 1983). Este riesgo es independiente de la nuliparidad (Meirik et al., 2014); las adolescentes tienen un cérvix fisiológicamente inmaduro, que podría ser más difícil de dilatar independientemente de la historia obstétrica (Allen y Goldberg, 2016; Schulz et al., 1983). No hay datos de ensayos clínicos que apoyen la recomendación del uso rutinario de la preparación cervical en pacientes jóvenes.

¿Quiénes pueden efectuar la preparación cervical con medicamentos?

La OMS hace recomendaciones para la prestación de servicios de aspiración endouterina, que abarcan la determinación de la edad gestacional, la preparación cervical si es necesaria, el procedimiento en sí, el manejo del dolor, incluida la colocación de un bloqueo paracervical, y la evaluación de la finalización del procedimiento mediante la inspección visual de los restos ovulares (OMS, 2024). La OMS afirma que la administración de medicamentos para la preparación cervical está dentro del alcance de práctica de profesionales médicos especialistas y generalistas; y recomienda la provisión de medicamentos para la preparación cervical por profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras obstetras auxiliares y profesionales de medicina tradicional y complementaria, basándose en las competencias esperadas para estas funciones y en la evidencia con baja certeza de la seguridad y eficacia. Aunque no hay ninguna evidencia directa, la OMS sugiere que agentes de salud comunitaria, farmaceutas y empleados de farmacia pueden proporcionar medicamentos para la preparación cervical de manera segura y eficaz si poseen las competencias necesarias para desempeñar estas funciones, y agrega que estos trabajadores de salud deben garantizar la continuidad de la atención brindada a la persona que obtiene los medicamentos antes del procedimiento de aborto (OMS, 2024). Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Pasos para realizar el procedimiento de aspiración manual endouterina utilizando el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®



Referencias bibliográficas

Allen, R., & Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Clinical Guideline 20071: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception, 93*(4), 277-291.

Ashok, P. W., Flett, G. M., & Templeton, A. (2000). Mifepristone versus vaginally administered misoprostol for cervical priming before first-trimester termination of pregnancy: A randomized, controlled study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 183*(4), 998-1002.

Bartz, D., Maurer, R., Allen, R., Fortin, J., Kuang, B., & Goldberg, A. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 122*, 57-63.

Burnett, M. A., Corbett, C. A., & Gertenstein, R. J. (2005). A randomized trial of laminaria tents versus vaginal misoprostol for cervical ripening in first trimester surgical abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 27*(1), 38-42.

Grimes, D. A., Schulz, K. F., & Cates, W. J., Jr. (1984). Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of American Medical Association, 251*(16), 2108-2111.

Hamdaoui, N., Cardinale, C., Fabre, C., Baumstarck, K., & Agostini, A. (2021). Pain associated with cervical priming for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 137*(6), 1055-1060.

Kapp, N., Lohr, P. A., Ngo, T. D., & Hayes, J. L. (2010). Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD007207.

Kaunitz, A. M., Rovira, E. Z., Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (1985). Abortions that fail. *Obstetrics & Gynecology, 66*(4), 533-537.

MacIsaac, L., Grossman, D., Balistreri, E., & Darney, P. (1999). A randomized controlled trial of laminaria, oral misoprostol, and vaginal misoprostol before abortion. *Obstetrics & Gynecology, 93*(5 Pt 1), 766-770.

Meirik, O., Huong, N. T., Piaggio, G., Bergel, E., & von Hertzen, H. (2012). Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: A multicentre randomised trial. *The Lancet, 379*(9828), 1817-1824.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

O'Shea, L.E., Lord, J., Fletcher, J., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Cervical priming before surgical abortion up to 13+6 weeks' gestation: A systematic review and metaanalyses for the National Institute for Health and Care Excellence-new clinical guidelines for England. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM, 2*(4), 100220.

Saav, I., Kopp Kallner, H., Fiala, C., & Gemzell-Danielsson., K. (2015). Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: A double blinded RCT. *Human Reproduction, 30*(6), 1314-1322.

Saxena P., Sarda, N., Salhan, S., & Nandan, D. (2008). A randomised comparison between sublingual, oral and vaginal route of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anesthesia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 48*(1), 101-6.

Schulz, K. F., Grimes, D. A., & Cates, W., Jr. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet, 1*(8335), 1182-1185.

3.4

3. Aborto antes de las 13 semanas de gestación

Aspiración por vacío

3.4.3. Examen bimanual

Recomendación:

- El examen bimanual debe realizarse antes de todo procedimiento en el cual se introduzca instrumental en el útero: por ejemplo, aspiración por vacío e inserción del dispositivo intrauterino.
- El examen bimanual debe ser realizado por el/la profesional de la salud que está efectuando el procedimiento.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Muy baja	8 de octubre de 2025

Importancia del examen bimanual

El examen bimanual es un paso rutinario antes de todo procedimiento intrauterino recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024); proporciona información sobre la comodidad de la usuaria, el estado del embarazo, la edad gestacional, la presencia de infección, anormalidades anatómicas y la posición uterina, todos los cuales influyen en el manejo de los procedimientos intrauterinos. Se puede realizar el ultrasonido también, pero éste no sustituye el examen bimanual antes de un procedimiento intrauterino.

Determinación del tamaño uterino

Se puede determinar el tamaño uterino por medio del examen bimanual. Cuando se desconoce la fecha de la última menstruación (FUM), el examen bimanual puede confirmar la determinación de la edad gestacional basada en la FUM. Cuando no se sabe con certeza la FUM, el examen bimanual puede ofrecer un cálculo aproximado de la edad gestacional basado en el tamaño uterino (ver sección 3.2 Recomendaciones para el aborto antes de las 13 semanas de gestación: Determinación de la edad gestacional). En casos de atención postaborto, cuando los restos ovulares hayan sido expulsados parcial o totalmente del útero, el tamaño uterino determinado por el examen bimanual debe guiar el tratamiento. Los regímenes médicos para el aborto o la atención postaborto cambian según la edad gestacional o el tamaño uterino. Las técnicas para la aspiración por vacío y la dilatación y evacuación, incluidos el tamaño de la cánula y la elección de instrumental, dependen del conocimiento exacto del tamaño uterino.

Determinación de la posición uterina

El examen bimanual es la mejor manera de determinar la posición del útero en la pelvis, la orientación del fondo con relación al cérvix y la firmeza del útero. El conocimiento de la posición uterina ayuda a las y los profesionales de la salud a evitar complicaciones, en particular una perforación, durante los procedimientos (Chen, Lai, Lee y Leong, 1995; Mittal y Misra, 1985; Nathanson, 1972).

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Videos sobre servicios de aborto—Ipas: Determinación de la edad gestacional

Pasos para realizar el procedimiento de aspiración manual endouterina utilizando el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®

Referencias bibliográficas

Chen, L. H., Lai, S. F., Lee, W. H., & Leong, N. K. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 13-year review. *Singapore Medical Journal, 36*(1): 63-67.

Mittal, S., & Misra, S. L. (1985). Uterine perforation following medical termination of pregnancy by vacuum aspiration. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 23*(1): 45-50.

Nathanson, B. (1972). Management of uterine perforations suffered at elective abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 114*(8): 1054-9.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

3. Aborto antes de las 13 semanas de gestación

Aspiración por vacío

3.4.4. Inspección de los restos ovulares

Recomendación:

- Las y los profesionales de la salud que efectúan los procedimientos de aspiración por vacío deben inspeccionar los restos ovulares inmediatamente después de la aspiración por vacío.
- No se recomienda enviar los restos ovulares para una evaluación histopatológica de rutina.

En la práctica:

- Para mejorar la inspección visual, los restos ovulares pueden colarse, flotarse en agua y examinarse a través de un recipiente transparente colocando una fuente de luz debajo de éste.
- Si no se ven restos ovulares, o si se ven menos restos que lo previsto, es necesario realizar una evaluación más a fondo.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Muy baja	8 de octubre de 2025

Inspección visual de los restos ovulares

La inspección visual de los restos ovulares es un paso rutinario en la aspiración por vacío recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG, 2022) y la Federación Nacional de Aborto (NAF, 2020). Si no se ven restos ovulares, la mujer no debe dejar la unidad de salud hasta que se hagan planes para una consulta de seguimiento. La presencia de restos ovulares durante la inspección visual confirma que el embarazo era intrauterino y es congruente con un aborto completo (Westfall et al., 1998). Si no se ven restos ovulares, la persona no debe salir del establecimiento de salud hasta que se formulen planes para seguir las directrices locales para excluir el diagnóstico de embarazo ectópico. La inspección inmediata de los restos ovulares puede acelerar el diagnóstico de embarazo ectópico y disminuir la tasa de morbimortalidad (Goldstein, Danon y Watson, 1994). En casos en los que se sospecha patología anormal, como un embarazo molar, se puede utilizar la histopatología además de la inspección visual.

Enviar los restos ovulares para un examen de histopatología de rutina no afecta los resultados clínicos y aumenta el costo del aborto (Heath et al., 2000; Paul et al., 2002).

Las instrucciones para inspeccionar visualmente los restos ovulares se encuentran en el manual de Ipas titulado *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, 2da edición,* página 204 (Ipas, 2014).

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Videos sobre servicios de aborto—Ipas: Cómo realizar la aspiración manual endouterina ("Inspección de los restos ovulares" comienza en 10:27 en este video)

Pasos para realizar el procedimiento de aspiración manual endouterina utilizando el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®

Referencias bibliográficas

Goldstein, S. R., Danon, M., & Watson, C. (1994). An updated protocol for abortion surveillance with ultrasound and immediate pathology. *Obstetrics & Gynecology, 83*(1), 55-58.

Heath, V., Chadwick, V., Cooke, I., Manek, S., & MacKenzie, I. Z. (2000). Should tissue from pregnancy termination and uterine evacuation routinely be examined histologically? BJOG: A*n International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 107*(6), 727-730.

Ipas. (2014). *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia* (segunda ed.) K. L. Turner y A. Huber (Eds.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

National Abortion Federation. (2024). *Clinical Policy Guidelines*. Washington, DC: National Abortion Federation.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Paul, M., Lackie, E., Mitchell, C., Rogers, A., & Fox, M. (2002). Is pathology examination useful after early surgical abortion? *Obstetrics & Gynecology, 99*(4), 567-571.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). Best practice in abortion care. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Westfall, J. M., Sophocles, A., Burggraf, H., & Ellis, S. (1998). Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Archives of Family Medicine, 7*(6), 559-62.

3. Aborto antes de las 13 semanas de gestación

Aspiración por vacío

3.4.5. Procesamiento del aspirador ipas ameu plus y los aspiradores ipas de válvula sencilla

Recomendación:

- Todos los aspiradores y adaptadores de Ipas para uso múltiple deben ser pre-remojados, enjuagados y rociados con agua o con una solución enzimática en el momento de uso y luego lavados y esterilizados o sometidos a una desinfección de alto nivel (DAN) después de cada paciente.

En la práctica:

- Todo instrumental procesado con métodos húmedos debe reprocesarse a diario.

Fecha de la revisión más reciente:

8 de octubre de 2025

Importancia de procesar el instrumental correctamente

Durante su uso, el cilindro del aspirador de aspiración manual endouterina (AMEU) se llena de sangre. Existe el posible riesgo de que algunos contaminantes de una paciente anterior se introduzcan en el cuerpo de otra paciente si el aspirador de AMEU no es procesado debidamente (esterilizado o sometido a DAN) después de cada paciente.

Pasos

Paso 1: Preparación para el momento de uso

Después de utilizar el aspirador, no deje que se seque. Remoje, enjuague o rocíe el instrumental con agua o con rociador enzimático. No utilice cloro ni solución salina, ya que estos podrían dañar cierto instrumental médico. Además, el cloro podría ser menos eficaz si se utiliza antes de lavar el instrumental en el Paso 2, y puede causar resistencia antimicrobiana.

Paso 2: Lavado

Desarme el aspirador y el adaptador (si se utiliza) y lávelos con agua tibia y detergente utilizando un cepillo de cerdas suaves.

Paso 3: Esterilización o desinfección de alto nivel

Todos los aspiradores y adaptadores deben ser esterilizados o sometidos a una desinfección de alto nivel después de utilizarse.

Opciones de esterilización	Opciones de desinfección de alto nivel
Someta el instrumental a autoclave a vapor* a 121 °C (250 °F) a una presión de 106kPa (15lbs/in2) durante 30 minutos Sumérjalo en glutaraldehído** durante el tiempo recomendado por el fabricante: la mayoría recomienda 10 horas*** Sumérjalo en una solución de Sporox II* durante 6 horas***	Hierva* el instrumental durante 20 minutos Sumérjalo en glutaraldehído** durante el tiempo recomendado por el fabricante: las recomendaciones varían de 20 a 90 minutos*** Sumérjalo en una solución de Sporox II* durante 30 minutos*** Sumérjalo en una solución de cloro al 0.5% durante 20 minutos***

* EL ASPIRADOR IPAS DE VÁLVULA SENCILLA NO SE PUEDE HERVIR NI SOMETER A AUTOCLAVE.

** Dado que hay varios productos de glutaraldehído disponibles con diferentes recomendaciones para el tiempo de procesamiento, siga siempre las recomendaciones incluidas con su marca de glutaraldehído.

*** Si se utilizaron agentes químicos para el procesamiento, las piezas del aspirador y los adaptadores (si se utilizaron) deben enjuagarse minuciosamente en agua limpia potable.

Paso 4: Almacenamiento indicado o uso inmediato

Los aspiradores y adaptadores pueden ser secados, el anillo-O lubricado y el instrumental rearmado y guardado en un recipiente limpio y seco hasta su próximo uso. No es necesario que el aspirador se encuentre estéril o DAN en el momento de utilizarse; el aspirador puede colocarse en un área limpia o guardarse de conformidad con las normas locales.

Los instrumentos que hayan sido procesados con métodos mojados deben ser reprocesados a diario.

Estos métodos validados para el procesamiento del instrumental no afectan de manera negativa el aspirador de AMEU durante por lo menos 25 ciclos de reutilización (Powell y Kapp, 2019). En la práctica, los aspiradores de AMEU a menudo se utilizan hasta que ya no son funcionales. En los lugares donde se registran los datos, los aspiradores se utilizan en promedio 34 veces; esto varía desde el uso único en algunos centros de salud hasta 500 reusos reportados en otros (Eckersberger et al., 2023). En la publicación de Ipas titulada *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, 2a edición*, página 176 (Ipas, 2014), se proporciona información detallada sobre el procesamiento del instrumental de AMEU y otras opciones de procesamiento.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip® (cartel)

Videos sobre el reprocesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus (disponibles en inglés, francés, español y árabe)

Videos sobre servicios de aborto—Ipas: Reprocesamiento del instrumental de AMEU

Referencias bibliográficas

Curless, M. S., Ruparelia, C. S., Thompson, E., & Trexler, P. A. (Eds.) (2018). *Infection Prevention and Control: Reference Manual for Health Care Facilities with Limited Resources*. Jhpiego: Baltimore, MD.

Eckersberger, E., Dijkerman, S., Perkins, M., Overholt, T., Asport, S., Aziz, H., Barata, I., Gulati, S., Chekol, B. M., Mulase, L., Mulunda, J.-C., Oginni, A., Smith, M., Powell, B., & Kapp, N. (2023). Examining reuse and replacement procedures for Ipas manual vacuum aspiration and cannulae in nine countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 163*(2), 651–659.

Ipas. (2014). *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, 2a edición.* Turner, K. L. y Huber, A. eds. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.

Powell, B., & Kapp, N. (2019). Validation of instrument reprocessing methods for the Ipas manual vacuum aspiration devices. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 147*(1), 89-95.

3.5 Aborto con medicamentos

3.5.1. Aautogestión

Información clave:

- Las personas pueden autogestionar un aborto con medicamentos de manera segura y eficaz, ya sea con una combinación de mifepristona y misoprostol, o con misoprostol solo, cuando disponen de información veraz, medicamentos de calidad garantizada y acceso a servicios de salud, si es necesario.

Calidad de la evidencia:
Alta

Fecha de la revisión más reciente:
8 de octubre de 2025

¿Qué es la autogestión del aborto con medicamentos?

La autogestión del aborto con medicamentos es el proceso mediante el cual una persona obtiene medicamentos para inducir el aborto (mifepristona y misoprostol, o misoprostol solo) y realiza las partes componentes de su aborto con o sin el apoyo de un/a prestador/a de servicios de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Algunas personas prefieren manejar todas las partes componentes del aborto con medicamentos fuera del sistema de salud, mientras que otras optan por interactuar con trabajadores de salud capacitados vía mecanismos tradicionales o innovadores de prestación de servicios según sea necesario. Es importante destacar que la persona es quien decide qué aspectos de los cuidados autogestionará, y cuándo y dónde buscar apoyo (OMS, 2024; OMS, 2022). Las barreras al acceso clínico, tales como costo o inaccesibilidad de los servicios, son la razón reportada con más frecuencia para autogestionar el aborto (Amo-Adjei et al., 2025; Aiken, Starling y Gomperts, 2021). Aunque la autogestión del aborto tiene el potencial de aumentar drásticamente el acceso al aborto seguro, en particular en entornos con acceso limitado (Jayaweera et al., 2021), las personas eligen la autogestión del aborto por muchas razones, tales como más autonomía y control de la experiencia, posibilidad de mayor comodidad o privacidad, y la capacidad para evitar estigma, discriminación u otras barreras asociadas con buscar atención en un establecimiento de salud (Aiken et al., 2018; Harries et al., 2021; Moseson et al., 2020). El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) establece que la penalización del aborto, y no el aborto en sí, es la fuente más importante de posibles daños asociados con la autogestión del aborto (ACOG, 2024).

Existen muchos modelos de autogestión del aborto con medicamentos; estos varían según la medida en que el sistema de salud formal, los trabajadores de salud u otros servicios de apoyo participen en el proceso (Dragoman et al., 2022; Sorhaido y Sedgh, 2020). Una revisión sistemática de 2025 combinó los datos de 21 estudios (n=10,693) que examinaron varios diferentes modelos de autogestión del aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol, y encontraron una tasa general de eficacia de 94% hasta concluidos los 63 días de gestación y de 95% hasta concluidos los 70 días (Ralph et al., 2025). El 4% de las pacientes necesitaron una evacuación endouterina; las tasas de embarazo ectópico y de transfusión de sangre fueron < 1%; y no hubo muertes que reportar.

Autogestión del aborto con medicamentos

El aborto con medicamentos antes de 13 semanas de gestación es un proceso que ocurre en un período de horas o días y consiste en tres componentes: (1) determinación de la elegibilidad para el aborto con medicamentos; (2) administración de medicamentos para inducir el aborto y manejo del proceso de aborto; y (3) evaluación de la finalización del aborto. Abundante evidencia clínica documenta la capacidad de las personas embarazadas para realizar cada uno de estos componentes de manera segura y eficaz. Ver *3.2: Recomendaciones para el aborto antes de las 13 semanas de gestación: Determinación de la edad gestacional y 3.3: Recomendaciones para el aborto antes de las 13 semanas de gestación: Tamizaje del embarazo ectópico* para ver un resumen de la evidencia que corrobora la capacidad de las personas para autoevaluar su elegibilidad para tener un aborto con medicamentos; ver 3.*5.6: Recomendaciones para el aborto antes de las 13 semanas de gestación: Aborto con medicamentos: Uso domiciliario de los medicamentos hasta las 12 semanas de gestación* para ver un resumen de la evidencia que corrobora la capacidad de las personas para autoadministrar medicamentos para inducir el aborto y manejar el proceso de aborto; y ver *3.5.7: Recomendaciones para el aborto antes de las 13 semanas de gestación: Aborto con medicamentos: Confirmación de aborto completo*, para ver un resumen de la evidencia que corrobora la capacidad de las personas para autoevaluar si lograron aborto completo.

Modelos de autogestión del aborto

Aborto vía telemedicina

En el aborto vía telemedicina, un/a trabajador/a de salud, desde una región geográfica separada de la persona que busca el aborto, facilita el aborto con medicamentos. Los trabajadores de salud en telemedicina evalúan la elegibilidad para el aborto basándose en la historia clínica, proporcionan medicamentos a las personas que buscan un aborto para uso domiciliario, y ofrecen seguimiento; esto puede ocurrir dentro o fuera del sistema de salud formal y puede ser sincrónico o asincrónico (Endler et al., 2019 ; Raymond et al., 2020). Una revisión de Cochrane de 2025 evaluó la seguridad y eficacia de la telemedicina para el aborto con medicamentos, e incluyó seis estudios controlados aleatorizados y 16 estudios no aleatorizados, con un total de 131,278 personas en proceso de aborto con medicamentos hasta las 12 semanas de gestación (Cleeve et al., 2025). Esta revisión encontró que el aborto con medicamentos ofrecido vía telemedicina era igual de seguro y eficaz que la prestación de servicios de aborto de manera presencial. Muchos estudios de cohorte prospectivos y comparativos confirman este hallazgo (Aiken et al., 2021; Anger y Raymond, 2024; Ralph et al., 2024; Upadhyay et al, 2024). El más extenso de estos estudios, un extenso estudio de cohorte prospectivo realizado en el Reino Unido, que comparó los resultados entre personas que recibieron un aborto con medicamentos tradicional, en persona (n=22,158) y aquéllas que recibieron un aborto vía telemedicina sin pruebas, exámenes o ecografía pre-aborto hasta las 10 semanas de gestación (n=18,435) encontró que más del 98% de las personas en ambos grupos tuvieron un aborto completo y menos participantes en el grupo de telemedicina (0.02%) sufrieron un evento adverso serio, comparado con el grupo de atención tradicional (0.04%) (Aiken et al., 2021). La OMS recomienda la telemedicina como una alternativa a los servicios de aborto con medicamentos en persona (OMS, 2024).

Modelos de acompañamiento

En modelos de acompañamiento, agentes comunitarios no clínicos capacitados proporcionan a las personas que buscan un aborto información sobre el aborto con medicamentos basada en evidencia, orientación para obtener medicamentos para inducir el aborto e instrucciones paso a paso sobre su uso, orientación sobre cómo determinar si tuvieron un aborto completo y sobre los signos de alarma de complicaciones, y apoyo durante el proceso de aborto cuando sea necesario. Los grupos de acompañamiento típicamente trabajan fuera del sistema de salud formal y muchos trabajan en entornos donde el aborto es sumamente restringido (Zurbriggen, Keefe-Oates y Gerdts, 2018). Un estudio de cohorte prospectivo del acompañamiento durante el aborto incluyó a 1352 participantes hasta las 24 semanas de gestación en Nigeria, Argentina y el Sudeste asiático (Moseson et al., 2023; Moseson et al., 2021). En el caso de las participantes con una edad gestacional de hasta nueve semanas, las tasas autorreportadas de eficacia del aborto eran comparables a las de los servicios proporcionados en una clínica: el 98% tanto para el régimen combinado de mifepristona y misoprostol como para el régimen de misoprostol solo (Jayaweera et al., 2023a; Jayaweera et al., 2023b; Moseson et al.,

2021). Las tasas de eficacia para participantes con una edad gestacional entre 9 y 12 semanas (n=222) fueron de 87% para el régimen combinado y 98% para el régimen de misoprostol solo (Jayaweera et al., 2023b; Moseson et al., 2021; Moseson et al., 2023). Un estudio de cohorte retrospectivo menos extenso realizado en Bolivia incluyó a 302 participantes que buscaban un aborto antes de las 12 semanas de gestación (Acre et al., 2023). Las participantes utilizaron tanto el régimen combinado como el régimen de misoprostol solo; la tasa de eficacia fue de 99% y solo 6 personas buscaron atención adicional, más comúnmente para confirmar que se logró un aborto completo.

Distribución comunitaria

Dos estudios han documentado la seguridad y eficacia de la autogestión del aborto inducido con misoprostol solo, accedida mediante la distribución comunitaria (Foster, Arnott y Hobstetter, 2017; Foster et al., 2022). En estos estudios, agentes de salud comunitaria legos o voluntarios proporcionaron misoprostol e instrucciones para su uso a personas que buscaban un aborto antes de 9 o 10 semanas de gestación, según la fecha de la última menstruación reportada por cada persona. En ambos estudios, las tasas de aborto completo sobrepasaron aquellas vistas en estudios clínicos sobre el aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo (94-96%) sin registrarse eventos adversos serios.

Adquisición en farmacias

Dos estudios de cohorte comparativos han demostrado la eficacia del aborto con medicamentos con mifepristona y misoprostol adquiridos directamente de farmacias o vendedores de medicamentos, comparado con un centro de salud. En Camboya, un estudio con 1847 mujeres con una edad gestacional promedio de < 7 semanas encontró que el 9% de las mujeres en el grupo de farmacias necesitaron un tratamiento adicional para lograr un aborto completo, comparado con el 13% en el grupo de centros de salud (Kapp et al., 2023). Un estudio similar realizado en Ghana con 1958 mujeres encontró que el 3% de las pacientes que acudieron a farmacias y el 5% de las pacientes en centros de salud necesitaron un tratamiento adicional para lograr un aborto completo (Kapp et al., 2024). Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Nigeria evaluó las tasas de eficacia en personas embarazadas (n=394) que autogestionaron su aborto con misoprostol comprado por medio de vendedores de medicamentos (Stillman et al., 2020). A pesar de recibir información inadecuada sobre los medicamentos, qué esperar, o dónde y cuándo buscar atención adicional, el 94% de la muestra informó haber tenido un aborto completo sin necesidad de una intervención quirúrgica; una participante necesitó una transfusión de sangre. Un estudio transversal poblacional realizado en India encontró que la tasa autorreportada de complicaciones fue menor para las mujeres que habían autogestionado su aborto con medicamentos comprados en una farmacia (13%, n=2229), comparado con aquéllas que tuvieron un aborto con medicamentos apoyado por un/a profesional de salud (15%, n=2860); no se especificó el tipo de complicación (Banerjee, Gulati y Pearson, 2025). Un estudio de cohorte comparativo en Bangladesh estableció que la calidad reportada por las usuarias de servicios de aborto recibidos en farmacias era comparable a aquellos recibidos en centros de salud (Jacobsen et al., 2024). Las usuarias de farmacias eran más propensas a informar que el aborto fue asequible, mientras que las usuarias de centros de salud recibieron información de major calidad y estaban más preparadas en caso de que se produjera un evento adverso.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

www.ipas.org/AbortoConPastillas—Recursos basados en evidencia sobre cómo autogestionar el aborto con pastillas de manera segura.

Videos sobre servicios de aborto para mujeres

Referencias bibliográficas

ACOG Committee Statement No. 13: Self-Managed Abortion. (2024). *Obstetrics & Gynecology, 144*(6), e152.

Acre, V. N., Küng, S. A., Arce, C., Yapu, A., Iriondo, D., & Morales, M. (2023). Reach, experience, and acceptability of an abortion self-care intervention in Bolivia: a mixed-methods evaluation. *Sexual and Reproductive Health Matters, 31*(1), 2139888.

Aiken, A.R.A., Broussard, K., Johnson, J.M., & Padron, E. (2018). Motivations and experiences of people seeking medical abortion online in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 50*(4), 157-163.

Aiken, A.R.A., Starling, J.E., & Gomperts, R. (2021). Factors associated with use of an online telemedicine service to access self-managed medical abortion in the US. *JAMA Network Open, 4*(5), e2111852.

Aiken, A., Lohr, P.A, Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: A national cohort study. BJOG: *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

Aiken, A.R.A., Romanova, E.P., Morber, J.R., & Gomperts, R. (2022). Safety and effectiveness of self-managed medication abortion provided using online telemedicine in the United States: A population based study. *Lancet Regional Health Americas, 10*, 100200. Doi.10.1016/j.lana.2022.100200.

Amo-Adjei, J., Boateng, K. A., Nicholson, M., Wilkins, R., Wachsmann, H., & Adu-Manu, K. (2025). Feasibility of medication abortion self-care service delivery in Ghana. *Reproductive Health, 22*, 64.

Anger, H. A., & Raymond, E. G. (2024). Clinical and service delivery outcomes following medication abortion provided with or without pretreatment ultrasound or pelvic examination: An updated comparative analysis. *Contraception, 140*.

Banerjee, S. K., Gulati, S., & Pearson, E. (2025). The transformative terrain: An in-depth analysis of trends in self-managed abortion in India using NFHS-5 national data. *Global Public Health, 20*(1), 2467796.

Cleeve, A., Lavelanet, A., Gemzell-Danielsson, K., & Endler, M. (2025). The use of telemedicine services for medical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025*(6), CD013764.

Dragoman, M., Fofie, C., Bergen, S., & Chavkin, W. (2022). Integrating self-managed medication abortion with medical care. *Contraception, 108*, 1-3.

Endler, M., Lavelanet, A., Cleeve, A., Ganatra, B., Gomperts, R., & Gemzell-Danielsson, K. (2019). Telemedicine for medical abortion: A systematic review. BJOG: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 126*, 1094-1102.

Foster, A.M., Arnott, G., & Hobstetter, M. (2017). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Evaluation of a program along the Thailand-Burma border. *Contraception, 96*, 242-247.

Foster, A.M., Messier, K., Aslam, M., & Shabir, N. (2022). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Outcomes from a program in Sindh, Pakistan. *Contraception, 109*, 49-51.

Harries, J., Daskilewicz, K., Bessenaar, T., & Gerdts, C. (2021). Understanding abortion seeking care outside of formal health care settings in Cape Town, South Africa: A qualitative study. *Reproductive Health, 18*, 190.

Jacobson, L. E., Baum, S. E., Pearson, E., Chowdhury, R., Chakraborty, N. M., Goodman, J. M., Gerdts, C., & Darney, B. G. (2024). Client-reported quality of facility-managed medication abortion compared with pharmacy-sourced self-managed abortion in Bangladesh. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 50*(1), 33-42.

Referencias bibliográficas continuado

Jayaweera, R. T., Bradshaw, P. T., Gerdts, C., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Ahern, J., & Moseson, H. (2023a). Accounting for Misclassification and Selection Bias in Estimating Effectiveness of Self-managed Medication Abortion. *Epidemiology, 34*(1), 140.

Jayaweera, R., Egwuatu, I., Nmezi, S., Kristianingrum, I. A., Zurbriggen, R., Grosso, B., Bercu, C., Gerdts, C., & Moseson, H. (2023b). Medication Abortion Safety and Effectiveness With Misoprostol Alone. *JAMA Network Open, 6*(10), e2340042.

Jayaweera, R., Powell, B., Gerdts, C., Kakesa, J., Ouedraogo, R., Ramazani, U., Wado, Y.D., Wheeler, E., & Fetters, T. (2021). The potential of self-managed abortion to expand abortion access in humanitarian contexts. *Frontiers in Global Women's Health, 2*:681039. Doi: 10.3389/fgwh.2021.681039

Kapp, N., Bawah, A. A., Agula, C., Menzel, J. L., Antobam, S. K., Asuming, P. O., Eckersberger, E., & Pearson, E. E. (2024). Medical abortion in Ghana: A non-randomized, non-inferiority study of access through pharmacies compared with clinics. *Contraception, 140*.

Kapp, N., Mao, B., Menzel, J., Eckersberger, E., Saphonn, V., Rathavy, T., & Pearson, E. (2023). A prospective, comparative study of clinical outcomes following clinic-based versus self-use of medical abortion. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 49*(4), 300–307.

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E., & Gerdts, C. (2020a). Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 63*, 87-110.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I.A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motana, R., Bercu, C., Carbone, S., & Gerdts, C. (2021). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): A prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *Lancet Global Health, 10*(1), e105-e113.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I. A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Bercu, C., Motana, R., & Gerdts, C. (2023). Effectiveness of Self-Managed Medication Abortion Between 9 and 16 Weeks of Gestation. *Obstetrics & Gynecology, 142*(2), 330.

Organización Mundial de la Salud. (2015). F*unciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *WHO recommendations on self-care interventions: Self-management of medical abortion, 2022 update*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ralph, L. J., Baba, C. F., Biggs, M. A., McNicholas, C., Hagstrom Miller, A., & Grossman, D. (2024). Comparison of No-Test Telehealth and In-Person Medication Abortion. *JAMA, 332*(11), 898–905.

Ralph, L. J., Ehrenreich, K., Kaller, S., Gurazada, T., Biggs, M. A., Blanchard, K., Hauser, D., Kapp, N., Kromenaker, T., Moayedi, G., Gil, J. P., Perritt, J. B., Raymond, E., Taylor, D., White, K., Valladares, E. S., Williams, S., & Grossman, D. (2025). Accuracy of survey-based assessment of eligibility for medication abortion compared with clinician assessment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 233*(1), 44.e1-44.e15.

Raymond, E., Grossman, D., Mark, A., Upadhyay, U.D., Dean, G., Creinin, M.D., Coplon, L., Perritt, J., Atria, J.M., Taylor, D., & Gold, M. (2020). No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. *Contraception, 101*(6), 361-366.

Stillman, M., Owolabi, A., Fatusi, A.O., Akinyemi, A.I., Berry, A.L., Erinfolami, T.P., Olagunju, O.S., Vaisanen, H., & Bankole, A. (2020). Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers: A prospective cohort study in Lagos state, Nigeria. *BMJ Open*, 10:e034670. Doi:10.1136/bmjopen-2019-034670.

Sorhaindo, A., & Sedgh, G. (2021). Scoping review of research on self-managed medication abortion in low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health, 6*(5), e004763.

Upadhyay, U. D., Koenig, L. R., Meckstroth, K., Ko, J., Valladares, E. S., & Biggs, M. A. (2024). Effectiveness and safety of telehealth medication abortion in the USA. *Nature Medicine, 30*(4), 1191–1198.

Zurbriggen, R., Keefe-Oates, B., & Gerdts, C. (2018). Accompaniment of second-trimester abortions: The model of the feminist Socorrista network of Argentina. *Contraception, 97*, 108-115.

3.5

3. Aborto antes de las 13 semanas de gestación

Aborto con medicamentos

3.5.2. Riesgo de malformaciones fetales

Recomendación:

- No hay evidencias de que la exposición a la mifepristona sola cause malformaciones fetales. La exposición al misoprostol está asociada con un pequeño aumento en el riesgo de malformaciones si la persona continúa con el embarazo y decide no interrumpirlo. A las personas cuyo embarazo continúa después de administrado el misoprostol se les debe ofrecer consejería sobre el riesgo de anomalías congénitas si deciden llevar el embarazo a término.

Grado de la recomendación:

Fuerte

Calidad de la evidencia:

- Mifepristona: muy baja
- Misoprostol: muy baja

Fecha de la revisión más reciente:

8 de octubre de 2025

Antecedentes

La tasa esperada de malformaciones fetales en la población general es de un 3% (Dolk, Loane y Garne, 2010). La exposición a ciertos medicamentos, infecciones, radiación o drogas durante el desarrollo embrionario o fetal puede causar mayor riesgo de malformaciones fetales si el embarazo continúa.

Mifepristona

Existen datos limitados sobre la continuación del embarazo después de la exposición a la mifepristona sin misoprostol. Dos revisiones sistemáticas realizadas en 2024, cada una de 13 estudios observacionales, no encontraron ninguna evidencia de que la mifepristona sea un teratógeno (Jingran, Yan y Xiaoying, 2024; Turner et al., 2024). En el estudio prospectivo más extenso con 46 mujeres que continuaron su embarazo después de tomar mifepristona, ocurrieron ocho abortos espontáneos y dos malformaciones fetales mayores en los embarazos que continuaron (5.3%). No se pensó que las dos malformaciones estaban relacionadas con la exposición a la mifepristona, sino que posiblemente fueron el resultado de otras afecciones médicas (Bernard et al., 2013). Un análisis realizado en 2025 de informes de seguridad poscomercialización encontró que la mifepristona no estaba asociada con defectos estructurales del corazón fetal (Liu et al., 2025).

Misoprostol

Los reportes de casos, estudios de cohorte (da Silva Dal Pizzol, et al., 2005; Vauzelle et al., 2013) y estudios de casos y controles (da Silva Dal Pizzol, Knop y Mengue, 2006) muestran que la incidencia de anomalías congénitas específicas alcanza su punto máximo si el misoprostol se administra entre 5 y 8 semanas después de la fecha de última menstruación (FUM) y no está asociada con anomalías después de la exposición después de las primeras 13 semanas desde la FUM (Philip, Shannon y Winikoff, 2002). Las anomalías más comunes asociadas con el uso de misoprostol son el síndrome de Möbius, un síndrome raro de parálisis de los nervios craneales asociada con anomalías de las extremidades, defectos craneofaciales y defectos de las extremidades caudales (da Silva Dal Pizzol et al., 2006; Jingran, Yan y Xiaoying, 2024). Aunque no se ha establecido claramente, el

mecanismo propuesto para las anomalías es disrupción vascular producida por las contracciones uterinas, que causa trastorno del desarrollo fetal (González et al., 2005; Shepard, 1995).

En una revisión sistemática realizada en 2024 de nueve estudios observacionales con 5073 casos con anomalías y 11,778 controles, se estimó una razón de momios de 2.69 para anomalías congénitas después de la exposición al misoprostol (Jingran, Yan y Xiaoying, 2024). En línea con estudios anteriores (Auffret et al., 2016; da Silva Dal Pizzol et al., 2006), la razón de momios estimada para la secuencia de Möbius fue de 26, para los defectos transversos terminales de las extremidades fue de 11 y para la hidrocefalia fue de 3.

Aunque la tasa de exposición al misoprostol es más alta en niños y niñas que nacen con defectos característicos, como el síndrome de Möbius, dado que las anomalías son tan raras, existe en general un bajo riesgo de que una mujer que toma misoprostol antes de las 13 semanas de gestación y lleva su embarazo a término tenga un hijo con una malformación congénita relacionada con la exposición al misoprostol. El riesgo de malformación relacionada con la exposición al misoprostol es menor de 10 por cada 1000 exposiciones (Philip, et al., 2002).

Referencias bibliográficas

Auffret, M., Bernard-Phalippon, N., Dekemp, J., Carlier, P., Gervoise Boyer, M., Vial, T., & Gautier, S. (2016). Misoprostol exposure during the first trimester of pregnancy: Is the malformation risk varying depending on the indication? *European Journal of Obstetrics & Gyncelology and Reproductive Biology, 207*, 188-192.

Bernard, N., Elefant, E., Carlier, P., Tebacher, M., Barjhoux, C., Bos-Thompson, M., & Vial, T. (2013). Continuation of pregnancy after first-trimester exposure to mifepristone: An observational prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 120*(5), 568-574.

da Silva Dal Pizzol, T., Knop, F. P., & Mengue, S. S. (2006). Prenatal exposure to misoprostol and congenital anomalies: Systematic review and meta-analysis. *Reproductive Toxicology, 22*(4), 666-671.

da Silva Dal Pizzol, T., Tierling, V. L., Schüler-Faccin, L., Sanseverino, M. T. V., & Mengue, S. S. (2005). Reproductive results associated with misoprostol and other substances utilized for interruption of pregnancy. *European Journal of Clinical Pharmacology, 61*(1), 71-72.

Dolk, H., Loane, M., & Garne, E. (2010). The prevalence of congenital anomalies in Europe. *Rare Diseases Epidemiology*, 349-364.

Gonzalez, C. H., Vargas, F. R., Perez, A. B. A., Kim, C., Brunoni, D., Marques-Dias, M. J., & de Almeida, J. C. C. (2005). Limb deficiency with or without Möbius sequence in seven Brazilian children associated with misoprostol use in the first trimester of pregnancy. *American Journal of Medical Genetics, 47*(1), 59-64.

Jingran, G., Yan, D., & Xiaoying, Y. (2024). Risk of teratogenicity in continued pregnancy after gestational exposure to mifepristone and/or misoprostol: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 310*(3), 1331–1342.

Liu, R., Wang, J., Wang, Q., Zhang, Y., & Yuan, F. (2025). Mifepristone-related foetal cardiac adverse events: findings from the postmarketing safety reports. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 45*(1), 2528093.

Philip, N. M., Shannon, C., & Winikoff, B. (2002). *Misoprostol and teratogenicity: Reviewing the evidence*. New York: Population Council.

Shepard, T. H. (1995). Möbius syndrome after misoprostol: A possible teratogenic mechanism. *The Lancet, 346*(8977), 780.

Turner, J. V., Garratt, D., Barwick, A., McLindon, L. A., Spark, M. J., & Smith, A. (2024). Congenital and Fetal Effects After Mifepristone Exposure and Continuation of Pregnancy: A Systematic Review. *Clinical Pharmacology & Therapeutics, 116*(5), 1207–1216.

Vauzelle, C., Beghin, D., Cournot, M.-P., & Elefant, E. (2013). Birth defects after exposure to misoprostol in the first trimester of pregnancy: Prospective follow-up study. *Reproductive Toxicology, 36*, 98-103.

3.5

3. Aborto antes de las 13 semanas de gestación

Aborto con medicamentos

3.5.3. Mifepristona y misoprostol: régimen recomendado

Recomendación:

- Una dosis de 200 mg de mifepristona por vía oral seguida 1 o 2 días después por una dosis de 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal. Se puede repetir la dosis de misoprostol para lograr aborto completo.
- Después de las primeras 9 semanas de gestación, el uso rutinario de por lo menos dos dosis de misoprostol, administradas entre 3 y 4 horas aparte, mejora las tasas de aborto completo.
- El régimen combinado de mifepristona y misoprostol es eficaz y seguro, y tiene tasas de eficacia superiores al 95%, tasas de continuación del embarazo de aproximadamente un 2% y tasas de complicaciones del 1% al 3%.

En la práctica:

- El régimen combinado de mifepristona y misoprostol es más eficaz que el misoprostol usado solo y se recomienda para el aborto con medicamentos antes de 13 semanas de gestación; en lugares donde no se dispone de mifepristona, se puede utilizar el régimen de misoprostol solo.
- Se puede administrar dosis adicionales de misoprostol si no han ocurrido sangrado, cólicos ni expulsión del producto del embarazo, y han pasado, como mínimo, 3 horas desde la dosis anterior de misoprostol.

Grado de la recomendación:

Fuerte

Calidad de la evidencia:

- Hasta nueve semanas de gestación: alta
- Entre 9 y 13 semanas de gestación: baja

Fecha de la revisión más reciente:

9 de octubre de 2025

Antecedentes

Eficacia del régimen de aborto con medicamentos se define como un aborto completo que no necesita ninguna otra intervención. Para inducir el aborto con medicamentos, se recomienda el régimen combinado de mifepristona y misoprostol ya que éste es más eficaz que el misoprostol solo (Abubeker et al., 2020; Blum et al., 2012; Kapp et al., 2019; Zhang et al., 2022; Ngoc et al., 2011; Raymond, Harrison y Weaver, 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). En lugares donde no se dispone de mifepristona, se puede utilizar el régimen de misoprostol solo.

Hasta las primeras nueve semanas de gestación (63 días desde la FUM)

Múltiples ensayos clínicos controlados y aleatorizados han demostrado que la combinación de mifepristona y misoprostol es un régimen eficaz de aborto con medicamentos, cuyas tasas de eficacia varían del 95% al 98% hasta las nueve semanas de gestación (Abubeker et al., 2020; Brandell et al., 2023; Chen y Creinin, 2015; Kapp, Baldwin y Rodriguez, 2018; Zhang et al., 2022; Raymond et al., 2012). Una revisión sistemática del aborto con medicamentos inducido con 200 mg de mifepristona y 800 mcg de misoprostol hasta 9 semanas de gestación en países de bajos y medianos ingresos incluyó 52 estudios y encontró una tasa promedio de aborto completo de 95% (Fergeson y Scott, 2020). Los regímenes de misoprostol por vía vaginal, bucal y sublingual son más eficaces que el misoprostol por vía oral (Zhang et al., 2022). Las dosis por vía bucal (Middleton et al., 2005) y sublingual (Tang et al., 2003; von Hertzen et al., 2010) tienen tasas más altas de efectos secundarios gastrointestinales que las dosis por vía vaginal (Zhang et al., 2022). La administración de dosis por vía sublingual está asociada con más efectos secundarios que por vía bucal (Chai, Wong y Ho, 2013). Sin embargo, al reducir la dosis de misoprostol por vía sublingual a 400 mcg, disminuyeron los efectos secundarios pero incrementaron las tasas de aborto incompleto y de continuación del embarazo (Bracken et al., 2014; Raghavan et al., 2013; von Hertzen et al., 2010); por lo tanto, la dosis recomendada de misoprostol por vía sublingual continúa siendo 800 mcg. Posiblemente se prefiera la vía bucal o sublingual a la vaginal debido a la preferencia de la persona o las restricciones legislativas.

Se ha comprobado que la administración de dosis simultáneas de mifepristona y misoprostol en personas con embarazo de hasta 63 días de gestación tiene una tasa de eficacia de aproximadamente el 95%, comparada con la tasa de 97% a 98% cuando se administra misoprostol entre 24 y 48 horas después de la mifepristona (Creinin et al., 2007; Goel et al., 2011; Lohr et al., 2018; Schmidt-Hansen et al., 2022; Verma et al., 2017). Aunque este método es ligeramente menos eficaz posiblemente sea preferible en ciertos ámbitos, por ejemplo en lugares donde se restringe el uso domiciliario de los medicamentos para inducir el aborto (Lohr et al., 2018).

Cuatro extensos estudios de cohorte, con un total de 300,112 mujeres que tuvieron un aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol hasta las nueve semanas de gestación (Cleland et al., 2013; Gatter, Cleland y Nucatola, 2015; Goldstone, Walker y Hawtin, 2017; Liu y Ray, 2023), encontraron tasas de aspiración endouterina de 2.3% a 4.8%. Un estudio de cohorte danés de 86,437 abortos con medicamentos inducidos con mifepristona y misoprostol antes de las nueve semanas, concluyó que la edad gestacional más avanzada estaba muy asociada con requerir una intervención quirúrgica (Meaidi et al., 2019). Las tasas de complicaciones observadas durante el aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol hasta las nueve semanas de gestación son inferiores al 1% (Cleland et al., Gatter, Cleland y Nucatola, 2015; Goldstone, Walker y Hawtin, 2017; Liu y Ray, 2023).

	Goldstone, 2017	Cleland, 2013	Gatter, 2015
Número de mujeres inscritas	13,078	233,805	13,373
Edad gestacional	≤ 63 días	≤ 63 días	≤ 63 días
Lugar/organización	MSI Australia	Planned Parenthood USA	Planned Parenthood USA
Período	2013-2015	2009-2010	2006-2011
Aborto incompleto que requirió aspiración	4.84%	No reportado	2.3%
Embarazo ectópico no diagnosticado	No reportado	0.007%	No reportado
Continuación del embarazo	0.76%	0.5%	0.5%
Transfusión	0.13%	0.05%	0.03%
Infección	0.11%	0.02%	0.01%
Muerte	<0.01% (1 muerte por pulmonía, probablemente no relacionada)	0.0004% (1 muerte por embarazo ectópico no diagnosticado)	Ninguna muerte

Entre las 9 y 11 semanas de gestación

Una revisión retrospectiva de expedientes realizada en 2022 evaluó las tasas de aborto completo para 8825 pacientes que tomaron mifepristona seguida de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal o bucal hasta los 70 días de gestación (Young et al., 2022). Antes de 64 días de gestación, el 97% de las pacientes que utilizaron misoprostol vaginal y el 98% de las pacientes que utilizaron misoprostol bucal tuvieron un aborto completo; entre 64 y 70 días de gestación, el 93% de las pacientes que utilizaron misoprostol vaginal o bucal tuvieron un aborto completo. Una revisión realizada en el año 2015 reporta datos de cinco estudios comparativos sobre aborto con medicamentos, que incluyeron a 801 mujeres con embarazo entre 64 y 70 días de gestación y 1163 con embarazo entre 57 y 63 días de gestación (Abbas, Chong y Raymond, 2015). En cuatro estudios, las mujeres recibieron 200 mg de mifepristona seguida de una dosis única de 800 mcg de misoprostol por vía bucal (Boersma, Meyboom-de Jong y Kleiverda, 2011; Pena et al., 2014; Sanhueza Smith et al., 2015; Winikoff et al., 2012) y en un estudio, las mujeres recibieron mifepristona y una dosis única de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual (Bracken et al., 2014). No hubo diferencia en las tasas de aborto completo entre los dos grupos gestacionales (93.9% a los 57 a 63 días comparado con 92.3% a los 64 a 70 días), y no hubo diferencias en eventos adversos serios, tales como ingresos hospitalarios o traslados, entre los grupos (0.7% y 0.5% respectivamente).

Un ensayo abierto prospectivo de no inferioridad comparó la eficacia de un régimen de aborto con medicamentos de 200 mg de mifepristona, seguida de una dosis única de 800 mcg de misoprostol, en 362 mujeres entre 64 y 70 días de gestación con la eficacia del mismo régimen en 286 mujeres entre 71 y 77 días de gestación (Dzuba et al., 2020b). La tasa de expulsión fue de 92% en el grupo de 64 a 70 días, y la tasa de continuación del embarazo fue de 4%, comparada con 87% y 9% en el grupo de 71 a 77 días, respectivamente. Un estudio de cohorte retrospectivo realizado posteriormente comparó las tasas de expulsión cuando las personas tomaron en su casa dos dosis de 800 mcg de misoprostol, cuatro horas aparte, para embarazos entre 64 y 70 días y entre 71 y 77 días (Dzuba et al., 2020a). Aunque la alta tasa de pérdidas durante el seguimiento (25%) limita las conclusiones que pueden sacarse, los investigadores encontraron que las tasas de aborto completo mejoraron a

más del 99% entre 64 y 70 días, y al 98% entre 71 y 77 días. Una revisión sistemática realizada en 2019 del aborto con medicamentos de embarazos entre 63 y 84 días de gestación similarmente concluyó que las tasas de aborto completo son más altas cuando se administran dosis repetidas de misoprostol de manera rutinaria y cuando se utiliza la vía vaginal para la administración del misoprostol, comparada con la vía oral (Kapp et al., 2019). Sin embargo, la revisión no recomienda un régimen específico de mifepristona y misoprostol (Kapp et al., 2019).

Entre 11 y 13 semanas de gestación

Un ensayo clínico distribuyó aleatoriamente a 340 mujeres con embarazo de hasta 13 semanas de gestación a dos grupos: 1) una dosis de 200 mg de mifepristona seguida de 800 mcg de misoprostol administrado por vía vaginal, o 2) 600 mcg por vía sublingual, seguido de hasta dos dosis adicionales de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual o vaginal cada 3 horas (Hamoda et al., 2005). La tasa general de aborto completo con este régimen fue de 95.8%. En ambos grupos, la mayoría de las personas necesitaron 2 dosis de misoprostol para tener un aborto completo; el 3.4% de las personas en el grupo vaginal necesitaron una evacuación endouterina quirúrgica, comparado con el 2.9% en el grupo sublingual. Las personas que usaron misoprostol por vía sublingual eran más propensas a presentar efectos secundarios. Un estudio de cohorte prospectivo (Lokeland et al., 2010), con 254 mujeres con edad gestacional entre 63 y 90 días, informó una tasa de aborto completo de 91.7% y una tasa de continuación del embarazo de menos de 1% cuando se utilizó un régimen similar de mifepristona seguida de repetidas dosis de misoprostol. Entre 10 y 13 semanas de gestación, las tasas reportadas de aspiración endouterina, por la razón que fuera, variaron entre el 4% y el 8% (Hamoda et al., 2005; Lokeland et al., 2010) y las tasas de complicaciones eran de aproximadamente un 3% (Hamoda et al., 2005).

¿Quiénes pueden proporcionar aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace recomendaciones para la prestación de servicios de aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación, que abarcan la evaluación de la elegibilidad para tener un aborto con medicamentos (determinar la edad gestacional y evaluar por contraindicaciones a los medicamentos para inducir el aborto), la administración de los medicamentos, el manejo del proceso de aborto, y la evaluación de la finalización del aborto (OMS, 2024). La OMS afirma que todos los trabajadores de salud (profesionales médicos especialistas y generalistas, profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras obstetras auxiliares, profesionales de medicina tradicional y complementaria, farmaceutas, empleados de farmacia y trabajadores en salud comunitaria) pueden proporcionar servicios seguros y eficaces de aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol, o con misoprostol solo, basándose en una variedad de evidencia y en las habilidades y los conocimientos esperados para ese tipo de trabajador/a de salud (OMS, 2024). La OMS también recomienda que la persona embarazada puede autogestionar de manera segura y eficaz el proceso de aborto con medicamentos, parcial o totalmente, cuando tiene acceso a información veraz, medicamentos de calidad garantizada, incluidos aquellos para el manejo del dolor, el apoyo de trabajadores de salud capacitados, y acceso a un establecimiento de salud si es necesario (OMS, 2024). Para obtener más información sobre la autogestión del aborto con medicamentos, ver *3.5.2: Recomendaciones para el aborto antes de las 13 semanas de gestación: Autogestión del aborto con medicamentos*. Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto*.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para el aborto con medicamentos (tarjeta de dosis)

Ruedas para determinar la edad gestacional para el uso de mifepristona/misoprostol

Videos sobre servicios de aborto—Ipas: Aborto con medicamentos en las etapas iniciales del embarazo

Referencias bibliográficas

Abbas, D., Chong, E., & Raymond, E. G. (2015). Outpatient medical abortion is safe and effective through 70 days gestation. *Contraception, 92*(3), 197-199.

Abubeker, F. A., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. & Kim, C. (2020). Medical termination for pregnancy in early first timester (≤63 days) using combination of mifepristone and misoprostol alone: a systematic review. *BMC Women's Health, 20*, 142.

Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T., Chelli, H., Hajri, S., & Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, 166-171.

Boersma, A. A., Meyboom-de Jong, B., & Kleiverda, G. (2011). Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhea in a general practice in Curacao. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 16*(2), 61-66.

Bracken, H., Dabash, R., Tsertsvadze, G., Posohova, S., Shah, M., Hajri, S., ... Winikoff, B. (2014). A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: A prospective comparative open-label trial. *Contraception, 89*(3), 181-186.

Brandell, K., Jar-Allah, T., Reynolds-Wright, J., Kallner, H. K., Hognert, H., Gyllenberg, F., Kaislasuo, J., Tamang, A., Tuladhar, H., Boerma, C., Schimanski, K., Gibson, G., Løkeland, M., Teleman, P., Bixo, M., Kjaer, M. M., Kallfa, E., Bring, J., Heikinheimo, O., ... Gemzell-Danielsson, K. (2024). Randomized Trial of Very Early Medication Abortion. New England Journal of Medicine, 391(18), 1685–1695.

Brandell, K., Reynolds-Wright, J. J., Boerma, C., Gibson, G., Hognert, H., Tuladhar, H., Heikinheimo, O., Cameron, S., Gemzell-Danielsson, K., & Group, O. B. of the V. S. (2023). Medical Abortion before Confirmed Intrauterine Pregnancy: A Systematic Review. Seminars in Reproductive Medicine, 40, 258–263.

Chai, J., Wong, C. Y. G., & Ho, P. C. (2013). A randomized clinical trial comparing the short-term side effects of sublingual and buccal routes of misoprostol administration for medical abortions up to 63 days' gestation. *Contraception, 87*(4), 480-485.

Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: *A systematic review. Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 12-21.

Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M., & Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics & Gynecology, 121*(1), 166-171.

Creinin, M. D., Schreiber, C. A., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M. S., Meyn, L. A., & Medical abortion at the same time (MAST) study group. (2007). Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 109*, 885-894.

Dzuba, I.G., Castillo, P.W., Bousieguez, M., Hernandez, E.M.L., Vivar, J.J.C., & Smith, P. S. (2020a). A repeat dose of misoprostol 800mcg following mifepristone for outpatient medical abortion at 64-70 and 71-77 days of gestation: A retrospective chart review. *Contraception 102*, 104-108.

Dzuba, I.G., Chong, E., Hannum, C., Lichtenberg, S., Hernandez, E.M.L., Ngoc, N. ... & Winikoff, B. (2020b). A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64-70 days and 71-77 days of gestation. *Contraception, 101*, 302-308.

Referencias bibliográficas continuado

Ferguson, I., & Scott, H. (2020). Systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of mifepristone and misoprostol for medical abortion in low-and middle-income countries. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 42*(12), 1532-1542.

Gatter, M., Cleland, K., & Nucatola, D. L. (2015). Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception, 91*(4), 269-73.

Goel, A., Mittal, S., Taneja, B. K., Singal, N., & Attri, S. (2011) Simultaneous administration of mifepristone and misoprostol for early termination of pregnancy: *A randomized controlled trial. Archives of Gynecology and Obstetrics, 283*, 1409-13.

Goldstone, P., Walker, C., & Hawtin, K. (2017). Efficacy and safety of mifepristone-buccal misoprostol for early medical abortion in an Australian setting. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 57*, 366-371.

Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M., & Templeton, A. (2005). A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 112*, 1102-1108.

Kapp, N., Baldwin, M. K., & Rodriguez, M. I. (2018). Efficacy of medical abortion prior to 6 gestational weeks: A systematic review. *Contraception*, DOI: 10.1016/j. contraception.2017.09.006.

Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., & Rodriguez, M. I. (2019). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception, 99*(2), 77-86.

Liu, N., & Ray, J. G. (2023). Short-Term Adverse Outcomes After Mifepristone–Misoprostol Versus Procedural Induced Abortion. *Annals of Internal Medicine, 176*(2), 145–153.

Lohr, P. A., Starling, J. E., Scott, J. G., & Aiken, A. R. A. (2018). Simultaneous compared with interval medical abortion regimens where home use is restricted. *Obstetrics & Gynecology, 131*(4), 635-641.

Lokeland, M., Iverson, O. E., Dahle, G. S., Nappen, M. H., Ertzeid, L., & Bjorge, L. (2010). Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstetrics & Gynecology, 115*(2), 962-968.

Meaidi, A., Friedrich, S., Gerds, T. A, & Lidegaard, O. (2019). Risk factors for surgical intervention of early medical abortion. A*merican Journal of Obstetrics and Gynecology, 220*, 478.e1-478.e15.

Middleton, T., Schaff, E., Fielding, S. L., Scahill, M., Shannon, C., Westheimer, E., & Winikoff, B. (2005). Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception, 72*(5), 328-332.

Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception, 83*, 410-417.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pena, M., Dzuba, I. G., Smith, P. S., Mendoza, L. J., Bousieguez, M., Martinez, M. L., ... Winikoff, B. (2014). Efficacy and acceptability of a mifepristone-misoprostol combined régimen for early induced abortion among women in Mexico City. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 127*(1), 82-85.

Raghavan, S., Tesereteli, T., Kamilov, A., Kurbanbekova, D., Yusupov, D., Kasimova, F., ... Winikoff, B. (2013). Acceptability and feasibility of the use of 400mcg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: Evidence from Uzbekistan. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 18*(2), 104-111.

Raymond, E., Harrison, M, & Weaver, M. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 133*, 137-147.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2012). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: *A systematic review. Contraception, 87*(1), 26-37.

Sanhueza Smith, P., Pena, M., Dzuba, I. G., Garcia Martinez, M. L., Aranqure Peraza, A. G., Bousiequez, M., ... Winikoff, B. (2015). Safety, efficacy and acceptability of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion through 70 days since last menstrual period in public sector facilities in Mexico City. *Reproductive Health Matters, 22*(44 Suppl 1), 75-82.

Referencias bibliográficas continuado

Schmidt-Hansen, M, Lord, J., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Simultaneous compared to interval administration of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks' gestation: A systematic review with meta-analyses. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 46*(4), 270-278.

Tang, O.S., Chan, C.C.W., Ng, E., Lee, S.W.H. y Ho, P.C. (2003). A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction, 18*(11), 2315-2318.

Teong, A.C.A., Wong, T.T.C., Soe, N.N., Lau, H.C.Q., Ang, C.Y.X., Loy, S.L., ... Seet, M.J. (2026). The use of letrozole or mifepristone for pre-treatment of medical termination of pregnancy: A randomized, non-inferiority trial. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 00*, 1-9.

Verma, M.L., Singh, U., Singh, N., Sankhwar, P.L., y Qureshi, S. (2017). Efficacy of concurrent administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Human Fertility, 20*(1), 43-47.

von Hertzen, H., Huong, N. T., Piaggio, G., Bayalag, M., Cabezas, E., Fang, A. H., & Peregoudov, A. (2010). Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: A randomised controlled noninferiority trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 117*(10), 1186-1196.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C., ... Swica, Y. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics & Gynecology, 120*(5), 1070-1076.

Young, D., Fitzgerald, K., Laursen, L., & Whitaker, A. K. (2022). Comparison of vaginal and buccal misoprostol after mifepristone for medication abortion through 70 days of gestation: A retrospective chart review. *Contraception, 115*, 62–66.

Zhang, J., Zhou, K., Shan, D., & Luo, X. (2022). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*(5), CD002855.

3.5 Aborto con medicamentos

3.5.4. Misoprostol solo: régimen recomendado

Recomendación:

- 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión.
- El régimen de misoprostol solo tiene tasas de aborto completo del 84% al 93%, tasas de continuación del embarazo del 3% al 10% y tasas de complicaciones del 1% al 4%.

En la práctica:

- El régimen combinado de mifepristona y misoprostol es más eficaz que el misoprostol usado solo, y se recomienda para el aborto con medicamentos antes de 13 semanas de gestación; en lugares donde no se dispone de mifepristona, se puede utilizar el régimen de misoprostol solo.
- Se puede administrar dosis adicionales de misoprostol si no han ocurrido sangrado, cólicos ni expulsión del producto del embarazo, y han pasado, como mínimo, 3 horas desde la dosis anterior de misoprostol.
- A las personas en proceso de tener un aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo, fuera de un establecimiento de salud, se les debe proporcionar de 3 a 4 dosis de misoprostol según la situación. Se debe proporcionar una dosis extra de misoprostol, e información que describa cuándo usar dosis adicionales, para utilizarse si es necesario.

Grado de la recomendación:

Fuerte

Calidad de la evidencia:

- Hasta nueve semanas de gestación: moderada
- Entre 9 y 13 semanas de gestación: baja

Fecha de la revisión más reciente:

9 de octubre de 2025

Antecedentes

Eficacia del régimen de aborto con medicamentos se define como un aborto completo que no necesita ninguna otra intervención. Para inducir el aborto con medicamentos, se recomienda el régimen combinado de mifepristona y misoprostol ya que éste es más eficaz que el misoprostol solo (Abubeker et al., 2020; Blum et al., 2012; Kapp et al., 2019; Kulier at al., 2011; Ngoc et al., 2011; Raymond, Harrison y Weaver, 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En lugares donde no se dispone de mifepristona, se puede utilizar el régimen de misoprostol solo.

Regímenes de aborto con misoprostol solo

Una revisión sistemática realizada en el año 2023 evaluó la eficacia del misoprostol solo, revisando 49 estudios donde por lo menos un grupo de participantes recibieron misoprostol solo para inducir el aborto hasta los 91 días de gestación (Raymond, Weaver y Shochet, 2023). Los regímenes de misoprostol difirieron entre los estu-

dios incluidos. La revisión, que incluyó a 16,354 mujeres con datos de resultados de aborto, encontró una tasa de eficacia general del AM de 85% y una tasa de continuación del embarazo de 6%. Cuando el análisis se limitó a participantes que utilizaron como mínimo tres dosis de misoprostol administrado por una vía no oral, la tasa de fracaso fue de 11% y la tasa de continuación del embarazo fue de 5%. Un número muy pequeño de participantes (0.2%) necesitó hospitalización, más comúnmente para una transfusión de sangre. El ensayo clínico aleatorizado más extenso que utilizó el régimen recomendado de misoprostol solo, de 3 dosis de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal o sublingual, incluyó a 2046 participantes con edad gestacional de siete semanas o menos (von Hertzen et al., 2007). La tasa de aborto completo con el régimen de misoprostol solo fue de 84%. Un estudio más reciente seleccionó aleatoriamente a 390 personas con embarazo de hasta 10 semanas de gestación para que recibieran 3 dosis de 800 mcg de misoprostol por vía bucal o sublingual, con la opción de una dosis adicional de misoprostol si el aborto no había finalizado para la consulta de seguimiento (Sheldon et al., 2019). En el seguimiento inicial, la tasa de continuación del embarazo para ambos grupos combinados era de 3% y la tasa de aborto completo era de 86%. Después de ofrecer una dosis adicional de misoprostol a las participantes que no tuvieron un aborto completo, las tasas de aborto completo aumentaron a 93%. Estudios menos extensos que utilizaron regímenes similares han informado tasas de aborto completo de 92% para gestaciones de hasta ocho semanas (Fekih, 2010), del 89% al 91% hasta nueve semanas (Salakos et al., 2005; Velazco et al., 2000) y del 84% al 87% entre 9 y 13 semanas (Carbonell et al., 1999; Carbonell Esteve et al., 1998; Carbonell et al., 2001). En estudios que utilizaron el régimen recomendado de misoprostol solo, o regímenes similares, la tasa de aspiración endouterina realizada posteriormente, por la razón que fuera, varía del 7% al 17% y las tasas de continuación del embarazo del 3% al 10% (Carbonell et al., 1999; Carbonell et al., 2001; Sheldon et al., 2019; Velazco et al., 2000; von Hertzen et al., 2007).

Estudios que examinan estrategias para apoyar servicios seguros y eficaces de aborto fuera del ámbito clínico, como los que exploran el acompañamiento durante el aborto o la distribución comunitaria de misoprostol para la autogestión del aborto con medicamentos, han reportado tasas de aborto completo con el régimen de misoprostol solo, que sobrepasan aquellas de los servicios proporcionados en establecimientos de salud (Moseson et al., 2020b). En el estudio SAFE, que documenta la eficacia de la autogestión del aborto con apoyo de acompañamiento, el 98% de las usuarias de misoprostol informaron haber tenido un aborto completo sin necesidad de una intervención quirúrgica (Jayaweera et al., 2023a; Jayaweera et al., 2023b; Moseson et al., 2022). Dos estudios han documentado la seguridad y eficacia de la autogestión del aborto inducido con misoprostol solo, accedida mediante la distribución comunitaria hasta 9 o 10 semanas de gestación; las tasas de aborto completo fueron del 94% al 96%, sin registrarse eventos adversos serios (Foster, Arnott y Hobstetter, 2017; Foster et al., 2022). Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Nigeria evaluó las tasas de aborto completo en personas embarazadas que compraron misoprostol por medio de vendedores de medicamentos para autogestionar su aborto con medicamentos (Stillman et al., 2020). A pesar de recibir información inadecuada sobre los medicamentos, qué esperar, o dónde y cuándo buscar atención adicional, el 94% de la muestra informó haber tenido un aborto completo sin necesidad de una intervención quirúrgica. De la muestra, una participante necesitó una transfusión de sangre.

El único ensayo controlado aleatorizado multicéntrico que ha comparado diferentes intervalos de administración de dosis de misoprostol, demostró que las tasas de aborto completo son equivalentes cuando el misoprostol se administra por vía vaginal cada 3 a 12 horas o por vía sublingual cada tres horas para un total de tres dosis. La administración por vía sublingual tuvo mayor índice de efectos secundarios que la administración por vía vaginal (von Hertzen et al., 2007). Revisiones sistemáticas realizadas entre 2022 y 2023, que resumieron los datos sobre la eficacia del régimen de misoprostol solo para inducir el aborto con medicamentos, encontraron que la administración por vía vaginal, bucal y sublingual tuvo similares tasas de intervención quirúrgica, mientras que la administración por vía oral tuvo tasas significativamente mayores (Raymond, Weaver y Shochet, 2023; Zhang et al., 2022). Un ensayo clínico que asignó al azar mujeres con embarazo de hasta 10 semanas de gestación para que recibieran misoprostol por vía bucal o sublingual (800 mcg cada tres horas para un total de tres dosis) encontró en el seguimiento que la administración por vía sublingual tuvo una tasa significativamente menor de continuación del embarazo, 1.1% comparado con 5.5% (Sheldon et al., 2019). Las participantes en el grupo sublingual presentaron más fiebre y escalofríos que aquéllas en el grupo de administración bucal.

En general, mayores tasas de aborto completo con regímenes de misoprostol están asociadas con una edad gestacional de menos de 7 semanas (von Hertzen et al., 2007; Zikopoulos et al., 2002), mayor número de dosis repetidas de misoprostol (Carbonell et al., 1999; Jain et al., 2002; Kapp et al., 2018), mayores dosis iniciales de misoprostol (Raymond et al., 2019), vías no orales de administración del misoprostol (Kapp et al., 2018; Raymond, Weaver y Shochet, 2023; Zhang et al., 2022), y más tiempo antes del seguimiento por el/la prestador/a de servicios para confirmar aborto completo (Bugalho et al., 2000; Sheldon et al., 2019). Sin embargo, la satisfacción de cada persona disminuye a medida que se alarga la duración del proceso de aborto (Ngai et al., 2000).

La adición de letrozol

Un ensayo controlado aleatorizado de alta calidad evaluó si la adición de letrozol, inhibidor de la aromatase de tercera generación que disminuye los niveles de estrógeno y causa la pérdida del embarazo, al régimen de misoprostol solo mejora la eficacia del aborto con medicamentos hasta 9 semanas de gestación (Lee et al., 2011a). Se distribuyeron 168 participantes aleatoriamente a un tratamiento de tres días de duración con letrozol (una dosis de 10 mg por vía oral cada día, seguida de una dosis única de misoprostol por vía vaginal el tercer día), o al placebo, seguido de misoprostol. Lograr aborto completo era más probable en el grupo de letrozol (87%), que en el grupo de placebo (73%, p=0.021); no hubo diferencias estadísticamente significativas en las tasas de continuación del embarazo entre los dos grupos (8% comparado con 11%, p=0.6). Un estudio piloto anterior realizado con 20 participantes con gestación de hasta 9 semanas examinó un régimen de dos dosis de letrozol (una dosis de 10 mg por vía oral durante dos días, seguida de una dosis única de 800 mcg de misoprostol administrado por vía vaginal el tercer día), y encontró una tasa de aborto completo más baja del 80% (Lee et al., 2011b). Otro estudio piloto posterior, con 20 participantes con gestación hasta 9 semanas, encontró una tasa de aborto completo más alta (95%), comparable a la tasa vista con el régimen de mifepristona y misoprostol, cuando se administró un tratamiento de 10 mg de letrozol de siete días de duración antes de una dosis única de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal el séptimo día (Yeung et al., 2021).

Un ensayo controlado aleatorizado examinó la adición de letrozol al misoprostol comparado con el placebo y misoprostol en 46 participantes con una edad gestacional promedio de entre 11 y 13 semanas (Javanmanesh, Kashanian y Mirpangi, 2018). El grupo de letrozol, que tomó una dosis diaria de 10 mg de letrozol durante tres días, seguida de repetidas dosis de misoprostol por vía sublingual, tuvo una tasa de aborto completo del 78%, comparada con 13% en el grupo placebo (p=0.0001), sin diferencias en efectos secundarios y sin complicaciones reportadas. Estos hallazgos deben interpretarse con cuidado debido a la muy baja calidad del estudio, el tamaño de muestra pequeño, la discrepancia en edad gestacional media entre los dos grupos (11.2 ± 4 semanas en el grupo de letrozol comparado con 13.2 ± 3 semanas en el grupo placebo) y la tasa de aborto completo marcadamente baja reportada para el grupo placebo, que no concuerda con las tasas de aborto completo reportadas en otros estudios de regímenes de aborto inducido con misoprostol solo. Dos otros ensayos clínicos aleatorizados, realizados con participantes con gestación de más de 13 semanas, han comparado letrozol y misoprostol al placebo y misoprostol (Lee et al., 2011b; Naghshineh, Allame y Farhat, 2015). Naghsineh, Allame y Farhat (2015) incluyó a 121 participantes con una edad gestacional promedio de 13 semanas y encontró una tasa de aborto completo significativamente más alta en el grupo que tomó letrozol (una dosis diaria de 10 mg durante tres días antes de la administración sublingual de misoprostol)–77%–comparado con el grupo placebo (43%, p<0.0001). Lee et al. (2011b) utilizó una dosis menor de letrozol (7.5 mg) y no encontró ninguna diferencia en las tasas de aborto completo en una muestra de 130 participantes con una edad gestacional promedio de 15 semanas. En ambos estudios, los efectos secundarios fueron comparables entre los dos grupos y no se reportaron complicaciones. Dos revisiones sistemáticas que examinaron letrozol y misoprostol, comparado con placebo y misoprostol –ambas de las cuales incluyeron estudios del aborto en el segundo trimestre y una de las cuales incluyó un estudio que usó letrozol como tratamiento del aborto diferido– llegaron a conclusiones en conflicto. Zhou et al. (2021), basada en 4 ensayos controlados aleatorizados heterogéneos con un total de 497 pacientes, encontró que era más probable lograr aborto completo con la adición de letrozol (riesgo relativo [RR]: 1.38, intervalo de confianza al 95% [IC]: 1.07, 1.78). Nash et al. (2018), basada en 3 ensayos controlados aleatorizados con 503 pacientes, no encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en las tasas de

aborto completo entre el grupo de letrozol y misoprostol (74%) y el grupo placebo y misoprostol (56%, RR: 1.24, IC al 95%: 0.92, 1.66).

A pesar de la evidencia limitada disponible para apoyar su uso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido que letrozol (una dosis diaria de 10 mg por vía oral durante tres días), seguido de misoprostol, puede utilizarse para inducir el aborto con medicamentos antes de 12 semanas de gestación en lugares donde no se dispone de mifepristona (OMS, 2024).

Jóvenes

La seguridad y eficacia del uso de misoprostol solo para inducir el aborto ha sido demostrada en adolescentes con embarazos de hasta nueve semanas de gestación (Velazco et al., 2000) y entre 9 y 12 semanas (Carbonell et al., 2001). Las tasas de eficacia del régimen de misoprostol solo para inducir el aborto en jóvenes son similares a las tasas observadas en estudios con mujeres adultas.

¿Quiénes pueden proporcionar aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace recomendaciones para la prestación de servicios de aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación, que abarcan la evaluación de la elegibilidad para tener un aborto con medicamentos (determinar la edad gestacional y evaluar por contraindicaciones a los medicamentos para inducir el aborto), la administración de los medicamentos, el manejo del proceso de aborto y la evaluación de la finalización del aborto (OMS, 2024). La OMS afirma que todos los tipos de trabajadores de salud (profesionales médicos especialistas y generalistas, profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras obstetras auxiliares, profesionales de medicina tradicional y complementaria, farmaceutas, empleados de farmacia y agentes de salud comunitaria) pueden proporcionar servicios seguros y eficaces de aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol, o con misoprostol solo, basándose en una variedad de evidencia y en las habilidades y los conocimientos esperados para ese tipo de trabajador/a de salud (OMS, 2024). La OMS también recomienda que la persona embarazada puede autogestionar de manera segura y eficaz el proceso de aborto con medicamentos, parcial o totalmente, cuando tiene acceso a información veraz, medicamentos de calidad garantizada, incluidos aquellos para el manejo del dolor, el apoyo de trabajadores de salud capacitados, y acceso a un establecimiento de salud, si es necesario (OMS, 2024). Para obtener más información sobre la autogestión del aborto con medicamentos, ver *3.5.2: Recomendaciones para el aborto antes de las 13 semanas de gestación: Autogestión del aborto con medicamentos.* Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para el aborto con medicamentos (tarjeta de dosis)

Ruedas para determinar la edad gestacional para el uso de misoprostol solo

Videos sobre servicios de aborto—Ipas: Aborto con medicamentos en las etapas iniciales del embarazo

Referencias bibliográficas

Abubeker, F. A., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. & Kim, C. (2020). Medical termination for pregnancy in early first timester (≤63 days) using combination of mifepristone and misoprostol alone: a systematic review. *BMC Women's Health, 20*, 142.

Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T., Chelli, H., Hajri, S., & Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, 166-171.

Bugalho, A., Mocumbi, S., Faundes, A., & David, E. (2000). Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 microg of vaginal misoprostol. *Contraception, 61*(1), 47-50.

Carbonell Esteve, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R., & Sanchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception, 57*(5), 329-333.

Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Tanda, R., & Sanchez, C. (1999). Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 4*(1), 35-40.

Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., & Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 6*(1), 39-45.

Fekih, M., Fathallah, K., Regaya, L. B., Bouguizane, S., Chaieb, A., Bibi, M., & Khairi, H. (2010). Sublingual misoprostol for first trimester termination of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 109*, 67-70.

Foster, A.M., Arnott, G., & Hobstetter, M. (2017). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Evaluation of a program along the Thailand-Burma border. *Contraception, 96*, 242-247.

Foster, A.M., Messier, K., Aslam, M., & Shabir, N. (2022). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Outcomes from a program in Sindh, Pakistan. Contraception, 109, 49-51.

Ganguly, R. P., Saha, S. P., Mukhopadhyay, S., Bhattacharjee, N., Bhattacharyya, S. K., & Patra, K. K. (2010). A comparative study on sublingual versus oral and vaginal administration of misoprostol for later first and early second trimester abortion. *Journal of the Indian Medical Association, 108*(5), 283-286.

Grapsas, X., Liberis, V., Vassaras, G., Tsikouras, P., Vlachos, G., & Galazios, G. (2008). Misoprostol and first trimester pregnancy termination. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology, 35*(1), 32-34.

Jain, J. K., Dutton, C., Harwood, B., Meckstroth, K. R., & Mishell, D. (2002). A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of pregnancy. *Human Reproduction, 17*(6), 1477-1482.

Javanmanesh, F., Kashanian, M., Mirpangi, S. (2018). Comparison of using misoprostol with or without letrozole in abortion induction: A placebo-controlled clinical trial. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research, 3*(2), 49-52.

Jayaweera, R. T., Bradshaw, P. T., Gerdts, C., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Ahern, J., & Moseson, H. (2023a). Accounting for misclassification and selection bias in estimating effectiveness of self-managed medication abortion. *Epidemiology, 34*(1), 140.

Jayaweera, R., Egwuatu, I., Nmezi, S., Kristianingrum, I. A., Zurbriggen, R., Grosso, B., Bercu, C., Gerdts, C., & Moseson, H. (2023b). Medication abortion safety and effectiveness with misoprostol alone. *JAMA Network Open, 6*(10), e2340042.

Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., & Rodriguez, M. I. (2019). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception, 99*(2), 77-86.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, Art No.: CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub4.

Lee, V.C.Y., Ng, E.H.Y., Yeung, W.S.B., & Ho, P.C. (2011a). Misoprostol with or without letrozole pretreatment for termination of pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 117*(2Pt1), 317-323.

Lee. V.C.Y., Tang, O.S, Ng, E.H.Y., Yeung, W.S.B., & Ho, P.C. (2011b). A pilot study on the use of letrozole with either misoprostol or mifepristone for termination of pregnancy up to 63 days. *Contraception, 83*(1), 62-67.

Lee, V.C.Y., Tang, O.S., Ng, E.H.Y., Yeung, W.S.B., & Ho, P.C. (2011c). A prospective double-blinded, randomized, placebo-controlled trial on the use of letrozole pretreatment with misoprostol for second-trimester medical abortion. *Contraception, 84*, 628-633.

Referencias bibliográficas continuado

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E., & Gerdts, C. (2020a). Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 63*, 87-110.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I.A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motana, R., Bercu, C., Carbone, S., & Gerdts, C. (2022). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): A prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *Lancet Global Health, 10*(1), e105-e113.

Naghshineh, E., Allame, Z., & Farhat, F. (2015). The effectiveness of using misoprostol with and without letrozole for successful medical abortion: A randomized placebo-controlled clinical trial. *Journal of Research in Medical Sciences, 20*(6), 585-589.

Ngai, S. W., Tang, O. S., Chan, Y. M., & Ho, P. C. (2000). Vaginal misoprostol alone for medical abortion up to 9 weeks of gestation: Efficacy and acceptability. *Human Reproduction, 15*(5), 1159-1162.

Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception, 83*, 410-417.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Raymond, E., Harrison, M, & Weaver, M. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 133*, 137-147.

Raymond, E. G., Weaver, M. A., & Shochet, T. (2023). Effectiveness and safety of misoprostol-only for first-trimester medication abortion: An updated systematic review and meta-analysis. *Contraception, 127*.

Salakos, N., Kountouris, A., Botsis, D., Rizos, D., Gregoriou, O., Detsis, G., & Creatsas, G. (2005). First-trimester pregnancy termination with 800mcg of vaginal misoprostol every 12 h. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 10*(4), 249-254.

Sheldon, W. R., Durocher, J., Dzuba, I. G. , Sayette, H., Martin, R., Velasco, M. C., & Winikoff, B. (2019). Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: A multicenter, randomized trial. *Contraception, 99*(5), 272-277.

Stillman, M., Owolabi, A., Fatusi, A.O., Akinyemi, A.I., Berry, A.L., Erinfolami, T.P., Olagunju, O.S., Vaisanen, H., & Bankole, A. (2020). Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers: A prospective cohort study in Lagos state, Nigeria. *BMJ Open*, 10:e034670. Doi:10.1136/bmjopen-2019-034670.

Tang O. S., Miao, B. Y., Lee, S. W. H., & Ho, P. C. (2002). Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: Efficacy and acceptability. *Human Reproduction, 17*(3), 654-658.

Velazco A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., Chami, S., ... Carbonell, J. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 5*(4), 227-233.

Van Bogaert, L. J., & Misra, A. (2010). Anthropometric characteristics and success rates of oral or vaginal misoprostol for pregnancy termination in the first and second trimesters. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 109*(3), 213-215.

Von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., & Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet, 369*(9577), 1938-1946.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Nguyen, T. M., Marions, L., Okoev, G., & Peregoudov, A. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction, 24*(1), 106-112.

Yeung, T.W.Y., Lee, V.C.Y., Ng, E.H.Y., & Ho, P.C. (2012). A pilot study on the use of a 7-day course of letrozole followed by misoprostol for the termination of early pregnancy up to 63 days. *Contraception, 86*(6), 763-769.

Zhang, J., Zhou, K., Shan, D., & Luo, X. (2022). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*(5), CD002855.

Zikopoulos, K. A., Papanikolaou, E. G., Kalantaridou, S. N., Tsanadis, G. D., Plachouras, N. I., Dalkalitsis, N. A., & Paraskevaidis, E. A. (2002). Early pregnancy termination with vaginal misoprostol before and after 42 days gestation. *Human Reproduction, 17*(12), 3079-3083.

3.5 Aborto con medicamentos

3.5.5. Uso domiciliario de los medicamentos hasta las 12 semanas de gestación

Recomendación:

- Mifepristona puede tomarse en una unidad de salud o en la casa.
- El uso domiciliario de misoprostol después de mifepristona, o en un régimen de misoprostol solo, puede ser ofrecido hasta las 12 semanas de gestación.
- Después de las 12 semanas de gestación, el misoprostol debe utilizarse en un establecimiento de salud.

Grado de la recomendación:
Fuerte

Calidad de la evidencia:
- Hasta 70 días de gestación: alta
- Más de 70 días de gestación: muy baja

Fecha de la revisión más reciente:
9 de octubre de 2025

Una revisión de Cochrane realizada en 2025 evaluó la seguridad y eficacia de la telemedicina para el aborto con medicamentos, para el que se utilizó una combinación de mifepristona y misoprostol en la casa hasta 12 semanas de gestación, incluyó seis estudios controlados aleatorizados y 16 estudios no aleatorizados, con un total de 131,278 participantes (Cleeve et al., 2025). La revisión encontró que el aborto con medicamentos vía telemedicina era igual de seguro y eficaz como la prestación de servicios de aborto de manera presencial, aunque existen datos limitados más allá de 9 semanas de gestación. Muchos estudios han documentado la seguridad y eficacia del uso domiciliario de mifepristona y misoprostol para la autogestión del aborto; para ver un resumen de esta evidencia, remítase a la sección *3.5.1: Aborto antes de las 13 semanas de gestación: autogestión del aborto con medicamentos.*

Régimen combinado de mifepristona y misoprostol

Uso domiciliario de la mifepristona

Una revisión sistemática realizada en 2024 evaluó la seguridad y eficacia de la mifepristona tomada en la casa como parte de un régimen combinado de aborto con medicamentos hasta 10 semanas de gestación (Gemzell-Danielsson et al., 2024). La revisión incluyó 6 estudios y datos de 54,233 personas que buscaban un aborto; y no encontró ninguna diferencia en seguridad o eficacia cuando la mifepristona fue tomada en la casa comparado con su administración en un centro de salud.

Uso domiciliario del misoprostol hasta 70 días

Dos revisiones sistemáticas confirmaron la seguridad y eficacia de misoprostol tomado en la casa como parte del régimen de mifepristona-misoprostol hasta nueve (Gambir et al., 2020) y 10 semanas de gestación

(Schmidt-Hansen et al., 2020). En Gambir et al. (2020), al examinar 19 estudios prospectivos—tres ensayos controlados aleatorizados y 16 ensayos comparativos no aleatorizados con 11,576 participantes con embarazo de hasta 63 días de gestación– se encontró que las tasas de aborto completo y las tasas de eventos adversos eran iguales para el uso del misoprostol en la casa o en una unidad de salud. Las mujeres encontraron que el uso domiciliario es igual de aceptable que el uso en el centro de salud. Schmidt-Hansen et al. (2020) comparó la seguridad y eficacia del uso domiciliario de misoprostol para inducir abortos hasta 9 semanas de gestación con aquellos de más de 9 semanas, reportados en 9 estudios de cohorte prospectivos y retrospectivos con 3381 personas. La revisión no encontró ninguna diferencia en las tasas de aborto completo o de eventos adversos, lo cual confirma la seguridad y eficacia del uso domiciliario de misoprostol hasta 10 semanas de gestación.

Desde estas revisiones, varios estudios de cohorte prospectivos y retrospectivos han informado sobre la seguridad y eficacia de la telemedicina para la prestación de servicios de aborto con medicamentos. En el estudio prospectivo más extenso, realizado en el Reino Unido, 52,142 mujeres utilizaron misoprostol en su casa para inducir un aborto hasta 70 días de gestación e informaron una tasa de aborto completo superior al 98%, y una tasa de complicaciones graves inferior al 1% (Aiken et al., 2021). Varios estudios de cohorte prospectivos y retrospectivos menos extensos, que evaluaron la seguridad y eficacia de la prestación de servicios de aborto vía telemedicina con el uso domiciliario de misoprostol, tienen hallazgos similares (Chong et al., 2021; Pena et al., 2022; Reynolds-Wright et al., 2021; Upadhyay, Koening y Meckstroth, 2021; Upadhyay et al., 2022). El Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG, 2019) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2020) recomiendan ofrecer el uso domiciliario del misoprostol hasta 70 días de gestación.

Uso domiciliario del misoprostol entre 10 y 13 semanas

Los datos sobre el uso domiciliario de misoprostol entre 10 y 13 semanas de gestación son más limitados. Un ensayo de no inferioridad comparó la eficacia de un régimen de aborto con medicamentos con mifepristona seguida de una dosis única de misoprostol tomada en la casa entre mujeres con embarazos de 64 a 70 días de gestación con aquéllas con embarazos de 71 a 77 días (Dzuba et al., 2020b). Los investigadores encontraron una tasa de eficacia (aborto completo) de 92% en el grupo de edad gestacional más temprana, comparada con 87% en el grupo de edad gestacional más avanzada, y una tasa significativamente mayor de continuación del embarazo en el grupo de edad gestacional más avanzada (9% comparada con 4%), lo cual indica que se necesitan dosis adicionales de misoprostol para gestaciones de más de 70 días. Un estudio de cohorte retrospectivo posterior comparó las tasas de aborto completo con el uso domiciliario de dos dosis de 800 mcg de misoprostol, cuatro horas aparte, para abortar embarazos entre 64 y 70 días y 71 y 77 días de gestación (Dzuba et al., 2020a). Aunque la alta tasa de pérdidas durante el seguimiento (25%) limita las conclusiones que se pueden sacar, los investigadores encontraron tasas de aborto completo superiores al 99% y 98%, respectivamente. Un pequeño estudio de cohorte retrospectivo comparó la seguridad y eficacia del uso domiciliario de misoprostol para inducir el aborto a una edad gestacional de entre 57 y 63 días con el uso domiciliario entre 64 y 76 días. Las participantes del estudio autoadministraron una dosis única de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal, seguida de hasta cuatro dosis adicionales de 400 mcg si no ocurrió sangrado (Larsson y Ronnberg, 2019). Las tasas de aborto completo fueron de 96% y 94%, sin diferencia en las tasas de aborto incompleto, sangrado excesivo o intervención quirúrgica. Otro estudio de cohorte retrospectivo, donde las mujeres autoadministraron dos dosis de 800 mcg de misoprostol en su casa para inducir un aborto hasta 77 días de gestación, encontró una tasa similar de aborto completo (96%) (Kerestes et al., 2021). Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Escocia, que informó sobre la seguridad y eficacia de la telemedicina para el aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol durante la pandemia de COVID-19, incluyó a mujeres con gestación de hasta 12 semanas (Reynolds-Wright et al., 2021). De las 663 personas incluidas en el estudio, solo 21 (3%) tenían un embarazo de 10 a 12 semanas de gestación. Casi todas las mujeres (98%) tuvieron un aborto completo; hubo nueve abortos fallidos (1.4%), de los cuales solo uno ocurrió después de 10 semanas. En un estudio de cohorte prospectivo que examinó la seguridad y eficacia del acompañamiento durante el aborto como un modelo de autogestión del aborto en Argentina, Nigeria y el Sudeste asiático, el estudio SAFE, se incluyeron 119 participantes con una edad gestacional entre 9 y 12 semanas, quienes usaron misoprostol en su casa como parte de un régimen combinado de medicamentos; el 87% logró tener un aborto completo sin más

intervención (Moseson et al., 2023). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las personas embarazadas pueden autogestionar las tres partes componentes del proceso de aborto con medicamentos—autoevaluación de elegibilidad, autoadministración de los medicamentos para inducir el aborto y manejo del proceso de aborto, y autoevaluación de la finalización del aborto—hasta 12 semanas de gestación, cuando tienen acesso a una fuente de información fidedigna y a un/a prestador/a de servicios de salud, si es necesario (OMS, 2024).

Régimen de misoprostol solo

Aunque ningún estudio ha comparado directamente la seguridad y eficacia del uso domiciliario del misoprostol en un régimen de misoprostol solo, con el uso en la unidad de salud, varios estudios ofrecen evidencia que corrobora la seguridad y eficacia del uso domiciliario de misoprostol para inducir el aborto. Varios estudios aleatorizados con brazos de misoprostol solo (Blum et al., 2012; Ngoc et al., 2011; Sheldon et al., 2019) y varios estudios de cohorte prospectivos del uso de misoprostol solo para abortar embarazos de hasta las 9 semanas (Carbonell, Valera, Velazco, Fernandez y Sanchez, 1997; Velazco et al., 2000), o entre las 9 y 12 semanas de gestación (Carbonell et al., 2001), han permitido que las participantes se administren misoprostol en su casa sin un efecto en la seguridad o eficacia del aborto con medicamentos. Estudios que examinan el acompañamiento durante el aborto o la distribución comunitaria de misoprostol para la autogestión del aborto con medicamentos, han reportado tasas de aborto completo con el régimen de misoprostol solo, que sobrepasan aquellas de los servicios proporcionados en establecimientos de salud (Moseson et al., 2020b).

En el estudio SAFE, más del 98% de las usuarias que utilizaron misoprostol solo en su casa para una edad gestacional de hasta 12 semanas informaron haber tenido un aborto completo sin necesidad de una intervención quirúrgica (Moseson et al., 2022; Moseson et al., 2023). Dos estudios han documentado la seguridad y eficacia de la autogestión del aborto inducido con misoprostol solo, accedida mediante la distribución comunitaria hasta 9 o 10 semanas de gestación; las tasas de aborto completo fueron del 94% al 96%, sin registrarse eventos adversos serios (Foster, Arnott y Hobstetter, 2017; Foster et al., 2022). Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Nigeria evaluó las tasas de aborto completo en personas embarazadas que compraron misoprostol por medio de vendedores de medicamentos para autogestionar su aborto con medicamentos (Stillman et al., 2020). A pesar de recibir información inadecuada sobre los medicamentos, qué esperar, o dónde y cuándo buscar atención adicional, el 94% de la muestra informó haber tenido un aborto completo sin necesidad de una intervención quirúrgica. De la muestra, una participante necesitó una transfusión de sangre.

Referencias bibliográficas

Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

American College of Obstetricians and Gynecologists & Society of Family Planning. (2020). Medication abortion up to 70 days of gestation: ACOG practice bulletin, number 225. *Obstetrics & Gynecology, 136*(4), e31-e47.

Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T. N., Chelli, H., Hajri, S., ... Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, 166-171.

Carbonell, J. L. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., ... Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 6*, 39-45.

Carbonell, J. L. L., Varela, L., Velazco, A., Fernandez, C., & Sanchez, C. (1997). The use of misoprostol for abortion at ≤ 9 weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care,* 2(3), 181-185.

Chong, E., Shochet, T., Raymond, E., Platais, I., Anger, H.A., Raidoo, S., Soon, R., Grant, M., Haskell, S., Tocce, K., Baldwin, M.K., Boraas, C.M., Bednarek, P.H., Banks, J., Coplon, L., Thompson, F., Priegue, E., & Winikoff, B. (2021). Expansion of direct-to-patient telemedicine abortion service in the United States and experience during the COVID-19 pandemic. *Contraception, 104*, 43-48.

Cleeve, A., Lavelanet, A., Gemzell-Danielsson, K., & Endler, M. (2025). The use of telemedicine services for medical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025*(6), CD013764.

Dzuba, I.G., Castillo, P.W., Bousieguez, M., Hernandez, E.M.L., Vivar, J.J.C., & Smith, P. S. (2020a). A repeat dose of misoprostol 800mcg following mifepristone for outpatient medical abortion at 64-70 and 71-77 days of gestation: A retrospective chart review. *Contraception 102*, 104-108.

Dzuba, I.G., Chong, E., Hannum, C., Lichtenberg, S., Hernandez, E.M.L., Ngoc, N. ... & Winikoff, B. (2020b). A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64-70 days and 71-77 days of gestation. *Contraception, 101*, 302-308.

Foster, A.M., Arnott, G., & Hobstetter, M. (2017). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Evaluation of a program along the Thailand-Burma border. *Contraception, 96*, 242-247.

Foster, A.M., Messier, K., Aslam, M., & Shabir, N. (2022). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Outcomes from a program in Sindh, Pakistan. *Contraception, 109*, 49-51.

Gambir, K., Garnsey, C., Necastro, K.A., & Ngo, T.D. (2020). Effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home versus in the clinic: A systematic review and meta-analysis in response to COVID-19. *BMJ Global Health, 5*(12), e003934.

Gemzell-Danielsson, K., Lindh, I., Brynhildsen, J., Christensson, A., Moberg, K., Wernersson, E., & Johansson, S. (2024). Home use of mifepristone for medical abortion: a systematic review. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 51*(3), e202302. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2024-202302

Kerestes, C., Murayama, S., Tyson, J., Natavio, M., Seamon, S., Raidoo, S., Lacar, L., Bowen, E., Soon, R., Platais, I., Kaneshiro, B., & Stower, P. (2021). Provision of medication abortion in Hawai'i during COVID-19: Practical experience with multiple care delivery models. *Contraception, 104*(1), 49-53.

Larsson, A., & Ronnberg, A. M. (2019). Expanding a woman's options to include home use of misoprostol for medical abortion up until 76 days: An observational study of efficacy and safety. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica, 98*(6), 747-752.

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E., & Gerdts, C. (2020a). Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecoogy, 63*, 87-110.

Referencias bibliográficas continuado

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I.A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motanan, R., Bercu, C., Carbone, S., & Gerdts, C. (2022). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): A prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *Lancet Global Health, 10*(1), e105-e113.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I. A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Bercu, C., Motana, R., & Gerdts, C. (2023). Effectiveness of Self-Managed Medication Abortion Between 9 and 16 Weeks of Gestation. *Obstetrics & Gynecology, 142*(2), 330.

Ngo, T. D., Park, M. H., Shakur, H., & Free, C. (2011). Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: A systematic review. Bulletin of the World Health Organization, 89(5), 360-370.

Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception, 83*, 410-417.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pena, M., Flores, K.F., Ponce, M.M., Serafin, D.F., Zavala, A.M.C., Cruz, C.R., Salgado, I.G.O., Rosado, Y.O., Socarras, T., Lopez, A.P., & Bousieguez, M. (2022). Telemedicine for medical abortion service provision in Mexico: A safety, feasibility, and acceptability study. *Contraception, 114*, 67-73.

Reynolds-Wright, J.J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E., & Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks; gestation: A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 47*(4), 246-251.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2019). *Abortion care*. NICE Guideline, NG140. https://www.nice.org.uk/guidance/NG140. Accessed February 12, 2021.

Schmidt-Hansen, M., Pandey, A., Lohr, P.A., Nevill, M., Taylor, P., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Expulsion at home for early medical abortion: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica, 00*, 1-9.

Schummers, L., Darling, E.K., Dunn, S., McGrail, K., Gayowsky, A., Law, M.R., Laba, T.L., Kaczorowski, J., & Norman, W.V. (2022). Abortion safety and use with normally prescribed mifepristone in Canada. *New England Journal of Medicine, 386*(1), 57-67.

Sheldon, W.R., Durocher, J., Dzuba, I.G., Sayette, H., Martin, R., Velasco, M.C., & Winikoff, B. (2019). Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: A multicenter, randomized trial. *Contraception, 99*, 272-277.

Stillman, M., Owolabi, A., Fatusi, A.O., Akinyemi, A.I., Berry, A.L., Erinfolami, T.P., Olagunju, O.S., Vaisanen, H., & Bankole, A. (2020). Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers: A prospective cohort study in Lagos state, Nigeria. *BMJ Open*, 10:e034670. Doi:10.1136/bmjopen-2019-034670.

Upadhyay, U.D., Koenig, L.R., & Meckstroth, K.R. (2021). Safety and efficacy of telehealth medication abortions in the US during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open, 4*(8), e2122320.

Upadhyay, U.D., Raymond, E.G., Koenig, L.R., Coplon, L., Gold, M., Kaneshiro, B.., Boraas, C.M., & Winikoff, B. (2022). Outcomes and safety of history-based screening for medication abortion: A retrospective multicenter cohort study. *JAMA Internal Medicine, 182*(5), 482-491.

Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, S., Barambino, S., Chami, S., ... Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 5*, 227-233.

3. Aborto antes de las 13 semanas de gestación

Aborto con medicamentos

3.5.6. Confirmación de aborto completo

Recomendación:

- La mayoría de las personas en proceso de aborto con un régimen de medicamentos recomendado tendrá un aborto completo; no es necesario una consulta de seguimiento de rutina.
- El/La prestador/a de servicios puede realizar una evaluación clínica para ayudar a confirmar que la mujer tuvo un aborto completo.
- El ultrasonido u otros estudios complementarios son necesarios solo en casos en que no haya un diagnóstico claro.

En la práctica:

- A las personas en proceso de aborto con medicamentos se les debe proporcionar información adecuada sobre cuándo buscar atención médica adicional por una posible complicación, por ejemplo:
  - Sangrado abundante o empapar más de 2 toallas higiénicas por hora durante 2 horas consecutivas;
  - Fiebre o enfermedad como la influenza que surge más de 24 horas después de usar misoprostol;
  - Dolor intenso o que empeora, incluido el dolor que podría indicar un embarazo ectópico no diagnosticado;
  - Secreción vaginal de olor inusual o fétido.
- A las personas en proceso de aborto con medicamentos se les debe proporcionar información adecuada sobre los signos y síntomas que podrían indicar continuación del embarazo, por los cuales las pacientes deben buscar atención médica, por ejemplo:
  - Ausencia de sangrado o presentar solo manchado en las 24 horas después de usar misoprostol;
  - Continuar sintiéndose embarazada 1 semana después de usar los medicamentos para inducir el aborto.
- La prueba de embarazo en la orina podría tener un resultado positivo hasta 4 semanas después de logar aborto completo inducido con medicamentos.

Grado de la recomendación:
Fuerte

Calidad de la evidencia:
Moderada

Fecha de la revisión más reciente:
9 de octubre de 2025

Aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol

La tasa de eficacia (aborto completo) del régimen de mifepristona seguida de misoprostol para inducir el aborto con medicamentos hasta las 10 semanas de gestación es superior al 95%, y las tasas de continuación del embarazo son menores al 2% (Chen y Creinin, 2015; Kulier et al., 2011; Raymond et al., 2012). La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que no es necesario el seguimiento de rutina después del aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol (2024); aconseja que las personas tengan información adecuada sobre los síntomas de continuación del embarazo y otras razones médicas para regresar para una consulta de seguimiento, tales como sangrado abundante prolongado, ausencia de sangrado durante el manejo del aborto con medicamentos, dolor que no se alivia con medicamentos, o fiebre. Se han examinado múltiples estrategias para confirmar un aborto con medicamentos completo e identificar la rara continuación del embarazo cuando se utiliza el régimen combinado de mifepristona y misoprostol.

Autoevaluación basada en síntomas

La evidencia indica que cada persona puede determinar con precisión si tuvo un aborto completo con mifepristona y misoprostol, es decir si ocurrió la expulsión del producto del embarazo. En estudios que compararon la autoevaluación de la expulsión basada en síntomas con la evaluación realizada por un profesional de la salud (Cameron et al., 2015; Clark et al., 2010; Perriera et al., 2010; Rossi, Creinin y Meyn, 2004) y por ultrasonido (Rossi et al., 2004), se ha comprobado una y otra vez que la autoevaluación es casi tan precisa como ambas.

Evaluación clínica

En la consulta de seguimiento, el/la prestador/a de servicios puede ayudar a confirmar que la mujer tuvo un aborto completo con mifepristona y misoprostol, al evaluar la historia clínica de la usuaria y realizar un examen bimanual, si está indicado. En estudios que compararon la evaluación clínica con el ultrasonido (Rossi et al., 2004; Pymar, Creinin y Schwartz, 2001), las y los profesionales de la salud determinaron la expulsión del producto del embarazo con altos niveles de precisión.

Ultrasonido

El ultrasonido se puede realizar para confirmar un aborto completo, pero no es necesario y puede aumentar el costo y la complejidad del procedimiento del aborto con medicamentos en lugares donde los prestadores de servicios no tienen experiencia leyendo el ultrasonido después del aborto con medicamentos (Kaneshiro, Edelman, Sneeringer y Gómez Ponce de León, 2011). El ultrasonido es útil cuando hay duda en cuanto a la presencia de continuación del embarazo.

Prueba serológica de embarazo

La prueba serológica de embarazo se ha utilizado como alternativa al ultrasonido para diagnosticar continuación del embarazo después del uso de mifepristona y misoprostol, y es mejor que el ultrasonido para reducir las intervenciones en el momento de realizar el seguimiento (Clark et al., 2007; Dayananda et al., 2013; Fiala et al., 2003). Esta prueba es más útil cuando se cuantifica la GCH antes del tratamiento para realizar una comparación; la GCH disminuye en más del 90% siete días después de administrada la mifepristona, en el caso de un aborto completo (Pocius et al., 2016). Un nivel sérico de GCH inferior a 900 UI entre 14 y 21 días después del aborto con medicamentos temprano (<63 días de gestación) excluye la continuación del embarazo (Le Lous et al., 2018). En los casos de aborto con medicamentos en las etapas iniciales del embarazo (< 42 días de gestación), una disminución de la GCH de 80% siete días después del uso de mifepristona confirma que se logró un aborto con medicamentos completo (Bharadwa et al., 2024; Jar-Allah et al., 2025).

Prueba de embarazo en la orina

Una prueba negativa generalmente confirma un aborto completo; sin embargo, aunque rara vez, puede ocurrir que la prueba de embarazo sea negativa pero que la persona aún esté embarazada (falso negativo). Las pruebas de embarazo en orina, tanto de alta sensibilidad como de baja sensibilidad, pueden tener resultados positivos aun cuando la mujer tuvo un aborto completo inducido con medicamentos (falso positivo), debido a que los niveles de GCH permanecen elevados durante por lo menos 18 días después de un aborto con medicamentos. (Cameron et al., 2012; Clark et al., 2010; Godfrey et al., 2007; Perriera et al., 2010; Raymond et al., 2021). Varios estudios han examinado el uso de pruebas de baja sensibilidad (Cameron et al., 2012, Cameron et

al., 2015; Constant et al., 2017; Iyengar et al., 2015; Michie y Cameron, 2014) y pruebas semi-cuantitativas o de múltiple nivel (Anger et al., 2019; Chong et al., 2020; Oppegaard et al., 2015; Raymond et al., 2017; Raymond et al., 2018) de embarazo en la orina, a menudo en combinación con una lista de verificación de los síntomas, para confirmar que la mujer tuvo un aborto completo o identificar continuación del embarazo, sin que tenga que regresar para una consulta de seguimiento. Un pequeño ensayo distribuyó aleatoriamente a 88 participantes con embarazo de menos de 63 días de gestación para que utilizaran independientemente una prueba de embarazo de baja sensibilidad o de múltiple nivel para determinar si lograron aborto completo, y encontró que las personas podían utilizar estas pruebas e interpretar sus resultados correctamente (Fok et al., 2021). Una revisión sistemática realizada en el año 2018 evaluó la precisión de utilizar pruebas de embarazo de baja sensibilidad para identificar continuación del embarazo después del aborto con medicamentos (Raymond, Shocket y Bracken, 2018a); encontró que una prueba de embarazo de baja sensibilidad positiva o inválida tenía solo sensibilidad moderada para detectar continuación del embarazo. Un estudio posterior de la precisión diagnóstica encontró que la prueba de embarazo de baja sensibilidad realizada dos semanas después de la administración de mifepristona identificó correctamente cada continuación del embarazo en una cohorte de 558 personas con embarazo de entre 64 y 70 días de gestación; la tasa de falso positivo fue de 15% (Whitehouse, Shochet y Lohr, 2022). En un meta-análisis realizado en el año 2017, que incluyó siete estudios que examinaron el uso de pruebas de embarazo de múltiple nivel para confirmar que la mujer tuvo un aborto completo cuando utilizó el régimen combinado hasta las 9 semanas de gestación, se encontró que las pruebas de embarazo identificaron todos los casos de continuación del embarazo (21 de 1599 participantes, 1.3%) y que la mayoría de las personas pueden realizar la prueba por sí mismas en su casa (Raymond et al., 2017). La prueba de embarazo de múltiple nivel mide la concentración aproximada de GCH urinaria; la disminución de la concentración de GCH entre una prueba realizada inmediatamente antes y una o dos semanas después del aborto con medicamentos indica que se logró aborto completo. Dado que los niveles de GCH naturalmente disminuyen a finales del primer trimestre, la prueba de embarazo de múltiple nivel puede utilizarse solamente a principios del primer trimestre (Chong et al., 2020).

Dos revisiones sistemáticas realizadas en el año 2019 compararon los resultados de mujeres que autoevaluaron la eficacia de su aborto con medicamentos en su casa utilizando una prueba de embarazo en la orina de baja sensibilidad o semicuantitativa en combinación con una hoja instructiva ilustrada, lista de verificación de síntomas o ninguna lista de verificación, con las mujeres que recibieron seguimiento clínico de manera rutinaria (Baiju et al., 2019; Schmidt-Hansen et al., 2019). Ambas revisiones incluyeron cuatro estudios y más de 5000 mujeres, y concordaron en que no hubo diferencias en las tasas de aborto completo, continuación del embarazo, necesidad de una intervención quirúrgica, o incidencia de infección o hemorragia entre los grupos de autoevaluación y seguimiento clínico.

Aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo

La OMS afirma que no es necesario el seguimiento de rutina después del aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo (2024), y aconseja que las personas deben tener información adecuada sobre los síntomas de continuación del embarazo y otras razones médicas por las cuales deben regresar para una consulta de seguimiento, tales como sangrado abundante prolongado, ausencia de sangrado durante el manejo del aborto con medicamentos, dolor que no se alivia con medicamentos, o fiebre. Debido a menor tasa de aborto completo (del 80% al 85%) y mayor tasa de continuación del embarazo después del aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo antes de las 13 semanas de gestación (von Hertzen et al., 2007), más personas que usan misoprostol para inducir su aborto necesitarán atención médica adicional que aquéllas que usan el régimen combinado de mifepristona y misoprostol.

Evaluación de seguimiento

Ningún estudio ha examinado las diferentes estrategias para determinar si la mujer tuvo un aborto completo con el régimen de misoprostol solo. Ejemplos de posibles estrategias de seguimiento, extrapoladas de estudios sobre el régimen combinado (descritas anteriormente) y datos programáticos, son: historia clínica y examen físico, examen pélvico bimanual, ultrasonido y/o prueba serológica de embarazo o prueba de embarazo en la orina para descartar continuación del embarazo.

Referencias bibliográficas

Anger, H., Dabash, R., Pena, M., Coutino, D., Bousieguez, M., Sanhueza, P. y Winikoff, B. (2019). Use of an at-home multilevel pregnancy test and an automated call-in system to follow-up the outcome of medical abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 144*(1), 97-102.

Baiju, N., Acharya, G., D'Antonio, F. y Berg, R. C. (2019). Effectiveness, safety and acceptability of self-assessment of the outcome of first-trimester medical abortion: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 126*(13), 1536-1544.

Bharadwa, S., Fulcher, I., Fortin, J., Pocius, K. D. y Goldberg, A. B. (2024). hCG trends after mifepristone and misoprostol for undesired pregnancy of unknown location. *Contraception, 131*.

Cameron, S. T., Glasier, A., Dewart, H., Johnstone, A. y Burnside, A. (2012). Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: A service evaluation. *Contraception, 86*(1), 67-73.

Cameron, S. T., Glasier, A., Johnstone, A., Dewart, H. y Campbell, A. (2015). Can women determine the success of early medical termination of pregnancy themselves? *Contraception, 91*, 6-11.

Chong, E., Sheldon, W.R., Lopez-Green, D., Gonzalez, H.C., Castillo, B.H., Ogando, M.G., Tuladhar, N. y Blum, J. (2020). Feasibility of multilevel pregnancy tests for telemedicine abortion service follow-up: A pilot study. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 46*(Supple1), 67-75.

Clark, W., Bracken, H., Tanenhaus, J., Schweikert, S., Lichtenberg, E. S. y Winikoff, B. (2010). Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstetrics & Gynecology, 115*(2 Pt 1), 264-272.

Clark, W., Panton, T., Hann, L. y Gold, M. (2007). Medication abortion employing routine sequential measurements of serum hCG and sonography only when indicated. *Contraception, 75*(2), 131-135.

Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 12-21.

Constant, D., Harries, J., Daskilewicz, K., Myer, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2017). Is self-assessment of medical abortion using a low-sensitivity pregnancy test combined with a checklist and phone text messages feasible in South African primary healthcare settings? A randomized trial. *PLoS One, 12*(6), e0179600. Doi: 10.1371/journal.pone.0179600.

Dayananda, I., Maurer, R., Fortin, J., & Goldberg, A. B. (2013). Medical abortion follow-up with serum human chorionic gonadotropin compared with ultrasonography: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 121*(3), 607-613.

Fiala, C., Safar, P., Bygdeman, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2003). Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 109*(2), 190-195.

Fok, W.K., Lerma, K., Shaw, K.A., & Blumenthal, P.D. (2021). Comparison of two home pregnancy tests for self-confirmation of medication abortion status: A randomized trial. *Contraception, 104*(3), 296-300.

Godfrey, E. M., Anderson, A., Fielding, S. L., Meyn, L., & Creinin, M. D. (2007). Clinical utility of urine pregnancy assays to determine medical abortion outcome is limited. *Contraception, 75*(5), 378-382.

Iyengar, K., Paul, M., Iyengar, S. D., Klingberg-Allvin, M., Essen, B., Bring, J., ... Gemzell-Danielsson, K. (2015). Self-assessment of the outcome of early medical abortion vs. clinic follow-up in India: A randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Global Health, 3*(9), e537-545.

Jar-Allah, T., Brandell, K., Gyllenberg, F., Kaislasuo, J., Kopp-Kallner, H., Cederblad, K., Heikinheimo, O., Gemzell-Danielsson, K., & Hognert, H. (2025). Change in hCG levels after very early medication abortion for pregnancy of unknown location or probable intrauterine pregnancy. *Contraception, 147*.

Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K., & Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: Can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception, 83*(3), 194-201.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (11), CD002855.

Referencias bibliográficas continuado

Le Lous, M., Gallinand, A. C., Laviolle, B., Peltier, L., Nyangoh Timoh, K., & Lavoue, V. (2018). Serum hCG threshold to assess medical abortion success. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 23*(6), 458-463.

Michie, L., & Cameron, S. T. (2014). Simplified follow-up after early medical abortion: 12 months experience of a telephone call and self-performed low sensitivity urine pregnancy test. *Contraception, 89*(5), 440-445.

Oppegaard, K. S., Qvigstad, R., Fiala, C., Heikinheimo, O., Benson, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2015). Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: A multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *The Lancet, 385*(9969), 698-704.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Perriera, L. K., Reeves, M. F., Chen, B. A., Hohmann, H. L., Hayes, J., & Creinin, M. D. (2010). Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception, 81*(2), 143-149.

Pocius, K. D., Bartz, D., Maurer, R., Stenquist, A., Fortin, J., & Goldberg, A. B. (2016). Serum human chorionic gonadotropin (hCG) trend within the first few days after medical abortion: A prospective study. *Contraception, 94*(4), 394-395.

Pymar H., Creinin, M. D., Schwartz, J. L. (2001). Mifepristone followed on the same day by vaginal misoprostol for early abortion. *Contraception, 64*, 87-92.

Raymond, E.G., Anger, H.A., Chong, E., Haskell, S., Grant, M., Boraas, C., Tocce, K., Banks, J., Kaneshiro, B., Baldwin, M.K., Coplon, L., Bednarek, P., Shochet, T., & Platais, I. (2021). "False positive" urine pregnancy test results after successful medication abortion. *Contraception, 103*(6), 400-403.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2012). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception, 87*(1), 26-37.

Raymond, E. G., Shochet, T., Blum, J., Sheldon, W. R., Platais, I., Bracken, H., ... Winikoff, B. (2017). Serial multilevel urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: A meta-analysis. *Contraception, 95*(5), 442-448.

Raymond, E. G., Shochet, T., & Bracken, H. (2018a). Low-sensitivity urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: A systematic review. Contraception, 58, 30-35.

Raymond, E. G., Tan, Y. L., Grant, M., Benavides, E., Reis, M., Sacks, D., ... Weaver, M. A. (2018b). Self-assessment of medical abortion outcome using symptoms and home pregnancy testing. *Contraception, 97*, 324-328.

Rossi, B., Creinin, M. D., & Meyn, L. A. (2004). Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. *Contraception, 70*(4), 313-317.

Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lohr, P. A., & Hasler, E. (2019). Follow-up strategies to confirm the success of medical abortion of pregnancies up to 10 weeks' gestation: A systematic review with meta-analyses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 222*(6):551-563.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., & Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet, 369*(9577), 1938-1946.

Whitehouse, K.C., Shochet, T., & Lohr, P.A. (2022). Efficacy of a low-sensitivity urine pregnancy test for identifying ongoing pregnancy after medication abortion at 64 to 70 days of gestation. *Contraception, 110*, 21-26.

3.5 Aborto con medicamentos

3.5.7. Hallazgos del ultrasonido en la consulta de seguimiento

Recomendación:

- Si el/la profesional de salud decide realizar un ultrasonido para el seguimiento del aborto con medicamentos, el único hallazgo ultrasonográfico que requiere una intervención es continuación del embarazo viable.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Baja	9 de octubre de 2025

Antecedentes

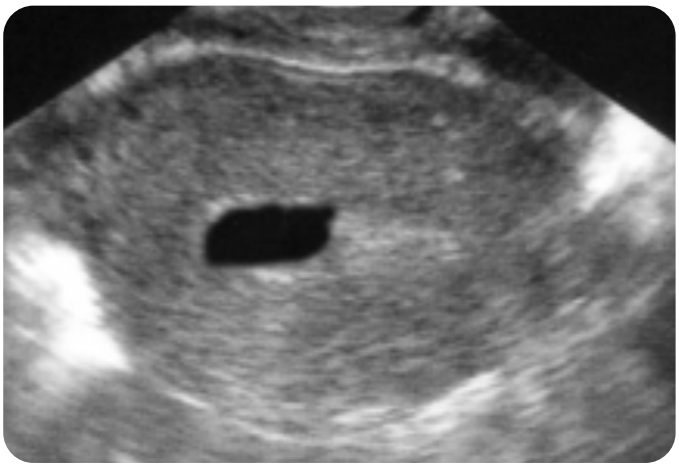
No es necesario realizar un ultrasonido para brindar atención del aborto (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014) aunque en algunos lugares es común. El ultrasonido para el seguimiento después del aborto con medicamentos tiene limitaciones diagnósticas. Excepto en el caso de continuación del embarazo viable, la intervención después de un aborto con medicamentos debe basarse en los síntomas y signos clínicos, y no en los hallazgos de un ultrasonido.

Hallazgos del ultrasonido en la consulta de seguimiento

Engrosamiento endometrial: Después de haber finalizado un aborto con medicamentos, el endometrio puede tener diversos grosores y una apariencia compleja o heterogénea.



Engrosamiento endometrial
Cortesía de Mary Fjerstad



Saco gestacional persistente
Cortesía de Mary Fjerstad

Una revisión sistemática del alcance realizada en 2021, que incluyó 79 ensayos controlados aleatorizados y 169 estudios observacionales, examinó los criterios para diagnosticar retención de restos ovulares después de un aborto inducido o espontáneo realizado antes de 14 semanas de gestación, y encontró que, aunque la mayoría de los estudios utilizaron el ultrasonido, este método tuvo poca precisión diagnóstica (Hamel et al., 2021). En múltiples estudios de cohorte retrospectivos y prospectivos se ha demostrado que el grosor del endometrio varía considerablemente después de un aborto con medicamentos, con importantes similitudes entre las mujeres que tuvieron un aborto completo y las que tuvieron un aborto con medicamentos fallido (Cowett et al., 2004; Markovitch et al., 2006; Parashar et al., 2007; Rørbye, Nørgaard y Nilas, 2004; Tzeng et al., 2013). En un análisis con 2208 mujeres estudiadas una semana después de un aborto con medicamentos, una vez que se excluyó a las mujeres con un saco gestacional persistente, el grosor endometrial promedio fue de 10.9 mm en las mujeres que no necesitaron más intervención y de 14.5 mm en las 30 mujeres que sí necesitaron más intervención (Reeves et al., 2009). Aunque el grosor endometrial promedio en mujeres que requieren intervención tiende a ser mayor, debido a la variedad y similitudes entre los casos de aborto completo y los de aborto fallido, ningún estudio ha encontrado que exista un grosor máximo límite, más allá del cual se pueda diagnosticar con certeza un aborto con medicamentos fallido. La decisión de intervenir o no se debe basar en los signos y síntomas clínicos, tales como sangrado continuo o abundante, y no en los hallazgos del ultrasonido.

Saco gestacional persistente: Un saco gestacional persistente, en el cual el saco está presente pero no hay embrión viable, ocurre en menos del 1% de los casos de aborto con medicamentos inducido con el régimen recomendado de mifepristona y misoprostol (Creinin et al., 2004; Creinin et al., 2007; Winikoff et al., 2008). Un saco gestacional persistente no es un embarazo viable y puede manejarse con aspiración, más misoprostol o manejo expectante según la preferencia personal. En un estudio de mujeres con un saco gestacional persistente a los 11 días después de inducir el aborto con medicamentos, se encontró que una segunda dosis de misoprostol produjo la expulsión en el 69% de las mujeres (Reeves, Kudva y Creinin, 2008).

Continuación de embarazo viable: La continuación del embarazo, en el cual el saco y/o embrión con actividad cardiaca están presentes, ocurre en menos del 1% de los casos de aborto inducido con el régimen recomendado de mifepristona y misoprostol (Chen y Creinin, 2015; von Hertzen et al., 2009; Winikoff et al., 2008). Algunas mujeres podrán identificar este resultado sin un ultrasonido debido a la ausencia de sangrado o a síntomas de continuación del embarazo. A una mujer que presenta continuación del embarazo se le debe ofrecer una evacuación endouterina lo antes posible, ya sea con aspiración por vacío o con más misoprostol, según la edad gestacional y el contexto local. La tasa de eficacia del misoprostol después de un aborto con medicamentos fallido es del 36% (Reeves et al., 2008). Si la mujer decide recibir una segunda dosis de misoprostol, se le debe dar seguimiento para determinar si tuvo un aborto completo.

Referencias bibliográficas

Cowett, A. A., Cohen, L. S., Lichtenberg, E. S., & Stika, C. S. (2004). Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology, 103*(5, Part 1), 871-875.

Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 12-21.

Creinin, M. D., Fox, M. C., Teal, S., Chen, A., Schaff, E. A., & Meyn, L. A. (2004). A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics & Gynecology, 103*(5, Part 1), 851-859.

Creinin, M. D., Schreiber, C. A., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M. S., & Meyn, L. A. (2007). Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 109*(4), 885-894.

Hamel, C.C., van Wessel, S., Carnegy, A., Coppus, S.F.P.J., Snijders, M.P.L., Clark, J., & Emanuel, M.H. (2021). Diagnostic criteria for retained products of conception—A scoping review. *Acta Obstetricia y Gynecologia Scandinavica 100*(12), 2135-2143.

Markovitch, O., Tepper, R., Klein, Z., Fishman, A., & Aviram, R. (2006). Sonographic appearance of the uterine cavity following administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound, 34*(6), 278-282.

Referencias bibliográficas continuado

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Parashar, P., Iversen, O. E., Midbøe, G., Myking, O., & Bjørge, L. (2007). Medical abortion in the first trimester: The use of serum hCG and endometrial thickness as markers of completeness. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 12*(4), 366-371.

Reeves, M., Fox, M., Lohr, P., & Creinin, M. (2009). Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 34*(1), 104-109.

Reeves, M. F., Kudva, A., & Creinin, M. D. (2008). Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception, 78*(4), 332-335.

Rørbye, C., Nørgaard, M., & Nilas, L. (2004). Prediction of late failure after medical abortion from serial β–hCG measurements and ultrasonography. *Human Reproduction, 19*(1), 85-89.

Tzeng, C.R., Hwang, J.L., Au, H.K., & Chien, L.W. (2013). Sonographic patterns of the endometrium in assessment of medical abortion outcomes. *Contraception, 88*(1), 153-9.

Von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Marions, L., My Huong, N., Tang, O., & Mittal, S. (2009). Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: A randomised factorial controlled equivalence trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 116*(3), 381-389.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Creinin, M. D., Crowden, W. A., Goldberg, A. B., Gonzales, J., ... & Shannon, C. S. (2008). Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 112*(6), 1303-1310.

4.1 ¿Quién tiene abortos a las 13 semanas o más de gestación?

Información clave:

- Comparadas con las personas que buscan servicios de aborto antes de las 13 semanas de gestación, las que solicitan un aborto a las 13 semanas o más de gestación tienden a ser más jóvenes o víctimas de violencia, a detectar su embarazo más tarde, a ser ambivalentes en cuanto a su decisión sobre el aborto y/o a enfrentar barreras financieras y logísticas para acceder a estos servicios. Además, es posible que las mujeres tengan indicaciones médicas o fetales para el aborto, que aparecen después de las 13 semanas de gestación. Las razones para presentarse a las 13 semanas o más de gestación parecen ser similares en todos los países y culturas, y afectan de manera desproporcionada a las mujeres desatendidas.

Calidad de la evidencia:
Baja

Fecha de la revisión más reciente:
17 de octubre de 2025

Epidemiología del aborto a las 13 semanas o más de gestación

Aunque los abortos a las 13 semanas o más de gestación son un pequeño porcentaje (del 10% al 15%) de todos los abortos del mundo, estos son responsables de la mayoría de las complicaciones graves relacionadas con el aborto (Harris y Grossman, 2011; Jatlaoui et al., 2019; Loeber y Wijsen, 2008). En ámbitos más restringidos, o con acceso limitado a los servicios de aborto seguro, es común que las mujeres se presenten a las 13 semanas o más del embarazo para recibir atención postaborto. En Camboya, el 17% de las personas que necesitan atención postaborto se presentan a las 13 semanas o después, el 38% en Etiopía y el 41% en Kenia (African Population and Health Research Center et al., 2013; Fetters et al., 2008; Gebreselassie et al., 2010).

¿Por qué necesitan las personas servicios de aborto a las 13 semanas o más de gestación?

Edad temprana: Las personas jóvenes son desproporcionadamente más propensas a solicitar la interrupción del embarazo a las 13 semanas o más de gestación (Espinoza, Samandari y Andersen, 2022; Kebede et al., 2025). En Estados Unidos, el 23.7% de las personas menores de 15 años de edad y el 12.4% de las adolescentes de 15 a 19 años que buscan servicios de aborto lo hacen después de las 13 semanas de gestación (Jatlaoui et al., 2019). En la Ciudad de México, el 9% de todas las mujeres que buscaron servicios de aborto entre los años 2007 y 2015 eran adolescentes; pero el 13% de las mujeres que buscaron servicios de aborto después de 12 semanas de gestación eran adolescentes (Saavedra-Avendano et al., 2018). Estudios más pequeños en Estados Unidos, Etiopía, India, Kenia, Nepal y Singapur, encontraron que la edad temprana es un factor de riesgo para solicitar la interrupción del embarazo a las 13 semanas o más de gestación (Bonnen, Tuijje y Rasch, 2014; Foster y Kimport, 2013; Lim, Wong, Yong y Singh, 2012; Sowmini, 2013 Ushie et al., 2018). Una encuesta estadounidense de personas que buscaban un aborto encontró que muchas adolescentes no sabían dónde acceder a servicios de aborto, lo que causó retrasos (Chiu, Braccia y Jones, 2024).

Detección tardía del embarazo: Un factor de riesgo común en todos los estudios de personas que se presentaron para interrumpir el embarazo a las 13 semanas o más de gestación es la confirmación tardía del embarazo. La mala comprensión y conciencia de la fertilidad y de los signos y síntomas del embarazo afecta el reconocimiento individual del embarazo (Somefun, Harries y Constant, 2021), en particular entre jóvenes (Chiu, Braccia y Jones, 2024; Espinoza, Samandari y Andersen, 2020). La ausencia de signos y síntomas del embarazo, la irregularidad menstrual, el uso de anticonceptivos, o la amenorrea después de un embarazo reciente pueden ocultar los signos físicos del embarazo y retrasar el diagnóstico de embarazo (Constant et al., 2019; Drey et al., 2006; Foster, Gould y Biggs, 2021; Foster y Kimport, 2013; Gallo y Nghia, 2007; Harries et al., 2007; Ingham et al., 2008; Jones y Jerman, 2017; Kebede et al., 2025; Mehiretie et al., 2025; Purcell et al., 2014). En un estudio de casos y controles en Estados Unidos, resultó ser mucho más probable que las mujeres que buscaron servicios de aborto después de las primeras 20 semanas de gestación hubieran tenido ocho o más semanas de embarazo cuando se enteraron de que estaban embarazadas (68%), en comparación con las mujeres que tuvieron abortos antes de las 13 semanas de gestación (12%) (Foster y Kimport, 2013).

Ambivalencia y/o dificultad en la toma de decisión de tener un aborto: Algunas personas necesitan tiempo para tomar la decisión debido a presiones sociales, temores, actitudes religiosas o cambios en el estatus de la relación. Para otras, cambios en sus circunstancias (tal como ser abandonada por su pareja) las obligan a buscar un aborto después de planificar inicialmente llevar el embarazo a término (Foster y Kimport, 2013; Gallo y Nghia, 2007; Harries, et al., 2007). Familia y amistades desalentadoras también pueden retrasar la búsqueda de estos servicios (Waddington, Hahn y Reid, 2015).

Barreras financieras y logísticas: La pobreza (Goyal et al., 2020; Sium et al., 2022; Usta et al., 2008), la condición migratoria (Gonzalez-Rabago et al., 2017; Loeber y Wijsen, 2008), la residencia rural (Bonnen et al., 2014; Kebede et al., 2025; Mehiretie et al., 2025; Ushie et al., 2018), el desempleo (Gonzalez, Quast y Venanzi, 2019; Van de Velde et al., 2019) y la falta de seguro médico (Raidoo et al., 2020) son factores de riesgo para presentarse en busca de servicios de aborto a las 13 semanas o más de gestación. Las demoras podrían estar relacionadas con recaudar suficiente dinero para cubrir el costo del procedimiento, en particular dado que los procedimientos de aborto a una edad gestacional avanzada son más costosos (Foster y Kimport, 2013; Kiley, Yee, Niemi, Feinglass y Simon, 2010). Los servicios de aborto a las 13 semanas o más de gestación son proporcionados en un número limitado de establecimientos de salud y la logística de viaje presenta dificultades para muchas personas (Goyal et al., 2020; Ludwigson et al., 2024; Sium et al., 2021; White et al., 2021). En un estudio de casos y controles, las mujeres que se presentaron en busca de un aborto con más de 20 semanas de gestación eran mucho más propensas que aquéllas con gestación menos avanzada a viajar más de tres horas para acceder a los servicios de aborto (Foster y Kimport, 2013). Las usuarias de los servicios de aborto a las 13 semanas o más de gestación pueden ser referidas por otros profesionales de la salud o tener dificultad encontrando a un/a prestador/a de servicios antes de finalmente poder recibir atención (Drey et al., 2006; Harries et al., 2007). Quizás las mujeres también tengan que viajar a otro país para tener acceso a servicios de interrupción legal del embarazo después de las 13 semanas de gestación (Cameron et al., 2016; Loeber y Wijsen, 2008).

Indicaciones fetales: El diagnóstico prenatal de anomalías fetales típicamente ocurre después de las primeras 12 semanas del embarazo, y algunas mujeres toman la decisión de interrumpir su embarazo basándose en ese diagnóstico (Edling, Lindstrom y Bergman, 2021; Lyus et al., 2013).

Indicaciones maternas: Las afecciones médicas que se empeoran durante el embarazo o una nueva afección que surge durante el embarazo podrían poner en peligro la vida o la salud de la persona embarazada (Kiver, Altmann, Kamhieh-Milz y Weichert, 2019). Debido a preeclampsia grave o a la ruptura prematura de las membranas que ocurre a las 13 semanas o más de gestación, la interrupción del embarazo podría ser necesaria para salvar la vida de la persona embarazada (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015).

Víctimas de violencia: Las víctimas de violencia corren mayor riesgo de acudir a la unidad de salud en las etapas más avanzadas del embarazo (Colarossi y Dean, 2014; Perry et al., 2015). Las adolescentes y jóvenes, en particular aquéllas entre 10 y 14 años, son más propensas a quedar embarazadas por violación, incesto o sexo transaccional, y, por ende, a presentarse en busca de un aborto cuando su embarazo está más avanzado (Espinoza, Samandari y Andersen, 2020).

Aborto fallido: Aunque rara vez ocurre el aborto fallido, las personas que presentan continuación del embarazo después de un aborto realizado antes de las 13 semanas de gestación posiblemente no se enteren de que aún están embarazadas hasta después de las 13 semanas de gestación (Gallo y Nghia, 2007).

Creencias culturales: En raros casos existen creencias locales de que tener un aborto a las 13 semanas o más de gestación es más seguro que en las primeras 12 semanas del embarazo, lo cual causa un retraso en la búsqueda de atención médica (Marlow et al., 2014). Los datos de una encuesta domiciliaria representativa a nivel nacional en India encontraron que las mujeres que no tenían un hijo varón eran más propensas a aplazar el aborto hasta después de 13 semanas (Shekar, Sahoo y Das, 2024).

Referencias bibliográficas

African Population and Health Research Center, Ministry of Health Kenya, Ipas Kenya, & Guttmacher Institute. (2013). Incidence and complications of unsafe abortion in Kenya: Key findings of a national study. Retrieved from https://www.guttmacher.org/pubs/abortion-in-Kenya.pdf

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013, reafirmado 2023). Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology, 121*(6), 1394-1406.

Bonnen, K. I., Tuijje, D. N., & Rasch, V. (2014). Determinants of first and second trimester induced abortion – results from a cross-sectional study taken place 7 years after abortion law revisions in Ethiopia. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth, 14*(416), 014-0416.

Cameron, S. T, Ridell, J., Brown, A., Thomson, A., Melville, C., Flett, G., ... Laird, G. (2016). Characteristics of women who present for abortion towards the end of the mid-trimester in Scotland: National audit 2013-2014. European *Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 21*(2), 183-188.

Chiu, D. W., Braccia, A., & Jones, R. K. (2024). Characteristics and Circumstances of Adolescents Obtaining Abortions in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(4), 477.

Colarossi, L., & Dean, G. (2014). Partner violence and abortion characteristics. *Women Health, 54*(3), 177-193.

Constant, D., Kluge, J., Harries, J., & Grossman, D. (2019). An analysis of delays among women accessing second-trimester abortion in the public sector in South Africa. *Contraception, 100*(3), 209-213.

Drey, E. A., Foster, D. G., Jackson, R. A., Lee, S. J., Cardenas, L. H., & Darney, P. D. (2006). Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstetrics and Gynecology, 107*(1), 128-135.

Edling, A., Lindstrom, L., & Bergman, E. (2021). Second trimester induced abortions dur to fetal anomalies—A population-based study of diagnoses, examinations and clinical management. *Acta Obstetricia y Gynaecologia Scandinavica, 100*, 2202-2208.

Espinoza, C., Samandari, G., & Andersen, K. (2020). Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: A review of the literature. *Sexual and Reproductive Health Matters, 28*(1), 175-195.

Fetters, T., Vonthanak, S., Picardo, C., & Rathavy, T. (2008). Abortion-related complications in Cambodia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 115*(8), 957-968.

Foster, D.G., Gould, H., & Biggs, M.A. (2021). Timing of pregnancy discovery among women seeking abortion. *Contraception, 104*(6), 642-647.

Foster, D. G., & Kimport, K. (2013). Who seeks abortions at or after 20 weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 45*(4), 210-218.

Gallo, M. F., & Nghia, N. C. (2007). Real life is different: A qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Social Science & Medicine, 64*(9), 1812-1822.

Gebreselassie, H., Fetters, T., Singh, S., Abdella, A., Gebrehiwot, Y., Tesfaye, S., & Kumbi, S. (2010). Caring for women with abortion complications in Ethiopia: National estimates and future implications. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36*(1), 6-15.

Gonzalez-Rabago, Y., Rodriguez-Alvarez, E., Borrell, L. N., & Martin, U. (2017). The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health, 17*, 69.

Gonzalez, F., Quast, T., & Venanzi, A. (2019). Factors associated with the timing of abortions. Health economics, 1-11.

Referencias bibliográficas continuado

Goyal, V., Wallace, R., Dermish, A.I., Kumar, B., Schutt-Aine, A., Beasley, A., & Aiken, A.R.A. (2020). Factors associated with abortion at 12 or more weeks gestation after implementation of a restrictive Texas law. *Contraception, 102*(5), 314-317.

Harries, J., Orner, P., Gabriel, M., & Mitchell, E. (2007). Delays in seeking an abortion until the second trimester: *A qualitative study in South Africa. Reproductive Health, 4*(7), 13-26.

Harris, L. H., & Grossman, D. (2011). Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 115*(1), 77-79.

Ingham, R., Lee, E., Clements, S. J., & Stone, N. (2008). Reasons for second trimester abortions in England and Wales. *Reproductive Health Matters, 16*(31 Suppl), 18-29.

Jatloui, T. C., Eckhaus, L.., Mandel, M.G.,Nguyen, A., Pduyebo, T., Petersen, E., Whiteman, M.K. (2019). Abortion surveillance-United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries, 68*(11): 1-41.

Jones, R. K., & Jerman, J. (2017). Characteristics and circumstances of women who obtiain very early or second trimester abortions. *PLoS ONE*, DOI: 10.1371/journal.pone.0169969.

Kebede, T. N., Abebe, K. A., Kitaw, T. M., Chekole, M. S., Haile, A. B., Yesuf, T. E., Tadese, M., Kassa, M. T., Zerihun, M. S., Taye, B. T., & Ayele, T. A. (2025). Late request for safe abortion and its determinants among reproductive age women in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *International Journal for Equity in Health, 24*, 230.

Kiley, J. W., Yee, L. M., Niemi, C. M., Feinglass, J. M., & Simon, M. A. (2010). Delays in request for pregnancy termination: Comparison of patients in the first and second trimesters. *Contraception, 81*(5), 446-451.

Kiver, V.I., Altmann, J., Kamhieh-Milz, J. & Weichert, A. (2019) A 17-year analysis of pregnancy termination ≥14 weeks of gestation in a German level 1 perinatal center. *Journal of Perinatal Medicine, 47*(8):847-856.

Lim, L., Wong, H., Yong, E., & Singh, K. (2012). Profiles of women presenting for abortions in Singapore: Focus on teenage abortions and late abortions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 160*(2), 219-222.

Loeber, O., & Wijsen, C. (2008). Factors influencing the percentage of second trimester abortions in the Netherlands. *Reproductive Health Matters, 16*(31 Suppl), 30-36.

Ludwigson, A., Euser, A. G., Walsh, C., Zahedi-Spung, L., S. Hirshberg, J., French-Stewart, L., Scott, J., Reeves, S., & Putra, M. (2025). Characteristics of Patients Undergoing Fetal Potassium Chloride Injection at a Single Center
Over Time. *Journal of Women's Health, 34*(6), 768–773.

Lyus, R., Robson, S., Parsons, J., Fisher, J., & Cameron, M. (2013). Second trimester abortion for fetal abnormality. *BMJ: British Medical Journal, 3*(347).

Marlow, H. M., Wamugi, S., Yegon, E., Fetters, T., Wanaswa, L., & Msipa-Ndebele, S. (2014). Women's perceptions about abortion in their communities: Perspectives from western Kenya. *Reproductive Health Matters, 22*(43), 149-158.

Mehiretie, E. B., Getahun, W. T., Fetene, M. G., & Ferede, A. A. (2025). Induced second trimester abortion and its determinants in East Gojjam public hospitals. *Scientific Reports, 15*, 25463.

Perry, R., Zimmerman, L., Al-Saden, I., Fatima, A., Cowett, A., & Patel, A. (2015). Prevalence of rape-related pregnancy as an indication for abortion at two urban family planning clinics. *Contraception, 91*(5), 393-397.

Purcell, C., Cameron, S., Caird, L., Flett, G., Laird, G., Melville, C., & McDaid, L. M. (2014). Access to and experience of later abortion: Accounts from women in Scotland. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 46*(2), 101-108.

Raidoo, S., Tschann, M., Kaneshiro, B. & Sentell, T. (2020). Impact of insurance coverage for abortion in Hawai'i on gestational age at presentation and type of abortion, 2010-2013. *Hawaii Journal of Health & Social Welfare, 79*(4):117-122.

Saavedra-Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., Rios-Polanco, R., Garcia-Martinez, L., & Darney, B. G. (2018). Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City? *PLoS One*, 13(2), e0192547.

Referencias bibliográficas continuado

Shekhar, C., Sahoo, H., & Das, L. (2025). Assessment of delayed termination of pregnancy in India: Evidence from National Family Health Survey, 2019–21. *Sexual & Reproductive Healthcare, 43*, 101047.

Sium, A.F., Lucero-Prisno, D.E., Wondafrash, M., Tolu, L.B., & Shiferaw, M.A. (2022). Late request for safe abortion care at a tertiary hospital in Ethiopia; the role of emotional factors: A cross-sectional study. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 158*(2), 462-468.

Somefun, O.D., Harries, J., & Constant, D. (2021). Reproductive awareness and recognition of unintended pregnancy: Young women, key informants and health care providers perspectives in South Africa. *Reproductive Health, 19*(1), 211.

Sowmini, C. V. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters, 21*(41), 243-250. DOI: 10.1016/s0968-8080(13)41700-7

Ushie, B. A., Izugbara, C. O., Mutua, M. M., & Kabiru, C. W. (2018). Timing of abortion among adolescent and young women presenting for post-abortion care in Kenya: A cross-sectional analysis of nationally-representative data. *BMC Womens Health, 18*(1), 41.

Usta, M. B., Mitchell, E. M., Gebreselassie, H., Brookman-Amissah, E., & Kwizera, A. (2008). Who is excluded when abortion access is restricted to twelve weeks? Evidence from Maputo, Mozambique. *Reproductive Health Matters, 16*(31 Suppl), 14-17.

Van de Velde, S., Van Eekert, N., Van Assche, K., Sommerland, N., & Wouters, E. (2019) Characteristics of women who present for abortion beyond the legal limit in Flanders, Belgium. *Perspectives in Sexual Reproductive Health, 51*(3):175-183.

Waddington, A., Hahn, P. M., & Reid, R. (2015). Determinants of late presentation for induced abortion care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 37*(1), 40-45.

White, K., Sierra, G., Evans, T., & Roberts, S.C.M. (2022). Abortion at 12 or more weeks' gestation and travel for later abortion care among Mississippi residents. *Contraception, 108*, 19-24.

4.2

4. Aborto a las 13 semanas o más de gestación

Comparación de métodos

Información clave:

- La dilatación y evacuación (D y E) y el aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol combinados o con misoprostol solo, son métodos de aborto seguros y eficaces.
- El aborto con medicamentos tiene una mayor tasa de retención de restos ovulares, aborto fallido y eventos adversos menores.
- La D y E requiere un/a prestador/a de servicios capacitado/a y experimentado/a y equipo especializado.

En la práctica:

- Cuando se dispone de D y E y aborto con medicamentos, se le debe permitir a la persona la opción de elegir entre los dos métodos.

Calidad de la evidencia:
Moderada

Fecha de la revisión más reciente:
17 de octubre de 2025

Comparación de métodos

Seguridad

En el ensayo aleatorizado más extenso que comparó métodos de aborto a las 13 semanas o más de gestación, 58 mujeres con embarazo de 13 a 20 semanas de gestación recibieron una D y E y 52 recibieron un aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol (Kelly et al., 2010). Las tasas de complicaciones fueron las mismas en los dos grupos (12%), aunque los tipos de complicaciones fueron diferentes. Cinco participantes en el grupo de aborto con medicamentos necesitaron evacuación endouterina por retención de restos ovulares y una sufrió sangrado que necesitó transfusión; solo una persona en el grupo quirúrgico requirió evacuación endouterina repetida, una sufrió una laceración cervical y cinco presentaron hemorragia que no requirió transfusión. Un porcentaje estadísticamente significativo de las personas seleccionadas al azar para tener un aborto con medicamentos presentaron más sangrado y dolor, y estaban menos satisfechas con el proceso de aborto que las personas que tuvieron una D y E. En un ensayo piloto aleatorizado con 18 mujeres con embarazo de 14 a 19 semanas de gestación, en el cual se comparó la D y E con el aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol, se demostró una tasa más alta de eventos adversos, específicamente retención de placenta y fiebre, en las mujeres que tuvieron un aborto con medicamentos, aunque ninguno fue serio (Grimes, Smith y Witham, 2004). Un ensayo prospectivo no aleatorizado, donde personas que buscaban abortar un embarazo de entre 13 y 20 semanas de gestación eligieron su método de evacuación endouterina, incluyó a 219 participantes que recibieron aborto con medicamentos y 60 que recibieron D y E, y no encontró ninguna diferencia en las tasas de complicaciones entre los dos grupos (Tufa et al., 2021). Sin embargo, nueve pacientes (4%) en el grupo de aborto con medicamentos necesitaron una intervención adicional para finalizar su aborto (Tufa et al., 2021).

El estudio de cohorte retrospectivo más extenso disponible fue realizado en Nepal con 2294 mujeres a las 13 semanas de gestación; a 595 mujeres se les practicó una D y E y a 1701 se les practicó un aborto con medicamentos (Kapp et al., 2020). En general, en ambos grupos rara vez ocurrieron complicaciones (<1% para D y E, 1.4% para aborto con medicamentos), las cuales principalmente consistieron en hemorragia. Un estudio de cohorte retrospectivo realizado en Estados Unidos comparó 1049 procedimientos de D&E con 212 abortos con medicamentos entre 16 y 24 semanas, y encontró una tasa más elevada de complicaciones en el grupo de aborto con medicamentos (8% comparado con 17%) (Naseem et al., 2025). La laceración cervical fue la complicación más común durante la D&E, y la hemorragia fue la más común durante el aborto con medicamentos. En estudios de cohorte retrospectivos menos extensos, las personas con embarazos de 13 a 24 semanas de gestación que tuvieron un aborto con medicamentos tuvieron mayor tasa de aborto fallido y retención de restos ovulares con necesidad de mayor intervención, comparadas con las personas a quienes se les practicó una D y E. La tasa de eventos adversos importantes, tales como infección, transfusión, histerectomía y muerte, no difirió entre los dos métodos (Autry et al., 2002; Bryant et al., 2011; Sonalkar et al., 2017). Un pequeño estudio de cohorte retrospectivo, que comparó a personas en proceso de aborto con medicamentos (n=77) o D y E (n=41) para MFIU entre 13 y 24 semanas, encontró tasas similares de complicaciones en ambos grupos (19% y 17% respectivamente), aunque 2 pacientes en el grupo de aborto con medicamentos (3%) presentaron una complicación grave (McLaren et al., 2022).

En estudios publicados del aborto con medicamentos comparado con la D y E, las tasas de intervención para el aborto con medicamentos posiblemente sean artificialmente altas porque la falla fue definida como ninguna expulsión en un plazo de 24 horas (Bryant et al., 2011) y se diagnosticó retención de placenta después de dos horas (Grimes et al., 2004). En la práctica, se debe permitir más tiempo para que ocurra un aborto completo con medicamentos.

Resultados perinatales posteriores

Un estudio finlandés basado en registros de madres primerizas comparó la incidencia de resultados de nacimiento adversos entre aquéllas sin antecedentes de aborto (364,392 mujeres) y aquéllas con antecedentes de aborto con medicamentos o de aborto quirúrgico a las 12 semanas de gestación o menos (46,589 mujeres) y aquéllas con antecedentes de aborto con medicamentos o de aborto quirúrgico después de 12 semanas de gestación (7709 mujeres) (KC, Gissler y Klemetti, 2020). Los investigadores encontraron que el riesgo de resultados de nacimiento adversos posteriores era pequeño, pero que el riesgo aumenta a edades gestacionales más avanzadas en el momento de inducir el aborto. Las mujeres en proceso de tener un aborto con medicamentos más tarde corrían un riesgo 1.4 veces mayor de parto prematuro y de bajo peso al nacer, comparadas con aquéllas que tuvieron un aborto con medicamentos más temprano. Las mujeres que tuvieron un aborto quirúrgico tardío corrían un riesgo 2.6 veces y 1.5 veces mayor de parto sumamente prematuro y peso muy bajo al nacer, comparadas con las mujeres que tuvieron un aborto quirúrgico más temprano.

La importancia de tener opciones

Las características del aborto con medicamentos y la D y E varían considerablemente en ámbitos donde se dispone de ambos métodos de aborto y, si la persona es elegible para cualquiera de los dos, se le debe ofrecer la opción de elegir entre los dos. La elección del procedimiento de aborto es intensamente personal (Kerns et al., 2018): algunas prefieren la velocidad y previsibilidad de la D y E, mientras que otras prefieren un proceso más parecido al trabajo de parto, con un feto intacto (Kelly et al., 2010; Kerns et al., 2012). Cuando cada persona puede optar por recibir su método preferido, la aceptabilidad y satisfacción con el proceso de aborto son mucho mayores (Kapp y Lohr, 2020). En ambos ensayos aleatorizados mencionados anteriormente (Kelly et al., 2010; Grimes, et al., 2004) hubo dificultad con el reclutamiento debido a que las participantes prefirieron un método, generalmente D y E, más que el otro. En el estudio más reciente de estos estudios, el 100% de las mujeres seleccionadas al azar para la D y E informaron que la elegirían de nuevo, comparado con solo el 53% de aquéllas seleccionadas al azar para un aborto con medicamentos (Kelly et al., 2010). Para poder elegir el procedimiento de aborto que mejor facilita su afrontamiento, las personas necesitan información adecuada sobre los dos métodos de aborto y la capacidad para tomar su decisión de manera autónoma (Kerns et al., 2018).

Referencias bibliográficas

Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F., & Kirby, R. S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 187*(2), 393-397.

Bryant, A. G., Grimes, D. A., Garrett, J. M., & Stuart, G. S. (2011). Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: Labor induction compared with dilation and evacuation. *Obstetrics & Gynecology, 117*(4), 788-792.

Grimes, D. A., Smith, M. S., & Witham, A. D. (2004). Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: A pilot randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 111*(2), 148-153.

Kapp, N., Griffin, R., Bhattarai, N., & Dangol, D.S. (2020). Does prior ultrasonography affect the safety of induced abortion at or after 13 weeks' gestation? A retrospective study. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica*, doi: 10.1111/aogs.14040. Epub ahead of print. PMID: 33185906.

Kapp, N. & Lohr, P.A. (2020). Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology, 63*, 37-44.

KC, S., Gissler, M., & Klemetti, R. (2020). The duration of gestation at previous induced abortion and its impacts on subsequent births: A nationwide registry based study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 99(5), 651-659.

Kelly, T., Suddes, J., Howel, D., Hewison, J., & Robson, S. (2010). Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 117*(12), 1512-1520.

Kerns, J. L., Light, A., Dalton, V., McNamara, B., Steinauer, J., & Kuppermann, M. (2018). Decision satisfaction among women choosing a method of pregnancy termination in the setting of fetal anomalies and other pregnancy complications: A qualitative study. *Patient Education and Counseling, 101*(10), 1859-1864.

Kerns, J., Vanjani, R., Freedman, L., Meckstroth, K., Drey, E. A., & Steinauer, J. (2012). Women's decision making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 116*(3), 244-248.

McLaren, H., Cancino, D., McCulloch, M. Wolff, S., & French, V. (2022). Rates of complication for dilation and evacuation versus induction of labor in treatment of second trimester intrauterine fetal demise. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, 277*, 16-20.

Naseem, A., Valenzuela, A., Venuti, K., Kominiarek, M. A., Lancki, N., & Kiley, J. W. (2025). Medication abortion and procedural abortion in the second trimester: Comparison of complications at 16–23 6/7 Weeks' gestation. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 314*.

Sonalkar, S., Ogden, S. N., Tran, L. K., & Chen, A. Y. (2017). Comparison of complications associated with induction by misoprostol versus dilation and evacuation for second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138*, 272-275.

Tufa, T.H., Prager, S., Wondafrash, M., Mohammed, S., Byl, N., & Bell, J., (2021). Comparison of surgical versus medical termiantion of pregnancy between 13-20 weeks of gestation in Ethiopia: A quasi-experimental study. *PLoS One, 16*(4), e0249529.

4.3 Determinación de la edad gestacional

Recomendación:

- La edad gestacional se debe calcular mediante la fecha de la última menstruación (FUM) que la persona reporta y un examen físico.
- No es necesario el uso del ultrasonido de rutina para determinar la edad gestacional.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Muy baja	17 de octubre de 2025

Importancia de determinar la edad gestacional de manera correcta y precisa

Los errores en el cálculo de la edad gestacional pueden aumentar los riesgos asociados con el aborto. Si se subestima la edad gestacional antes de la dilatación y evacuación (D y E), el/la profesional de la salud posiblemente no tenga la experiencia y el equipo para realizar el procedimiento de manera segura. El cálculo preciso de la edad gestacional le permite al prestador de servicios determinar si la unidad de salud está equipada para proporcionar el servicio solicitado y referir a la mujer a otro establecimiento de salud si es necesario.

Determinación de la edad gestacional

La determinación de la edad gestacional por medio del examen pélvico bimanual y la FUM está bien establecida durante la atención prenatal, al igual que el uso del ultrasonido. Ningún ensayo clínico prospectivo ha comparado la precisión de los diferentes métodos de determinar la edad gestacional antes del aborto a las 13 semanas o más de gestación. Sin embargo, en un estudio de cohorte retrospectivo con 2223 mujeres en proceso de aborto a las 13 semanas o más de gestación en Nepal, la edad gestacional determinada midiendo la longitud del pie fetal después de la expulsión del producto del embarazo estaba muy correlacionada con la determinación de la edad gestacional por ultrasonografía (81%), examen físico (77%) y FUM (72%) (Kapp et al., 2020). En Estados Unidos, casi todos los profesionales de la salud utilizan el ultrasonido para determinar la edad gestacional después de las primeras 12 semanas de gestación, pero no se cuenta con datos de otros países.

Antes del aborto con medicamentos, se puede determinar la edad gestacional utilizando el primer día de la FUM de la mujer y un examen físico que incluya exámenes bimanual y abdominal (Nautiyal et al., 2015; Ngoc et al., 2011; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2022a; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). Medir la altura de fondo uterino, al igual que en los cuidados obstétricos de rutina, puede proporcionar información adicional a medida que avanza el embarazo (Pugh et al., 2018). Se puede utilizar el ultrasonido para confirmar la edad gestacional si la FUM y el examen clínico no concuerdan, o si no hay certeza de la edad gestacional, pero no es obligatorio utilizarlo antes del aborto con medicamentos.

En estudios publicados sobre la D y E, incluidos los informes sobre la implementación de programas de D y E (Castleman et al., 2006; Jacot et al., 1993), se ha utilizado el ultrasonido de manera rutinaria para establecer o confirmar la edad gestacional antes de la D y E. Sin embargo, un informe publicado (Altman et al., 1985), datos programáticos no publicados (A. Edelman, comunicación personal, 12 de enero de 2018) y la opinión de

expertos apoyan el uso de la FUM y el examen físico para determinar la edad gestacional, con el uso del ultrasonido según sea neceario (RCOG, 2022a; OMS, 2024). Si se utiliza el ultrasonido, el diámetro biparietal es un método sencillo y preciso para confirmar la edad gestacional (Goldstein y Reeves, 2009). Se puede utilizar la medida de la longitud del fémur para confirmar el diámetro biparietal, o si hay dificultades técnicas para obtener una medida biparietal.

Las personas que presentan muerte fetal o aborto incompleto o que solicitan atención postaborto al llegar a la unidad de salud, posiblemente reporten una FUM que no concuerda con su tamaño uterino; a estas mujeres se les debe ofrecer tratamiento que corresponda a su tamaño uterino (RCOG, 2022b; OMS, 2024).

Después del aborto, el profesional de la salud puede confirmar la edad gestacional comparando las medidas reales del feto (longitud del pie del feto) con la edad gestacional esperada (Drey et al., 2005; Mokkarala et al., 2020). Esta comparación le da retroalimentación respecto a la precisión de sus cálculos de la edad gestacional antes del procedimiento. Herramientas para determinar la edad gestacional, tales como las medidas fetales, se incluyen en las guías de Ipas tituladas Guía de referencia sobre la dilatación y evacuación (D y E): aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación, página 38 (2018), y Guía de referencia sobre el aborto con medicamentos: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación, página 30 (2018).

Referencias bibliográficas

Altman, A. M., Stubblefield, P. G., Schlam, J. F., Loberfeld, R., & Osanthanondh, R. (1985). Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *The Journal of Reproductive Medicine, 30*(8), 601-606.

Castleman, L. D., Oanh, K. T. H., Hyman, A. G., Thuy, L. T. T., & Blumenthal, P. D. (2006). Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception, 74*, 272-276.

Drey, E. A., Kang, M. S., McFarland, W., & Darney, P. D. (2005). Improving the accuracy of fetal foot length to confirm gestational duration. *Obstetrics & Gynecology, 105*(4), 773-778.

Edelman, A., & Kapp, N. (2017). *Dilatation & Evacuation (D&E) Reference Guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Edelman, A., & Mark, A. (2017). *Medical Abortion Reference Guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Goldstein, S. R., & Reeves, M. F. (2009). Clinical assessment and ultrasound in early pregnancy. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Jacot, F. R. M., Poulin, C., Bilodeau, A. P., Morin, M., Moreau, S., Gendron, F., & Mercier, D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: No increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 168*, 633-637.

Kapp, N., Griffin, R., Bhattarai, N., & Dangol, D.S. (2020). Does prior ultrasonography affect the safety of induced abortion at or after 13 weeks' gestation? A retrospective study. A*cta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica*, doi: 10.1111/aogs.14040. Epub ahead of print. PMID: 33185906.

Kulier, R., & Kapp, N. (2011). Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception, 83*(1), 30-33.

Mokkarala, S., Creinin, M. D., Wilson, M. D., Yee, N. S., & Hou, M. Y. (2020). Comparing preoperative dating and postoperative dating for second-trimester surgical abortions. *Contraception, 101*(1), 5-9.

Nautiyal, D., Mukherjee, K., Perhar, I., & Banerjee, N. (2015). Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual, and vaginal routes. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 64*(4), 246-250.

Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H., & Winikoff, B. (2011) Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 118*(3), 601-608.

Referencias bibliográficas continuado

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pugh, S. J., Ortega-Villa, A. M., Grobman, W., Newman, R. B., Owen, J., Wing, D. A., ...Grantz, K. L. (2018). Estimating gestational age at birth from fundal height and additional anthropometrics: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 125*(11), 1397-1404.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022a). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022b). *Best practice in postabortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecolgists.

White, K. O., Jones, H. E, Shorter, J., Norman, W. V., Guilbert, E., Lichtenberg, E. S., & Paul, M. (2018). Second-trimester surgical abortion practices in the United States. *Contraception, 98*, 95-99.

4.4

4. Aborto a las 13 semanas o más de gestación

Inducción de muerte fetal

Recomendación:

- La inducción de muerte fetal antes de un aborto con medicamentos o de una dilatación y evacuación (D y E) a las 13 semanas o más de gestación no aumenta la seguridad del aborto. Sin embargo, posiblemente haya indicaciones legales, razones del establecimiento de salud o razones sociales para inducir la muerte fetal antes del procedimiento.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Baja	17 de octubre de 2025

Antecedentes

Algunos profesionales de la salud inducen la muerte fetal antes de un aborto con medicamentos o de una D y E a las 13 semanas o más de gestación por una variedad de razones. Las usuarias, los prestadores de servicios o el personal de salud podrían preferir que la muerte fetal ocurra antes del procedimiento de aborto (Jackson et al., 2001), o esto podría ser dictado por las prácticas del establecimiento de salud. Además, la muerte fetal inducida es una manera de evitar la supervivencia fetal momentánea después de un aborto con medicamentos. Un extenso estudio de cohorte retrospectivo realizado en Canadá, que incluyó 13,777 abortos entre 15 y 29 semanas de gestación, encontró que la supervivencia fetal momentánea ocurrió en 11% de los casos y ese riesgo aumentó con una edad gestacional más avanzada (Auger et al., 2024).

Seguridad y beneficio de la inducción de muerte fetal

En un estudio de cohorte retrospectivo, en el cual se compararon a las personas que recibieron inyección de digoxina intrauterina antes de la D y E con controles históricos que no recibieron digoxina, se encontró un aumento en las complicaciones presentadas por las personas a quienes se les administró digoxina, entre las complicaciones se incluyen: más ingresos hospitalarios, más partos fuera de las instituciones de salud y más infecciones intrauterinas (Dean et al., 2012). En una serie de casos, que incluyó casi 5000 abortos por D y E después de una inyección de digoxina, se encontraron tasas de partos fuera de las instituciones de salud (0.3%) e infección (0.04%) que los autores concluyeron eran aceptablemente bajas (Steward et al., 2012). En un estudio de cohorte retrospectivo, en el cual se compararon a las mujeres que recibieron inyección fetal intracardiaca de cloruro de potasio antes de la D y E con las mujeres que no la recibieron, se encontró que aunque la duración del procedimiento disminuyó 3.5 minutos cuando se indujo la muerte fetal, hubo un aumento en el dolor de las mujeres y en la incidencia de atonía uterina (Lohr et al., 2018).

Un estudio de cohorte retrospectivo realizado en Etiopía comparó la digoxina intraamniótica, la lidocaína intracardiaca y ninguna inducción de muerte fetal en 208 pacientes en proceso de aborto con medicamentos entre 20 y 28 semanas, y no encontró diferencias en el intervalo desde la inducción hasta el aborto ni en las tasas de aborto completo entre los tres grupos (Sium, Shimles y Gudu, 2023). Dos estudios de cohorte comparativos y retrospectivos midieron el efecto de la inyección intracardiaca de cloruro de potasio en el intervalo desde la

inducción hasta el aborto cuando ésta se administró antes del aborto con medicamentos. En un estudio con la edad gestacional entre 17 y 28 semanas de gestación, el intervalo desde la inducción hasta el aborto fue significativamente más corto en las mujeres que recibieron la inyección (15 horas), comparado con el intervalo en las que no la recibieron (19.9 horas) (Akkurt et al., 2018). Un estudio similar con mujeres con edad gestacional media de 21 semanas no encontró ninguna diferencia en el tiempo transcurrido hasta el aborto entre las mujeres que recibieron cloruro de potasio antes del procedimiento para feticidio (35 horas) comparadas con las que no lo recibieron (32 horas) (Sik et al., 2019). El uso de cloruro de potasio antes del aborto con medicamentos es asociado con mayor degeneración de tejido en la autopsia fetal (Chiu et al., 2025).

Técnica

Antes de realizar el procedimiento de aborto a las 13 semanas o más de gestación, la muerte fetal se puede inducir inyectando ya sea cloruro de potasio o xilocaína directamente en el corazón del feto o digoxina en el feto o en el líquido amniótico (Nandi, Schultz y Roncari, 2022).

Cloruro de potasio/xilocaína: Para aplicar una inyección de cloruro de potasio o xilocaína se necesita destreza en las técnicas guiadas por ultrasonido y hay mayor riesgo debido a la posibilidad de inyección intravascular materna, la cual puede causar un paro cardiaco (Borgatta y Kapp, 2011; Coke et al., 2004; Maurice et al., 2019). Un estudio aleatorizó a 158 personas con un embarazo entre 22 y 36 semanas de gestación a una inyección fetal intracardiaca e intraventricular de cloruro de potasio o una inyección intraseptal, y encontró que ambos métodos tuvieron una tasa de eficacia del 100% sin complicaciones. La inyección intraseptal logró la asistolia más rápidamente con dosis más bajas de cloruro de potasio que la intraventricular (Süzen Çaypınar et al., 2023). En un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 80 personas con embarazo de entre 21 y 27 semanas de gestación, la administración de xilocaína intracardiaca causó muerte fetal en el 95% de los embarazos, sin eventos adversos serios, aunque dos participantes presentaron efectos secundarios atribuidos a la inyección (Tolu et al., 2020).

Digoxina: La digoxina es inyectada por vía transabdominal o transvaginal (Tocce, Sheeder, Edwards y Teal, 2013) 1 o 2 días antes del procedimiento de aborto.

En un estudio farmacocinético con ocho mujeres con embarazo entre 19 y 23 semanas de gestación, a quienes se les administró una inyección intraamniótica de 1 mg de digoxina antes de la D y E, los niveles de digoxina en el suero materno figuraban entre los niveles terapéuticos bajos y no estaban asociados con cambios cardiacos (Drey et al., 2000). Un ensayo aleatorizado piloto sobre digoxina intraamniótica o intrafetal con dosis de 1 mg o 1.5 mg, mostró una tasa general de muerte fetal de 87% y ninguna diferencia en eficacia según la dosis o vía de administración (Nucatola, Roth y Gatter, 2010). En un estudio de cohorte prospectivo con 59 mujeres en proceso de interrupción del embarazo entre 21 y 30 semanas de gestación, una dosis de 2 mg de digoxina administrada por vía intraamniótica causó la muerte fetal en más del 90% de los casos, sin efectos adversos para la salud materna (Sharvit, et al., 2018). En un estudio de cohorte retrospectivo, que incluyó a 49 personas en proceso de aborto con medicamentos entre 20 y 27 semanas de gestación, la administración intraamniótica de 1 mg de digoxina causó muerte fetal en el 90% de los casos. Dos participantes expulsaron el producto del embarazo fuera del hospital (Tufa et al., 2020). Un estudio de cohorte prospectivo comparó la eficacia de la lidocaína intraamniótica (n=50) con la digoxina (n=101) antes del aborto con medicamentos entre 20 y 28 semanas de gestación, y no encontró diferencias en el intervalo desde la inducción hasta el aborto ni en la tasa de eficacia entre los dos grupos, aunque el intervalo desde la administración del medicamento hasta la asistolia fetal fue más largo en el grupo de digoxina (Sium et al., 2025). En esta misma cohorte de pacientes, la digoxina intraamniótica fue más aceptable para las pacientes que la lidocaína (Sium, Prager y Reeves, 2024).

Referencias bibliográficas

Akkurt, M. O., Akkurt, I., Yavuz, A., Yalcin, S. E., Coskun, B., & Sezik, M. (2018). The Utility of Feticide Procedure to Shorten the Induction-to-Abortion Interval in Medical Abortion. *Gynecology and Obstetric Investigation*, 1-7. DOI: 10.1159/000491085.

Auger, N., Brousseau, É., Ayoub, A., & Fraser, W. D. (2024). Second-trimester abortion and risk of live birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 230*(6), 679.e1-679.e9.

Borgatta, L., & Kapp, N. (2011). Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception, 84*(1), 4-18.

Chui, K., Terry, J., Hutcheon, J. A., Mayer, C., & Liauw, J. (2025). Potassium chloride intracardiac fetal injection and tissue degeneration at fetal autopsy following induction abortion. *Contraception, 150*.

Coke, G. A., Baschat, A. A., Mighty, H. E., & Malinow, A. M. (2004). Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *International Journal of Obstetric Anesthesia, 13*(4), 287-290.

Dean, G., Colarossi, L., Lunde, B., Jacobs, A. R., Porsch, L. M., & Paul, M. E. (2012). Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception, 85*(2), 144-149.

Denny, C. C., Baron, M. B., Lederle, L., Drey, E. A., & Kerns, J. L. (2015). Induction of fetal demise before pregnancy termination: *Practices of family planning providers. Contraception, 92*(3), 241-245.

Drey, E. A., Thomas, L. J., Benowitz, N. L., Goldschlager, N., & Darney, P. D. (2000). Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 182*(5), 1063-1066.

Lohr, P. A., Parsons, J. H., Taylor, J., & Morroni, C. (2018). Outcomes of dilation and evacuation with and without feticide by intra-cardiac potassium chloride injection: a service evaluation. *Contraception, 98*, 100-5.

Maurice, P., Letourneau, A., Benachi, A., & Jouannic, J.M. (2019). Feticide in second- and third-trimester termination of pregnancy for fetal anomalies: Results of a national survey. *Prenatal Diagnosis, 39*(13), 1269-1272.

Nandi, P., Schultz, A., & Roncari, D. (2022). The Use of Feticidal Agents Before Dilation and Evacuation or Induction of Labor for Later Abortion. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 65*(4), 708.

Nucatola, D., Roth, N., & Gatter, M. (2010). A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception, 81*(1), 67-74.

Sharvit, M., Klein, Z., Silber, M., Pomeranz, M., Agizim, R., Schonman, R., & Fishman, A. (2019). Intra-amniotic digoxin for feticide between 21 and 30 weeks of gestation: A prospective study. B*JOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 126*(7), 885-889.

Sik, A., Bilecan, S., Kumbasar, S., Akpak, Y.K., & Aba, Y.A. (2019). Does feticide shorten termination duration in second trimester pregnancy termination? *African Health Science, 19*(1), 1544-1553.

Sium, A. F., Lemma, K., Beyene, Z., Tolu, L. B., Hailu, D., Reeves, M. F., & Prager, S. (2025). Inducing fetal demise in a low-middle income country: A prospective cohort of intracardiac lidocaine versus intra-amniotic digoxin for inducing fetal demise before second-trimester medication abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 170*(3), 1262–1266.

Sium, A. F., Prager, S., & Reeves, M. (2025). Patient acceptability of intra-amniotic digoxin versus intracardiac lidocaine for inducing foetal demise prior to second trimester medical abortion: a prospective cohort. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 30*(2), 119–122.

Sium, A. F., Shimeles, T., & Gudu, W. (2023). The effect of induced fetal demise on induction to expulsion interval during later medication abortion: A retrospective cohort. *Contraception, 125*.

Steward, R., Melamed, A., Kim, R., Nucatola, D., & Gatter, M. (2012). Infection and extramural delivery with use of digoxin as a feticidal agent. *Contraception, 85*(2), 150-154.

Süzen Çaypınar, S., Oğlak, S. C., Polat, İ., Kurt Bilirer, K., Sezer, S., Gedik Özköse, Z., & Karakaş, S. (2023). A new and more effective feticide technique in late termination of pregnancy: potassium chloride injection into the interventricular septum of the fetal heart. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 307*(3), 779–787.

Referencias bibliográficas continuado

Tocce, K., Sheeder, J.L., Edwards, L.J., & Teal, S. (2013). Feasibility, effectiveness and safety of transvaginal digoxin administration prior to dilation and evacuation. *Contraception, 88*(6), 706-711.

Tolu, L.B., Tufa, T.H., Abas, F., Kahn, C., MacAfee, L., Prager, S. & Bell, J.D. (2021). Intra-cardiac lidocaine administration to induce fetal demise before late second-trimester abortion: Retrospective review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 153*(1), 125-129.

Tufa, T.H., Lavelanet, A.F., Belay, L., Seboka, B., & Bell, J. (2020). Feasibility of intra-amniotic digoxin administration by obstetrics and gynecology trainees to induce fetal demise prior to medical abortion beyond 20 weeks. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 46*(4), 308-312.

4.5

4. Aborto a las 13 semanas o más de gestación

Seguimiento

Recomendación:

- No es necesario programar una consulta de seguimiento de rutina a menos que la persona lo desee o solicite, o si necesita regresar para que se le entregue o aplique el método anticonceptivo que eligió.
- En el momento de realizar el aborto, cada usuaria debe recibir información adecuada respecto a su atención postaborto y signos de alarma.

Grado de la recomendación:
Débil

Calidad de la evidencia:
Muy baja

Fecha de la revisión más reciente:
17 de octubre de 2025

Seguimiento

No existen evidencias científicas que demuestren que la consulta de seguimiento de rutina es beneficiosa después de un aborto a las 13 semanas o más de gestación sin complicaciones. Además, no existe evidencia que indique que un examen pélvico es beneficioso en una persona asintomática si regresa para una consulta de seguimiento de rutina. A las personas en proceso de aborto a las 13 semanas o más de gestación se les debe proporcionar información adecuada sobre las razones médicas por las cuales debe regresar para la consulta de seguimiento, así como información y suministros adecuados para atender sus necesidades anticonceptivas. A las pacientes se les puede ofrecer una cita de seguimiento, la que podría consistir en una evaluación del duelo, apoyo emocional y revisión de las estrategias para tratar síntomas físicos, entre ellos congestión mamaria (Spach y Henkel, 2024).

Calidad de la evidencia

Muy baja. La recomendación se basa en la opinión de expertos (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

Referencias bibliográficas

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Spach, N. C., & Henkel, A. (2024). Aftercare following second trimester abortion procedures. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 36*(6), 388.

Todas las Actualizaciones clínicas y herramientas y recursos relacionados están disponibles en línea en www.ipas.org/actualizacionesclinicas.

4.6 Dilatación y evacuación

4.6.1. Preparación cervical

Recomendación:

- Se recomienda realizar la preparación preoperatoria del cérvix de manera rutinaria antes del procedimiento de dilatación y evacuación (D y E).
- Los dilatadores osmóticos, el misoprostol y la mifepristona son opciones para la preparación del cérvix. La elección depende de la disponibilidad, el costo, la edad gestacional y el momento en que se realiza el procedimiento.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Alta	17 de octubre de 2025

Antecedentes

La preparación del cérvix antes de la D y E disminuye el riesgo de complicaciones relacionadas con el procedimiento (Fox y Krajewski, 2014; Peterson et al., 1983). Existe limitada evidencia que indique el mejor método para la preparación del cérvix antes de la D y E, porque los ensayos disponibles tienen comparaciones heterogéneas, resultados aproximados de eventos adversos, tamaños de muestra pequeños, e incluyen a pocas personas con embarazos de más de 20 semanas (Ralph y Shulman, 2019; Tufa et al., 2025). Aunque los ensayos clínicos muestran diferencias en la dilatación cervical o en la duración del procedimiento, no incluyen a suficientes participantes para mostrar diferencias en resultados raros, pero más importantes, tales como lesiones cervicales o uterinas o imposibilidad para finalizar el procedimiento (O'Shea et al., 2021). Un estudio de cohorte retrospectivo de no inferioridad informó tasas de complicaciones para pacientes con una edad gestacional entre 14 y 16 semanas que recibieron un método de preparación cervical nocturna (n=455 pacientes que recibieron dilatadores osmóticos durante la noche con o sin misoprostol) o preparación cervical el mismo día (n=864 pacientes que recibieron dilatadores osmóticos el mismo día con o sin misoprostol o misoprostol solo el mismo día) y no encontró ninguna diferencia en las tasas de complicaciones entre los grupos (Ngo et al., 2023). Más aún, la elección del método de preparación cervical a menudo se ve limitada por la disponibilidad de insumos, especialmente en ámbitos con escasos recursos.

Tabla 4.6.1 Métodos de preparación cervical

Método	Dosis	Nota
Dilatadores osmóticos (laminaria o dilatadores osmóticos sintéticos)	De 6 a 24 horas antes del procedimiento	Los dilatadores osmóticos sintéticos pueden utilizarse el día del procedimiento de D y E.
Misoprostol	400 mcg por vía bucal o vaginal 3 horas antes del procedimiento	Se puede utilizar como agente único hasta las 18 semanas de embarazo. Hay datos muy limitados que apoyan su uso como agente único en embarazos mayores a entre 18 y 20 semanas de gestación. Se puede combinar con dilatadores osmóticos o mifepristona. Se puede repetir según sea necesario.
Mifepristona	200 mg por vía oral entre 24 y 48 horas antes del procedimiento	Datos limitados apoyan su uso como agente único en embarazos de hasta 18 semanas de gestación. A menudo se utiliza antes del misoprostol

Dilatadores osmóticos

Los dilatadores osmóticos son seguros y eficaces y su uso no aumenta la tasa de morbilidad infecciosa (Bryman, Granberg y Norström, 1988; Fox y Krajewski, 2014; Jonasson et al., 1989; Peterson et al., 1983). En una revisión sistemática y meta-análisis de Cochrane realizada en 2025 sobre la preparación cervical antes de la D y E en embarazos entre 14 y 24 semanas de gestación, se demostró que los regímenes de preparación cervical que incluían dilatadores osmóticos ofrecían mejor dilatación cervical y menos dificultad durante el procedimiento, comparados con regímenes que no incluían dilatadores (Tufa et al., 2025), pero los regímenes con dilatadores también estaban asociados con menor satisfacción de las pacientes (O'Shea et al., 2021). En un ensayo controlado aleatorizado, los dilatadores sintéticos colocados el día de la D y E causaron menor dilatación cervical inicial y necesitaron más dilatación mecánica que las laminarias utilizadas durante la noche, aunque no hubo diferencias en la duración del procedimiento ni en complicaciones entre los dos grupos (Newmann et al., 2014; Tufa et al., 2025). Las decisiones en cuanto a la cantidad de dilatadores y el momento más adecuado para colocarlos deben ser individualizadas y tomar en consideración el tipo y el tamaño de los dilatadores, la edad gestacional, paridad y adaptabilidad del cérvix, así como la experiencia del prestador de servicios (Fox y Krajewski, 2014; Diedrich, Drey y Newmann, 2020).

Las personas sienten dolor durante la colocación de los dilatadores y durante la noche a medida que los dilatadores se expanden en el cérvix; por lo general, el dolor alcanza el nivel pico dos horas después de la colocación de los dilatadores (Creinin et al., 2020; Liu y Flink-Bochacki, 2020; Nagendra et al., 2020) y no difiere por tipo de dilatador utilizado (Liu y Flink-Bochacki, 2020). En ensayos controlados aleatorizados, la colocación del bloqueo paracervical por el/la prestador/a de servicios (Shaw et al., 2021; Soon et al., 2017) o la autoadministración de gel de lidocaína al 2% (Schivone et al., 2019) antes de la inserción del dilatador osmótico alivia la molestia producida por la colocación del dilatador y el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) disminuye la experiencia de dolor de tipo cólico durante las horas entre la inserción y el procedimiento, comparado con opioides orales (Nagendra et al., 2020).

Misoprostol

El misoprostol es económico, seguro (Nucatola et al., 2008) y más fácil de adquirir que los dilatadores osmóticos en algunos ámbitos con escasos recursos y puede utilizarse para la preparación del cérvix antes de la D y E hasta 20 semanas de gestación (Fox y Krajewski, 2014; O'Connell et al., 2008; Shakir-Reese et al., 2019). Existen datos limitados para apoyar el uso del misoprostol como agente único después de 18 semanas de gestación (Maurer, Jacobson y Turok, 2013; Shakir-Reese et al., 2019). En estudios que compararon los dilatadores osmóticos con el misoprostol, los dilatadores proporcionaron más dilatación cervical (Goldberg et al., 2005; Sagiv et al., 2015; Shakir-Reese et al., 2019; Tufa et al., 2025). Sin embargo, las personas que recibieron misoprostol para la preparación cervical pudieron concluir su procedimiento de manera segura el mismo día (Bartz et al., 2013; Goldberg et al., 2005; Sagiv et al., 2015), y las pacientes a menudo prefirieron el misoprostol a los dilatadores (Goldberg et al., 2005). El misoprostol puede ser administrado a personas con antecedentes de parto por cesárea, ya que la ruptura uterina es rara en estos casos (Fox y Krajewski, 2014). Un estudio del uso de dilatadores osmóticos el mismo día más una dosis adjunta de 400 mcg de misoprostol versus administrar solo misoprostol entre 4 y 6 horas antes de la D y E hasta 20 semanas de gestación, mostró resultados comparables con relación a la duración del procedimiento de D y E en ambos grupos, aunque el grupo en que se usaron dilatadores osmóticos más misoprostol presentó dilatación significativamente mayor en el momento de iniciar la D y E (Shakir-Reese et al., 2019). Dado que la colocación de los dilatadores osmóticos lleva más tiempo que el tiempo ahorrado por tener mayor dilatación basal, la duración total del procedimiento (es decir, la colocación de dilatadores osmóticos más el procedimiento de D y E) fue 3.2 minutos mayor en el grupo en que se usaron dilatadores osmóticos más misoprostol.

Misoprostol más dilatadores osmóticos

En una revisión de Cochrane realizada en 2025 y meta-análisis de la preparación cervical entre 12 y 24 semanas de gestación que incluyó a cuatro ensayos controlados aleatorizados de misoprostol versus placebo agregado a la laminaria durante la noche, se encontró que el misoprostol adyuvante no cambió la capacidad de finalizar el procedimiento, pero disminuyó la duración del procedimiento y redujo la necesidad de dilatación inicial (Tufa et al., 2025). Los efectos secundarios son mayores entre las personas que usaron misoprostol (Cahill et al., 2019; Drey et al., 2013; Edelman et al., 2006; Goldberg et al., 2015). El *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* y la *Society of Family Planning* no recomiendan el misoprostol adyuvante para pacientes que reciben la inserción de dilatadores sin complicaciones el día antes de la D y E (Diedrich, Drey y Newmann, 2020; O'Shea et al., 2021), mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda agregar un medicamento adyuvante (misoprostol, mifepristona, o ambos) a los dilatadores osmóticos para efectuar la D y E a las 19 semanas o más de gestación (OMS, 2024).

Dos pequeños ensayos prospectivos aleatorizados han examinado agregar misoprostol a los dilatadores para efectuar la D y E el mismo día (Borras, et al., 2016; Kim et al., 2022). Los investigadores concluyeron ambos estudios temprano, uno debido a la dificultad de reclutar a participantes (Kim et al., 2022) y el otro debido a una tasa inesperadamente alta de complicaciones, en específico graves laceraciones cervicales, en participantes con embarazo de más de 19 semanas de gestación que recibieron solo dilatadores para la preparación cervical (Borras et al., 2016).

Mifepristona

En un ensayo aleatorizado con 50 mujeres con embarazo entre 14 y 16 semanas de gestación, se comparó la mifepristona como agente único con los dilatadores, ambos administrados el día antes del procedimiento de aborto (Borgatta et al., 2012). Se observó que en las participantes del estudio en las que se efectuó la preparación cervical con dilatadores osmóticos, el procedimiento duró menos tiempo y hubo más dilatación en comparación con aquéllas a quienes se les administró mifepristona, pero las mujeres tuvieron menos dolor con mifepristona y la prefirieron. Un segundo ensayo clínico aleatorizado con 49 mujeres con embarazo de 15 a 18 semanas de gestación, cuyo diseño fue similar (mifepristona como agente único comparada con dilatadores osmóticos colocados el día antes del procedimiento) no encontró ninguna diferencia en la duración del proced-

imiento entre los dos grupos de tratamiento (Paris, et al, 2019). Cuando se les preguntó a las participantes qué preferían, la mayoría de las que recibieron mifepristona dijeron que la preferían, mientras que la mayoría de las que recibieron dilatadores osmóticos informaron que hubieran preferido otra opción de tratamiento para la preparación cervical.

En estudios que examinaron el uso de mifepristona en combinación con misoprostol, la administración de mifepristona más misoprostol el mismo día no es mejor que administrar misoprostol solo (Casey et al., 2016), y aunque la administración de mifepristona 2 días antes del misoprostol proporcionó mejor dilatación cervical en un estudio, también aumentó la tasa de expulsión fetal preprocedimiento (Carbonell et al., 2007). Cuando se compara con el uso de dilatadores más misoprostol durante la noche, la mifepristona administrada el día antes del aborto más misoprostol administrado el mismo día es menos eficaz (Shaw et al., 2017).

Mifepristona más dilatadores osmóticos

Dos ensayos clínicos aleatorizados evaluaron la adición de mifepristona a dilatadores osmóticos más misoprostol durante la noche para la preparación cervical; ninguno de los dos estudios mostró un beneficio adicional de usar mifepristona (Shaw et al., 2017; Shaw et al., 2015). Un tercer ensayo clínico aleatorizado comparó el uso de dilatadores osmóticos durante la noche, dilatadores osmóticos más misoprostol y dilatadores durante la noche más mifepristona antes de la D y E (Goldberg et al., 2015). Aunque no hubo diferencias en tiempo operativo entre los tres grupos, las y los profesionales de la salud informaron que los procedimientos de aborto entre 19 y 24 semanas de gestación fueron más fáciles en el grupo en que se utilizaron dilatadores y mifepristona.

¿Quiénes pueden efectuar la preparación cervical antes de la D y E?

La OMS hace recomendaciones para la prestación de servicios de D y E, que abarcan la determinación de la edad gestacional, la preparación cervical, el procedimiento en sí, el manejo del dolor, incluida la colocación de un bloqueo paracervical, y la evaluación de la finalización del procedimiento mediante la inspección visual de los restos ovulares (OMS, 2024). La OMS afirma que la administración de medicamentos para la preparación cervical está dentro del alcance de práctica de profesionales médicos especialistas y generalistas; y recomienda la provisión de medicamentos para la preparación cervical por profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras obstetras auxiliares y profesionales de medicina tradicional y complementaria, basándose en las competencias esperadas para estas funciones y en la evidencia con baja certeza de la seguridad y eficacia. Aunque no hay suficiente evidencia directa, la OMS sugiere que agentes de salud comunitaria, farmaceutas y empleados de farmacia pueden proporcionar medicamentos para la preparación cervical de manera segura y eficaz si poseen las competencias necesarias para desempeñar estas funciones, y agrega que estos trabajadores de salud deben garantizar la continuidad de la atención brindada a la persona que obtiene los medicamentos antes del procedimiento de aborto (OMS, 2024). La OMS afirma que la preparación cervical con dilatadores osmóticos está dentro del alcance de práctica de profesionales médicos especialistas y generalistas, y recomienda la colocación de dilatadores osmóticos por profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, basándose en evidencia indirecta y en las competencias esperadas para estas funciones del personal de salud. Aunque no hay suficiente evidencia directa, la OMS recomienda que parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería y enfermeras obstetras auxiliares pueden efectuar procedimientos transcervicales, entre ellos la colocación de dilatadores osmóticos, basándose en las competencias esperadas para estas funciones. Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Referencias bibliográficas

Bartz, D., Maurer, R., Allen, R. H., Fortin, J., Kuang, B., & Goldberg, A. B. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 122*(1), 57-63.

Boraas, C. M., Achilles, S. L., Cremer, M. L., Chappell, C. A., Lim, S. E., & Chen, B. A. (2016). Synthetic osmotic dilators with adjunctive misoprostol for same-day dilation and evacuation: *A randomized controlled trial. Contraception, 94*(5), 467-472.

Borgatta, L., Roncari, D., Sonalkar, S., Mark, A., Hou, M. Y., Finneseth, M., & Vragovic, O. (2012). Mifepristone vs. osmotic dilator insertion for cervical preparation prior to surgical abortion at 14–16 weeks: A randomized trial. *Contraception, 86*(5), 567-571.

Bryman, I., Granberg, S., & Norström, A. (1988). Reduced incidence of postoperative endometritis by the use of laminaria tents in connection with first trimester abortion. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica, 67*(4), 323-325.

Cahill, E.P., Henkel, A., Shaw, J.G., & Shaw, K.A. (2020). Misoprostol as an adjunct to overnight osmotic dilators prior to second trimester dilation and evacuation: A systematic review and meta-analysis. *Contraception, 101*(2): 74-78.

Carbonell, J. L., Gallego, F. G., Llorente, M. P., Bermudez, S. B., Sala, E. S., González, L. V., & Texido, C. S. (2007). Vaginal vs. sublingual misoprostol with mifepristone for cervical priming in second-trimester abortion by dilation and evacuation: A randomized clinical trial. *Contraception, 75*(3), 230.

Casey, F. E., Ye, P. P., Perritt, J. D., Moreno-Ruiz, N. L., & Reeves, M. F. (2016). A randomized controlled trial evaluating same-day mifepristone and misoprostol compared to misoprostol alone for cervical preparation prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception, 94*(2), 127-133.

Creinin, M.D., Schimmoeller, N.R., Matulich, M.C., Hou, M.Y., Melo, J., & Chen, M.J. (2020). Gabapentin for pain management after osmotic dilator insertion and prior to dilation and evacuation: A randomized trial. *Contraception, 101*, 167-173.

Diedrich, J.T., Drey, E.A., & Newmann, S.J. (2020). Society of Family Planning clinical recommendations: Cervical preparation for dilation and evacuation at 20-24 weeks' gestation. *Contraception, 101*, 286-292.

Drey, E. A., Benson, L. S., Sokoloff, A., Steinauer, J. E., Roy, G., & Jackson, R. A. (2013). Buccal misoprostol plus laminaria for cervical preparation before dilation and evacuation at 21-23 weeks' gestation: A randomized controlled trial. *Contraception, 89*(4), 307-13.

Edelman, A. B., Buckmaster, J. G., Goetsch, M. F., Nichols, M. D., & Jensen, J. T. (2006). Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: A randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 194*(2), 425-430.

Fox, M. C., & Krajewski, C. M. (2014). Society of Family Planning Clinical Guideline 20134: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception, 89*(2), 75-82.

Goldberg, A. B., Drey, E. A., Whitaker, A. K., Kang, M. S., Meckstroth, K. R., & Darney, P. D. (2005). Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: A randomized trial. *Obstetrics & Gynecology, 106*(2), 234-241.

Goldberg, A. B., Fortin, J. A., Drey, E. A., Dean, G., Lichtenberg, E. S., Bednarek, P. H., ... Fitzmaurice, G. M. (2015). Cervical preparation before dilation evacuation using adjunctive misoprostol or mifepristone compared with overnight osmotic dilators alone: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 126*(3), 599-609.

Jonasson, A., Larsson, B., Bygdeman, S., & Forsum, U. (1989). The influence of cervical dilatation by laminaria tent and with Hegar dilators on the intrauterine microflora and the rate of postabortal pelvic inflammatory disease. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica, 68*(5), 405-410.

Kim, C., Dragoman, M., Porsch, L., Markowitz, J., Lunde, B., Stoffels, G., & Dayananda, I. (2022). Same-day compared with overnight cervical preparation before dilation and evacuation between 16 and 19 6/7 weeks of gestation. *Obstetrics & Gynecology, 139*, 1141-1144.

Liu, S.M., & Flink-Bochacki, R. (2021). A single-blinded randomized controlled trial evaluating pain and opioid use after dilator placement for second-trimester abortion. *Contraception, 103*(3), 171-177.

Referencias bibliográficas continuado

Maurer, K. A., Jacobson, J. C., & Turok, D. K. (2013). Same-day cervical preparation with misoprostol prior to second trimester D&E: A case series. *Contraception, 88*(1), 116-121.

Nagendra, D., Sonalkar, S., McAllister, A., Roe, A.H., Shorter, J.M., Sammel, M.D., & Schreiber, C.A. (2020). Opioid prescription for pain after osmotic dilator placement in abortion care: A randomized controlled trial. *Contraception, 101*(3), 167-173.

Newmann, S.J., Sokoloff, A., Tharull, M., Illangasekare, T., Steinauer, J.E., & Drey, E.A. (2014). Same-day synthetic osmotic dilators compared with overnight laminaria before abortion at 14-18 weeks of gestation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 123*(2, pt 1), 271-278.

Ngo, L. L., Mokashi, M., Janiak, E., Bartz, D., Fortin, J., Maurer, R., & Goldberg, A. B. (2023). Acute complications with same-day versus overnight cervical preparation before dilation and evacuation at 14 to 16 weeks. *Contraception, 117*, 61–66.

Nucatola, D., Roth, N., Saulsberry, V., & Gatter, M. (2008). Serious adverse events associated with the use of misoprostol alone for cervical preparation prior to early second trimester surgical abortion (12–16 weeks). *Contraception, 78*(3), 245-248.

O'Connell, K., Jones, H. E., Lichtenberg, E. S., & Paul, M. (2008). Second-trimester surgical abortion practices: A survey of National Abortion Federation members. *Contraception, 78*(6), 492-499.

Organización Mundial de la Salud (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

O'Shea, L.E., Lohr, P.A., Lord, J., Hasler, E., & Cameron, S. (2021). Cervical priming before surgical abortion between 14 and 24 weeks: A systematic review and meta-analyses for the National Institute for Health and Care Excellence-new clinical guidelines for England. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM, 3*(1), 100283.

Paris, A.E., Vragovic, O., Sonalkar, S., Finneseth, M., & Borgatta, L. (2020). Mifepristone and misoprostol compared to osmotic dilators for cervical preparation prior to surgical abortion at 15-18 weeks' gestation: A randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 46*, 67–72.

Peterson, W. F., Berry, F. N., Grace, M. R., & Gulbranson, C. L. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: An analysis of 11,747 cases. *Obstetrics & Gynecology, 62*(2), 185-190.

Ralph, J.A., & Shulman, L.P. (2019). Adjunctive agents for cervical preparation in second trimester surgical abortion. *Advances in Therapy, 36*(6), 1246-1251.

Sagiv, R., Mizrachi, Y., Glickman, H., Kerner, R., Keider, R., Bar, J., & Golan, A. (2015). Laminaria vs. vaginal misoprostol for cervical preparation before second-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception, 91*(5), 406-411.

Schivone, G.B., Lerma, K., Montgomery, C., Wright, P., Conti, J.A., Blumenthal, P.D., & Shaw, K.A. (2019). Self-administered lidocaine gel for local anesthesia prior to osmotic dilator placement: A randomized trial. *Contraception, 99*, 148-151.

Shakir-Reese, J.M., Ye, P.P., Perritt, J.B., Lotke, P.S., & Reeves, M.F. (2019). A factorial-design randomized controlled trial comparing misoprostol dilation & evacuation at 14 weeks 0 days-19 weeks 6 days gestation. *Contraception, 100*(6), 445-450.

Shaw, K.A., Lerma, K., Hughes, T., Hastings, C., Fok, W.K., & Blumenthal, P.D. (2021). A comparison of paracervical block volumes before osmotic dilator placement. *Obstetrics & Gynecology, 138*, 443-448.

Shaw, K.A., Lerma, K., Shaw, J.G., Scrivner, K.J., Hugin, M., Hopkins, F.W., & Blumenthal, P.D. (2017). Pre-operative effects of mifepristone (POEM) for dilation and evacuation after 19 weeks gestation: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 124*(13), 1973-1981.

Shaw, K. A., Shaw, J. G., Hugin, M., Velasquez, G., Hopkins, F. W., & Blumenthal, P. D. (2015). Adjunct mifepristone for cervical preparation prior to dilation and evacuation: A randomized trial. *Contraception, 91*(4), 313-319.

Soon, R., Tschann, M., Salcedo, J., Stevens, K., Ahn H.J., & Kaneshiro, B. (2017). Paracervical block for laminaria insertion before second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 130*(2), 387-392.

Tufa, T. H., Stewart, F., Meckstroth, K., Diedrich, J. T., & Newmann, S. J. (2025). Cervical preparation for dilation and evacuation at 12 to 24 weeks gestation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*(3), CD007310.

4.7

4. Aborto a las 13 semanas o más de gestación

Aborto con medicamentos

4.7.1. Mifepristona y misoprostol: régimen recomendado

Régimen recomendado para embarazos de 13 a 24 semanas de gestación

- Una dosis de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguida 1 o 2 días después de una dosis de 400 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta.
- El régimen combinado es seguro y eficaz, con tasas de expulsión de más del 90% a las 24 horas y tasas de complicaciones graves alrededor del 1%.
- El intervalo medio hasta la finalización del aborto es de 6 a 10 horas después de iniciar el misoprostol, aunque algunas personas necesitan más tiempo para lograr aborto completo.

En la práctica:

- El régimen combinado de mifepristona y misoprostol es más eficaz que el misoprostol utilizado solo, y es recomendado para inducir el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación; en lugares donde no se dispone de mifepristona, se puede utilizar el régimen de misoprostol solo.
- Si la persona se encuentra estable y le resulta conveniente hacerlo, el/la prestador/a debe concederle por lo menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que expulse la placenta antes de intervenir.

Grado de la recomendación:

Fuerte

Calidad de la evidencia:

- Hasta 20 semanas de gestación: moderada
- De 21 a 24 semanas de gestación: baja

Fecha de la revisión más reciente:

17 de octubre de 2025

Antecedentes

La mifepristona combinada con misoprostol es el régimen preferido para el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación, ya que ofrece alta eficacia, un corto intervalo desde la inducción hasta el aborto y un excelente perfil de seguridad (Wildschut et al., 2011; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024; Zwerling et al., 2024). El régimen de mifepristona combinada con misoprostol tiene un intervalo más corto desde la inducción hasta el aborto y mayor tasa de expulsión a las 15 (Ngoc et al., 2011), 24 (Constant et al., 2016; Shay et al., 2021) y 48 horas comparado con el régimen de misoprostol solo (Dabash et al., 2015).

Régimen combinado de mifepristona y misoprostol

Tasas de expulsión

En estudios en los que se utilizó el régimen recomendado de mifepristona y misoprostol combinados, las tasas de expulsión fetal fueron de 94% a las 24 horas y 97% a las 48 horas (Abbas et al, 2016), y las tasas de explusión de la placenta fueron de 88% a las 24 horas y 92% a las 48 horas (Dabash et al., 2015). Cuando las personas continúan el misoprostol hasta la expulsión sin tiempo límite, el 99% de las personas logran tener un aborto completo (Ashok et al., 2004; Louie et al., 2017).

Intervalo desde la inducción hasta el aborto

En estudios en los que se utilizó el régimen recomendado de mifepristona y misoprostol combinados, el tiempo medio para la expulsión fetal fue de 6 a 10 horas, con una variedad de intervalos hasta la expulsión completa (Abbas et al., 2016; Dabash et al, 2015; Louie et al., 2017; Ngoc et al., 2011; Prodan et al., 2019; Shaw et al., 2013). El intervalo desde la inducción hasta el aborto es más largo en personas nulíparas y aquéllas con edad gestacional más avanzada (Abbas et al., 2016; Ashok et al., 2004; Dabash et al., 2015; Louie et al., 2017; Platais et al., 2019; Yitina et al., 2025). La adición de mifepristona al régimen de misoprostol para inducir el aborto con medicamentos reduce de manera sistemática el intervalo desde la inducción hasta el aborto (Constant et al., 2016; Dabash et al., 2015; Kapp et al., 2007; Ngoc et al., 2011; Prodan et al., 2019).

Tasas de complicaciones

La tasa de complicaciones graves del aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol a las 13 semanas o más de gestación es baja, aunque las complicaciones leves, tales como necesitar un procedimiento para el control del sangrado o por retención de restos ovulares, son más frecuentes que con la dilatación y evacuación (Autry et al., 2002). En el mayor estudio, un estudio de cohorte retrospectivo con 1393 personas con un embarazo entre 13 y 28 semanas de gestación, el 19% presentó retención de placenta después de 1 hora, el 4% presentó pérdida de sangre de más de 1000 ml y el 1.7% necesitó una transfusión de sangre (Dickinson y Doherty, 2023). En un estudio de cohorte retrospectivo menos extenso, se inscribieron 1002 mujeres con embarazo entre 13 y 21 semanas de gestación (Ashok, et al., 2004). Ochenta y una mujeres (8.1%) necesitaron un procedimiento de evacuación endouterina, la mayoría por retención de placenta; solo dos mujeres necesitaron una evacuación quirúrgica para interrumpir el embarazo. En este estudio, ocho mujeres (menos del 1%) presentaron complicaciones graves, tales como hemorragia que requirió transfusión sanguínea o cirugía de urgencia. En un estudio de cohorte prospectivo más reciente pero menos extenso sobre el uso de mifepristona y misoprostol para inducir el aborto entre 13 y 18 semanas de gestación, realizado en Nepal, 35 de 230 mujeres necesitaron la extracción de la placenta (15%) y tres mujeres presentaron hemorragia, por lo cual la tasa de eventos adversos serios fue de 1.3% (Blum et al., 2019). En un estudio de cohorte realizado en el año 2017, en el cual 120 mujeres con embarazo entre 13 y 22 semanas de gestación recibieron mifepristona seguida de dosis ilimitadas de misoprostol hasta la expulsión del feto y la placenta, el 99% de las mujeres evacuaron el útero sin ninguna otra intervención (Louie et al., 2017). En este estudio, no se informaron eventos adversos serios, y solo una mujer no pudo abortar con el régimen combinado.

En un meta-análisis de datos provenientes de estudios de aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación utilizando el régimen combinado de mifepristona y misoprostol o el régimen de misoprostol solo, la tasa general de ruptura uterina fue del 0.08%, con una tasa de 0.28% en mujeres con antecedentes de parto por cesárea (Goyal, 2009).

Tiempo de administración de la mifepristona

Una revisión sistemática realizada en el año 2013 que evaluó el efecto del intervalo de dosis entre mifepristona y misoprostol en el intervalo desde la inducción hasta el aborto, incluyó 20 ensayos controlados aleatorizados y nueve estudios observacionales (Shaw et al., 2013). Basándose en los resultados de tres ensayos controlados aleatorizados, la revisión encontró que cuando la mifepristona se administró de 12 a 24 horas antes del misoprostol, el intervalo desde la inducción hasta el aborto fue un poco más largo (tiempo medio de 7.3 horas, varió de 7 a 8.5 horas) que cuando la mifepristona se administró de 36 a 48 horas antes de iniciar el misoprostol (6.8 horas,

varió de 6.3 a 7.2 horas), pero la tasa de aborto a las 12 y 24 horas fue la misma (Shaw et al., 2013). Un ensayo clínico aleatorizado y controlado realizado en 2024 comparó el intervalo desde la mifepristona hasta el misoprostol de 12 horas a 24 horas, y encontró que el intervalo desde la inducción hasta el aborto era considerablemente más largo en el grupo de 12 horas (12.5 y 9.5 horas respectivamente) (Meyer et al., 2024). El número de pacientes que tuvieron un aborto completo a las 12 y 24 horas no difirió entre los grupos. Una revisión sistemática realizada en 2020, que incluyó tres ensayos controlados aleatorizados, dos de los cuales fueron incluidos en la revisión de Shaw de 2013, no encontró diferencias significativas en el intervalo entre la inducción y la finalización del aborto ni en la tasa de aborto completo cuando se inició el misoprostol uno o dos días después de la mifepristona (Wu et al., 2021). Un ensayo clínico aleatorizado de no inferioridad y multinacional con 531 participantes encontró que un intervalo de 24 horas entre la mifepristona y el misoprostol no fue no inferior al intervalo de 48 horas. Las participantes en el grupo del intervalo de 48 horas eran más propensas a abortar dentro de las 12 horas posteriores al inicio de misoprostol (Endler et al., 2025). Un estudio de cohorte retrospectivo menos extenso también encontró que el intervalo desde la inducción hasta el aborto fue más corto cuando la mifepristona se administró 48 horas, comparado con 24 horas, antes del misoprostol en embarazos entre 20 y 28 semanas de gestación (Sium et al., 2024). En estudios que examinaron la administración simultánea de mifepristona y misoprostol, el tiempo medio de expulsión en el grupo de administración simultánea varió de 10 a 13 horas, comparado con de 5 a 8 horas en el grupo de mujeres que esperaron de 24 a 36 horas entre la mifepristona y el misoprostol; sin embargo, las tasas de expulsión a las 48 horas fueron equivalentes en los dos grupos (Abbas et al., 2016; Chai et al., 2009).

Dosis de carga de misoprostol

Aunque en una extensa serie de casos se utilizó una dosis inicial de carga de misoprostol por vía vaginal (Ashok, Templeton, Wagaarachchi y Flett, 2004), un pequeño ensayo controlado aleatorizado asignó a 77 mujeres para que recibieran una dosis de carga de misoprostol por vía vaginal (600 mcg, seguida de una dosis de 400 mcg cada seis horas) y 80 mujeres a un régimen sin dosis de carga (400 mcg cada seis horas) (Pongsatha y Tongsong, 2014). El intervalo medio desde la inducción hasta el aborto y las tasas de aborto completo a las 24 y 48 horas fueron los mismos entre los grupos; el grupo que recibió la dosis de carga sufrió significativamente más efectos secundarios relacionados con el misoprostol. Recientes ensayos clínicos que no utilizaron dosis de carga de misoprostol mostraron intervalos promedios desde la inducción hasta el aborto de 8 a 10 horas y tasas de aborto completo similares o mejores que las de estudios en los que se utilizaron dosis de carga (Abbas et al., 2016; Dabash et al., 2015; Louie et al., 2017; Ngoc et al., 2011). Por lo tanto, una alta dosis inicial de misoprostol no parece ofrecer ningún beneficio con relación al tiempo de expulsión.

Admnistración de dosis de misoprostol

Vía: En ensayos clínicos sobre aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación, una dosis de 400 mcg de misoprostol por vía vaginal o sublingual tiene mayor tasa de eficacia e intervalos más cortos desde la inducción hasta el aborto que la dosis por vía oral (Dickinson, Jennings y Doherty, 2014; Tang, Chang, Kan y Ho, 2005). Misoprostol por vía bucal no ha sido comparado directamente con otras vías en un régimen combinado para inducir el aborto a las 13 semanas o más de gestación, pero tiene una eficacia similar a la de otras vías utilizadas para inducir el aborto antes de las 13 semanas (Kulier et al., 2011; Raymond, Shannon, Weaver y Winikoff, 2013). Los estudios que utilizan misoprostol por vía bucal como parte de un régimen combinado de mifepristona-misoprostol muestran un intervalo promedio desde la inducción hasta el aborto de 8 a 10 horas (Abbas et al., 2016; Dabash, 2015; Louie et al, 2017; Ngoc et al., 2011; Blum et al., 2019).

Dosis: Una dosis de 400 mcg de misoprostol tiene tasas de expulsión más altas, intervalos más cortos desde la inducción hasta el aborto y similares efectos secundarios, comparada con la dosis de 200 mcg, independientemente de la vía de administración (Brouns et al., 2010; Shaw et al., 2013).

Tiempo de administración: En un ensayo clínico aleatorizado que examinó dos regímenes de misoprostol para inducir el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación, el intervalo desde la inducción hasta el aborto fue más corto y la tasa de expulsión a las 24 horas más alta cuando el misoprostol se

administró cada tres horas, comparado con cada seis horas; las tasas de eventos adversos también fueron similares (Wong et al., 2000).

Número de dosis: Un estudio de cohorte prospectivo con 120 personas entre 13 y 22 semanas de gestación que recibieron mifepristona seguida 24 horas después de una dosis de 400 mcg de misoprostol por vía bucal cada 3 horas hasta la expulsión del feto y la placenta, informó una tasa de aborto completo de 99% sin intervención adicional (Louie et al., 2017). La cantidad media de dosis de misoprostol necesarias fue de cuatro (varió de 2 a 6) y no se informó ningún evento adverso. En un estudio prospectivo similar con 306 personas con embarazo de 13 a 22 semanas de gestación, el 90.2% necesitó cinco dosis o menos de misoprostol (Platais et al., 2019).

Expulsión de la placenta

En un estudio prospectivo con mujeres con edad gestacional de 13 a 18 semanas que utilizaron mifepristona y misoprostol, la mayoría de las mujeres expulsaron el feto y la placenta aproximadamente al mismo tiempo; el intervalo medio entre la expulsión fetal y la expulsión placentaria fue de 15 minutos (varió de 0 a 4.5 horas) y el 15.5% necesitó la extracción manual de la placenta (Blum et al., 2019). Un estudio de cohorte retrospectivo midió las tasas de intervención para extraer la placenta en 233 mujeres que recibieron un agente feticida y dosis repetidas de misoprostol para inducir el aborto de embarazos entre 18 y 23 semanas de gestación (Green et al., 2007). Después de la expulsión fetal, se permitió la expulsión espontánea de la placenta; se realizó intervención operativa solo en casos de sangrado excesivo después de la expulsión fetal o para acelerar la dada de alta del hospital después de transcurrido un mínimo de cuatro horas desde la expulsión fetal. La tasa de intervención general en casos de retención de placenta fue de 6%, y la mayoría de las extracciones fueron para acelerar la dada de alta. El estudio no encontró ningún aumento en morbilidad entre las personas que recibieron manejo expectante durante el período del estudio.

¿Quiénes pueden proporcionar aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace recomendaciones para la prestación de servicios de aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación, que abarcan la evaluación de la elegibilidad para tener un aborto con medicamentos (determinar la edad gestacional y evaluar por contraindicaciones a los medicamentos para inducir el aborto), la administración de los medicamentos, el manejo del proceso de aborto, y la evaluación de la finalización del aborto (OMS, 2024). La OMS recomienda la prestación de servicios de aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación por profesionales médicos especialistas y generalistas, y sugiere que en contextos donde existe acceso fácil a respaldo quirúrgico indicado y otra infraestructura necesaria para tratar posibles complicaciones, profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras obstetras auxiliares y profesionales de medicina tradicional y complementaria también pueden proporcionar este servicio de manera segura y eficaz, basándose en las competencias esperadas para estos trabajadores de salud (OMS, 2024). En un ensayo clínico aleatorizado y controlado realizado en 2024, no se encontró ninguna diferencia en la seguridad o eficacia del aborto con medicamentos entre 13 y 20 semanas cuando se comparó la provisión por un/a médico/a con la provisión por un/a prestador/a de servicios de nivel intermedio (Kapp et al., 2024).

Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para el aborto con medicamentos (tarjeta de dosis)

Referencias bibliográficas

Abbas, D.F., Blum, J., Ngoc, N.T., Nga, N.T., Chi, H.T., Martin, R., & Winikoff, B. (2016) Simultaneous administration compared with a 24-hour mifepristone-misoprostol interval in second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology, 128*,(5), 1077-1083.

Ashok, P. W., Templeton, A., Wagaarachchi, P. T., & Flett, G. M. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception, 69*(1), 51-58.

Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F., & Kirby, R. S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 187*(2), 393-397.

Blum, J., Karki, C., Tamang, A., et al. (2019). Feasibility of a hospital outpatient day procedure for medication abortion at 13-18 weeks gestation: Findings from Nepal. *Contraception, 100*(6), 451-456.

Brouns, J. F., van Wely, M., Burger, M. P., & van Wijngaarden, W. J. (2010). Comparison of two dose regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Contraception, 82*(3), 266-275.

Chai, J., Tang, O. S., Hong, Q. Q., Chen, Q. F., Cheng, L. N., Ng, E., & Ho, P. C. (2009). A randomized trial to compare two dosing intervals of misoprostol following mifepristone administration in second trimester medical abortion. *Human Reproduction, 24*(2), 320-324.

Constant, D., Harries, J., Malaba, T., Myer, L., Patel, M., Petro, G., & Grossman, D. (2016). Clinical outcomes and women's experiences before and after the introduction of mifepristone into second-trimester medical abortion services in South Africa. *PLoS ONE, 11*(9), e0161843. DOI: 10.1371/journal.pone.0161843.

Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S., & Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 130*(1), 40-44.

Dickinson, J. E., & Doherty, D. A. (2023). Maternal complications associated with second trimester medical abortion using mifepristone priming and subsequent misoprostol. *Contraception, 125*.

Dickinson, J. E., Jennings, B. G., & Doherty, D. A. (2014). Mifepristone and oral, vaginal, or sublingual misoprostol for second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology, 123*(6), 1162-1168.

Endler, M., Jaisamrarn, U., Mittal, S., Phanupong, P., Du, V. V., Ngo, T. A., Vemer, H., Gülmezoglu, A. M., & Gemzell-Danielsson, K. (2025). Effectiveness and acceptability of a 24-h interval versus a 48-h interval between mifepristone intake and misoprostol administration for in-hospital abortion at 9–20 gestational weeks: An international, open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet Global Health, 13*(1), e112–e120.

Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 113*(5), 1117-1123.

Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S., & Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following inducaiton abortion with misoprostol. *Contraception, 76*, 310-313.

Kapp, N., Dijkerman, S., Getachew, A., Eckersberger, E., Pearson, E., Abubeker, F. A., & Birara, M. (2024). Can mid-level providers manage medical abortion after 12 weeks' gestation as safely and effectively as physicians? A non-inferiority, randomized controlled trial in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 165*(3), 1268–1276.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezolglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, CD002855.

Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R., & Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 22*(1), 76-80.

Meyer, R., Toussia-Cohen, S., Shats, M., Segal, O., Mohr-Sasson, A., Peretz-Bookstein, S., Amitai-Komem, D., Sindel, O., Levin, G., Mashiach, R., & Blumenthal, P. D. (2024). 24-Hour Compared With 12-Hour Mifepristone–Misoprostol Interval for Second-Trimester Abortion: *A Randomized Controlled Trial. Obstetrics & Gynecology, 144*(1), 60.

Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H., ... Winikoff, B. (2011). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology, 118 (3), 601-8. DOI:10.1097/AOG.0b013e318227214e.

Referencias bibliográficas continuado

Organización Mundial de la Salud. (2024). D*irectrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Platais, I., Tsereteli, T., Maystruk, G., Kurbanbekova, D., & Winikoff, B. (2019). A prospective study of mifepristone and unlimited dosing of sublingual misoprostol for termination of second-trimester pregnancy in Uzbekistan and Ukraine. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 45*, 177-182.

Pongsatha, S., & Tongsong, T. (2014). Randomized controlled trial comparing efficacy between a vaginal misoprostol loading and non-loading dose regimen for second-trimester pregnancy termination. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 40*(1), 155-160.

Prodan, N., Breisch, J., Hoopmann, M., Abele, H., Wagner, P., & Kagan, K.O. (2019). Dosing interval between mifepristone and misoprostol in second and third trimester termination. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 99*(3), 675-679.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2013). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception, 87*(1), 26-37.

Shaw, K., Topp, N. J., Shaw, J. G., & Blumenthal, P. D. (2013). Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 121*(6), 1335-1347.

Sium, A. F., Teklu, H., Reeves, M., Tolu, L. B., & Prager, S. (2024). One-day versus two-day mifepristone—misoprostol interval prior to initiation of misoprostol during late second trimester medication abortion: A cohort study. *Contraception, 132*.

Tang, O. S., Chan, C. C., Kan, A. S., & Ho, P. C. (2005). A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12-20 weeks gestation. *Human Reproduction, 20*(11), 3062-3066.

Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F., & Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*, CD005216.

Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C., & Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction, 15*(3), 709-712.

Wu, L., Xiong, W., Zeng, M., Yan, A., Song, L., Chen, M., Wei, T., Zu, Q. & Zhang, J. (2021). Different dosing intervals of mifepristone-misoprostol for second-trimester termination of pregnancy: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 154*(2), 195-203.

Yitina, E. F., Mihrete, G. S., Bicha, M. M., Andualem, B. S., Addis, N. A., Abebe, S. M., Tolu, L. B., & Lakew, A. M. (2025). Determinants of induction-to-expulsion time and adverse maternal outcomes of second trimester medical abortion in Amhara Region, Ethiopia: Prospective follow-up study. *African Journal of Reproductive Health, 29*(9s).

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A., & with the assistance of Prabhu, M. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Contraception, 129*.

4.7

4. Aborto a las 13 semanas o más de gestación

Aborto con medicamentos

4.7.2. Misoprostol solo: régimen recomendado

Régimen recomendado para embarazos de 13 a 24 semanas de gestación:

- Una dosis de 400 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta. La vía vaginal es más eficaz que otras vías.
- El régimen de misoprostol solo para inducir el aborto con medicamentos es seguro y eficaz, con tasas de expulsión de 72% a 91% a las 24 horas y tasas de complicaciones graves de menos del 1%.
- El intervalo promedio hasta la finalización del aborto es de 10 a 15 horas después de iniciar el misoprostol, aunque algunas personas necesitan varios días para lograr aborto completo.

En la práctica:

- El régimen combinado de mifepristona y misoprostol es más eficaz que el misoprostol utilizado solo, y es recomendado para inducir el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación; en lugares donde no se dispone de mifepristona, se puede utilizar el régimen de misoprostol solo.
- Si la persona se encuentra estable y le resulta conveniente hacerlo, el/la prestador/a de servicios debe concederle por lo menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que expulse la placenta antes de intervenir.

Grado de la recomendación:
Fuerte

Calidad de la evidencia:
- Hasta 20 semanas de gestación: moderada
- De 20 a 24 semanas de gestación: baja

Fecha de la revisión más reciente:
17 de octubre de 2025

Antecedentes

El régimen combinado de mifepristona y misoprostol tiene intervalos más cortos desde la inducción hasta el aborto y tasas más altas de eficacia que el régimen de misoprostol solo, para inducir el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación (Wildschut et al., 2011). Si no se dispone de mifepristona, el régimen de misoprostol solo, administrado cada tres horas, es una opción aceptable (Wildschut et al., 2011; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024; Zwerling et al., 2024).

Régimen de misoprostol solo

Tasas de expulsión

En el ensayo controlado aleatorizado internacional más extenso sobre aborto con medicamentos inducido a las 13 semanas o más de gestación con el régimen recomendado de misoprostol solo, por vía vaginal o sublingual, se inscribieron 681 mujeres con embarazo entre 13 y 20 semanas de gestación (von Hertzen et al., 2009).

La tasa de expulsión fetal fue de 84.8% a las 24 horas y de 94.3% a las 48 horas. Otros ensayos aleatorizados menos extensos, en los que se administró misoprostol por vía vaginal o sublingual cada tres horas, mostraron tasas de expulsión fetal del 72% al 91% a las 24 horas y del 91% al 95% a las 48 horas (Bhattacharjee, Saha, Ghoshroy, Bhowmik y Barui, 2008; Tang, Lau, Chan y Ho, 2004) y tasas de explusión del feto y la placenta del 62% al 64% a las 24 horas y del 79% al 82% a las 48 horas (Bhattacharjee et al., 2008; Tang et al., 2004) y tasas de expulsión fetal y placentaria del 62% al 64% a las 24 horas y del 79% al 82% a las 48 horas (Bhattacharjee al., 2008).

Intervalo desde la inducción hasta el aborto

En el ensayo de von Hertzen, el tiempo medio para lograr la expulsión del feto fue de 12 horas (y varió de 4.1 a 61.8 horas); las mujeres multíparas tuvieron intervalos más cortos desde la inducción hasta el aborto que las nulíparas (von Hertzen, et al., 2009). En ensayos clínicos aleatorizados menos extensos, el tiempo hasta la expulsión varía de 10 a 15 horas (Bhattacharjee et al., 2008; Tang et al., 2004). Al aumentar el intervalo entre dosis del misoprostol de cada tres horas a cada seis horas, se aumenta el tiempo desde la inducción hasta el aborto (Wong et al., 2000).

Tasas de complicaciones

La tasa de complicaciones graves del aborto inducido con misoprostol solo, a las 13 semanas o más de gestación es baja. En el ensayo citado anteriormente, se informaron 12 eventos adversos (0.02%); 10 mujeres necesitaron una transfusión sanguínea (von Hertzen et al., 2009).

Vías de administración del misoprostol

En ensayos clínicos controlados aleatorizados, una dosis de 400 mcg de misoprostol por vía vaginal cada tres horas está asociada con un tiempo medio desde la inducción hasta el aborto de 10 a 15 horas y una tasa de eficacia a las 48 horas del 90% al 95% (Bhattacharjee et al., 2008; Koh et al., 2017; Tang et al., 2004; von Hertzen et al., 2009). Una dosis de 400 mcg por vía vaginal es más eficaz que una dosis de 200 mcg (Koh et al., 2017).

En un meta-análisis de tres ensayos controlados aleatorizados con 1178 mujeres, una dosis de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual es similar (Bhattacharjee, et al., 2008) o levemente inferior a la dosis por vía vaginal cuando se administra cada tres horas (Tang et al., 2004; von Hertzen et al., 2009; Wildschut et al., 2011). En los ensayos que demostraron eficacia reducida, la diferencia se debió a una respuesta inferior al misoprostol por vía sublingual en mujeres nulíparas únicamente. Cabe notar que todos estos estudios encontraron que las mujeres prefieren la vía sublingual a la vía vaginal administrada por un/a trabajador/a de salud.

En un ensayo 130 mujeres fueron seleccionadas al azar para recibir una dosis de 400 mcg de misoprostol cada tres horas, por vía vaginal o bucal. Aquéllas en el grupo de administración por vía vaginal tuvieron un intervalo más corto desde la inducción hasta el aborto (25 comparado con 40 horas, p=0.001) y mayor tasa de expulsión fetal a las 24 horas (63% comparado con 42%, p=0.014) y 48 horas (91% comparado con 68%, p=0.001) (Al y Yapca, 2015). En un ensayo más pequeño con 64 mujeres se demostró que el misoprostol por vía bucal es tan eficaz como el misoprostol por vía vaginal; sin embargo, todas las mujeres en este ensayo recibieron una dosis de carga de 400 mcg de misoprostol por vía vaginal y fueron seleccionadas al azar para recibir 200 mcg por vía bucal o vaginal cada seis horas de ahí en adelante (Ellis et al., 2010). Por último, un ensayo clínico que incluyó una cohorte de 60 mujeres que recibieron una dosis de 400 mcg de misoprostol por vía bucal cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta, encontró una tasa de aborto completo de 71% a las 48 horas (Dabash et al., 2015). Según estos estudios, las vías vaginal y sublingual parecen ser superiores a la vía bucal para la administración de dosis de misoprostol en este grupo de edad gestacional.

En múltiples ensayos clínicos aleatorizados, se ha demostrado que la administración por vía oral es menos eficaz y tiene intervalos más largos desde la inducción hasta el aborto que la administración por vía vaginal o sublingual (Akoury et al., 2004; Bebbington et al., 2002; Behrashi y Mahdian, 2008; Nautiyal et al., 2015).

Expulsión de la placenta

Un estudio de cohorte retrospectivo midió las tasas de intervención para extraer la placenta en 233 mujeres que recibieron un agente feticida y dosis repetidas de misoprostol para inducir el aborto de embarazos entre 18 y 23 semanas de gestación (Green et al., 2007). Después de la expulsión fetal, se permitió la expulsión espontánea de la placenta; se realizó intervención operativa solo en casos de sangrado excesivo después de la expulsión fetal o para acelerar la dada de alta del hospital después de transcurrido un mínimo de cuatro horas desde la expulsión fetal. La tasa de intervención general en casos de retención de placenta fue de 6%, y la mayoría de las extracciones fueron para acelerar la dada de alta. El estudio no encontró ningún aumento en morbilidad entre aquéllas que recibieron manejo expectante durante el período del estudio.

Calidad de la evidencia

Esta recomendación se basa en múltiples ensayos clínicos aleatorizados y en un meta-análisis de Cochrane, que compara diferentes dosis de misoprostol, intervalos entre dosis y vías de administración a las 13 semanas o más de gestación (Wildschut et al., 2011). Este conjunto de evidencias está limitado por el hecho de que en la mayoría de los ensayos controlados aleatorizados del aborto con medicamentos no se incluyen personas con gestación de más de 20 semanas.

¿Quiénes pueden proporcionar aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace recomendaciones para la prestación de servicios de aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación, que abarcan la evaluación de la elegibilidad para tener un aborto con medicamentos (determinar la edad gestacional y evaluar por contraindicaciones a los medicamentos para inducir el aborto), la administración de los medicamentos, el manejo del proceso de aborto, y la evaluación de la finalización del aborto (OMS, 2024). La OMS recomienda la prestación de servicios de aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación por profesionales médicos especialistas y generalistas, y sugiere que en contextos donde existe acceso fácil a respaldo quirúrgico indicado y otra infraestructura necesaria para tratar posibles complicaciones, profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras obstetras auxiliares y profesionales de medicina tradicional y complementaria también pueden proporcionar este servicio de manera segura y eficaz, basándose en las competencias esperadas para estos trabajadores de salud (OMS, 2024). Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para el aborto con medicamentos (tarjeta de dosis)

Referencias bibliográficas

Akoury, H. A., Hannah, M. E., Chitayat, D., Thomas, M., Winsor, E., Ferris, L. E., & Windrim, R. (2004). Randomized controlled trial of misoprostol for second-trimester pregnancy termination associated with fetal malformation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 190*(3), 755-762.

Al, R. A., & Yapca, O. E. (2015). Vaginal misoprostol compared with buccal misoprostol for termination of second-trimester pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 126*(3), 593-8.

Bebbington, M. W., Kent, N., Lim, K., Gagnon, A., Delisle, M. F., Tessier, F., & Wilson, R. D. (2002). A randomized controlled trial comparing two protocols for the use of misoprostol in midtrimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 187*(4), 853-857.

Behrashi, M., & Mahdian, M. (2008). Vaginal versus oral misoprostol for second-trimester pregnancy termination: A randomized trial. *Pakistan Journal of Biological Sciences, 11*(21), 2505-2508.

Bhattacharjee, N., Saha, S. P., Ghoshroy, S. C., Bhowmik, S., & Barui, G. (2008). A randomised comparative study on sublingual versus vaginal administration of misoprostol for termination of pregnancy between 13 to 20 weeks. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 48*(2), 165-171.

Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S., & Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 130*, 40-44.

Ellis, S. C., Kapp, N., Vragovic, O., & Borgatta, L. (2010). Randomized trial of buccal versus vaginal misoprostol for induction of second trimester abortion. *Contraception, 81*(5), 441-445.

Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S., & Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following inducaiton abortion with misoprostol. *Contraception, 76*, 310-313.

Koh, D. S. C., Ang, E. P. J., Coyuco, J. C., Teo, H. Z., Huang, X., Wei, X., ... Tan, K. H. (2017). Comparing two regimens of intravaginal misoprostol with intravaginal gemprost for second-trimester pregnancy termination: A randomised controlled trial. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, DOI: 10.1136/jfprhc-2016-101652.

Nautiyal, D., Mukherjee, K., Perhar, I., & Banerjee, N. (2015). Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual and vaginal routes. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 65*(4), 246-50.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Tang, O. S., Lau, W. N., Chan, C. C., & Ho, P. C. (2004). A prospective randomised comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology, 111*(9), 1001-1005.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Nguyen, T. M., Marions, L., Okoev, G., & Peregoudov, A. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction, 24*(1), 106-112.

Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F., & Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD005216.

Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C., & Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction, 15*(3), 709-712.

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A., & with the assistance of Prabhu, M. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Contraception, 129*.

4. Aborto a las 13 semanas o más de gestación

Aborto con medicamentos

4.7.3. Presencia de cicatriz uterina: régimen recomendado

Recomendación:

- **Menos de 22 a 24 semanas de gestación con una cicatriz uterina:** No se necesita ningún cambio a los regímenes recomendados.
- **Más de 22 a 24 semanas de gestación con una cicatriz uterina o de 13 a 24 semanas con más de una cicatriz uterina:** Considerar disminuir la dosis de misoprostol con o sin incrementar el intervalo entre dosis de misoprostol. No existe suficiente evidencia para indicar que estas intervenciones disminuirán el riesgo de ruptura uterina.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Débil	Muy baja	17 de octubre de 2025

Riesgo de ruptura uterina durante el aborto con medicamentos

Se han informado casos de ruptura uterina durante el aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación en personas con o sin cicatriz uterina. Un meta-análisis de 22 estudios con 7118 participantes en proceso de aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol encontró un riesgo de ruptura uterina de 1.1% en mujeres con antecedente de cicatriz, comparado con 0.01% en aquéllas sin cicatriz (Henkel et al., 2023). En un meta-análisis de 16 estudios con 3556 mujeres en proceso de aborto con medicamentos a las 13 semanas o más de gestación, con el régimen combinado o con el régimen de misoprostol solo, tres mujeres sufrieron ruptura uterina, el 0.28% con antecedente de parto por cesárea y el 0.04% sin antecedente de césarea (Goyal, 2009). El riesgo de ruptura parece aumentar cuando hay más de una cicatriz (Latta et al., 2023; Zwerling et al., 2024).

Estudios adicionales de misoprostol solo, publicados desde el meta-análisis mencionado en el párrafo anterior, encontraron que la ruptura uterina es rara, aun cuando hay múltiples cicatrices. En un estudio de cohorte prospectivo y comparativo unicéntrico, con 158 personas sin antecedente de cicatriz y 80 personas con una cicatriz en proceso de aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo entre 14 y 28 semanas de gestación, no se encontraron diferencias en las tasas de aborto completo ni en el intervalo desde la inducción hasta el aborto. Una persona en el grupo de cicatriz sufrió una ruptura uterina (1.3%) (Pongsatha, Suntornlimsiri y Tongsong, 2024). En un estudio retrospectivo, realizado en un solo centro, con 279 mujeres en proceso de aborto con medicamentos entre 14 y 26 semanas de gestación, se incluyó a 60 mujeres con una cicatriz uterina y 26 mujeres con más de una cicatriz uterina (Küçükgöz Güleç et al., 2013). Estas mujeres recibieron una dosis de 200 mcg de misoprostol por vía vaginal cada cuatro horas; tres presentaron una ruptura uterina. En otro estudio retrospectivo con 263 mujeres entre 12 y 24 semanas de gestación en proceso de aborto inducido con misoprostol solo, 48 tenían una cicatriz uterina y 29 tenían más de una cicatriz; se observó una

ruptura en una mujer con tres cesáreas anteriores, quien recibió una dosis de 200 mcg de misoprostol por vía sublingual cada tres horas (Cetin et al., 2016). Un tercer estudio retrospectivo incluyó a 231 mujeres con una cicatriz y 37 mujeres con dos partos anteriores por cesárea, y se utilizó un régimen de 800 mcg de misoprostol como dosis de carga, seguida de 200 mcg cada dos horas para un total de tres dosis; nadie presentó ruptura uterina (Torriente, Steinberg y Joubert, 2017). En un estudio de cohorte retrospectivo que comparó a mujeres sin cicatriz (n=80) con mujeres con 1 cicatriz (n=79) y con 2 cicatrices (n=58), no se encontró ninguna diferencia en complicaciones entre los grupos cuando se administró una dosis de 400 mcg de misoprostol, o una dosis de 400 mcg de misoprostol seguida de repetidas dosis de 200 mcg (Erturk et al., 2022). Una paciente con 2 cicatrices sufrió una ruptura uterina; ella recibió la dosis más baja del regimen de misoprostol.

En un estudio prospectivo unicéntrico con 250 mujeres en proceso de evacuación endouterina por muerte fetal para la cual se utilizó el régimen de misoprostol de baja dosis, se incluyó a 95 participantes con una cicatriz uterina (Shakir, 2022). Aquéllas con gestación entre 13 y 17 semanas recibieron 100 mcg de misoprostol por vía vaginal cada seis horas durante 24 horas, y aquéllas con gestación entre 18 y 24 semanas recibieron 50 mcg de misoprostol. No ocurrió ninguna ruptura; sin embargo, solo el 67% había abortado completamente después de 24 horas.

Régimen para mujeres con cicatriz uterina

Debido a la rareza de la ruptura uterina en personas con antecedentes de cicatriz uterina, no se puede obtener orientaciones claras de los estudios publicados (Daponte, Nzewenga, Dimopoulos y Guidozzi, 2006; Daskalakis et al., 2004; Dickinson, 2005; Morris et al., 2017; Zwerling et al., 2024).

La opinión de expertos recomienda:

- No se necesita ningún cambio en el régimen de aborto con medicamentos para las personas con una cicatriz uterina cuya gestación es de menos de 22 a 24 semanas.
- Después de 22 a 24 semanas de gestación con una sola cicatriz uterina o de 13 a 24 semanas con más de una cicatriz uterina:
  - Considerar disminuir la dosis de misoprostol con o sin incrementar el intervalo de dosis (Ho et al., 2007; Küçükgöz Güleç et al., 2013).

No hay suficiente evidencia para indicar que cambiar el régimen de dosis disminuirá el riesgo de ruptura uterina.

Referencias bibliográficas

Cetin, C., Buyukkurt, S., Seydaoglu, G., Kahveci, B., Soysal, C., & Ozgunen, F. T. (2016). Comparison of two misoprostol regimens for mid-trimester pregnancy terminations after FIGO's misoprostol dosage recommendation in 2012. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 29*(8), 1314-1317.

Daponte, A., Nzewenga, G., Dimopoulos, K. D., & Guidozzi, F. (2006). The use of vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with previous single cesarean section. *Contraception, 74*(4), 324-327.

Daskalakis, G. J., Mesogitis, S. A., Papantoniou, N. E., Moulopoulos, G. G., Papapanagiotou, A. A., & Antsaklis, A. J. (2004). Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 112*(1), 97-99.

Dickinson, J. E. (2005). Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology, 105*(2), 352-356.

Referencias bibliográficas continuado

Erturk, A., Karapinar, B. T., Tasgoz, F. N., Dundar, B., & Kender Erturk, N. (2022). The safety of misoprostol alone used for second-trimester termination of pregnancy in women with previous caesarean deliveries. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 27*(6), 473–477.

Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 113*(5), 1117-1123.

Henkel, A., Miller, H. E., Zhang, J., Lyell, D. J., & Shaw, K. A. (2023). Prior Cesarean Birth and Risk of Uterine Rupture in Second-Trimester Medication Abortions Using Mifepristone and Misoprostol: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology, 142*(6), 1357.

Ho, P. C., Blumenthal, P. D., Gemzell-Danielsson, K., Gómez Ponce de León, R., Mittal, S., & Tang, O. S. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 99*(2), 178-181.

Küçükgöz Güleç, Ü., Urunsak, I. F., Eser, E., Guzel, A. B., Ozgunen, F. T., Evruke, I. C., & Buyukkurt, S. (2013). Misoprostol for midtrimester termination of pregnancy in women with 1 or more prior cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120, 85-87.

Latta, K., Barker, E., Kendall, P., Testani, E., Laursen, L., McClosky, L., & York, S. (2023). Complications of second trimester induction for abortion or fetal demise for patients with and without prior cesarean delivery. *Contraception, 117*, 55–60.

Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, K., ... Visser, G. H. A. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138*(3), 363-366.

Pongsatha, S., Suntornlimsiri, N., & Tongsong, T. (2024). Comparing the outcomes of termination of second trimester pregnancy with a live fetus using intravaginal misoprostol between women with and without previous cesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth, 24*, 274.

Shakir, H.M. (2022). Safety of vaginal misoprostol for the termination of second trimester miscarriage in women with previous uterine scar in Iraq. *Archives of Razi Institute, 77*(1), 199-204.

Torriente, M. C., Steinberg, W. J., & Joubert, G. (2017). Misoprostol use for second-trimester termination of pregnancy among women with one or more previous cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138*, 23-27.

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A., & with the assistance of Prabhu, M. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Contraception, 129*.

5.1

5. Atención postaborto

Tratamiento del aborto incompleto y aborto diferido: Para embarazos con tamaño uterino menor a 13 semanas

Recomendación:

- Para el tratamiento del aborto incompleto o del aborto diferido, se puede ofrecer métodos con medicamentos o aspiración por vacío.
- Régimen con medicamentos recomendado:
  - **Aborto incompleto:** 600 mcg de misoprostol por vía oral en dosis única o 400 mcg por vía bucal, sublingual como dosis única o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal.
  - **Aborto diferido:** 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada tres horas hasta la expulsión del feto (por lo general de 1 a 3 dosis). Cuando se disponga de mifepristona, agregar pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol.

En la práctica:

- Se debe utilizar el tamaño uterino, y no la edad gestacional, para determinar el tratamiento para la atención postaborto.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Moderada	6 de noviembre de 2025

Aborto incompleto

En una revisión sistemática y meta-análisis en red realizada en 2021, que examinó los métodos para manejar un aborto espontáneo antes de las 13 semanas de gestación, se incluyeron 26 ensayos clínicos aleatorizados que informaron sobre 5735 mujeres atendidas por aborto incompleto (Ghosh et al., 2021). La aspiración por succión (RR 1.19, intervalo de confianza [IC] al 95% 1.09, 1.31) y terapia con misoprostol (RR 1.14, IC al 95% 1.03, 1.25) resultaron ser ligeramente más eficaces que el manejo expectante o placebo para lograr aborto completo; sin embargo, las tasas de aborto completo fueron similares con todas las estrategias de manejo. Las tasas de aborto completo reportadas varían del 52% al 85% para el manejo expectante, del 80% al 99% para el tratamiento con misoprostol, y del 91% al 100% para el tratamiento quirúrgico (Kim et al., 2017). El misoprostol por vía oral, sublingual y vaginal mostró similares tasas de eficacia y efectos secundarios. Prolongar el tiempo para el seguimiento por parte del profesional de la salud aumenta la eficacia del tratamiento con misoprostol (Kim et al., 2017).

Aborto diferido

En una revisión sistemática y meta-análisis en red realizadas en 2021, que examinaron los métodos para manejar el aborto espontáneo antes de 13 semanas de gestación, se incluyeron 16 ensayos clínicos aleatorizados que

informaron sobre 4397 mujeres atendidas por aborto diferido (Ghosh et al., 2021). La aspiración por succión (RR 2.43, IC al 95% 1.69, 3.49), la mifepristona más misoprostol (RR 1.82, IC al 95% 1.28, 2.58) y el misoprostol solo (RR 1.67, IC al 95% 1.18, 2.37) fueron todos más eficaces para lograr aborto completo que el manejo expectante o el tratamiento con placebo. Cuatro ensayos controlados aleatorizados encontraron que las personas con un aborto diferido que reciben pretratamiento con mifepristona antes de recibir misoprostol son más propensas a tener un aborto completo que aquéllas que recibieron misoprostol solo. En Schreiber et al. (2018), las mujeres recibieron mifepristona, seguida 24 horas después de una dosis única de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal, o misoprostol sin pretratamiento. El logro de aborto completo, determinado el día después de usar misoprostol, fue de 84% en el grupo de mifepristona comparado con 67% en el grupo de misoprostol solo. En otro estudio (Sinha et al., 2018), las mujeres recibieron mifepristona o placebo, seguidos 48 horas después de regímenes idénticos de múltiples dosis de misoprostol. Las tasas de aborto completo fueron de 87% y 58% respectivamente; más mujeres en el grupo de mifepristona que en el grupo placebo expulsaron el producto del embarazo después de una dosis única de misoprostol (66% comparado con 11%, respectivamente) y tuvieron un intervalo significativamente más corto entre la inducción y la finalización del aborto (4.7 horas comparado con 8 horas, respectivamente). Un tercer estudio de mifepristona o placebo, seguidos 48 horas después de una dosis de 800 mcg de misoprostol, demostró expulsión total en 83% y 76% de las 696 mujeres en el ensayo clínico, respectivamente, a los siete días post-mifepristona (Chu et al., 2020). Un cuarto estudio con 216 participantes encontró una tasa de eficacia de 94% cuando se utilizó mifepristona, comparado con 83% cuando se utilizó misoprostol solo, cuando el seguimiento ocurrió más de 2 semanas después de la administración del medicamento (Bettencourt-Silva et al., 2023). El manejo de la pérdida temprana del embarazo con mifepristona y misoprostol está asociado con una tasa más baja de procedimientos posteriores de evacuación endouterina (Benson, Gunaje, Holt, Gore y Dalton, 2024). En un estudio de cohorte prospectivo, el riesgo de falla después del uso de mifepristona y misoprostol para el tratamiento del aborto diferido aumentó entre personas con un tamaño uterino superior a nueve semanas de gestación (Ehrnsten et al., 2019). A pesar del costo relativamente alto de mifepristona, dos estudios de Estados Unidos y uno del Reino Unido han mostrado que el uso del régimen combinado de mifepristona y misoprostol para el tratamiento del aborto diferido es costo-eficaz, en particular en ámbitos donde se realiza la evacuación endouterina quirúrgica en un quirófano (Berkley, Greene y Wittenberger, 2020; Nagendra et al., 2020; Okeke Ogwulu et al., 2021). La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad de Planificación Familiar y el *National Institute for Health Care and Excellence* (NICE) recomiendan la adición de mifepristona al misoprostol para el tratamiento de la pérdida temprana del embarazo (OMS, 2024; Tarleton, Benson, Moayedi y Trevino, 2025; NICE, 2023).

Una revisión sistemática realizada en el año 2017 y meta-análisis por red del manejo del aborto diferido con misoprostol, que incluyeron 18 estudios que informaron sobre 1802 mujeres, concluyeron que una dosis de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal o una dosis de 600 mcg por vía sublingual son los tratamientos más eficaces (Wu et al., 2017). Una dosis única de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal produce evacuación endouterina completa en del 76% al 93% de las mujeres (Fernlund et al., 2017; Mizrachi et al., 2017; Ngoc et al., 2004). En dos estudios, cuando las mujeres recibieron manejo expectante durante siete días después de una dosis única de misoprostol, la tasa de eficacia del aborto aumentó con el paso del tiempo (Ngoc et al., 2004) hasta un 88% a los siete días comparada con 72% a los cuatro días (Mizrachi et al., 2019). Aunque varios estudios han informado un aumento en las tasas de eficacia del aborto cuando se administra una dosis adicional de misoprostol 24 horas (Barcelo et al., 2012; Graziosi et al., 2004; Muffley, Stitely y Gherman, 2002), 48 horas (Lyra et al., 2017) o 72 horas después de la dosis inicial (Gilles et al., 2004; Zhang et al., 2005), aún no queda claro si dicho aumento se debe a la dosis adicional del medicamento o al aumento de tiempo hasta la evaluación. En un ensayo clínico realizado en el año 2017, se seleccionaron al azar mujeres para que recibieran una dosis única de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal, o para que recibieran una dosis adicional de misoprostol después de cuatro días, y se encontró que ambos grupos tuvieron tasas de eficacia del aborto casi idénticas después de siete días: el 77% y el 76% respectivamente (Mizrachi et al., 2017).

Con una dosis de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual repetida cada tres horas después de la dosis inicial, para un máximo de dos dosis más, se logran tasas de eficacia del 88% al 92% (Tang et al., 2003; Tang

et al., 2006). Ningún estudio ha evaluado una dosis única de misoprostol por vía sublingual para el tratamiento del aborto diferido.

¿Quiénes pueden brindar atención postaborto a personas con tamaño uterino inferior a 13 semanas de gestación?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace recomendaciones de prestación de servicios para la provisión de atención postaborto a personas con tamaño uterino inferior a 13 semanas de gestación (OMS, 2024). Trabajadores de salud con las habilidades necesarias para efectuar procedimientos transcervicales, y un examen pélvico bimanual para diagnosticar embarazo y determinar la edad gestacional basada en el tamaño uterino, pueden ser capacitados para efectuar la aspiración por vacío para la atención postaborto. La OMS afirma que la aspiración endouterina está dentro del alcance de práctica de profesionales médicos especialistas y generalistas, y recomienda la provisión de aspiración por vacío por profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras y enfermeras, basándose en evidencia con certeza moderada de la seguridad y eficacia. A raíz de evidencia con baja certeza de la seguridad y eficacia, se recomienda que profesionales de medicina tradicional y complementaria efectúen la aspiración endouterina, y la OMS sugiere que auxiliares de enfermería y enfermeras obstetras auxiliares podrían ser capaces de efectuar la aspiración endouterina en ámbitos donde proporcionan cuidados obstétricos de emergencia básicos (OMS, 2024). La OMS afirma que todos los tipos de trabajadores de salud (profesionales médicos especialistas y generalistas, profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras obstetras auxiliares, profesionales de medicina tradicional y complementaria, farmaceutas, empleados de farmacia y agentes de salud comunitaria) pueden proporcionar de manera segura y eficaz manejo con medicamentos para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto diferido sin complicaciones, basándose en una variedad de evidencia y en las habilidades y los conocimientos esperados para ese tipo de trabajador/a de salud (OMS, 2024). Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para el aborto con medicamentos (tarjeta de dosis)

Videos sobre servicios de aborto—Ipas: Atención brindada a una mujer con un aborto espontáneo



Referencias bibliográficas

Barcelo, F., De Paco, C., Lopez-Espin, J. J., Silva, Y., Abad, L., & Parrilla, J. J. (2012). The management of missed miscarriage in an outpatient setting: 800 versus 600 µg of vaginal misoprostol. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 52*(1), 39-43.

Benson, L. S., Gunaje, N., Holt, S. K., Gore, J. L., & Dalton, V. K. (2024). Outcomes after early pregnancy loss management with mifepristone plus misoprostol vs misoprostol alone. *JAMA Network Open, 7*(10), e2435906.

Berkley, H.H., Greene, H.L., & Wittenberger, M.D. (2020). Mifepristone combination therapy compared with misoprostol monotherapy for the management of miscarriage: A cost-effectiveness analysis. *Obstetrics & Gynecology, 136*(4), 774-781.

Bettencourt-Silva, B., Rego, M. T., Miranda, C., Cunha, A. I., Brás, F., Lopes-Guerra, C., Miguelote, R., Sousa-Santos, R., & Furtado, J. M. (2023). The role of mifepristone on first trimester miscarriage treatment – A double-blind randomized controlled trial—MiFirsT. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 289*, 145–151.

Chu, J.J., Devall, A.J., Beeson, L.E., Hardy, P., Cheed, V., Sun, Y., ... & Commarasamy, A. (2020). Mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage (MifeMiso): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet, 396*, 770-78.

Ehrnsten, L., Altman, D., Ljungblad, A., & Kopp Kallner, H. (2019). Efficacy of mifepristone and misoprostol for medical treatment of missed miscarriage in clinical practice: A cohort study. A*cta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica*, 00, 1-6.

Fernlund, A., Jokubkiene, L., Sladkevicius, P., & Valentin, L. (2018). Misoprostol treatment vs expectant management in early non-viable pregnancy in women with vaginal bleeding: A pragmatic randomized controlled trial. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology,51*(1), 24-3232.

Ghosh, J., Papadopoulou, A., Devall, A.J., Jeffery, H.C., Beeson, L.E., Do, V., Price, M.J., Tobias, A., Tuncalp, O., Lavelanet, A., Gulmezoglu, A.M., Coomarasamy, A., & Gallos, I.D., (2021). Methods for managing miscarriage: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*(6), CD012602.

Gilles, J. M., Creinin, M. D., Barnhart, K., Westhoff, C., Frederick, M. M., & Zhang, J. (2004). A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 190*(2), 389-394.

Graziosi, G. C., Mol, B. W., Ankum, W. M., & Bruinse, H. W. (2004). Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 86*(3), 337-346.

Kim, C., Barnard, S., Neilson, J. P., Hickey, M., Vazquez, J. C., & Dou L. (2017). Medical treatment for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1:CD007223. DOI: 10.1002/14651858.CD007223.pub4.

Lyra, J., Cavaco-Gomes, J., Moucho, M., & Montenegro, N. (2017). Medical termination of delayed miscarriage: Four year experience with an outpatient protocol. *Revista Brasiliera de Ginecologia e Obstetrica, 39*(10), 529-533.

Medical management of miscarriage: Ectopic pregnancy and miscarriage: Evidence review D. (2023). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Mizrachi, Y., Dekalo, A., Gluck, O., Miremberg, H., Dafna, L., Feldstein, O., ... Sagiv, R. (2017). Single versus repeat doses of misoprostol for treatment of early pregnancy loss-a randomized clinical trial. *Human Reproduction, 32*(6), 1202-1207.

Mizrachi, Y., Tamayev, L., Shemer, O., Kleiner, I., Bar, J., & Sagiv, R. (2019). Early versus delayed follow-up after misoprostol treatment for early pregnancy loss. *Reproductive Biomedicine Online, 39*(1), 155-160.

Muffley, P. E., Stitely, M. L., & Gherman, R. B. (2002). Early intrauterine pregnancy failure: A randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 187*(2), 321-325.

Nagendra, D., Koelper, N., Loza-Avalos, S.E., Sonalkar, S., Chen, M., Atrio, J., ... & Harvie, H.S. (2020). Cost-effectiveness of mifepristone pretreatment for the medical management of nonviable early pregnancy: Secondary analysis of a randomized trial. *JAMA Nerwork Open, 3*(3), e201594.

Ngoc, N. T., Blum, J., Westheimer, E., Quan, T. T., & Winikoff, B. (2004). Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 87*(2), 138-142.

Referencias bibliográficas continuado

Okeke Ogwulu, C.B.O., Williams, E.V., Chu, J.J., Devall, A.J., Beeson, L.E., Hardy, P., Cheed, V., Yongzhong, S., Jones, L.L., Papadopoulos, J.H.L., Bender-Atik, R., Brewin, J., Hinshar, K., Choudhary, M., Ahmed, A., Naftalin, J., Nunes, N., Oliver, A., Izzat, F., ... Roberts, T.E. (2021). Cost-effectiveness of mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage: An economic evaluation based on the MIfeMiso trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 128*(9), 1534-1545.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Schreiber, C. A., Creinin, M. D., Atrio, J., Sonalkar, S., Ratcliffe, S. J., & Barnhart, K. T. (2018). Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *New England Journal of Medicine, 378*(23), 2161-2170.

Sinha, P., Suneja, A., Guleria, K., Aggarwal, R., & Vaid, N. B. (2018). Comparison of mifepristone followed by misoprostol with misoprostol alone for treatment of early pregnancy failure: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India, 68*(1), 39-44.

Tang, O. S., Lau, W. N., Ng, E. H., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2003). A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal with sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction, 18*(1), 176-181.

Tang, O. S., Ong, C. Y., Tse, K. Y., Ng, E. H., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2006). A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction, 21*(1), 189-192.

Tarleton, J. L., Benson, L. S., Moayedi, G., & Trevino, J. (2025). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication management for early pregnancy loss. *Contraception, 144*.

Van den Berg, J., Gordon, B. B. M., Snijders, M. P. M. L., Vandenbussche, F. P. H. A., & Coppus, S. F. P. J. (2015). The added value of mifepristone to non-surgical treatment regimens for uterine evacuation in case of early pregnancy failure: A systematic review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 195*, 18-26.

Wu, H. L., Marwah, S., Wang, P., Wang, Q. M., & Chen, X. W. (2017). *Misoprostol for medical treatment of missed abortion: A systematic review and network meta-analysis. Science Reports, 7*(1), 1664.

Zhang, J., Gilles, J. M., Barnhart, K., Creinin, M. D., Westhoff, C., & Frederick, M. M. (2005). A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *The New England Journal of Medicine, 353*(8), 761-769.

5.2

Tratamiento del aborto incompleto y muerte fetal intrauterina para embarazos con tamaño uterino de 13 semanas o mayor

Recomendación:

- Para el tratamiento del aborto incompleto o muerte fetal intrauterina, se puede ofrecer métodos con medicamentos o dilatación y evacuación (D y E).
- Régimen con medicamentos recomendado:
  - Aborto incompleto: 400 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada tres horas hasta la expulsión.
  - Muerte fetal intrauterina (hasta 24 semanas): 400 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada 4 a 6 horas hasta la expulsión. Donde se disponga de mifepristona, agregar tratamiento preliminar con una dosis de 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol.

En la práctica:

- Para determinar el tratamiento para la atención postaborto, se debe utilizar el tamaño uterino, y no la edad gestacional.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Baja	6 de noviembre de 2025

Antecedentes

La mayoría de las investigaciones y programas de atención postaborto (APA) se enfocan en mujeres con embarazos con tamaño uterino menor a 13 semanas de gestación (Ipas, 2014). Sin embargo, en lugares con altas tasas de aborto inseguro, hasta un 40% de las personas que necesitan atención postaborto acuden a la unidad de salud a las 13 semanas o más de gestación (Ministerio de Salud de Kenia, Ipas y Guttmacher Institute, 2013). Al llegar a la unidad de salud, las usuarias pueden presentar un aborto incompleto, retención de placenta, muerte fetal o ruptura de membranas, y en todos estos casos requieren evacuación endouterina.

Regímenes con medicamentos

Existe limitada evidencia para sugerir el régimen médico óptimo para la atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación, pero una revisión sistemática de la literatura indica que una dosis de por lo menos 200 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal administrada cada seis horas es un régimen eficaz (Bracken et al., 2014; Mark, Borgatta y Edelman, 2015). En dos ensayos que seleccionaron las mujeres al azar para que recibieran tratamiento con 200 mcg o con 400 mcg de misoprostol por vía vaginal, se encontró que

la dosis más alta de misoprostol produjo mayores tasas de expulsión a las 24 y 48 horas (Dickinson y Evans, 2002; Eslamian et al., 2007). Múltiples estudios y dos revisiones sistemáticas muestran que el tratamiento preliminar con mifepristona 1 o 2 días antes del misoprostol aumenta las tasas de eficacia del aborto en un plazo de 24 horas y disminuye el tiempo que transcurre entre la inducción y la expulsión fetal (Allanson et al., 2021; Bracken et al., 2020; Chaudhuri y Datta, 2015; Oliveira et al., 2024; Panda y Singh, 2013; Pirrami y Reinert, 2025). Una revisión sistemática del tratamiento médico de muerte fetal intrauterina encontró que cuando se administró una dosis de 400 mcg cada cuatro horas, ésta fue más eficaz y tuvo menores tasas de eventos adversos comparada con otras dosis; sin embargo, no existen comparaciones directas para determinar si el intervalo ideal en realidad es de cuatro horas (Cleeve, Fonhus y Lavelanet, 2019).

D y E

Ningún estudio ha comparado el manejo con medicamentos con la aspiración por vacío o D y E para la atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación. Se puede ofrecer la D y E para la atención postaborto en lugares donde se dispone de profesionales calificados y unidades de salud que brindan apoyo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

¿Quiénes pueden brindar atención postaborto a personas con tamaño uterino de 13 semanas de gestación o mayor?

La OMS hace recomendaciones de prestación de servicios para la provisión de atención postaborto a personas con tamaño uterino de 13 semanas de gestación o mayor (OMS, 2022). La OMS afirma que la D y E está dentro del alcance de práctica de médicos especialistas, y recomienda la provisión de D y E por profesionales médicos generalistas, basándose en las competencias esperadas para esa función. La OMS sugiere que, en ámbitos donde existen mecanismos establecidos para incluir a profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, y profesionales de medicina tradicional y complementaria en otras tareas relacionadas con servicios de salud materna y reproductiva, esos profesionales pueden proporcionar D y E de manera segura y eficaz, basándose en las habilidades y los conocimientos esperados para estas funciones del personal de salud. La OMS recomienda la provisión del manejo con medicamentos de MFIU por profesionales médicos especialiastis y generalistas, y sugiere que, en contextos donde existen mecanismos establecidos y fácil acceso a intervenciones quirúrgicas de respaldo indicadas y otra infraestructura necesaria para tratar posibles complicaciones, profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras obstetras auxiliares y profesionales de medicina tradicional y complementaria también pueden proporcionar este servicio de manera segura y eficaz, basándose en las competencias esperadas para estos trabajadores de salud (OMS, 2024). Un ensayo clínico aleatorizado controlado realizado en Uganda estableció que las parteras pueden ofrecer manejo médico del aborto incompleto de un embarazo con tamaño uterino > 13 semanas con tasas de seguridad y eficacia iguales a las de los médicos (Atuhairwe et al., 2022).

Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para el aborto con medicamentos (tarjeta de dosis)

Referencias bibliográficas

Allanson, E.R., Copson, S., Spilsbury, K., Criddle, S., Jennings, B., Doherty, D.A., Wong, A.M., & Dickinson, J.E. (2021). Pretreatment with mifepristone compared with misoprostol alone for delivery after fetal death between 14 and 28 weeks gestation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 137*(5), 801-809.

Atuhairwe, S., Byamugisha, J., Kakaire, O., Hanson, C., Cleeve, A., Klingberg-Allvin, M., Tumwesigye, N. M., & Gemzell-Danielsson, K. (2022). Comparison of the effectiveness and safety of treatment of incomplete second trimester abortion with misoprostol provided by midwives and physicians: A randomised, controlled, equivalence trial in Uganda. *The Lancet. Global Health, 10*(10), e1505–e1513.

Bracken, H., Ngoc, N. T., Banks, E., Blumenthal, P. D., Derman, R. J., Patel, A., ...Winikoff, B. (2014). Buccal misoprostol for treatment of fetal death at 14-28 weeks of pregnancy: A double-blind randomized controlled trial. *Contraception, 89*(3), 187-192. DOI:10.1016/j.contraception.2013.11.014.

Bracken, H., Ngoc, N.T.N., Ha, D.Q., Paredes, N.R., Quyet, V.B., Linh, N.T.H., Ortiz, M.A., Bousieguez, M., & Winikoff, B. (2020). Mifepristone pretreatment followed by misoprostol 200mcg buccal for the medical management of intrauterine fetal death at 14-28 weeks: A randomized, placebo-controlled, double blind trial. *Contraception, 102*(1), 7-12.

Chaudhuri, P., & Datta, S. (2015). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for induction of labor in intrauterine fetal death: A randomized trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 41*(12), 1884-1890.

Cleeve, A., Fonhus, M.S., & Lavelanet, A. (2019). A systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of medical management of intrauterine fetal death at 14-28 weeks of gestation. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 147*(3), 301-312.

Dickinson, J. E., & Evans, S. F. (2002). The optimization of intravaginal misoprostol dosing schedules in second-trimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 186*(3), 470-474.

Eslamian, L., Gosili, R., Jamal, A., & Alyassin, A. (2007). A prospective randomized controlled trial of two regimens of vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *Acta Medica Iranica, 45*(6), 497-500.

Ipas. (2013). *Woman-centered postabortion care: Reference manual* (2nd ed.). K.L. Turner & A.B. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Mark, A., Borgatta, L., & Edelman, A. (2015). Second trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 129*(2), 98-103.

Ministry of Health of Kenya, Ipas, and Guttmacher Institute. (2013). *Incidence and complications of unsafe abortion In Kenya: Key findings of a national study*. African Population and Health Research Center: Nairobi.

Oliveira, P. S., de Almeida, A. M., Cabral, M. A. A. S. K., Guilherme, G. L., Ribeiro, A. J. R., Giusti, J. A. Z., de Lima, R. M. E., da Silva Garcia, J. C., & de Oliveira, R. (2025). Mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for induction of labor in women with intrauterine fetal death: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 168*(3), 904–912.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Panda, S., Jha, V., & Singh, S. (2013). Role of combination of mifepristone and misoprostol verses misoprostol alone in induction of labour in late intrauterin [sic] fetal death: A prospective study. *Journal of Family and Reproductive Health, 7*(4), 177-179.

Pirrami, R. G., & Reinert, J. P. (2025). Efficacy and Safety of Mifepristone and Misoprostol Compared to Misoprostol Alone for the Resolution of Miscarriage and Intrauterine Fetal Death: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Pharmacotherapy, 59*(7), 636–647.

5.3 Anticoncepción postaborto: cuándo y qué tipo

Recomendación:

- Después de un aborto por aspiración endouterina o por dilatación y evacuación (D y E), los anticonceptivos hormonales y no hormonales, incluidas la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización femenina, se pueden iniciar inmediatamente.
- Los métodos hormonales, tales como píldoras, parches, anillos, inyectables e implantes, se pueden iniciar el mismo día que inicia la primera tableta de aborto con medicamentos. Se puede colocar el DIU y realizar la esterilización femenina cuando se tenga certeza razonable de que la persona ya no está embarazada.
- La esterilización masculina (vasectomía) es segura y eficaz, y se puede realizar en cualquier momento.
- Los métodos anticonceptivos de acción prolongada tienen tasas más altas de uso continuo y tasas más bajas de embarazos repetidos cuando se comparan con los métodos de corta duración.

En la práctica:

- Las personas, incluidas las adolescentes, deberían poder decidir si desean usar un método anticonceptivo, y seleccionar su método preferido, basándose en información anticonceptiva correcta y precisa y en sus necesidades y preferencias personales.
- La satisfacción con los servicios de anticoncepción/aceptación entre usuarias de servicios de aborto con medicamentos es mayor cuando la anticoncepción se inicia al mismo tiempo que la mifepristona.
- A las personas que inician la inyección de AMPD el mismo día que la mifepristona para un aborto con medicamentos antes de 13 semanas de gestación se les debe informar sobre el riesgo ligeramente mayor de continuación del embarazo.

Grado de la recomendación:

Fuerte

Calidad de la evidencia:

- DIU y anticonceptivos orales combinados: alta
- Implantes: moderada
- Otros métodos: baja a moderada

Fecha de la revisión más reciente:

11 de noviembre de 2025

Retorno de la fertilidad

Después de un aborto inducido de menos de 13 semanas de gestación, la ovulación típicamente se reanuda dentro de tres a cuatro semanas después; sin embargo puede ovular tan pronto como a los ocho días (Boyd y Holmstrom, 1972; Lahteenmaki y Luukkainen, 1978; Schreiber et al., 2010; Stoddard y Eisenberg, 2011). Por lo menos el 85% de las personas ovulan antes de su primera menstruación (Boyd y Holmstrom, 1972; Cameron y Baird, 1988; Lahteenmaki y Luukkainen, 1978). No hay diferencia en el tiempo que transcurre hasta la ovulación después de un aborto con medicamentos comparado con la aspiración endouterina (Cameron y Baird, 1988).

Existen datos limitados sobre el retorno de la fertilidad después de un aborto realizado a las 13 semanas o más de gestación. Un estudio con solo nueve participantes encontró que el 66% ovuló dentro de los 21 días (Marrs et al., 1979). Dado el rápido retorno de la fertilidad, todas las personas que desean iniciar un método anticonceptivo deben recibir su método preferido en el momento de realizar el aborto. Si el método preferido no está disponible, se debe proporcionar una referencia y, si así lo desea, un método provisional (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014b).

Seguridad y aceptación de la anticoncepción postaborto

Para personas adultas, la edición de 2015 de la publicación de la OMS titulada *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* y la publicación estadounidense titulada U.S. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024* (Nguyen et al., 2024) clasifican todos los métodos anticonceptivos bajo la categoría uno, es decir, que son seguros para uso inmediato, después de un aborto por aspiración en el primer trimestre sin complicaciones; las recomendaciones no difieren por tipo de aborto. La esterilización femenina es clasificada como aceptable después de un aborto sin complicaciones.

Asimismo, tanto la publicación estadounidense como la de la OMS *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (Nguyen et al., 2024; OMS, 2015) clasifican todos los métodos anticonceptivos bajo la categoría uno, es decir, que son seguros para uso inmediato, después de un aborto en el segundo trimestre sin complicaciones, con la excepción del DIU. Debido a mayor riesgo de expulsión cuando se utiliza después del aborto a las 13 semanas o más de gestación, el DIU es clasificado bajo la categoría dos, lo cual significa que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos. La esterilización femenina es clasificada como aceptable después de un aborto sin complicaciones a las 13 semanas o más de gestación.

Dos de estas recomendaciones difieren para las adolescentes: la inyección de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) es clasificada por Estados Unidos y por la OMS bajo la categoría dos para aquéllas menores de 18 años de edad, debido a preocupaciones sobre sus efectos en la densidad mineral ósea. Se podría realizar la esterilización en jóvenes, pero posiblemente sea necesario tomar precauciones especiales con las jóvenes debido a que presentan mayor riesgo de arrepentimiento (Nguyen et al., 2024; OMS, 2015).

En comparación con los métodos de corta duración, los métodos anticonceptivos de acción prolongada, como los implantes y DIU, tienen tasas más altas de continuación y tasas más bajas de embarazos y abortos (Blumenthal et al., 1994; Cameron et al., 2012; Kilander et al., 2016; Korjamo, Mentula y Heikinheimo, 2017; Langston, Joslin-Rohr y Westhoff, 2014; Peipert et al., 2012; Pohjoranta et al., 2015; Roberts, Silva y Xu, 2010; Rose, Garrett y Stanley, 2015). La aceptación de los métodos de acción prolongada es más alta después del aborto quirúrgico comparada con la aceptación de estos métodos después de un aborto con medicamentos (Laursen et al., 2017; Rocca et al., 2018). Una revisión sistemática y meta-análisis de ensayos controlados aleatorizados demostraron tasas significativamente más altas de satisfacción de las pacientes con inicio inmediato (día de mifepristona) de implantes e inyectables comparado con el inicio retrasado (Schmidt-Hansen et al., 2020).

Inicio de un método anticonceptivo

Después de la aspiración por vacío, la D y E o el aborto con medicamentos, en los que la expulsión del feto ocurre en una unidad de salud, todos los métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales, incluidas la colocación del DIU y la esterilización femenina, se pueden iniciar inmediatamente (Kim et al., 2021; Nguyen et al., 2024; OMS, 2015; OMS, 2022). Se puede iniciar el uso de métodos basados en el conocimiento de la fertilidad una vez que la persona haya tenido por lo menos una menstruación postaborto. La esterilización masculina (vasectomía) se puede realizar en cualquier momento.

Para el aborto con medicamentos, cuando se prevé que la expulsión del feto ocurrirá en la casa, casi todos los métodos anticonceptivos (como píldoras, inyectables e implantes) se pueden iniciar con la toma de la primera tableta del aborto con medicamentos si no hay contraindicaciones médicas (Kim et al., 2021; Nguyen et al., 2024; OMS, 2015; OMS, 2022). Se puede colocar el DIU y realizar la esterilización tan pronto se tenga certeza razonable de que la persona ya no está embarazada (OMS, 2014a; OMS, 2024).

La necesidad inmediata de la persona de recibir anticoncepción confiable después del aborto, junto con menor aceptación de la anticoncepción cuando se retrasa su provisión, respalda enfáticamente la recomendación de iniciar un método anticonceptivo inmediatamente (OMS, 2024).

Evidencia relacionada con métodos anticonceptivos específicos

DIU: ver sección 5.4 Uso del DIU postaborto: seguridad y tiempo de colocación.

Implantes subdérmicos de progestágeno solo: Dos ensayos de no inferioridad aleatorizados realizados con mujeres en proceso de aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación (Hognert et al., 2016; Raymond et al., 2016b) han demostrado que las tasas de aborto completo son las mismas en mujeres que reciben un implante anticonceptivo el mismo día que reciben mifepristona, comparadas con las mujeres con colocación de implante tardía. En ambos estudios, las tasas de inserción fueron más altas para las mujeres que recibieron su implante el mismo día que recibieron la mifepristona. Un estudio (Hognert et al., 2016) informó una tasa de embarazo significativamente mayor en el grupo de inserción tardía durante la consulta de seguimiento seis meses después del aborto (3.8% comparada con 0.8%). Otro estudio seleccionó al azar a mujeres en proceso de D y E para la inserción tardía o inmediata del implante (Cowett et al., 2018). A menos de la mitad de las mujeres en el grupo de inserción tardía se les colocó el implante, en comparación con el 100% en el grupo de inserción inmediata. Una revisión sistemática realizada en 2022, que incluyó estos tres estudios, concluyó que la provisión de implantes liberadores de progestágeno, proporcionados simultáneamente con abortivos, tiene poco o ningún impacto negativo en la eficacia del aborto con medicamentos y disminuye las tasas de embarazo no intencional posterior (Sothornwit et al., 2022).

La OMS recomienda que médicos generalistas y especialistas, profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras y enfermeras pueden colocar y extraer los implantes subdérmicos de manera segura y eficaz. La OMS sugiere que en contextos en que el sistema de salud tiene mecanismos establecidos para incluir a profesionales de medicina tradicional y complementaria en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva, y donde se ofrece capacitación en la colocación y extracción de implantes, estos trabajadores de salud pueden colocar y extraer implantes. Auxiliares de enfermería y enfermeras obstetras auxiliares pueden colocar y extraer implantes en el contexto de monitoreo y evaluación selectivos, y agentes de salud comunitaria pueden colocar y extraer implantes en el contexto de investigaciones rigurosas. Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Inyección de progestágeno solo: En un estudio con 132 mujeres que usaron AMPD (acetato de medroxiprogesterona de depósito) inmediatamente después del aborto por aspiración, no se informó ningún evento adverso serio, pero sí bajas tasas de continuación del método (22%) un año después y altas tasas de embarazos repetidos (Goldberg et al., 2002). Sin embargo, evidencia limitada indica que la administración de AMPD

al mismo tiempo que mifepristona podría disminuir la eficacia del aborto con medicamentos. Un ensayo de no inferioridad controlado y aleatorizado (Raymond et al., 2016a) que comparó a 220 mujeres en proceso de aborto con medicamentos hasta 75 días de gestación, quienes recibieron AMPD el mismo día que la mifepristona, con 226 mujeres que no la recibieron, encontró similares tasas de intervención quirúrgica, por la razón que fuera, después del aborto con medicamentos (6.4% y 5.3%, respectivamente) y tasas de embarazo a los seis meses después de la intervención (2.3% y 3.2% respectivamente). Sin embargo, la tasa de continuación del embarazo como razón de aborto fallido con medicamentos en el grupo de mujeres que recibieron la inyección de AMPD fue significativamente mayor (3.6% vs 0.9%); los hallazgos de estudios de cohorte retrospectivos están en conflicto respecto a las tasas de eficacia del aborto con medicamentos y las tasas de continuación del embarazo en mujeres que inician las inyecciones de progestágeno solo, el mismo día que se administra la mifepristona (Carroll et al., 2024; Creinin y Boraas, 2025; Douthwaite et al., 2016; Park et al., 2016). La publicación U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024 categoriza la AMPD administrada al mismo tiempo que la mifepristona bajo la categoría dos por esta razón, y una revisión sistemática de 2021 indica que a las mujeres que deciden iniciar la AMPD el mismo día que la mifepristona se les debe informar sobre el riesgo ligeramente mayor de continuación del embarazo (Kim et al., 2021; Nguyen et al., 2024). Las mujeres informan alta satisfacción con la administración de anticonceptivos de progestágeno solo el mismo día (Raymond et al., 2016a).

La OMS recomienda que médicos generalistas y especialistas, profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras , auxiliares de enfermería, enfermeras obstetras auxiliares, profesionales de medicina tradicional y complementaria, farmaceutas, empleados de farmacia, agentes de salud comunitaria, y la persona usuaria de la inyección de progestágeno solo pueden administrar este tipo de anticoncepción de manera segura y eficaz. Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Anticonceptivos orales combinados (AOC): En una revisión de siete estudios en los cuales participaron 1739 mujeres, no se demostró ningún evento adverso serio con el uso de AOC inmediatamente después de un aborto por aspiración o con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación (Gaffield, Kapp y Ravi, 2009). Además, las mujeres que usaron AOC de inmediato demuestran similares patrones de sangrado que las mujeres que no usaron anticonceptivos y menos sangrado que las usuarias del DIU de cobre (Kim et al., 2021). Dos ensayos controlados aleatorizados de AOC comparados con placebo iniciado inmediatamente después del aborto con medicamentos hasta entre 49 y 63 días de gestación, mostraron que las píldoras no tienen un efecto significativo ni en la eficacia del aborto con medicamentos ni en la cantidad y duración de pérdida de sangre (Tang et al., 1999; Tang et al., 2002).

Anillo vaginal combinado: En un estudio de cohorte con 81 mujeres que usaron un anillo vaginal una semana después del aborto por aspiración o con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación, no se informó ningún evento adverso serio ni infección (Fine et al., 2007).

Parche anticonceptivo combinado: En un ensayo clínico aleatorizado con 298 mujeres que se colocaron un parche anticonceptivo inmediatamente en el postaborto o lo hicieron el domingo siguiente después del aborto, no se mostró ninguna diferencia en las tasas de continuación a los dos y seis meses. Entre el 53% de mujeres que se pudieron contactar a los seis meses, la mitad había dejado de usar el parche anticonceptivo (Steinauer et al., 2014).

Toma de decisiones informadas

La OMS recomienda que los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción, sean proporcionados de una manera que asegure la toma de decisiones totalmente informada, que respete la dignidad, autonomía, privacidad y confidencialidad de la usuaria, y que sea sensible a las necesidades y perspectivas de cada persona (OMS, 2014b). Las personas deberían poder elegir o rechazar un método anticonceptivo según sus necesidades y preferencias personales. Información anticonceptiva integral, basada en evidencia, consejería anticonceptiva no directiva y apoyo deben ser accesibles para todas las personas, incluidas las adoles-

centes, de manera que las pacientes puedan tomar una decisión informada. Lo ideal sería tener disponible la gama completa de métodos anticonceptivos, ofrecer referencias adecuadas para los métodos que no estén disponibles en la misma unidad de salud, e integrar estos servicios con los servicios de aborto y atención post-aborto (Baynes et al., 2019; OMS, 2014b). Dos revisiones sistemáticas de ensayos comparativos aleatorizados (Cavallaro et al., 2020; Nelson et al., 2022) encontraron que la consejería anticonceptiva y provisión de anticoncepción en el momento de realizar el aborto aumenta el uso de anticonceptivos, aunque algunas personas posiblemente prefieran no hablar a fondo sobre la anticoncepción durante su consulta para tener el aborto, en particular si ya saben qué método anticonceptivo postaborto quieren (Cansino et al., 2018). Cuando se entrega un método anticonceptivo durante la consulta de aborto y se dispone de una gran variedad de métodos anticonceptivos, la aceptación del método anticonceptivo por pacientes postaborto puede ser tan alta como el 73%, incluso entre las mujeres jóvenes (Benson et al., 2017; Benson et al., 2016). En una revisión sistemática reciente que examinó las preferencias anticonceptivas, se incluyeron cuatro estudios realizados con personas que buscaban servicios de aborto (Dam et al., 2022). La facilidad de uso y la eficacia eran características importantes de los métodos anticonceptivos preferidos, así como el costo, la familiaridad con el método, la presencia de hormonas y los efectos secundarios, entre otras características.

Referencias bibliográficas

Baynes, C., Kahwa, J., Lusiola, G., Mwanga, F., Bantambya, J., Ngosso, L., & Hiza, M. (2019). What contraception do women use after experiencing complications from abortion? An analysis of cohort records of 18,688 postabortion care clients in Tanzania. *BMC Women's Health, 19*(1), 22.

Benson, J., Andersen, K., Healy, J., & Brahmi, D. (2017). What factors contribute to postabortion contraceptive uptake by young women? A program evaluation in 10 Countries in Asia and sub-Saharan Africa. *Global Health: Science and Practice, 5*(4), 644-657.

Benson, J., Andersen, K., Brahmi, D., Healy, J., Mark, A., Ajode, A., & Griffin, R. (2018). What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. *Global Public Health, 13*(1), 35-50.

Blumenthal, P. D., Wilson, L. E., Remsburg, R. E., Cullins, V. E., & Huggins, G. R. (1994). Contraceptive outcomes among post-partum and post-abortal adolescents. *Contraception, 50*(5), 451-460.

Boyd Jr, E. F., & Holmstrom, E. G. (1972). Ovulation following therapeutic abortion. American Journal of *Obstetrics & Gynecology, 113*(4), 469.

Cameron, I. T., & Baird, D. T. (1988). The return to ovulation following early abortion: A comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica (Copenhagen) 118*, 161-167.

Cameron, S., Glasier, A., Chen, Z., Johnstone, A., Dunlop, C., & Heller, R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 119*(9), 1074-1080.

Cansino, C., Lichtenberg, E. S., Perriera, L. K., Hou, M. Y., Melo, J., & Creinin, M. D. (2018). Do women want to talk about birth control at the time of a first-trimester abortion? *Contraception, 98*(6), 535-540.

Carroll, A. L., Strauss, A. M., Philipps, N. M., Kaczmarczik, K. D., Shakur, Z., Ramirez, G., Klc, T. R., Tessier, K. M., & Boraas, C. M. (2024). Efficacy of medication abortion with concurrent initiation of progestin contraceptives: A retrospective cohort study. *Contraception, 140*.

Cavallaro, F.L., Benova, L., Owolabi, O.O., & Ali, M. (2020). A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: What works and what doesn't? *BMJ Sexual and Reproductive Health, 46*(4), 254-269.

Cowett, A. A., Ali, R., Cooper, M. A., Evans, M., Conzuelo, G., & Cremer, M. (2018). Timing of etonogestrel implant insertion after dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 131*(5), 856-862.

Creinin, M. D., & Boraas, C. M. (2025). Depomedroxyprogesterone acetate impact on mifepristone action during medication abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 30*(4), 200–204.

Referencias bibliográficas continuado

Dam, A., Yeh, P.T., Burke, A.E., & Kennedy, C.E. (2022). Contraceptive values and preferences of pregnant women, postpartum women, women seeking emergency contraceptives, and women seeking abortion services: A systematic review. *Contraception, 111*, 39-47.

Douthwaite, M., Candelas, J. A., Reichwein, B., Eckhardt, C., Ngo, T. D., & Dominguez, A. (2016). Efficacy of early induced medical abortion with mifepristone when beginning progestin-only contraception on the same day. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 133* (3), 329-333.

Fine, P. M., Tryggestad, J., Meyers, N. J., & Sangi-Haghpeykar, H. (2007). Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception, 75*(5), 367-371.

Gaffield, M. E., Kapp, N., & Ravi, A. (2009). Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception, 80*(4), 355-362.

Goldberg, A. B., Cardenas, L. H., Hubbard, A. E., & Darney, P. D. (2002). Post-abortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: A randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception, 66*(4), 215-220.

Hognert, H., Kopp Kallner, H., Cameron, S., Nyreli, C., Jawad, I., Heller, R., ... Gemzell-Danielsson, K. (2016). Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion-a randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction, 31*(11), 2484-2490.

Kilander, H., Alehagen, S., Svedlund, L., Westlund, K., Thor, J., & Brynhildsen, J. (2016). Likelihood of repeat abortion in a Swedish cohort according to the choice of post-abortion contraception: A longitudinal study. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica, 95*(5), 565-571.

Kim, C., Nguyen, A.T., Berry-Bibee, E., Ermias, Y., Gaffield, M.E., & Kapp, N. (2021). Systemic hormonal contraception initiation after abortion: A systematic review and meta-analysis. *Contraception, 103*(5), 291-304.

Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017). Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy - 1 year continuation rates: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 124*(13), 1957-1964.

Lahteenmaki, P., & Luukkainen, T. (1978). Return of ovarian function after abortion. *Clinical Endocrinology, 8*(2), 123-132.

Langston, A.M., Joslin-Rohr, S.L., & Westhoff, C.L. (2014). Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception, 89*(2), 103-8.

Laursen, L., Stumbras, K., Lewnard, I., & Haider, S. (2017). Contraceptive provision after medication and surgical abortion. *Women's Health Issues, 27*(5), 546-550.

Marrs, R. P., Kletzky, O. A., Howard, W. F., & Mishell, D. R. (1979). Disappearance of human chorionic gonadotropin and resumption of ovulation following abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 135*, 731-736.

Nelson, H.D., Cantor, A., Jungbauer, R.M., Eden, K.B., Darney, B., Ahrens, K., Burgess, A., Atchison, C., Goueth, R., & Fu, R. (2022). Effectiveness and harms of contraceptive counseling and provision interventions for women: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine, 175*(7), 980-993.

Nguyen, A. T., Curtis, K. M., Tepper, N. K., Kortsmit, K., Brittain, A. W., Snyder, E. M., Cohen, M. A., Zapata, L. B., Whiteman, M. K., Baker, C., Dethier, D., Garbarino, S., Gold, H., Halper, E., Kapp, N., Krishna, G., Meurice, M., Ramer, S., Rodenhizer, J., ... Wright, S. (2024). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recommendations and Reports, 73*(4), 1–126.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: Orientación y recomendaciones.* Ginebra: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (5a ed.).* Ginebra: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Park, J., Robinson, N., Wessels, U., Turner, J., & Geller, S. (2016). Progestin-based contraceptive on the same day as medical abortion. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 133*(2), 217-220.

Referencias bibliográficas continuado

Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E., & Secura, G. M. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology, 120*(6), 1291-1297.

Pohjoranta, E., Mentula, M., Gissler, M., Suhonen, S., & Heikinheimo, O. (2015). Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion: First-year results of a randomized controlled trial. *Human Reproduction, 30*(11), 2539-46.

Raymond, E. G., Weaver, M. A., Louie, K. S., Tan, Y. L., Bousieguez, M., Arangure-Peraza, A. G., ... Winikoff, B. (2016a). Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: A randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology, 128(4), 739-745.

Raymond, E. G., Weaver, M. A., Tan, Y. L., Louie, K. S., Bousieguez, M., Lugo-Hernandez, E. M., ... Winikoff, B. (2016b). Effect of immediate compared with delayed insertion of etonogestrel implants on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 127*(2), 306-312.

Roberts, H., Silva, M., & Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. Contraception, 82(3), 260-265.

Rocca, C. H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K. M. J., Talmont, E., ... Harper, C. C. (2018). Contraception after medication abortion in the United States: Results from a cluster randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 218*(1), 107. e101-107.e108

Rose, S. B., Garrett, S. M., & Stanley, J. (2015). Immediate postabortion initiation of levonorgestrel implants reduces the incidence of births and abortions at 2 years and beyond. *Contraception, 92*(1), 17-25.

Schmidt-Hansen, M., Hawkins, J.E., Lord, J., Williams, K., Lohr, P.A., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: systematic review with meta-analyses. *Human Reproduction Update, 26*(2), 141-160.

Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S., & Creinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception, 84*(3), 230-233.

Sothornwit, J, Eamudomkarn, N., Lumbiganon, P., Jampathong, N., Festin, M.R., & Salang, L. (2022). Immediate versus delayed postabortal insertion of contraceptive implants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*(5), CD013565.

Steinauer, J. E., Sokoloff, A., Roberts, E., Drey, E. A., Dehlendorf, C. E., & Prager, S. W. (2014). Immediate versus delayed initiation of the contraceptive patch after abortion: A randomized trial. Contraception, 89(1), 42-7.

Stoddard, A., & Eisenberg, D. L. (2011). Controversies in family planning: Timing of ovulation after abortion and the conundrum of postabortion intrauterine device insertion. *Contraception, 84*, 119-121.

Tang, O. S., Gao, P. P., Cheng, L., Lee, S. W., & Ho, P. C. (1999). A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction, 14*(3), 722-725.

Tang, O. S., Xu, J., Cheng, L., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2002). The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: A randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction, 17*(1), 99-102.

5.4

5. Atención postaborto

Uso del DIU postaborto: seguridad y tiempo de colocación

Recomendación:

- Cuando la persona elige el dispositivo intrauterino (DIU), éste debe colocarse inmediatamente después de un aborto completo sin complicaciones, ya sea por aspiración endouterina o por dilatación y evacuación (D y E).
- Cuando la persona elige el DIU después de un aborto con medicamentos, éste debe colocarse cuando se tenga certeza razonable de que ya no está embarazada.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Alta	11 de noviembre de 2025

Colocación del DIU después de un aborto realizado antes de las 13 semanas de gestación

La edición de 2015 de la publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) titulada *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* y la publicación estadounidense titulada *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, 2024 clasifican el DIU bajo la categoría uno, es decir, que es seguro para usarlo inmediatamente después de un aborto del primer trimestre; las recomendaciones no difieren por tipo de aborto (Nguyen et al., 2024; OMS, 2015).

En comparación con los métodos anticonceptivos de corto plazo, los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada, como los implantes y el DIU, tienen mayores tasas de uso continuo y menores tasas de embarazo y aborto (Blumenthal et al., 1994; Cameron et al., 2012; Korjamo, Mentula y Heikinheimo, 2017b; Langston, Joslin-Rohr y Westhoff, 2014; Peipert, Madden, Allsworth y Secura, 2012; Pohjoranta et al., 2015; Roberts, Silva y Xu, 2010). En una revisión de Cochrane realizada en el año 2014 de 12 ensayos clínicos con 7119 mujeres, se concluyó que la colocación del DIU después del aborto por aspiración endouterina o por D y E es segura y práctica (Okusanya, Oduwole y Effa, 2014). La revisión no encontró diferencias en eventos adversos serios, como infección o perforación, entre la inserción inmediata y la inserción tardía. Un ensayo clínico realizado en el año 2011 seleccionó a 575 mujeres al azar para la inserción inmediata o tardía del DIU después de la aspiración endouterina antes de las 12 semanas de gestación (Bednarek et al., 2011). Aunque las tasas de expulsión del DIU fueron levemente mayores en los casos de inserción postaborto inmediata (5% comparado con 2.7%), las mujeres asignadas al grupo de inserción tardía fueron significativamente menos propensas a recibir un DIU (75% comparado con 100% en el grupo de inserción inmediata) y más propensas a tener un embarazo posterior (cinco comparado con ninguna). Un estudio histórico de cohorte comparó la inserción inmediata del DIU post-procedimiento realizada por profesionales de la salud de nivel intermedio y por médicos/as, y no encontró ninguna diferencia entre los dos grupos en resultados adversos (Patil, et al., 2016).

Después de un aborto con medicamentos realizado antes de las 13 semanas de gestación, el DIU puede colocarse tan pronto como se tenga certeza razonable de que la persona ya no está embarazada (OMS, 2024). La colocación del DIU dentro de las 48 horas posteriores a un aborto completo está asociada con menos dolor que la inserción tardía (Hogmark et al., 2023). Cuando el DIU se coloca dentro de 5 a 10 días después de un aborto

con medicamentos completo, tiene bajas tasas de expulsión, altas tasas de uso continuo (Betstadt et al., 2011; Sääv, Stephansson y Gemzell-Danielsson, 2012) y menores tasas de embarazo que con la inserción tardía (Pohjoranta et al., 2017; Saav et al., 2012; Shimoni et al., 2011). Una revisión sistemática de tres ensayos aleatorizados no encontró diferencias entre la colocación temprana y retrasada después del aborto a menos de nueve semanas de gestación, y mayores tasas de expulsión, continuación y aceptación después de la inserción inmediata comparada con la inserción retrasada entre 9 y 12 semanas de gestación (Schmidt-Hansen et al., 2020). La aceptación del DIU es mayor después del aborto quirúrgico en comparación con el aborto con medicamentos, a pesar de similares opciones y deseos anticonceptivos (Fang, Sheeder y Teal, 2018; Rocca et al., 2018).

Colocación del DIU después del aborto realizado a las 13 semanas o más de gestación

La publicación de la OMS titulada Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (2015) y la publicación titulada *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, 2024 clasifican el uso del DIU después de un aborto en el segundo trimestre sin complicaciones bajo la categoría dos, lo cual significa que las ventajas de usar el método superan los riesgos, debido a mayor riesgo de expulsión del DIU. La revisión de Cochrane de la inserción inmediata del DIU después de uno de los procedimientos de aborto mencionados anteriormente, concluyó que aunque las tasas de expulsión posiblemente sean más altas con la colocación inmediata, la tasa de uso continuo es más alta y no aumentan las complicaciones (Okusanya et al., 2014). En dos ensayos controlados aleatorizados sobre la inserción inmediata del DIU versus inserción tardía después de la D y E, las tasas de uso del DIU fueron significativamente mayores con la inserción inmediata, sin aumento en las tasas de infección o complicaciones (Cremer et al., 2011; Hohmann et al., 2012). Las tasas de expulsión en mujeres a quienes se les colocó el DIU inmediatamente en ambos estudios fueron bajas (3.1% y 6.8%) y no fueron diferentes a las tasas del grupo de inserción tardía. Cabe señalar que, en ambos estudios, aproximadamente la mitad de las personas seleccionadas al azar para la inserción tardía no regresaron para que se les colocara el DIU. Tener que asistir a una cita de seguimiento para la inserción del DIU constituye una barrera significativa para obtener un DIU (Stanek et al., 2009).

Un estudio realizado en 2022 que seleccionó al azar a 114 personas que buscaban un aborto con medicamentos de un embarazo entre 17 y 20 semanas de gestación, para la colocación inmediata de un DIU de cobre postaborto o que se les colocara tres semanas después, encontró que muchas más personas en el grupo de colocación inmediata estaban usando un DIU seis semanas después (56%, comparado con 19%), a pesar de una tasa de expulsión significativamente más alta en el grupo de colocación inmediata (32%, comparado con 7%) (Constant et al., 2022). Un estudio menos extenso seleccionó al azar a 57 personas para la colocación inmediata o posterior del DIU hormonal después del aborto con medicamentos realizado entre 12 y 20 semanas de gestación, y encontró que la colocación es factible y segura; sin embargo, el estudio no tenía suficiente poder estadístico para evaluar la tasa de expulsión (Korjamo, Mentula y Heikinheimo, 2017a; Korjamo et al., 2017b). El DIU puede colocarse después de la expulsión del feto y la placenta.

Jóvenes

El uso del DIU por personas menores de 20 años de edad es clasificado por la OMS y por *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, 2024 bajo la categoría dos, en la cual los beneficios generalmente superan los riesgos (Nguyen et al., 2024; OMS, 2015). Un extenso estudio de cohorte prospectivo realizado en Estados Unidos, que examinó las tasas de embarazo, parto y aborto en mujeres a quienes se les proporcionaron todos los métodos anticonceptivos sin costo alguno, incluyó a 1056 mujeres menores de 20 años de edad y encontró que el 62% de las mujeres jóvenes eligieron un método anticonceptivo reversible de acción prolongada, ya sea el DIU (22%) o implante (40%), comparado con el 71% de las mujeres adultas (Mestad et al., 2011). Las tasas de uso continuo a los 12 y 24 meses fueron las mismas entre las mujeres adultas y las jóvenes (Birgisson et al., 2015). Las tasas de embarazo, parto y aborto inducido entre las jóvenes en el estudio fueron reducidas en un 75% comparado con los promedios nacionales (Secura et al., 2014).

Una extensa revisión sistemática y meta-análisis realizados en 2017, que exploraron los factores de riesgo de embarazos repetidos entre adolescentes e incluyeron 26 estudios informando sobre más de 160,000 adolescentes, encontraron que el uso de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada ejerció un efecto protector significativo, así como mayor nivel educativo y continuación de estudios (Maravilla et al., 2017).

Una revisión sistemática realizada en 2017 examinó el riesgo de resultados adversos en mujeres jóvenes que usaban el DIU y no encontró ninguna diferencia en las tasas de perforación, falla anticonceptiva, enfermedad pélvica inflamatoria o sangrado abundante en las mujeres menores de 25 años de edad comparadas con las mujeres adultas; las tasas de expulsión del DIU fueron levemente mayores en las jóvenes (Jatlaoui, Riley y Curtis, 2017). El DIU no aumenta el riesgo de infertilidad de las mujeres jóvenes (Grimes, 2000), y la fertilidad de todas las mujeres regresa a las tasas de línea base poco después de la extracción del DIU (Hov, Skjeldestad y Hilstad, 2007).

¿Quiénes pueden colocar y extraer el DIU?

La OMS hace recomendaciones de prestación de servicios para la provisión del DIU (OMS, 2024); recomienda que la colocación y extracción del DIU está dentro del alcance de práctica de médicos especialistas y generalistas, profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, enfermeras, parteras y enfermeras obstetras auxiliares, basándose en las habilidades y los conocimientos esperados para estas funciones del personal de salud. La OMS sugiere que, en ámbitos donde existen mecanismos establecidos para incluir a profesionales de medicina tradicional y complementaria en otras tareas relacionadas con servicios de salud materna y reproductiva, esos profesionales pueden colocar y extraer el DIU de manera segura y eficaz, y que auxiliares de enfermería pueden colocar y extraer el DIU en el contexto de investigaciones. Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Referencias bibliográficas

Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E., & Jensen, J. T. (2011). Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine, 364*(23), 2208-2217.

Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T., & Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception, 83*(6), 517-521.

Birgisson, N. E., Zhao, Q., Secura, G. M., Madden, T., & Peipert, J. (2015). Preventing unintended pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in review. *Journal of Women's Health Larchmont, 24*(5), 349-353.

Blumenthal, P. D., Wilson, L. E., Remsburg, R. E., Cullins, V. E., & Huggins, G. R. (1994). Contraceptive outcomes among post-partum and post-abortal adolescents. *Contraception, 50*(5), 451-460.

Cameron, S., Glasier, A., Chen, Z., Johnstone, A., Dunlop, C., & Heller, R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 119*(9), 1074-1080

Cremer, M., Bullard, K. A., Mosley, R. M., Weiselberg, C., Molaei, M., Lerner, V., & Alonzo, T. A. (2011). Immediate vs. delayed post-abortal copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. *Contraception, 83*(6), 522-527.

Fang, N., Sheeder, J., & Teal, S. (2018). Factors associated with initiating long-acting reversible contraception immediately after first-trimester abortion. *Contraception, 98, 292-295*.

Grimes, D. (2000). Intrauterine device and upper genital tract infection. *The Lancet, 356*, 1013-1019.

Hogmark, S., Liljeblad, K. L., Envall, N., Gemzell-Danielsson, K., & Kallner, H. K. (2023). Placement of an intrauterine device within 48 hours after early medical abortion—A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 228*(1), 53.e1-53.e9.

Hohmann, H. L., Reeves, M. F., Chen, B. A., Perriera, L. K., Hayes, J. L., & Creinin, M. D. (2012). Immediate versus delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine device following dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Contraception, 85*(3), 240-245.

Hov, G. G., Skjeldestad, F. E., & Hilstad, T. (2007). Use of IUD and subsequent fertility-follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception, 75*, 88-92.

Jatlaoui, T. C., Riley, H. E. M., & Curtis, K. (2017). The safety of intrauterine devices among young women: A systematic review. *Contraception, 95*, 17-39.

Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017a). Expulsions and adverse events following immediate and later insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine system after medical termination of later first- and second-trimester pregnancy: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, https://doi.org/10.1111/147-0528.14813.

Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017b). Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy—1 year continuation rates: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, https://doi.org/10.1111/1471-0528.14802.

Langston, A. M., Joslin-Roher, S. L., & Westhoff, C. L. (2014). Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within one year in a New York City practice. *Contraception, 89*(2), 103-108.

Maravilla, J. C., Betts, K. S., Cuoto e Cruz, C., & Alati, R. (2017). Factors influencing repeated teenage pregnancy: A review and meta-analysis. *Australian Journal of Obstetrics & Gynecology*, 527-545.

Mestad, R., Secura, G., Allsworth, J. E., Madden, T., Zhou, Q., & Peipert, J. (2011). Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception, 84*(5), 493-498.

Nguyen, A. T., Curtis, K. M., Tepper, N. K., Kortsmit, K., Brittain, A. W., Snyder, E. M., Cohen, M. A., Zapata, L. B., Whiteman, M. K., Baker, C., Dethier, D., Garbarino, S., Gold, H., Halper, E., Kapp, N., Krishna, G., Meurice, M., Ramer, S., Rodenhizer, J., … Wright, S. (2024). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recommendations and Reports, 73*(4), 1–126.

Okusanya, B. O., Oduwole, O., & Effa, E. E. (2014). Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*, DOI: 10.1002/14651858.CD001777.pub4.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Referencias bibliográficas continuado

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (5a ed.)*. Ginebra: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud.

Patil, E., Darney, B., Orme-Evans, K., Beckley, E. H., Bergander, L., Nichols, M., & Bednarek, P. H. (2016). Aspiration abortion with immediate intrauterine device insertion: Comparing outcomes of advanced practice clinicians and physicians. *Journal of Midwifery and Women's Health, 61*(3), 325-330. DOI:10.1111/jmwh.12412

Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E., & Secura, G. M. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology, 120*(6), 1291-1297.

Pohjoranta, E., Mentula, M., Gissler, M., Suhonen, S., & Heikinheimo, O. (2015). Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion: First-year results of a randomized controlled trial. *Human Reproduction, 30*(11), 2539-46.

Pohjoranta, E., Suhonen, S., Mentula, M., & Heikinheimo O. (2017). Intrauterine contraception after medical abortion: Factors affecting success of early insertion. *Contraception, 95*(3), 257-262.

Roberts, H., Silva, M., & Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception, 82*(3), 260-265.

Rocca, C. H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K. M. J., Talmont, E., ... Harper, C. C. (2018). Contraception after medication abortion in the United States: results from a cluster randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 218*(1), 107. e101-107.e108

Sääv, I., Stephansson, O., & Gemzell-Danielsson, K. (2012). Early versus delayed Insertion of intrauterine contraception after medical abortion—A randomized controlled trial. *PLoS One, 7*(11), e48948.

Schmidt- Hansen, M., Hawkins, J.E., Lord, J., Williams, K., Lohr, P.A., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: systematic review with meta-analyses. *Human Reproduction Update, 26*(2), 141-160.

Secura, G. M., Madden, T., McNicholas, C., Mullersman, J., Buckel, C. M., Zhao, Q., & Peipert, J. (2014). Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *New England Journal of Medicine, 371*(14), 1316-1323.

Shimoni, N., Davis, A., Ramos, M. E., Rosario, L., & Westhoff, C. (2011). Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 118*(3), 623-628.

Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T., & Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception, 79*(3), 216-220.

5.5

5. Atención postaborto

Hemorragia postaborto: prevención y manejo

Recomendación:

- Cada profesional clínico debe considerar medidas para evitar o prepararse para un aumento de sangrado en personas que corren un riesgo elevado de hemorragia y se encuentran en proceso de aborto.
- La hemorragia causada por atonía uterina puede ser tratada con masaje uterino, medicamentos uterotónicos, re-aspiración, taponamiento o cirugía.
- Se debe vigilar de cerca a la persona que presenta hemorragia para detectar signos de shock.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Baja	11 de noviembre de 2025

Epidemiología

La Sociedad de Planificación Familiar define la hemorragia postaborto como sangrado excesivo que requiere una respuesta clínica, tal como una transfusión o ingreso hospitalario, y/o sangrado mayor de 500 ml (Gilbert et al., 2023; Kerns, Brown, Nippita y Steinauer, 2024). Una hemorragia después de un aborto inducido es rara, ya que ocurre en 0 a 3 de cada 1000 casos después del aborto con medicamentos realizado hasta las 9 semanas de gestación o de la aspiración por vacío realizada antes de las 13 semanas de gestación, y en 0.3 a 10 de cada 1000 casos después de la evacuación endouterina realizada a las 13 semanas o más de gestación (Kerns, Brown, Nippita y Steinauer, 2024; Kerns et al., 2019; Upadhyay et al., 2014). Entre las causas de sangrado se encuentran: placenta previa o accreta, atonía uterina, retención de restos ovulares, laceración cervical o vaginal, lesión uterina y coagulopatía (Kerns, Brown, Nippita y Steinauer, 2024; Perriera, Arslan y Masch, 2017).

Prevención

A toda persona que se presente en busca de servicios de aborto se le debe preguntar sobre los aspectos de su historia clínica asociados con un riesgo elevado de sangrado; esto incluye una revisión de complicaciones obstétricas, especialmente hemorragia, antecedentes de dos o más partos por cesárea, un trastorno hemorrágico, edad gestacional superior a 20 semanas, muerte fetal, obesidad, edad materna avanzada, y placenta previa o accreta (Kerns, Brown, Nippita y Steinauer, 2024; Kerns et al., 2019; Whitehouse et al., 2017). El personal clínico puede considerar medidas para evitar o prepararse para un aumento de sangrado, tales como evaluar la hemoglobina o el hematocrito antes del aborto, asegurarse de la pronta disponibilidad de medicamentos uterotónicos, prepararse para una posible transfusión o para referir a la mujer a un establecimiento de salud de nivel superior, aunque hay poca evidencia para guiar la práctica (Kerns, Brown, Nippita y Steinauer, 2024). En un ensayo clínico aleatorizado, al agregar cuatro unidades de vasopresina a un bloqueo paracervical aplicado antes del procedimiento, disminuyó significativamente la pérdida de sangre durante los procedimientos de dilatación y evacuación, así como la incidencia de hemorragia postaborto, comparado con el grupo placebo (Schulz, Grimes y Christensen, 1985). Este efecto fue mayor a una edad gestacional más avanzada. No se ha

demostrado que la administración de oxitocina profiláctica o syntocinon (cinco o 10 unidades) disminuya el sangrado post-procedimiento después de la aspiración endouterina en el primer trimestre de una manera clínicamente significativa (Nygaard et al., 2010; Ali y Smith, 1996). Al administrar 30 unidades de oxitocina antes de cada procedimiento de dilatación y evacuación (D y E) efectuado entre 18 y 24 semanas de gestación, tanto la pérdida de sangre como la incidencia de hemorragia disminuyeron, en comparación con el grupo placebo (Whitehouse et al., 2019). Se comprobó que la metilergonovina, una medicina administrada comúnmente de manera profiláctica para evitar sangrado excesivo después de la D Y E, aumenta, en vez de disminuir, el sangrado cuando se administra de manera profiláctica inmediatamente después de la D y E entre 20 y 24 semanas de gestación (Kerns et al., 2021).

Diagnóstico

Cuando se sospecha hemorragia postaborto, el profesional clínico debe evaluar y tratar rápida y sistemáticamente. La evaluación inicial consiste en una inspección del cérvix para detectar laceración, un examen bimanual para detectar atonía uterina y sensibilidad a la palpación, repetir la aspiración o realizar un examen de ultrasonido para detectar restos ovulares retenidos o sangre (Kerns, Brown, Nippita y Steinauer, 2024).

Manejo

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

La atonía uterina requiere una respuesta secuencial rápida, comenzando con un masaje uterino, seguido de medicamentos uterotónicos, re-aspiración, taponamiento uterino y finalmente medidas quirúrgicas. El/la profesional de la salud debe pasar con rapidez al próximo paso si no se controla el sangrado. Cuando se utilizan medicamentos uterotónicos, pueden administrarse dosis adicionales o repetidas si el sangrado no disminuye después de la primera dosis (Kerns, Brown, Nippita y Steinauer, 2024).

Tabla 5.5.1 Medicamentos uterotónicos y dosis*

Medicamento	Dosis
Metilergonovina	0.2mg por vía intramuscular o intracervical; repetir cada 2 a 4 horas. Evitar en personas con hipertensión arterial.
Misoprostol	De 800 a 1000 mcg por vía bucal o sublingual
Oxitocina	De 10 a 40 unidades por cada 500 ml a 1000 ml de líquido intravenoso o 10 unidades por vía intramuscular
Taponamiento intrauterino	Gasa estéril, de 30 ml a 75 ml con balón de sonda Foley, balón obstétrico o condón inflado colocado en el útero

* Extrapolado de datos posparto (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017 reafirmado 2024; Escobar et al., 2022; Kerns, Brown, Nippita y Steinauer, 2024; Mavrides et al., 2016; Prata y Weidert, 2016; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020).

Si el taponamiento logra detener el sangrado, el balón de sonda Foley, balón obstétrico, gasa o condón inflado debe dejarse colocado durante varias horas mientras que la paciente es observada. Si la usuaria continúa estable después que se saca el balón o la gasa, se le puede dar de alta.

Cuando el sangrado continúa después de tener certeza de que se logró una evacuación endouterina completa y cuando no hay laceraciones visibles, el/la profesional de la salud debe considerar otras complicaciones,

tales como perforación, coagulopatía o placenta accreta (National Abortion Federation, 2024). Si hay presencia de coagulopatía, como coagulación intravascular diseminada, podría ser necesario administrar productos de sangre. Las medidas quirúrgicas como una histerectomía, suturas de compresión uterina, ligadura de las arterias uterinas o embolización de las arterias uterinas, pueden realizarse para tratar un sangrado grave que no puede ser controlado con otras medidas. En centros de salud sin un quirófano disponible o sin experiencia, el personal de salud debe tener protocolos claros para la reanimación y traslado de la paciente a un establecimiento de salud de nivel superior. Las personas en riesgo de shock requieren la colocación de una vía intravenosa, oxígeno suplementario, reanimación con líquidos y reposición de productos de sangre, según lo indicado.

¿Quiénes pueden ofrecer manejo inicial de una hemorragia postaborto sin riesgo para la vida?

La OMS hace recomendaciones de prestación de servicios para el manejo inicial de la hemorragia postaborto, que consiste en reconocer la complicación, estabilizar a la persona y administrar líquidos por vía intravenosa antes de referir a un/a trabajador/a de salud o establecimiento de salud correspondiente (OMS, 2024). La OMS recomienda que médicos especialistas y generalistas, profesionales clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras obstetras auxiliares y profesionales de medicina tradicional y complementaria pueden brindar esta atención, basándose en el alcance de práctica establecido o en las habilidades y los conocimientos esperados para esta función del personal de salud (OMS, 2024). Para obtener más información sobre las funciones del personal de salud relacionadas con los servicios de aborto, ver Anexo C: *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto.*

Referencias bibliográficas

Ali, P.B. & Smith, G. (1996). The effect of syntocinon on blood loss during first trimester suction curettage. Anesthesia, 51, 483-485.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017 reaffirmed 2024). ACOG Practice Bulletin Number 183: Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology, 130*(4), e168-e186.

Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., Barnea, E. R., Nicholson, W., Ramasauskaite, D., Lloyd, I., Chandraharan, E., Miller, S., Burke, T., Ossanan, G., Andres Carvajal, J., Ramos, I., Hincapie, M. A., Loaiza, S., Nasner, D., & FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 157*(S1), 3–50.

Gilbert, C. M., Matulich, M. C., Ponzini, M. D., Wilson, M. D., & Creinin, M. D. (2023). Clinical interventions are more accurate than quantitative measurements for defining hemorrhage with dilation and evacuation. *Contraception, 120*, 109914.

Kerns, J.L., Pearlson, G., Mengesha, B., Harter, K., Jackson, R.A. & Drey, E.A. (2021). A randomized controlled trial of methylergonovine prophylaxis after dilation and evacuation abortion. *Contraception, 103*(2), 116-120.

Kerns, J. L., Brown, K., Nippita, S., & Steinauer, J. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception, 129*.

Kerns, J., Ti, A., Askel, S., Lederle, L., Sokoloff, A., & Steinauer, J. (2019). Disseminated intravascular coagulation and hemorrhage after dilation and evacuation abortion for fetal death. *Obstetrics & Gynecology, 134*(4), 708-713.

Lauerson, N. H., & Conrad, P. (1974). Effect of oxytocic agents on blood loss during first trimester suction curettage. *Obstetrics & Gynecology, 44*(3), 428-433.

Mavrides, E., Allard, S., Chandraharan, E., Collins, P., Green, L., Hunt, B. J., ... on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). Prevention and management of postpartum hemorrhage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 124*, e106-e149.

Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, ... Visser, G. H. A. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138*(3), 363-366.

Referencias bibliográficas continuado

National Abortion Federation. (2024). *Clinical Policy Guidelines*. Washington DC: National Abortion Federation.

Nygaard, I. H. H., Valbo, A., Heide, H. C., & Kresovic, M. (2010). Is oxytocin given during surgical termination of first trimester pregnancy useful? A randomized controlled trial. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica, 90*, 174-178.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Perriera, L. K., Arslan, A. A., & Masch, R. (2017). Placenta previa and the risk of adverse outcomes during second trimester abortion: A retrospective cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 57*(1), 99-104.

Prata, N., & Weidert, K. (2016). Efficacy of misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage: Current knowledge and implications for health care planning. *International Journal of Women's Health, 8*, 341-349.

Schulz, K. F., Grimes, D. A., & Christensen, D. D. (1985). Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilatation and evacuation abortion. *The Lancet, 2*, 353-356.

Upadhyay, U., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2014). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*, 175-183.

Whitehouse, K., Tschann, M., Davis, J., Soon, R., Salcedo, J., Friedlander, E., & Kaneshiro, B. (2017). Association between prophylactic oxytocin use during dilation and evacuation and estimated blood loss. *Contraception, 96*, 19-24.

Whitehouse, K., Tschann, M., Soon, R., Davis, J., Micks, E., Salcedo, J., ... & Kaneshiro, B. (2019). Effects of prophylactic oxytocin on bleeding outcomes in women undergoing dilation and evacuation. *Obstetrics & Gynecology, 133*(3), 484-491.

5.6 Manejo de la perforación uterina

Recomendación:

- A toda persona bajo sospecha de perforación uterina, aunque sea asintomática, se le debe informar de la complicación y se debe observar su cuadro clínico.
  - Si la persona está estable, se le debe informar sobre los signos de alarma, que indican cuándo debe buscar asistencia de emergencia, si es necesario, y se debe formular un plan de seguimiento antes de darla de alta del centro de salud.
  - Si la mujer está inestable o se observa que su cuadro clínico está empeorando, debe ser trasladada a un establecimiento de salud de tercer nivel de atención para que reciba el manejo correspondiente.
- Toda persona que presente una perforación uterina confirmada, con evidencia de lesión intestinal, debe ser trasladada a un establecimiento de salud de tercer nivel para que reciba el manejo correspondiente.

Grado de la recomendación:	Calidad de la evidencia:	Fecha de la revisión más reciente:
Fuerte	Baja	11 de noviembre de 2025

Epidemiología

La perforación uterina en el momento de efectuar la aspiración endouterina es una complicación rara pero tiene el potencial de ser grave; según las estimaciones, entre 0.1 y 3 casos por cada 1000 procedimientos de aborto inducido presentan perforación uterina (Kerns, Brown, Nippita y Steinauer, 2024; Pridmore y Chambers, 1999). Esta frecuencia aumenta a medida que avanza la edad gestacional y cuando la aspiración es efectuada por profesionales de salud con menos experiencia (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013 reafirmado 2023).

Factores que podrían aumentar el riesgo de perforación uterina en el momento de efectuar el aborto quirúrgico (Shakir y Diab, 2013; Obed y Wilson, 1999; Grimes, et al., 2006):

- Posición del útero: en retroversión, en anteversión aguda o en retroflexión
- Infección
- Multiparidad
- Gestación múltiple
- Edad gestacional avanzada
- Preparación cervical inadecuada
- Dilatación cervical difícil
- Anomalías uterinas o cavidad distorsionada por fibromas
- Antecedentes de cirugía cervical/uterina, incluida la cesárea
- Falta de experiencia del profesional de salud
- Presentación para atención postaborto (después de un procedimiento de aborto inseguro)

La perforación uterina puede ocurrir casi en cualquier etapa del proceso de aborto, a medida que el instrumental es introducido en el útero. Además, la perforación puede ser causada por un objeto o implemento extraño utilizado para realizar un aborto inseguro.

La perforación puede ocurrir en cualquier parte del útero, aunque la más común es la cara anterior o posterior del fondo uterino (Sharma, Malhotra y Pundir, 2003). La perforación uterina a menudo no es detectada y se resuelve sin necesidad de intervención en personas cuyo procedimiento es efectuado antes de las 13 semanas de gestación (Kaali, Szigetvari y Bartfai, 1989; Sharma, Malhotra y Pundir, 2003). Por ejemplo, una perforación causada por instrumental sin filo en el fondo uterino probablemente no causará problemas, se resolverá rápidamente y no necesitará ningún manejo adicional. Las perforaciones uterinas laterales son raras, pero particularmente preocupantes, debido a la proximidad de las ramas de la arteria uterina y al riesgo de sangrado abundante (Berek y Stubblefield, 1979).

Diagnóstico

El/La prestador/a de servicios de salud debe sospechar perforación uterina cuando ocurre una repentina pérdida de resistencia durante la dilatación cervical o la aspiración endouterina, que permite que un instrumento pase más allá de la longitud prevista del útero. Si se dispone de equipo de ultrasonido, el examen por ultrasonido podría ser útil para determinar el diagnóstico (Coughlin et al., 2013; Crosfil y Hughes, 2006; Gakhal y Levy, 2009; Shalev, Ben-Ami y Zuckerman, 1986; Skolnick, Katz y Lancet, 1982).

La perforación uterina puede visualizarse durante la laparoscopia y laparotomía. El/La prestador/a de servicios de salud no tiene que diagnosticar perforación definitiva si la paciente está estable y hay poca preocupación de lesión intraabdominal. Si el/la prestador/a de servicios de salud ve tejido adiposo amarillo en el material aspirado del útero, su sospecha de perforación uterina y lesión intestinal debe ser alta y la persona debe ser referida para que reciba manejo quirúrgico inmediato, independientemente de que se encuentre o no estable. Para evitar graves complicaciones es necesario confirmar y manejar con prontitud una lesión a las vísceras abdominopélvicas (intestino, vejiga, vasos sanguíneos, etc.) a causa de la perforación uterina (Obed y Wilson, 1999; Amarin y Badria, 2005).

Manejo

En muchos casos, el/la prestador/a de servicios de salud puede manejar de manera conservadora una perforación uterina sin complicaciones antes de las 13 semanas de gestación, observando cambios en el cuadro clínico (Moburg, 1976; Freiman y Wulff, 1977; Grimes, Schultz y Cates, 1984; Mittal y Misra, 1985; Chen, Lai, Lee y Leong, 1995; Lindell y Flam, 1995; Peterson et al., 1983; Pridmore y Chambers, 1999). Debe haber mayor nivel de sospecha de lesión intraabdominal cuando la perforación ocurre durante un aborto a las 13 semanas o más de gestación o durante la dilatación y evacuación; estas pacientes deben ser referidas con prontitud para una evaluación más a fondo, ya que podrían necesitar tratamiento adicional (Darney, Atkinson y Hirabayashi, 1990).

Si existe la preocupación de lesión a las vísceras abdominopélvicas, incluido el intestino, pero la persona está estable, y si se dispone de experiencia y del equipo necesario, la laparoscopia es el método de investigación preferido. Cuando es evidente que hay lesión intestinal o hernia por defecto uterino, sangrado excesivo o inestabilidad hemodinámica, una laparotomía inmediata podría ser preferible (Lauersen y Birnbaum, 1973; Grimes, Schultz y Cates, 1984; Chen et al., 1995; Lindell y Flam, 1995; Kumar y Rao, 1998; Obed y Wilson, 1999). Si no ocurrió un aborto completo, se debe realizar una evacuación endouterina bajo directa visualización en el momento de efectuar la laparoscopia o laparotomía (Lauersen y Birnbaum, 1973; Goldschmitt et al., 1995; Chen et al., 1995). No hay evidencia disponible para corroborar la seguridad y eficacia del manejo con medicamentos para finalizar la evacuación endouterina inmediatamente después de una sospecha o confirmación de perforación uterina.

Las y los profesionales de salud que trabajan en centros de salud sin quirófano o experiencia disponibles deben tener protocolos claros para la reanimación y para el traslado a un establecimiento de salud de nivel superior. Pacientes en riesgo de shock requieren la colocación de una vía intravenosa, oxígeno suplementario, reanimación con líquidos y reposición de productos sanguíneos, según lo indicado.

Referencias bibliográficas

Amarin, Z.O. & Badria, L.F. (2005) A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 271*(3), 203-6.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013 reafirmado 2023). Second-trimester abortion: ACOG Practice Bulletin No. 135. *Obstetrics & Gynecology, 121*(6), 1394-406.

Berek J.S. & Stubblefield, P.G. (1979). Anatomic and clinical correlates of uterine perforation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 135*(2), 181-4.

Chen, L.H., Lai, S.F., Lee, W.H., & Leong, N.K. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 1 year review. *Singapore Medical Journal, 36*(1), 63–7.

Coughlin, L.M., Sparks, D.A., Chase, D.M., & Smith, J. (2013). Incarcerated small bowel associated with elective abortion uterine perforation. *Journal of Emergency Medicine, 44*(3), e303-306.

Crosfill, F.M., & Hughes, S. (2006). Ultrasound scan appearance of perforated uterus after surgical evacuation of retained products of conception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 26*(3), 278–9.

Darney, P.D., Atkinson, E., & Hirabayashi, K. (1990). Uterine perforation during second-trimester abortion by cervical dilation and instrumental extraction: A review of 15 cases. *Obstetrics & Gynecology, 75*(3 Pt 1), 441–4.

Freiman, S.M., & Wulff, G.J. (1977). Management of uterine perforation following elective abortion. *Obstetrics & Gynecology, 50*(6), 647–50.

Gakhal, M.S., & Levy, H.M. (2009). Sonographic diagnosis of extruded fetal parts from uterine perforation in the retroperitoneal pelvis after termination of intrauterine pregnancy that were occult on magnetic resonance imaging. *Journal of Ultrasound in Medicine, 28*(12):1723–7.

Grimes, D.A., Schulz, K.F., & Cates WJ. (1984) Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *The Journal of the American Medical Association, 27;251*(16), 2108–11.

Grimes, D.A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F.E., & Shah I.H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet, 368*(9550), 1908-19.

Goldschmit, R., Elchalal, U., Dgani, R., Zalel, Y., & Matzkel, A. (1995). Management of uterine perforation complicating first-trimester termination of pregnancy. *Israel Journal of Medical Sciences*, (4), 232-4.

Kaali, S.G., Szigetvari, I.A., & Bartfai, G.S. (1989). The frequency and management of uterine perforations during first trimester abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 161*(2), 406–8.

Kerns, J. L., Brown, K., Nippita, S., & Steinauer, J. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception, 129*.

Kumar, P., Rao, P. (1988). Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first trimester abortions. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics and Gynaecology, 14*(1), 55–9.

Lauersen, N.H., Birnbaum, S. (1973). Laparscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first trimester abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 117*(4), 522-6.

Lindell, G., Flam, F. (1995). Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstetricia y Gynecologica Scandinavica, 74*(5), 373–5.

Mittal, S., Misra, S.L. (1985). Uterine perforation following medical termination of pregnancy by vacuum aspiration. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 23*(1), 45–50.

Moberg, P.J. (1976). Uterine perforation in connection with vacuum aspiration for legal abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 14*(1), 77–80.

Obed, S.A., & Wilson, J.B. (1999). Uterine perforation from induced abortion at Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana: A five year review. *West African Journal of Medicine, 18*(4), 286–9.

Referencias bibliográficas continuado

Peterson,W.F., Berry, N., Grace, M.R., Gulbranson, C. L. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstetrics & Gynecology, 62*(2), 185-190.

Pridmore, B.R, & Chambers, D.G. (1999). Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention. Australian and *New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 39*(3), 349–53.

Shakir, F, & Diab, Y. (2013). The perforated uterus. *The Obstetrician & Gynaecologist, 15*(4), 256-61.

Shalev, E., Ben-Ami, M., & Zuckerman, H. (1986). Real-time ultrasound diagnosis of bleeding uterine perforation during therapeutic abortion. *Journal of Clinical Ultrasound, 14*(1), 66–7.

Sharma, J.B., Malhotra, M., & Pundir, P. (2003). Laparoscopic oxidized cellulose (Surgicel) application for small uterine perforations. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 83*(3), 271–5.

Skolnick, M.L., Katz, Z., & Lancet, M. (1982). Detection of intramural uterine perforation with real-time ultrasound during curettage. *Journal of Clinical Ultrasound, 10*(7), 337–8.

A.

Anexo A

Tabla de medicamentos para el dolor

Los medicamentos indicados en la tabla a continuación se utilizan con frecuencia en el manejo del dolor durante la aspiración endouterina y la dilatación y evacuación. Existen muchas otras opciones. En esta tabla no se incluyen agentes para anestesia general.

Los ansiolíticos y narcóticos pueden causar depresión respiratoria, especialmente cuando se usan juntos. Por consiguiente, se debe administrar dosis más bajas cuando se usan combinados que cuando se usan por separado. Cuando los medicamentos se administran por vía intravenosa inmediatamente antes del procedimiento, deben ser administrados despacio y en pequeñas dosis por un profesional especialista. Se puede evitar los efectos secundarios problemáticos administrando pequeñas dosis repetidas por vía intravenosa, que se ajustan según el nivel de dolor y sedación. El efecto pico del analgésico debe ocurrir durante el procedimiento para evitar exceso de sedación post-procedimiento.

Incluso cuando se utiliza sedo-analgesia más leve, se debe estar preparado para manejar un paro respiratorio, en el caso poco probable de que ocurra una sobredosis no intencional. Cada prestador/a de servicios debe recibir capacitación en el manejo de las vías respiratorias y en reanimación cardiopulmonar, y se debe disponer de equipo de reanimación y medicamentos antagonistas correspondientes (naloxona y flumazenil).

Descargo de responsabilidad: *Este recurso fue creado para servir de recurso suplementario para profesionales de la salud y NO como sustituto de la información en las etiquetas de medicamentos o del criterio clínico que tome en cuenta las circunstancias únicas de las pacientes y de las unidades de salud.*

Fecha de la revisión más reciente: 10 de enero de 2026

Tipo de medicamento	Nombre genérico del medicamento	Dosis y tiempo de administración	Semi-vida	Efectos secundarios	Comentarios
Anestésico local **Ver sección 2.5 Bloqueo paracervical**	Lidocaína	20 ml de solución al 1% o 10 ml de solución al 2% en un bloqueo paracervical, que no debe sobrepasar 4.5 mg/kg	60 a 90 minutos	Zumbido en los oídos; mareo; adormecimiento en los labios, la boca y la lengua; sabor metálico Muy raro: convulsiones	• Tirar del émbolo antes de inyectar para evitar inyección intravascular • Una reacción alérgica es muy rara. Las reacciones que ocurren pueden deberse a preservativos en ampollas de múltiples dosis. La alergia a lidocaína sin preservativos es muy rara.
Antiinflamatorio no esteroideo (AINE)	Ibuprofeno	Oral: 400 a 800 mg 1 hora antes del procedimiento	2 horas	Posible malestar gastrointestinal	No utilizar en personas con úlcera péptica activa o insuficiencia renal
	Naproxeno	Oral: 500 mg 1 hora antes del procedimiento	12 a 17 horas	Posible malestar gastrointestinal	No utilizar en personas con úlcera péptica activa o insuficiencia renal
	Ketorolaco	Oral: 20 mg 1 hora antes del procedimiento IV: 30 mg en un plazo de por lo menos 15 segundos, 30 a 60 minutos antes del procedimiento IM: 60 mg, 30 a 60 minutos antes del procedimiento Para mujeres que pesan menos de 50 kg, todas las dosis se deben reducir por la mitad	4 a 6 horas		• Dosis única de ketorolaco IM antes de la cirugía podría reducir el uso de opioides y dolor postoperatorio (de Oliveira, 2012; Roche, 2011) • No utilizar en mujeres con úlcera péptica activa, insuficiencia renal, lactantes o sensibles a otros AINE • El dolor episódico se debe manejar con narcóticos en vez de aumentar el ketorolaco más allá de las dosis recomendadas
Analgésico	Acetaminofén	Oral: 500 a 1000 mg, 30 a 60 minutos antes del procedimiento	2 a 4 horas		• No es un medicamento de primera línea para el manejo del dolor durante la aspiración endouterina o el aborto con medicamentos. Se puede utilizar como antipirético • La toxicidad hepática debido a una sobredosis (dosis máxima = 4000 mg/día) es un riesgo.
Combinación de narcótico y analgésico	Acetaminofén 300 mg + codeína 30 mg	Oral: 1 a 2 tabletas 1 hora antes del procedimiento	2 a 4 horas	Somnolencia, mareo; náuseas y vómito	• Sea consciente de combinar con otros productos que contengan acetaminofén. La toxicidad hepática debido a una sobredosis de acetaminofén (dosis máxima = 4000 mg/día) es un riesgo.
	500 mg de acetaminofén + 5 mg de hidrocodona	Oral: 1 a 2 tabletas 1 hora antes del procedimiento	4 a 6 horas	Somnolencia; mareo; náuseas y vómito	• Sea consciente de combinar con otros productos que contengan acetaminofén. La toxicidad hepática debido a una sobredosis de acetaminofén (dosis máxima = 4000 mg/día) es un riesgo.

Tipo de medicamento	Nombre genérico del medicamento	Dosis y tiempo de administración	Semi-vida	Efectos secundarios	Comentarios
Narcótico	Meperidina	Oral: 100 a 150 mg, 30 a 60 minutos antes del procedimiento IV: 25 a 50 mg, 5 a 15 minutos antes del procedimiento IM/SC: 50 a 100 mg, 30 a 90 minutos antes del procedimiento	2 a 4 horas	Somnolencia; mareo; náuseas y vómito; disminución de la frecuencia respiratoria; pérdida de conocimiento; hipotensión arterial; convulsiones	• Se prefiere la administración por IM o SC a IV • Si se compromete la respiración, facilitar la respiración (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y bolsa ambu) y revertir con naloxona (ver Agente antagonista del narcótico, a continuación) • Inicio del efecto más rápido y duración más corta de acción que morfina • 300 mg de meperidina VO = 75 mg de meperidina IV = 10 mg de morfina IV
	Fentanilo	IV: 50 a 100 mcg inmediatamente antes del procedimiento (se puede repetir cada 5 a 10 minutos, no sobrepasar 250 mcg) IM: 50 a 100 mcg, 30 a 60 minutos antes del procedimiento	4 horas	Somnolencia; mareo; debilidad, bradicardia; disminución de la frecuencia respiratoria; pérdida de conocimiento; hipotensión arterial; convulsiones	• Si se compromete la respiración, facilitar la respiración (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y bolsa ambu) y revertir con naloxona (ver Agente antagonista del narcótico, a continuación) • Inicio del efecto más rápido y duración más corta de acción que meperidina • 100 mcg de fentanilo IV = 10 mg de morfina IV • Inicio de la acción es 2 a 7 minutos cuando se administra por IV
	Tramadol	IV/IM: 50 a 100 mg, 15 a 30 minutos antes del procedimiento Oral/supositorio: 50 a 100 mg, 60 a 90 minutos antes del procedimiento	6 a 8 horas	Somnolencia; mareo; sudores; debilidad; fatiga; convulsiones	• Si se compromete la respiración, facilitar la respiración (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y bolsa ambu) y revertir con naloxona (ver Agente antagonista del narcótico, a continuación) • Si se utiliza IV, inyectar despacio durante 2 o 3 minutos • Menos depresión respiratoria que con morfina o meperidina
Ansiolítico (Benzodiacepina)	Diazepam	Oral: 5 a 10 mg 1 hora antes del procedimiento IV: 2 a 5 mg 20 minutos antes del procedimiento	30 a 60 horas	Visión borrosa; mareo; desorientación; dolor y se enrojece la piel en el sitio de la inyección; disminución de la frecuencia respiratoria; pérdida de conocimiento	• Si se compromete la respiración, facilitar la respiración (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y bolsa ambu) y revertir con flumazenil (ver Agente antagonista del narcótico, a continuación) • Tiene un efecto amnéstico leve • Inicio de la acción es 1 a 22 minutos cuando se administra por IV

Tipo de medicamento	Nombre genérico del medicamento	Dosis y tiempo de administración	Semi-vida	Efectos secundarios	Comentarios
Ansiolítico (Benzodiacepina)	Midazolam	IV: 1 a 2 mg inmediatamente antes del procedimiento, seguido de 0.5 a 1 mg IV cada 5 minutos según sea necesario, no debe sobrepasar 5 mg IM: 0.07 a 0.08 mg/kg o aproximadamente 5 mg hasta 1 hora antes del procedimiento	2.5 horas	Visión borrosa; mareo; desorientación; depresión del SNC y disminución de la frecuencia respiratoria	• Si se compromete la respiración, facilitar la respiración (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y bolsa ambu) y revertir con flumazenil (ver Agente antagonista del narcótico, a continuación) • 2.5 mg de midazolam = 10 mg de diazepam • Mayor efecto amnéstico que diazepam • Inicio de la acción es 1 a 5 minutos cuando se administra por IV y 15 a 30 minutos cuando se administra por IM
	Lorazepam	Oral: 1 a 2 mg, 30 a 60 minutos antes del procedimiento IV: 2 mg administrados en un plazo de 1 minuto 15 a 20 minutos antes del procedimiento IM: 0.05 mg/kg hasta un máximo de 4 mg en un plazo de 2 horas antes del procedimiento	14 horas	Visión borrosa; mareo; desorientación; disminución de la frecuencia respiratoria; pérdida de conocimiento	• Si se compromete la respiración, facilitar la respiración (manejo de las vías respiratorias, oxígeno y bolsa ambu) y revertir con flumazenil (ver Agente antagonista del narcótico, a continuación) • Efecto amnéstico
Agente antagonista del narcótico	Naloxona	IV/IM/SC: 0.4 mg cada 2 minutos hasta que se observe la reversión	1 a 1.5 horas		• La duración de acción de naloxona es 1 hora y su efecto puede terminar antes que el del narcótico. Por lo tanto, se debe monitorear de cerca durante varias horas a las pacientes tratadas con naloxona. • Mantener la vía respiratoria abierta y dar respiración durante la administración de naloxona
Agente antagonista de la benzodiacepina	Flumazenil	IV: 0.2 mg cada minuto hasta que vuelva a respirar. No sobrepasar 1 mg	1 hora		• La duración de acción de flumazenil es 1 hora y puede terminar antes de la benzodiacepina. Por lo tanto, se debe monitorear de cerca durante varias horas a las pacientes tratadas con flumazenil. En caso de sobredosis de narcótico y benzodiacepina, revertir el narcótico primero con naloxona y luego administrar flumazenil si es necesario. • Mantener la vía respiratoria abierta y dar respiración durante la administración de flumazenil

Tipo de medicamento	Nombre genérico del medicamento	Dosis y tiempo de administración	Semi-vida	Efectos secundarios	Comentarios
Tratamiento por reacción de hipersensibilidad / anafilaxia	Epinefrina	IM/SC: 0.2 a 0.5 mg cada 5 a 15 minutos IV: 0.1 mg diluido con 10 ml de solución salina administrada en un plazo de 5 a 10 minutos	1 minuto	Taquicardia; palpitaciones; náuseas; diaforesis; mareo; ansiedad	• No hay contraindicaciones para el uso de epinefrina en presencia de anafilaxia • Se prefiere la administración IM • Considerar administrar 125 mg de metilprednisolona IV • Asistir la respiración. Si hay sibilancias, un inhalador podría ser útil • Intubación inmediata si hay evidencia de obstrucción inminente de las vías respiratorias

Referencias bibliográficas

De Oliveira, G. S., Agarwal, D., & Benzon, H. T. (2012). Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: a meta-analysis of randomized trials. *Anesthesia & Analgesia, 114*(2), 424-433.

Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A., & Tilak, V. (2011). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. *Contraception, 85*(3), 299-303.

B.

Anexo B

Continuum de profundidad de sedación: definición de anestesia general y de los niveles de sedación/analgesia

American Society of Anesthesiologists, Comité de Origen: Gestión de la calidad y administración departamental (aprobado por la Cámara de Delegados de ASA el 13 de octubre de 1999 y modificado por última vez el 23 de octubre de 2024). Fuente: https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedationanalgesia el 25/01/2026). (reimpreso con permiso)

	Sedación mínima	Sedación moderada/ analgesia ("sedación consciente")	Sedación profunda/ analgesia	Anestesia general
Sensibilidad	Respuesta normal a estimulación verbal	Respuesta intencional** a estímulo verbal o táctil	Respuesta intencional** a estímulo repetido o doloroso	No despierta incluso con estímulo doloroso
Vía aérea	No afectada	No se requiere intervención	Puede ser necesario intervenir	A menudo se requiere intervención
Ventilación espontánea	No afectada	Adecuada	Puede ser inadecuada	Frecuentemente inadecuada
Función cardiovascular	No afectada	Por lo general mantenida	Por lo general mantenida	Puede verse afectada

Sedación mínima (ansiolisis) es un estado inducido por fármacos durante el cual las pacientes responden normalmente a órdenes verbales. Aunque la función cognitiva y la coordinación motora pueden verse afectadas, los reflejos de la vía aérea y las funciones respiratoria y cardiovascular no son afectadas. Por lo general, esto se logra con una dosis oral única de un sedante o de un analgésico administrado antes del procedimiento.

Sedación moderada/analgesia ("sedación consciente") es un estado de depresión de la conciencia inducido por fármacos durante el cual las pacientes responden intencionalmente** a órdenes verbales, solas o acompañadas por leve estimulación táctil. No se requiere ningún tipo de intervención para mantener la permeabilidad de la vía aérea, y la ventilación espontánea es adecuada. La función cardiovascular generalmente se mantiene inalterada. Por lo general, esto se logra con la titulación de sedantes y/o analgésicos intravenosos (IV) administrados durante el procedimiento.

Sedación profunda/analgesia es un estado de depresión de la conciencia inducido por fármacos durante el cual las pacientes no despiertan con facilidad pero responden intencionalmente** a estímulo repetido o doloroso. La capacidad para mantener independientemente la función respiratoria podría verse afectada. Las pacientes podrían necesitar asistencia para mantener la vía aérea patente y la ventilación espontánea podría ser inadecuada. La función cardiovascular generalmente se mantiene inalterada. Por lo general, esto se logra con la titulación de sedantes y/o analgésicos intravenosos (IV) y/o anestésicos administrados durante el procedimiento.

Anestesia general es el estado de pérdida del conocimiento incucido por fármacos durante el cual las pacientes no despiertan, ni siquiera con estímulo doloroso. La capacidad para mantener independientemente la función respiratoria a menudo se ve afectada. Las pacientes a menudo necesitan asistencia para mantener la vía aérea patente, y posiblemente sea necesaria la asistencia respiratoria con presión positiva debido a la depresión de la ventilación espontánea o a la depresión de la función neuromuscular inducida por fármacos. La función cardiovascular podría verse afectada.

Dado que la sedación es un continuum, no siempre es posible predecir cómo responderá cada paciente. Por ende, el/la profesional de la salud que piensa producir cierto nivel de sedación debe poder rescatar*** a las pacientes cuyo nivel de sedación pasa a ser más profundo que lo previsto inicialmente. Las personas que administran sedación moderada/analgesia ("sedación consciente") deben poder rescatar*** a las pacientes que entran en un estado de sedación profunda/analgesia, y aquéllas que administran sedación profunda/analgesia deben poder rescatar*** a las pacientes que entran en un estado de anestesia general.

* Sedación monitorizada por el/la anestesista ("MAC", por sus siglas en inglés) no describe el continuum de profundidad de la sedación, sino que describe "un servicio específico de anestesia proporcionado por un/a anestesista calificado/a, para un procedimiento diagnóstico o terapéutico". Entre las indicaciones para la sedación monitorizada por el/la anestesista se encuentra "la necesidad de administrar niveles más profundos de analgesia y sedación que los que pueden ser administrados con sedación moderada (incluida la posible conversión a un anestésico general o regional".

** El reflejo de retirada ante un estímulo doloroso NO es considerado como una respuesta intencional.

*** El rescate de una paciente de un nivel de sedación más profundo que lo previsto es una intervención por un/a profesional de la salud experto/a en la gestión de las vías aéreas y en apoyo vital avanzado. El/la profesional calificado/a corrige las consecuencias fisiológicas adversas del nivel de sedación más profundo que lo previsto, (tales como hipoventilación, hipoxia e hipotensión), y regresa a la paciente al nivel de sedación previsto inicialmente. No está indicado continuar el procedimiento con un nivel de sedación imprevisto.

Referencias bibliográficas

American Society of Anesthesiologists. (2018). *Position on Monitored Anesthesia Care*. Modificación más reciente: 23 de octubre de 2024.

C.

Anexo C

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas a las funciones del personal sanitario en la atención para el aborto

En sus Directrices sobre la atención para el aborto (2024), la Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece orientación basada en evidencia sobre cómo incluir a una mayor variedad de trabajadores de salud y a las personas embarazadas en la prestación de servicios o en la autogestión del aborto, a fin de "fomentar la optimización de la fuerza laboral sanitaria disponible, abordar la escasez en el sistema de salud de profesionales de salud especializados, reducir los costes y mejorar la asequibilidad, mejorar la equidad y la igualdad en el acceso a los servicios de salud y aumentar la aceptabilidad de los servicios de salud para las personas que los necesitan". Las recomendaciones hechas por la OMS están destinadas a todos los entornos de recursos, se refieren a una variedad de tipos de trabajadores de salud que pueden realizar de manera segura, eficaz y satisfactoria algunas o todas las tareas específicas relacionadas con el aborto. Se supone que todo tipo de trabajador sanitario al que se haga referencia poseerá la formación básica requerida para tal trabajador y que recibirá la formación e información específicas para la tarea en cuestión antes de aplicar la recomendación.

Recomendación	Autónoma	Agentes de salud comunitaria	Farmaceutas y empleados de farmacia	Farmaceutas	Profesionales de medicina tradicional/ complementaria	Auxiliares de enfermería/ enfermeras obstetras auxiliares	Enfermeras	Parteras	Clínicos asociados/ asociados avanzados	Médicos generalistas/ especialistas
Suministro de información sobre los servicios de aborto	NR	Recomendar	Sugerir (1)	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
Provisión de consejería sobre aborto	NR	Recomendar	Sugerir (2)	Sugerir (2)	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
Preparación cervical con medicamentos antes del aborto quirúrgico a cualquier edad gestacional	NR	Sugerir (3)	Sugerir (3)	Sugerir (3)	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
Aspiración por vacío para el aborto inducido a < 14 semanas*	NR	Desaconsejar	Desaconsejar	Desaconsejar	Recomendar	Sugerir (4)	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
Gestión del aborto inducido con medicamentos a edades gestacionales < 12 semanas	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
Preparación cervical con dilatadores osmóticos antes de la D y E a edades gestacionales ≥ 12 semanas	NR	Desaconsejar	Desaconsejar	Desaconsejar	Sugerir (3)	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
D y E para el aborto quirúrgico a edades gestacionales ≥ 14 semanas	NR	Desaconsejar	Sugerir (4)	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Sugerir (5)	Sugerir (5)	Recomendar

Recomendación	Autónoma	Agentes de salud comunitaria	Farmaceutas y empleados de farmacia	Farmaceutas	Profesionales de medicina tradicional/ complementaria	Auxiliares de enfermería/ enfermeras obstetras auxiliares	Enfermeras	Parteras	Clínicos asociados/ asociados avanzados	Médicos generalistas/ especialistas
Gestión del aborto inducido con medicamentos a edades gestacionales ≥ 12 semanas	NR	Desaconsejar	Desaconsejar	Desaconsejar	Sugerir (6)	Sugerir (6)	Sugerir (6)	Sugerir (6)	Sugerir (6)	Recomendar
Aspiración por vacío para el tratamiento del aborto incompleto sin complicacionesa edades gestacionales <14 semanas	NR	Desaconsejar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
Tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones con misoprostol a edades gestacionales <14 semanas	NR	Desaconsejar	Desaconsejar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
Tratamiento de muerte fetal intrauterina con medicamentos a edades gestacionales ≥14 a ≤ 28 semanas	NR	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos (DIU)	NR	Desaconsejar	Sugerir (6)	Sugerir (6)	Sugerir (6)	Sugerir (6)	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
Inserción y extracción de implantes	NR	Desaconsejar	Sugerir (4)	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
Administración de anticonceptivos inyectables	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar
Ligadura de trompas	NR	Desaconsejar	Desaconsejar	Desaconsejar	Desaconsejar	Desaconsejar	Sugerir (7)	Sugerir (7)	Recomendar	Recomendar
Tratamiento inicial de la hemorragia o infección postaborto sin riesgo para la vida	NR	Sugerir (5)	Sugerir (8)	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Recomendar

(NR) = ninguna recomendación

Recomendar: Recomendación fuerte a favor de la intervención

Sugerir: Recomendación débil a favor de la intervención, que requiere texto adicional para calificar la recomendación, especificando las condiciones de uso

***** La provisión de aspiración por vacío abarca la determinación de la edad gestacional, la preparación cervical (si es necesario), el procedimiento en sí, el manejo del dolor, que incluye la colocación del bloqueo paracervical y la evaluación de la finalización del aborto mediante la inspección visual de los restos ovulares.

(1) **Condición:** En contextos donde el/la empleado/a de farmacia está bajo la supervisión directa de un/a farmaceuta y hay acceso o referencia a servicios de salud correspondientes.

(2) **Condición:** Se ofrece consejería sobre el aborto con medicamentos y el aborto quirúrgico, y hay acceso o referencia a servicios de salud correspondientes si la usuaria elige el método de aborto quirúrgico.

(3) **Condición:** El/La trabajador/a de salud garantiza la continuidad de la atención desde la preparación cervical hasta el procedimiento de aborto.

(4) **Condición:** En contextos donde mecanismos establecidos del sistema de salud incluyen a este personal sanitario en brindar otros cuidados obstétricos de emergencia básicos.

(5) **Condición:** En contextos donde mecanismos establecidos del sistema de salud incluyen a este personal sanitario en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.

(6) **Condición:** En contextos donde hay acceso a respaldo quirúrgico indicado y una infraestructura adecuada está disponible para tratar un aborto incompleto u otras complicaciones.

(7) **Condición:** En el marco de una investigación rigurosa.

(8) **Condición:** En el marco de monitoreo y evaluación dirigido.

Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (2015). 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.

Definición de la Organización Mundial de la Salud de las categorías y funciones del personal sanitario

Categoría	Descripción de calificaciones y tareas
Agente de salud comunitaria	Una persona que ejerce funciones relacionadas con la prestación de servicios de salud o el suministro de información y que ha sido capacitada de alguna manera en los pormenores de la tarea, pero que no ha recibido ningún certificado profesional o paraprofesional ni un título de nivel terciario.
Empleado de farmacia	Técnico o ayudante que realiza una variedad de tareas relacionadas con la dispensación de medicamentos siguiendo las indicaciones de un farmaceuta. Inventaria, prepara y almacena los medicamentos y otros compuestos y suministros farmacéuticos, y puede dispensar medicamentos a las usuarias y dar instrucciones sobre su uso conforme a lo prescrito por profesionales de salud. Los técnicos típicamente reciben formación durante dos o tres años en una escuela de farmacia, pero el título obtenido no es de nivel universitario. Los ayudantes han estudiado, por lo general, dos o tres años en una escuela secundaria, con un período adicional de formación en el servicio o cursos de aprendizajes.
Farmaceuta	Profesional de la salud que dispensa medicamentos. Un farmaceuta puede brindar consejería sobre el uso correcto y los efectos adversos de los medicamentos recetados por los médicos u otros profesionales de la salud. Su formación comprende estudios de nivel universitario en farmacia teórica y práctica, química farmacéutica u otro campo relacionado con esas materias.
Profesional de medicina tradicional y complementaria	Profesional de alguno de los sistemas tradicionales y complementarios de medicina (médico no alópata), cuya formación se ha plasmado en un título universitario de cuatro o cinco años que certifica que ha estudiado anatomía humana, fisiología, manejo de los partos normales y farmacología de los medicamentos modernos utilizados en ginecología y obstetricia, además de su sistema especial de medicina.
Enfermera obstetra auxiliar y auxiliar de enfermería	Un auxiliar de enfermería es una persona con formación en aptitudes básicas de enfermería, pero no en la toma de decisiones de enfermería. Una enfermera obstetra auxiliar tiene habilidades básicas de enfermería y algunas competencias en partería, pero no está plenamente calificada como partera. La formación puede durar entre unos cuantos meses y tres años, y puede comprender un período de formación en el servicio, que en ocasiones se formaliza como cursos de aprendizajes.
Enfermera	Una persona oficialmente autorizada (titulada) para ejercer tras superar un examen organizado por un consejo oficial de examinadores de enfermería u otra autoridad reguladora similar. El aprendizaje se prolonga, como mínimo, tres años en una escuela de enfermería y conduce a un título universitario o de posgrado equivalente.
Partera	Una persona diplomada por un organismo de partería oficial u otro organismo regulador similar y que ha recibido formación en las competencias esenciales para el ejercicio de la partería. El aprendizaje típicamente se prolonga, como mínimo, tres años en una escuela de enfermería o partería y conduce a la obtención de un título universitario o equivalente. Una partera titulada posee toda la gama de habilidades de partería, incluidas aquellas relacionadas con el aborto.
Clínico asociado avanzado y asociado	Profesional clínico con las competencias básicas para diagnosticar y tratar problemas médicos y quirúrgicos comunes, así como para realizar algunas intervenciones de cirugía. Por lo general, la formación exige tres o cuatro años de estudios possecundarios en una institución de enseñanza superior reconocida. El profesional clínico posee un título y su ejercicio está regulado por una autoridad normativa nacional o subnacional.
Médico generalista	Un médico que tiene un título universitario en medicina básica, pero no posee especialización en ginecología y obstetricia.
Médico especialista	Un médico con una formación clínica de posgrado y especialización en ginecología y obstetricia.

Adaptada de la Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre la atención para el aborto, 2ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ipas Alianzas por la justicia reproductiva

www.ipas.org/ActualizacionesClinicas

www.ipas.org ContactUs@ipas.org

© Ipas 2026

CURH-S26