

Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto

2021

Argentina unida



Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina

Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto

2021

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Valeria Isla

Argentina **unida**



Coordinación: Valeria Isla y Silvina Ramos.

Búsqueda Bibliográfica y Redacción de las recomendaciones: Sandra Formia y Gabriela Luchetti.

Revisión externa: Guillermo Ortiz (IPAS) y Claudia Martínez López (IPAS).

Producción gráfica: Daniel P. Zárate

Edición y corrección: Andrea Franco

Diseño: Mauro Salerno

Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. Edición 2015

Coordinación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: Dra. Adriana Álvarez.

Coordinación y elaboración de contenidos: Belén Provenzano, Florencia Salesi.

Agradecimientos:

Dr. Luis Tavera Orozco, director ejecutivo de FLASOG. (Miembro grupo trabajo en América Latina - FIGO en la Prevención del Aborto Inseguro); Lic. Soledad Deza (abogada especialista en Género y Políticas Públicas. FLACSO); Lic. Natalia Suárez (PNSSPR); Lic. Silvana Bermúdez (DINAMI); Dra. María Julia Cuetos (DINAMI); Dra. Ingrid Di Marco (DINAMI); Dr. Daniel Lipchak (DINAMI); Lic. Carolina Nigri (DINAMI).

Revisión y correcciones:

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación (DINAMI).

Guía para el mejoramiento de la atención posaborto. Edición 2010

Coordinación del Programa Nacional de Maternidad e Infancia: Ana María Speranza.

Redacción: Dra. Diana Galimberti. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

Fue discutido, corregido y consensuado por:

Dra. Celia Lomuto, Dra. Analía Messina, Dr. Horacio Crespo, Dr. Daniel Lipchak, Lic. Carolina Nigri.

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Programa de Salud Perinatal.

Dr. Ricardo Illia, Dr. Norberto Firpo. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Ciudad de Buenos Aires - SOGIBA.

Lic. Silvina Ramos, Dra. Mariana Romero, Lic. Cecilia Gianni. Centro de Estudios de Estado y Sociedad - CEDES

Dra. Alicia Figueroa. Centro Latinoamericano de Salud y Mujer - CELSAM.

Dr. Emilio Schlumpp, Dra. Fernanda Stillo, Dr. Sebastián Ares, Dra. María Eugenia Lucino. Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva - AASER.

Dr. Fabián Portnoy. Federación Argentina de Medicina Familiar y General Comisión de Salud Reproductiva.

Dr. Mario Sebastiani. Sociedad de Obstetricia y Ginecología Psicosomática.

Dr. Alfredo Uranga. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de La Plata - SOGLP.

Guía para el mejoramiento de la atención posaborto. Edición 2005

Coordinación del Programa Nacional de Maternidad e Infancia: Ana María Speranza.

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

La presente Guía es emitida por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Se agradece la colaboración brindada por los siguientes organismos y sociedades científicas:

Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva; Centro Latinoamericano de Salud y Mujer; Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Ciudad de Buenos Aires; Centro de Estudios de Estado y Sociedad; Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas; Asociación de Médicos Generalistas; Sociedad de Obstetricia Psicosomática; Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires.

Cita sugerida: Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021) Guía de recomendaciones para la calidad e integridad de los cuidados durante el posaborto. Sandra Formia y Gabriela Luchetti. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

En el siguiente documento se han respetado los lineamientos de lenguaje inclusivo establecidos por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, Argentina (2020).

Formia, Sandra

Guía de recomendaciones para la calidad e integridad de los cuidados durante el posaborto : actualización 2021 / Sandra Formia ; Gabriela Luchetti. - 4a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-950-38-0305-9

1. Embarazo Adolescente. 2. Embarazos no Deseados. 3. Políticas Públicas. I. Luchetti, Gabriela. II. Título.
CDD 362.19888



Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asigne los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales. Distribución gratuita.

Índice de contenidos

Abreviaturas	8
Introducción	9
Antecedentes	12
Justificación	13
Metodología	14
Alcance	18
a. Propósito y objetivo general de la guía	18
b. Población objetivo	18
c. Población usuaria	18
d. Aspectos de la atención que se abordarán	18
e. Beneficios sanitarios esperados	19
Tabla de preguntas clínicas	20
Síntesis de la evidencia. Tabla de recomendaciones	21
1. ¿Qué buenas prácticas se recomiendan para la atención integral de las personas que cursan un aborto o posaborto?	21
1.1. ¿Cuáles son los ejes que atraviesan el proceso de atención a las personas que cursan un aborto o posaborto?	21
1.2. ¿Qué factores ayudan o dificultan la accesibilidad y sostenibilidad de los servicios de atención posaborto? ¿Qué estrategias modifican a los factores que ayudan o dificultan la accesibilidad y sostenibilidad de los servicios de atención posaborto?	25
1.3. ¿Con qué estrategias se facilitan las competencias requeridas para que los RRHH provean atención integral de calidad desde los servicios de salud?	30
1.4. ¿Cuáles son las recomendaciones para la atención del aborto y el posaborto en poblaciones especiales?	33
2. ¿Cuáles son los pilares de la atención clínica a las personas que están cursando un aborto o posaborto?	36
2.1. ¿Cuáles son las recomendaciones generales para el abordaje clínico inicial?	36
2.2. ¿Cuáles son los escenarios clínicos posibles al ingreso de una mujer o PCG en situación de aborto?	37
2.3. ¿Cuáles son los estadios evolutivos de aborto y cómo se diagnostican?	41
2.4. ¿Cómo es el tratamiento según el estadio evolutivo, la edad gestacional y el tipo de aborto (espontáneo o inducido)?	43
2.5. ¿Cuáles son las urgencias y emergencias que pueden presentarse y cómo deben manejarse?	49

3. ¿Cuáles son los puntos clave en la atención integral luego del aborto?	63
3.1. ¿Qué apoyo les gustaría tener a las mujeres o PCG luego de un aborto?	63
3.2. ¿Qué estrategias son efectivas para facilitar el acceso a la anticoncepción luego de un aborto?	66
Tablas y gráficos	70
Tabla 1: Nacimientos, mortalidad materna y mortalidad materna por aborto en la Argentina 2016-2019 según edad de la madre	70
Tabla 2: Usos de misoprostol en posaborto	71
Tabla 3: Esquemas para profilaxis antibiótica para la evacuación instrumental	72
Tabla 4: Diagnóstico de shock hipovolémico	72
Tabla 5: Uso de las categorías de criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos para la práctica diaria	73
Tabla 6: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos posaborto	73
Cuadro 1: Abordaje inicial de la emergencia por hemorragia severa posaborto	74
Cuadro 2: Diagnóstico de sepsis	75
Cuadro 3: Diagnóstico de cada uno de los estadios de la sepsis	75
Cuadro 4: Abordaje inicial de la sepsis	76
Anexo I	77
Plexo normativo que rige la atención en el posaborto	77
Declaración FIGO (2019): “Las responsabilidades éticas en la atención del post aborto”	87
Referencias bibliográficas	88

Abreviaturas

ACOG: American College of Obstetricians & Gynecologists

AEU: aspiración endouterina

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

AMEU: aspiración manual endouterina

AINE: antiinflamatorios no esteroides

BVS: Biblioteca Virtual en Salud

CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología

EtD: evidence to decision (de la evidencia a la decisión)

DEIS: Dirección de Estadística e Información en Salud

DIU: dispositivo intrauterino

DINAMI: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

DNSSR: Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

FC: frecuencia cardíaca

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

FR: frecuencia respiratoria

FSRH: Faculty of Sexual and Reproductive Health

GPC: guía de práctica clínica

ILE: interrupción legal del embarazo

IVE: interrupción voluntaria del embarazo

mcg: microgramos

mg: miligramos

ml: mililitros

MM: mortalidad materna

MSAL: Ministerio de Salud Argentina

NAF: National Abortion Federation

NCEC: National Chemical Emergency Centre

NGC: National Guideline Clearinghouse

NICE: National Institute of Clinical Excellence

OCE: orificio cervical externo

OCI: orificio cervical interno

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PCG: personas con capacidad de gestar

PNSSPR: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

PICO: población, intervención, comparación, resultado (outcome)

QCG: Queensland Clinical Guidelines

RANZCOG: Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RMM: razón de mortalidad materna

RRHH: recursos humanos

RS: revisión sistemática

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SIRS: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

SOGC: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

TA: tensión arterial

TAS: tensión arterial sistólica

UCI: unidad de cuidados intensivos

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

Según un reporte de UNFPA/UNICEF/OMS publicado en Lancet en septiembre del 2020, entre el 2015 y el 2019, hubo 121 millones de embarazos no intencionales por año; de estos, el 61% terminaron en abortos, por lo que se estima que 73.3 millones de abortos inducidos se producen por año a nivel mundial (Bearak, 2020). Según otra publicación, la mitad de todos los abortos inducidos se realizan en condiciones de riesgo, inseguras o menos seguras (Huber et al., 2016).

Globalmente, entre el 2000 y el 2016, los abortos inseguros fueron causa del 8 a 9% de la mortalidad materna (Owolabi et al., 2019). La mortalidad por aborto en la Argentina fue del 13,3% en el año 2019 (DEIS, 2021). Según el Instituto Guttmacher, en Latinoamérica, se estima que 760.000 mujeres o personas con capacidad de gestar (PCG) reciben tratamiento por complicaciones de abortos inseguros anualmente (Bearak, 2020).

En la Argentina, los indicadores básicos de estadísticas vitales proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, muestran que **188 mujeres o PCG fallecieron durante el año 2019** en el país por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio. Entre ellas, **25 murieron como consecuencia de un aborto**¹. En la **Tabla 1** del Anexo se muestran los datos consolidados para los años 2016 a 2019, considerando el total de muertes maternas y el porcentaje de muertes por aborto según la edad de la madre (DEIS 2017; DEIS, 2018; DEIS, 2019; DEIS, 2021). Las complicaciones resultan en muerte y alta carga de enfermedad para las mujeres o PCG, en especial, para las más vulneradas, quienes en condiciones de clandestinidad recurren a métodos poco seguros para abortar fuera del sistema de salud, que las expulsa y estigmatiza.

En una reciente revisión de 70 estudios en 28 países, un 9% de los ingresos en situaciones de aborto padecieron un evento gravísimo (*near miss*) que, de no mediar atención médica de alta complejidad, hubiera resultado mortal (Calvert et al., 2018).

Estas situaciones generan internaciones prolongadas y complejas, uso de quirófanos y anestesia, transfusiones, antibióticos, camas de terapia intensiva o intermedia, todo lo cual resulta, además, en un fuerte consumo de los presupuestos de salud.

La mayoría de los países del mundo han firmado compromisos políticos para mejorar la calidad de los servicios de atención posaborto, ya que la morbilidad y mortalidad que generan los abortos inseguros o menos seguros, es evitable y depende en gran medida de la legalidad vigente para el aborto y de la calidad de atención posaborto.

La atención durante el posaborto refiere a aquellos cuidados que deberían brindarse desde los servicios de salud a las mujeres, niñas, adolescentes y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar que consultan cursando un aborto o una vez producido el aborto, con o sin complicaciones.

¹ Si bien la lista ampliada de causas muestra que la categoría general aborto comprende también al embarazo ectópico, las enfermedades del trofoblasto, feto muerto y retenido y el aborto espontáneo, estos subgrupos contribuyen en forma menor al total de muertes por aborto. Las causas "aborto médico, otro aborto, aborto no especificado e intento fallido de aborto", representan el mayor porcentaje de muertes por aborto en cada uno de los períodos.

Mejorar la calidad de atención en estas circunstancias se considera crítico (Huber et al., 2016; OMS, 2012).

La **calidad de atención** es el grado en que los servicios de salud incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados sanitarios deseados, ajustándose a los conocimientos profesionales basados en evidencia científica de calidad. Abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación. Puede medirse y mejorarse continuamente y debe considerar siempre las necesidades y preferencias de quienes utilizan los servicios: pacientes, familias y comunidades (OMS, 2020a).

Los servicios sanitarios de calidad se caracterizan por ser (OMS, 2020a):

- **Eficaces:** proporcionan servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesitan.
- **Seguros:** evitan lesionar a las personas a las que dispensan atención.
- **Centrados en la persona:** la atención dispensada se adecúa a las preferencias, necesidades y valores personales.
- **Oportunos:** reducen los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan.
- **Equitativos:** dispensan una atención cuya calidad no varía por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política.
- **Integrados:** la atención dispensada se encuentra coordinada entre todos los niveles y entre los distintos proveedores, facilitando toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida.
- **Eficientes:** maximizan los beneficios de los recursos disponibles, evitando el desperdicio de recursos.

Muchos de estos atributos de calidad están estrechamente relacionados con principios éticos.

Históricamente, el estigma y el contexto de ilegalidad del aborto han operado negativamente sobre los equipos de salud y la cultura institucional, produciendo dificultades en el acceso y baja calidad en la atención brindada. Ambas consecuencias se imbrican en la práctica y es difícil diferenciarlas. Las restricciones en el acceso se dejan ver en las vulneraciones de derechos que sufren quienes solicitan atención por estar cursando un aborto espontáneo o provocado. La indiferencia y los retrasos en los diagnósticos, las actitudes punitivas, los prejuicios, la sospecha, la victimización y las denuncias desalientan la consulta precoz de las mujeres o PCG en situación de aborto y agravan su situación clínica. Como ejemplos de falta de calidad de la atención podemos citar: la no utilización o la mala utilización de las tecnologías apropiadas; los retrasos diagnósticos y terapéuticos; el no uso

de las guías y protocolos vigentes; y la falta de consejería y acceso inmediato a la anticoncepción posaborto.

Los cuidados durante el transcurso del aborto y posaborto, que deberían incluir a los proveedores de atención primaria en todo el proceso, tienen dos componentes esenciales:

- Un **componente curativo**, que es el tratamiento de cualquiera de los estadios evolutivos del aborto (amenaza de aborto, aborto en curso, aborto incompleto y aborto retenido) o sus complicaciones.
- Un **componente preventivo**, que corresponde a la consejería con enfoque de derechos, a la atención centrada en la persona y a la anticoncepción posaborto, que resultan imprescindibles para asegurar la calidad de atención (Owolabi et al., 2019).

A pesar de los avances en el mundo y la histórica aprobación y promulgación de la Ley 27.610 (de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Posaborto) todavía hay un largo camino por recorrer en para la implementación efectiva y universal de políticas públicas que mejoren la morbimortalidad materna por aborto en todo el territorio nacional.

Antecedentes

El Ministerio de Salud de la Nación de la Argentina viene trabajando en la mejora en la calidad de la atención del aborto y posaborto desde el año 2005, en que se publicó la **“Guía para el mejoramiento de la atención post aborto”**, generada por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMI, 2005). La misma fue reeditada en 2007 y en 2009. La publicación de la Guía fue acompañada durante esos años por actividades de capacitación a los equipos de salud y por la compra y provisión de equipos de aspiración manual endouterina (AMEU) para todas las provincias del país, entre otras acciones destinadas a lograr el objetivo de implementar buenas prácticas en este tema.

Posteriormente, en el año 2015, se publicó la guía que precede a la actual **“Guía para la atención integral de las mujeres que cursan un aborto”**, con un enfoque integral y con una mirada de derechos. En su elaboración intervinieron el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y la DINAMI.

Justificación

La “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto” del año 2015, y sus antecesoras de los años 2010 y 2005, significaron un aporte sustancial a las herramientas con que cuenta el sistema de salud para mejorar la calidad de atención, por la información técnica completa y adecuada que contienen y, particularmente, por su enfoque integral, con perspectiva de derechos, adaptado a la legalidad vigente en nuestro país.

Actualmente, pocos días después de la promulgación de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Posaborto, y a 5 años de la última versión de esta guía **se hace necesario actualizarla y adaptarla a las nuevas evidencias disponibles**. Asimismo, es pertinente y relevante incluir recomendaciones para la difusión e implementación de esta guía con el objetivo de que su adopción por parte de los equipos resulte en una **mejora de la calidad dispensada** y contribuya a la disminución de la morbilidad y mortalidad maternas y de los embarazos no intencionales.

Esta iniciativa va, además, en consonancia con las recomendaciones que la OMS establece en cuanto a la capacitación de los profesionales como garantía de competencia para brindar atención de buena calidad, según los estándares y las guías nacionales. Estos estándares y guías, a su vez, deben basarse en la evidencia, actualizarse periódicamente y ofrecer la orientación necesaria para lograr un acceso igualitario a la atención de buena calidad (OMS, 2012).

Metodología

Teniendo en cuenta la “Guía de atención integral de mujeres que cursan un aborto” del año 2015, el proceso de elaboración se llevó adelante siguiendo una metodología sistemática y reproducible como la descrita en la “Guía para la adaptación de guías de práctica clínica” del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina en el año 2019. En ningún momento del proceso se perdieron de vista dicha guía de referencia, ni sus principios rectores.

La metodología de adaptación de guías de práctica clínica (GPC) es una metodología sistemática para modificar una guía preexistente producida en un contexto particular para su uso en otro contexto (una cultura diferente o una estructura organizacional distinta). En este caso, durante los 5 años transcurridos entre la elaboración de la guía anterior y la actual, ocurrieron grandes cambios en el contexto y cambios en las evidencias disponibles.

La guía fue desarrollada por dos expertas temáticas (ambas realizaron su declaración de conflictos de interés). Posteriormente, fue evaluada por un grupo de revisores externos y sus aportes fueron incorporados a la versión final.

Para la priorización de temas se utilizó la guía nacional preexistente (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y Dirección Nacional de Maternidad e Infancia 2015).

Se formularon las preguntas clínicas en formato PICO en las tres áreas de interés priorizadas y descritas en el punto “d” de “Alcances” de esta guía.

Se realizó una búsqueda de GPC y revisiones sistemáticas (RS). Solo en el caso de no haber encontrado recomendaciones que respondan las preguntas formuladas en estos dos tipos de documentos, se recurrió a trabajos randomizados controlados o a estudios de cohortes que cumplieran con el requisito de un correcto diseño metodológico. La búsqueda de GPC se organizó en tres componentes:

- a. Bases de datos genéricas y metabuscadores como Google, Pubmed, Tripdatabase, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), LILACS.
- b. Registros o compiladores de guías clínicas: National Guideline Clearinghouse (NGC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), GuíaSalud España, Magic App Canadá, Epistemonikos.
- c. Organismos productores: National Institute of Clinical Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Organización Mundial de la Salud (OMS), Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG), Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), IPAS, National Abortion Federation (NAF), Society of Obstetricians and Gynecologist of Canada (SOGC), Royal Australian and New Zealand National College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG), Queensland Clinical Guidelines (QCG), Haute Autorité de la Santé France (HAS), South Australian Perinatal Practice Guidelines (SAPPG).

En todos los casos, se aplicó una estrategia de búsqueda sistemática teniendo en cuenta las características de cada componente. La búsqueda de RS se realizó en las siguientes bases de datos: Medline, Lilacs, Tripdatabase y la Biblioteca de la Colaboración Cochrane; aplicando en cada caso una estrategia de búsqueda específica. Se elaboró una estrategia de búsqueda sensible, con la finalidad identificar el mayor número posible de revisiones sobre el tema. Las GPC y RS fueron identificadas y seleccionadas sobre la base de una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Se priorizó la inclusión de GPC y de RS con fecha de publicación desde 2016 en adelante, en idioma español, inglés, francés o portugués, con texto completo disponible. Se excluyeron publicaciones en otros idiomas o cuyo texto completo no estaba accesible o disponible.

Se buscaron RS solo en el caso de no haber hallado recomendaciones en guías de buena calidad para un ítem relevante.

Se buscaron guías sobre prestación del servicio de aborto que incluyeran la atención en el posaborto, guías específicas sobre atención posaborto, guías sobre anticoncepción en general que consideraran la anticoncepción posaborto, guías específicas de anticoncepción posaborto o posevento obstétrico y guías que contemplaran complicaciones graves como sepsis y hemorragia obstétrica.

Para la búsqueda de guías sobre aborto se usaron las siguientes palabras claves: *post abortion care, abortion care, abortion services, abortion morbidity, post abortion family planning, post abortion contraception*.

La calidad de las GPC incluidas se evaluó con el instrumento AGREE II (AGREE, 2009). Algunas de las recomendaciones incluidas, que pertenecían a guías que no cumplían con los criterios de inclusión por su calidad metodológica pero cuyo contenido se consideró de relevancia por su impacto en la práctica cotidiana en el contexto de la Argentina, se incluyeron como puntos de buena práctica.

Con relación a las recomendaciones, aunque en su mayoría correspondan a guías de buena calidad, no se realizó el proceso que lleva de los marcos de Evidencia a la Recomendación a través de la metodología GRADE. Por esta razón, **todas las recomendaciones que figuran en esta guía deberán ser consideradas recomendaciones de buena práctica basadas en bibliografía actualizada y de buena calidad**. La bibliografía ha sido colocada en cada recomendación y citada además en el apartado correspondiente.

Resultados de la búsqueda revisiones sistemáticas y estudios relevantes

Fecha de búsqueda	Sitio de búsqueda	Estrategia	Nº de estudios encontrados	Nº de estudios excluidos	Nº de estudios incluidos
1/2021	Pubmed	<ul style="list-style-type: none"> • Post abortion care • Post abortion contraception • Abortion care Filtros: <ul style="list-style-type: none"> • Rev sistematica • Guideline • Desde 2016 	576	567	9
1/2021	Trip database	Idem Pubmed	19	14	5
2/2021	Epistemonikos	Idem Pubmed	27	23	4
2/2021	BVS	Atención posaborto	5	5	0
1/2021	Cochrane	Post abortion care	3		0

Guías de buena calidad identificadas y de las cuales se seleccionaron y adaptaron

Publicación	Año	Guía	País/institución
Guías metodológicas	2009	AGREE II	Consortio Internacional
	2019	Guía para la adaptación de guías de práctica clínica	Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Argentina (MSyDS)
Guías sobre atención posaborto	2014	La atención posaborto centrada en la mujer	Ipas
	2015	Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR)
	2016	Best practice in comprehensive post abortion care.	Royal College Obstetricians and Gynaecologists (ROCG)
	2020	Actualizaciones clínicas en salud reproductiva	Ipas
Guías sobre atención del aborto en general	2012	Aborto seguro: Guía técnica y de políticas para sistema de salud	Organización Mundial de la Salud (OMS)
	2015	Funciones del personal sanitario en la atención de un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos posaborto	Organización Mundial de la Salud (OMS)
	2016	Clinical guideline: Medical abortion	Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)
	2018	Tratamiento médico del aborto	Organización Mundial de la Salud (OMS)
	2019	Termination of Pregnancy	Queensland Clinical Guidelines (QCG)
	2019	Abortion	Royal Australian and New Zealand College Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)
	2019	Abortion care	National Institute of Clinical Excellence (NICE)
	2019	Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management	National Institute of Clinical Excellence (NICE)

Publicación	Año	Guía	País/institución
Guías sobre atención del aborto en general	2019	Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo	Ministerio de Salud de la Nación
	2020	Guía de práctica clínica para la atención del aborto	National Abortion Federation (NAF)
	2020	Actualizaciones clínicas en salud reproductiva	Ipas
	2021	Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo	Ministerio de Salud de la Nación
Guías sobre anticoncepción en general y de anticoncepción posevento obstétrico	2016	Service standards for sexual and reproductive healthcare	Faculty of Sexual & Reproductive Health (FSRH)
	2017 (actualizada 2020)	Contraception after pregnancy	Faculty of Sexual & Reproductive Health (FSRH)
	2018	Contraception after surgical abortion	Society of Family Planning (SFP)
	2019	Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud	Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MSAL, Argentina (DNSSR)
	2019	Contraception chez la femme apres de la grossesse	Haute Autorité de la Santé France (HAS)
Guías sobre atención de la emergencia obstétrica	2013	Management of post abortion hemorrhage	Society of Family Planning (SPF)
	2014	Sepsis management	National Institute of Clinical Excellence (NICE)
	2019	Screening, diagnosis, and management of placenta accreta spectrum disorders	Society Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC)
	2019	Guía para la atención de las principales emergencias obstétricas	Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro Latinoamericano de perinatología (CLAP)
	2019	Sepsis in pregnancy	South Australian Perinatal Practice Guideline (SAPPG)

Alcance

a. Propósito y objetivo general de la guía

Esta guía tiene como propósito sistematizar y estandarizar los procesos de atención de las mujeres o PCG que cursan un aborto para mejorar la calidad de la atención dispensada a quienes consultan al sistema de salud. De esta forma, se espera una contribución para disminuir y/o evitar la morbilidad severa y la repetición de embarazos no intencionales y abortos en la Argentina.

Objetivo general

Generar recomendaciones con enfoque de derechos y basadas en evidencia de la mayor calidad disponible para la atención integral de mujeres y personas que estén cursando o hayan cursado un aborto.

Objetivos específicos

- Definir el marco general para el proceso de atención integral y de calidad durante el aborto y posaborto, considerando el marco legal y los facilitadores para el acceso y la sostenibilidad de los servicios.
- Estandarizar los aspectos clave de la atención clínica inicial en el posaborto, con énfasis en los cuidados inmediatos durante la emergencia.
- Precisar los puntos clave para la atención integral y de calidad para el seguimiento y la anticoncepción posaborto luego del aborto.

b. Población objetivo

La población objetivo de esta guía está constituida por **mujeres, niñas, adolescentes y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar que estén cursando o hayan cursado un aborto** en cualquiera de sus variantes, léase: aborto espontáneo, aborto inducido, complicado o no complicado.

c. Población usuaria

Esta guía está destinada al personal de salud que trabaje y esté en contacto con mujeres y personas en situación de aborto y posaborto en cualquiera de los niveles de la red de cuidados, como centros de atención primaria, guardias de emergencia de hospitales de baja, mediana y alta complejidad y servicios de ginecología y obstetricia. También incluye recomendaciones para quienes toman decisiones y son gestoras/es a nivel institucional o programático.

d. Aspectos de la atención que se abordarán

La guía contempla:

- I. **Aspectos generales relacionados con los servicios a prestar:** organización y gestión, proceso de atención, recursos humanos, poblaciones vulnerables, derechos.
- II. **Aspectos relacionados con la atención clínica.**
- III. **Aspectos relacionados con la atención y la anticoncepción luego del aborto.**

e. Beneficios sanitarios esperados

- Fortalecer una atención sustentada en **estándares de calidad** para las mujeres, niñas, adolescentes y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar durante el aborto y el posaborto.
- Fortalecer y **generalizar el uso de misoprostol en los tratamientos de evacuación uterina posaborto en todos los niveles de atención.**
- **Universalizar la utilización de la técnica de AMEU como el método quirúrgico efectivo, moderno y seguro de elección** para la evacuación uterina en el posaborto, dejando de lado la práctica del legrado uterino.
- Reducir las **complicaciones severas, secuelas y la mortalidad por aborto.**
- **Mejorar el manejo de la emergencia** por parte de todos los equipos de salud de los diferentes niveles de atención, a través del reconocimiento y tratamiento precoz de las urgencias y emergencias.
- **Activar la derivación oportuna y/o evitar derivaciones innecesarias, según el cuadro clínico y el contexto,** para una mejor calidad de atención y aprovechamiento eficiente de los recursos.
- Incentivar la implementación de **tareas colaborativas** dentro de los equipos de salud.
- Propiciar el **trabajo integrado e integral durante la transición de los cuidados** a lo largo del proceso de atención de las personas que cursan un aborto o posaborto.
- Reducir las necesidades insatisfechas de anticoncepción, mediante la **adopción inmediata de métodos anticonceptivos seguros y efectivos,** que permitan la continuidad en el largo plazo y contribuyan a reducir las gestaciones no intencionales.
- Propiciar la **implementación de la telemedicina** como estrategia segura, accesible y costo-beneficiosa para las mujeres, niñas, adolescentes y otras personas gestantes.

Tabla de preguntas clínicas

1. ¿Qué buenas prácticas se recomiendan para la atención integral de las personas que cursan un aborto o posaborto?

1.1. ¿Cuáles son los ejes que atraviesan el proceso de atención a las personas que cursan un aborto o posaborto?

1.2. ¿Qué factores ayudan o dificultan la accesibilidad y sostenibilidad de los servicios de atención posaborto? ¿Qué estrategias modifican los factores que ayudan o dificultan la accesibilidad y sostenibilidad de los servicios de atención posaborto?

1.3. ¿Con qué estrategias se facilitan las habilidades y competencias requeridas para que los recursos humanos (RRHH) provean atención integral de calidad desde los servicios de salud?

1.4. ¿Cuáles son las recomendaciones para la atención del aborto y el posaborto en poblaciones especiales?

2. ¿Cuáles son los pilares de la atención clínica a las personas que están cursando un aborto o posaborto?

2.1. ¿Cómo debería ser el abordaje clínico inicial?

2.2. ¿Cuáles son las urgencias y emergencias que pueden presentarse y cómo deben manejarse?

3. ¿Cuáles son los puntos clave en la atención integral luego del aborto?

3.1. ¿Qué apoyo les gustaría tener a las mujeres o PCG luego de un aborto?

3.2. ¿Qué estrategias son efectivas para facilitar el acceso a la anticoncepción posaborto?

Síntesis de la evidencia.

Tabla de recomendaciones

1. ¿Qué buenas prácticas se recomiendan para la atención integral de las personas que cursan un aborto o posaborto?

1.1. ¿Cuáles son los ejes que atraviesan el proceso de atención a las personas que cursan un aborto o posaborto?

En este primer apartado, se plantean como preguntas clínicas aquellas relacionadas con el marco general de atención que facilita y asegura calidad de atención.

Para la respuesta acerca de los ejes que atraviesan el proceso de atención a las personas que cursan aborto o posaborto se consideraron, además de la evidencia utilizada para la elaboración del resto de la guía, el contenido del marco normativo vigente en la Argentina y las recomendaciones internacionales acerca de cómo las naciones deben facilitar entornos regulatorios que consideren los derechos humanos de las niñas, adolescentes, mujeres y PCG con otras identidades de género.

La decisión de incluir en esta guía a la dimensión legal se funda en el respaldo que brinda a los equipos el conocimiento del plexo jurídico vigente. En una encuesta reciente que involucró a 339 personas que acompañan y/o proveen abortos inducidos, casi el 60% de los participantes de la región de América Latina y el Caribe mencionó a la legislación y a las restricciones legales discriminatorias como los principales factores de estrés laboral. Cuatro de cada diez personas de este subgrupo refirieron, además, temor a la persecución y una sensación de falta de protección y soporte del gobierno o las leyes. Casi la mitad consideró, además, como desafíos a la falta de financiamiento y acceso desigual a los recursos y a la escasez de proveedores (IPAS Latinoamérica & safe2choose, 2021).

Si bien no se cumple con los criterios estrictos para la evaluación de la calidad de la evidencia especificados en esta guía, se mencionarán **los fundamentos legales porque brindan una herramienta de utilidad para fortalecer el marco de atención de calidad durante el posaborto, cualquiera sea su causa.**

La guía de OMS (2012) establece una serie de recomendaciones en torno al marco político y regulatorio, a la implementación de acciones por parte de decisoras/es y gestoras/es y al financiamiento destinadas a garantizar las condiciones que faciliten el acceso a la atención de un aborto sin riesgos para todas las personas que lo requieran.

El plexo jurídico nacional también establece lineamientos en este sentido, atendiendo a los **tratados internacionales de Derechos Humanos y a los compromisos asumidos por el Estado Nacional**. De este modo, el acceso a la atención del aborto se sustenta en un entramado de leyes nacionales cuyo espíritu es garantizar derechos para toda la población. **Se citan los contenidos de la Ley 27.610 Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2020) y su reglamentación por el Decreto 516/2021 y de las leyes 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009) y 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (2009).**

En consonancia con estos antecedentes, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) se ha pronunciado respecto de las obligaciones éticas de los ginecólogos y obstetras en la atención posaborto “...instando además a los organismos de derechos humanos nacionales y internacionales a **caracterizar el abandono o limitación de la atención posaborto como una violación de dichos derechos**” (FIGO, 2019).

La **Ley 27.610 y su Decreto Reglamentario 516/2021**, cuyas disposiciones son de orden público y de aplicación en todo el territorio nacional, tienen por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención posaborto con el fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible. **La Ley 27.610 obliga a los tres subsectores del sistema de salud a incorporar la cobertura integral y gratuita de la atención de la interrupción voluntaria de la gestación y del posaborto en todas las formas que la OMS recomienda.** Establece en el artículo 2 que “las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a:

- **Requerir y recibir atención posaborto en los servicios del sistema de salud**, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley.
- **Prevenir los embarazos no intencionales** mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.”

Los principios rectores enumerados en la Ley 26.529 y su decreto reglamentario **obligan al personal de salud a garantizar** las siguientes condiciones mínimas y derechos durante la atención del aborto y el posaborto:

- **Trato digno.** Implica el respeto por las convicciones personales y morales de la paciente para erradicar prácticas que perpetúen el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar.
- **Privacidad.** Es fundamental garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad.
- **Confidencialidad.** El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y del secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico. El Decreto 516/2021 establece que el respeto por el derecho a la confidencialidad y el deber de guardar secreto médico son extensivos a toda persona que tenga acceso a las prestaciones reguladas en la Ley 27.610. De este modo, “el personal de salud no podrá entregar información obtenida en el marco de la atención sanitaria a ninguna persona, salvo que exista orden judicial expresa que releve de este deber en una causa judicial o salvo expresa autorización escrita de la propia paciente.”

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La paciente tiene derecho a que **toda persona que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica**, o bien tenga acceso al contenido de la misma, **deba respetar el derecho a la confidencialidad, salvo expresa autorización escrita de la propia paciente o por orden judicial** (Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y su Decreto Reglamentario) La documentación clínica incluye cualquier tipo de registro relacionado con la atención de la mujer o PCG como por ejemplo, certificados de salud, prescripciones de estudios médicos, medicamentos o anticonceptivos, órdenes de internación o de práctica, registros de atención, etc.

Cualquier persona que forme parte del sistema de salud y a quien llegue información, de forma directa o indirecta, acerca de la condición de salud de la mujer o PCG **está obligada a guardar secreto profesional**. Esto incluye, por ejemplo, a personal administrativo de obras sociales o prepagas, maestranza, seguridad, cocina, camilleras/es/os, choferes, personal de limpieza, de farmacia, personal jerárquico de obras sociales, prepagas o instituciones de salud, estudiantes, funcionarias/es/os públicas/es/os, integrantes de consejos de administración de instituciones, jefas/es de servicio, entre otras/es/os.

Solamente se compartirá información o se incluirá a la familia o acompañante de la mujer o PCG **con su expresa autorización**.

Deberá protegerse a la paciente de **injerencias ilegítimas por parte de terceros**.

- **Autonomía de la voluntad.** Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad. En ningún caso el personal de salud podrá interferir indebidamente con la decisión de las personas gestantes.
- **Acceso a la información.** La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de **no recibir información inadecuada en relación con la solicitada**.

TRANSPARENCIA ACTIVA

El personal de salud y las autoridades públicas tienen la **obligación** de suministrar la información disponible sobre los **derechos protegidos** por la ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, **incluso si no hay una solicitud explícita**.

- **Calidad.** El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto **conforme los alcances y la definición de la Organización Mundial de la Salud.**

La atención debe ser brindada según los estándares de:

- **Calidad**
- **Accesibilidad**
- **Competencia técnica**
- **Rango de opciones disponibles**
- **Información científica actualizada**

La Ley 26.529 de Derechos del Paciente, establece además los siguientes principios:

- **Asistencia.** El paciente, prioritariamente niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. **El profesional actuante solo podrá eximirse del deber de asistencia cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.**
- **Interconsulta médica.** El paciente tiene derecho a **recibir la información sanitaria por escrito**, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

El **proceso de consentimiento informado** se describe tanto en la Ley 26.629 como en la Ley 27.610 y su Decreto Reglamentario. En la historia clínica se deberá dejar constancia del otorgamiento del consentimiento informado. En los casos en que, por las condiciones de la persona gestante, el consentimiento no pueda emitirse por escrito, se otorgará en un formato que le resulte accesible como braille, digital, audio, entre otros, y el mismo deberá incorporarse a la historia clínica. Se detallan además las especificidades relativas a las personas menores de edad y las que presentan algún tipo de discapacidad.

No se podrá alegar objeción de conciencia para negarse a prestar atención sanitaria posaborto.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en las leyes y sus respectivos decretos dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

Por otra parte, **la Ley 27.610 modifica el Código Penal a través del art. 85 bis, al fijar sanciones a quienes, cumpliendo roles en la función pública, como autoridades de establecimientos de salud, siendo profesionales o personal de salud dilaten injustificadamente, obstaculicen o se nieguen a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.**

Cuando ingresa una mujer o PCG con un aborto en curso inducido a una institución de salud, la objeción de conciencia no es válida. Tratar de impedirlo, detener su evolución al no continuar administrando la medicación necesaria o negar la atención implican faltas a los deberes de asistencia, trato digno y autonomía establecidos en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente y un incumplimiento de los deberes de funcionario público al dilatar y obstaculizar el acceso a un aborto en los casos legalmente autorizados, según la Ley 27.610. Además, constituye violencia contra las mujeres, violencia institucional y violencia contra la libertad reproductiva conforme a las disposiciones de la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres (2009)

Tanto la realización de un aborto inducido por fuera de los alcances de la Ley 27.610 como la tentativa de aborto no deben denunciarse nunca. Además, el código penal en el art. 156 tipifica como delito la violación del secreto profesional y la jurisprudencia vigente establece la prevalencia de la obligación de guardar secreto médico respecto de la obligación de colaborar con la persecución punitiva del estado. Los datos obtenidos durante la atención del paciente solo pueden ser revelados en casos excepcionales de justa causa, categoría en la cual no se encuadran los abortos provocados (DNSSR, 2019). Por otro lado, quienes toman decisiones deben desalentar fuertemente las prácticas de extraer confesiones con fines judiciales a las mujeres o PCG que buscan atención médica luego de un aborto clandestino (UN Committee Against Torture, 2004).

En el Anexo de la Guía se especifica el plexo normativo que regula los principios de atención durante el posaborto.

1.2. ¿Qué factores ayudan o dificultan la accesibilidad y sostenibilidad de los servicios de atención posaborto? ¿Qué estrategias modifican a los factores que ayudan o dificultan la accesibilidad y sostenibilidad de los servicios de atención posaborto?

Las respuestas a estas preguntas informadas por la evidencia son claves para diseñar y mejorar los servicios pensados y centrados en las necesidades de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

El acceso y la sostenibilidad de los servicios de aborto y posaborto son identificados como tópicos esenciales a la hora de recomendar acciones específicas para dar respuesta a las necesidades de la población, el conocimiento de los factores que dificultan o facilitan el acceso a estos servicios facilita la elaboración de recomendaciones para proveedores, servicios y quienes toman decisiones de diversas áreas.

Los factores que obstaculizan el acceso a los servicios de aborto y posaborto son, en número, muchos más que los factores facilitadores y tienen diversos orígenes. Una revisión sistemática de alta calidad (O'Shea et al., 2020) identifica las siguientes categorías de **barreras para acceder a la atención de un aborto o posaborto**:

- I. a nivel de los servicios,
- II. financieras,
- III. logísticas,
- IV. personales,
- V. políticas y legales,
- VI. preocupaciones por la confidencialidad en las poblaciones pequeñas y remotas,
- VII. educación y entrenamiento del personal de salud.

La misma revisión sistemática identifica solo un grupo de **factores favorecedores de la accesibilidad** relacionados con (O'Shea et al., 2020):

- la intervención de organizaciones de la comunidad en el acceso,
- el uso de la telemedicina.

I. Dentro de las barreras a nivel de los servicios (evidencia de alta a moderada calidad), se identificaron:

- largos tiempos de espera,
- retrasos diagnósticos y terapéuticos,
- dificultades para la navegación por los servicios de salud,
- insuficientes recursos asignados a aborto y posaborto por parte de los sistemas de salud.

Los **retrasos y largos tiempos de espera** identificados en nueve estudios tenían que ver con **solicitud de estudios de laboratorio y ecografías, falta de turnos o derivaciones innecesarias**.

En cuanto a las **dificultades en la navegación por el sistema de salud**, la evidencia (moderada calidad) proveniente de siete estudios señaló que **los procesos de atención del aborto y posaborto no son claros y la información no es fácil de encontrar**, por ello **las recomendaciones de las guías de buena calidad son en el sentido de informar amplia y correctamente, centralizar el ingreso y simplificar los procesos de atención**.

Con relación a los **insuficientes recursos asignados** a la atención del aborto, ocho estudios (moderada calidad de evidencia) mostraron que hay **falta de personal o que tienen poca dedicación horaria a esta actividad** (O'Shea et al., 2020).

II. Entre las **barreras financieras** se identificaron:

- los **gastos de bolsillo**, sobre todo en viajes y alojamiento, **que deben afrontar las personas que deben trasladarse**, a pesar de acceder a servicios gratuitos del hospital público;
- la **insuficiente inversión en la atención del aborto y posaborto por parte del sistema de salud** (insumos, recursos humanos, espacios de práctica) (O'Shea et al., 2020).

III. Dentro de las **barreras logísticas** se identificaron seis subtemas relevantes:

- dificultades en general para lidiar con la **logística de turnos**,
- **estudios y requisitos** que se imponen desde el sistema de salud,
- dificultades para el **cuidado de los niños, para ausentarse del trabajo o viajar**,
- **falta de dinero extra** para afrontar el momento.

También los estudios mostraron **dificultades logísticas específicas de la población de adolescentes** (O'Shea et al., 2020).

IV. Con relación a las **barreras personales** se identificaron seis subtemas:

- **experiencias previas** negativas,

- percepción de las mujeres y PCG del **estigma hacia el aborto** en el sistema de salud,
- presencia de **enfermedades preexistentes y comorbilidades**,
- **violencia de género**,
- dificultades en la **comunicación**,
- **actitudes negativas del personal de salud**,
- conflictos de **creencias personales o religiosas** por parte de las personas que abortan y de los equipos de salud (O'Shea et al 2020).

Los estudios con la más alta calidad de evidencia fueron los referidos a la **percepción del estigma, las dificultades para la comunicación por discapacidades o falta de recursos educativos y la vulnerabilidad, en especial la de las mujeres o PCG sometidas a violencia de género**. También, se incluyen en esta categoría aquellos estudios referidos a las **actitudes negativas de las/es/os médicas/es/os y otro personal de salud, y las preocupaciones sobre la privacidad y confidencialidad** de aquellas mujeres que viven en poblaciones pequeñas.

V. Los estudios sobre **barreras políticas y legales** tienen baja calidad de evidencia y refieren a imposición de comités de ética, límites estrictos de edad gestacional, falta de regulación de la objeción de conciencia y barreras, como recursos judiciales o reglamentarios que desalientan o mal informan a las posibles usuarias (O'Shea et al., 2020).

VI. Las **preocupaciones por la privacidad y confidencialidad** se reportan en seis estudios con alta calidad que muestran que **las mujeres o PCG de poblaciones pequeñas o rurales tienen serias preocupaciones sobre este tema**. Cuando, dada esta situación, buscan atención en otros lugares y necesitan viajar, se encuentran, además, con barreras logísticas y financieras (O'Shea et al., 2020).

VII. En relación con el entrenamiento **del personal de salud**, siete estudios con moderada calidad de evidencia mostraron que muchas/es/os médicas/es/os se mostraron **confusos y poco claros e inseguros con respecto a detalles de los servicios, límites de edad gestacional, vías de derivación**. Se automanifestaron con **escasas habilidades y entrenamiento para procedimientos, sobre todo aquellos cuya práctica era en poblaciones rurales** (O'Shea et al., 2020). Una encuesta realizada recientemente a acompañantes de aborto contó con 37 participantes de la Argentina de los cuales, 7 de cada 10 manifestaron la necesidad de recibir entrenamiento en el reconocimiento y manejo de las complicaciones, y 4 de cada 10 expresaron la necesidad de conocer los protocolos y métodos para el aborto (Ipas & safe2choose, 2021).

A continuación, podemos encontrar **tres tópicos centrales sobre los que hay evidencia para hacer recomendaciones, que hacen al acceso y la sustentabilidad de los servicios de atención posaborto** y que tienen en cuenta las barreras señaladas anteriormente (O'Shea et al., 2020).

1. Un tópico central es el relacionado con la información con la que debe contar la población respecto de los servicios.

Se debe publicitar la existencia de los servicios, así como las instrucciones para su navegación, es decir, no solo adónde debe recurrirse, sino cómo y cuándo. Esta información debe ser ofrecida en **formatos variados, con amplia difusión a la comunidad teniendo en cuenta a las poblaciones en mayor riesgo de vulneración de derechos:** niñas y adolescentes, población trans, personas sometidas a violencia o a vulnerabilidades socioeconómicas, psicofísicas y geográficas (como, por ejemplo, poblaciones rurales). **Se debe considerar siempre, además, a aquellas personas que no manejan la lectoescritura, o hablan otras lenguas, como migrantes y pueblos originarios.**² Es importante, también, que la información contenga **detalles sobre la legalidad de la atención del aborto y posaborto.**

2. En los tópicos relacionados con la organización de la atención se hace hincapié en la oferta de servicios, que debe ser variada e incluir organizaciones de la comunidad con fuertes alianzas con el sistema de salud, servicios telefónicos o de telemedicina, servicios de atención primaria, servicios de emergencia y hospitales de baja y alta complejidad. En todos los casos, y según la organización del sistema de salud, **se recomienda el trabajo en red y contar con un sistema de derivaciones,** además de tener servicios en locaciones diversas y remotas. También es importante **contemplar las barreras de acceso generadas por algún tipo de regionalización del sistema que impida, por ejemplo, que una mujer o PCG de otra provincia, ciudad o barrio se atienda en el servicio que eligió.** Por último, deben contemplarse los retrasos diagnósticos y terapéuticos por **requisitos como estudios, interconsultas o evaluaciones innecesarias.**

3. En el área de recomendaciones sobre los recursos humanos podemos reconocer dos tópicos claros.

- **Formación e incorporación de recursos humanos capacitados** que tengan habilidades de comunicación y actitudes abiertas, empáticas y sensibles en el tema de aborto y posaborto, incluyendo personal médico y no médico, además de recomendaciones para su capacitación en las carreras de grado y posgrado.
- **Fomentar que el personal de los equipos de salud respete los valores y creencias personales de sus pacientes,** que garanticen un trato privado y confidencial y eviten actitudes negativas y prejuiciosas que contribuyan al estigma sobre el aborto e interfieran con el acceso a una atención precoz, adecuada y de calidad.

² Punto de buena práctica agregado por las revisoras, adaptando la recomendación a determinados contextos.

Tabla de recomendaciones. Accesibilidad y sostenibilidad de los servicios

<p>Acceso de la población a la información sobre aborto y posaborto</p>	<p>1.2.1.</p>	<p>Quienes toman decisiones deberían asegurarse de que la información sobre la atención posaborto y cómo acceder a ella sea ampliamente difundida a toda la población.</p>	<p>NICE, 2019.</p>
<p>Acceso de la población a los servicios</p>	<p>1.2.2.</p>	<p>Las/es/os gestoras/es clínicas/es/os o proveedores/as deberían asegurarse de evitar que las mujeres o PCG deambulen por varias consultas, estudios o evaluaciones que no son imprescindibles.</p>	<p>NAF, 2020.</p>
	<p>1.2.3.</p>	<p>La organización de la atención debería permitir que las mujeres o PCG puedan elegir el servicio que sea de su confianza.</p>	<p>NICE, 2020 O'Shea et al., 2020.</p>
	<p>1.2.4.</p>	<p>Quienes toman decisiones deberían evaluar la posibilidad de ofrecer servicios posaborto a través de medios telefónicos o de telemedicina.</p>	<p>NICE, 2020; O'Shea et al., 2020</p>
	<p>Organización de la red de cuidados</p>	<p>1.2.5.</p>	<p>Quienes toman decisiones deberían evaluar un amplio rango de oferta de servicios posaborto, desde guardias hospitalarias hasta servicios de atención primaria, comunitarios y de telemedicina para cumplir con las necesidades de cada comunidad.</p>
<p>1.2.6.</p>		<p>Quienes toman decisiones y son gestoras/es clínicas/es/os deberían elaborar algoritmos de derivación ante casos complejos o personas con comorbilidades severas para minimizar los retrasos en el acceso a los tratamientos apropiados.</p>	<p>NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.</p>
<p>1.2.7.</p>		<p>Los centros de alta complejidad deberían estar disponibles y cercanos para la prestación de servicios a mujeres o PCG con comorbilidades o necesidades especiales, o ante complicaciones severas.</p>	<p>NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.</p>
<p>Otros factores que favorecen la accesibilidad</p>	<p>1.2.8.</p>	<p>El personal de salud no debe permitir que sus creencias y valores personales interfieran con la atención de personas en situación de posaborto.</p>	<p>NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.</p>
	<p>1.2.9.</p>	<p>Los servicios deberían ser sensibles a las preocupaciones de privacidad y confidencialidad en la atención de las personas durante el posaborto, incluyendo la comunicación entre profesionales.</p>	<p>NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.</p>

1.2.10.	Las actitudes negativas y prejuiciosas deberían ser erradicadas en los servicios posaborto.	NICE, 2020; O’Shea et al., 2020.
1.2.11.	Es necesario un claro conocimiento por parte de los equipos de salud de lo que implican las consejerías y la sensibilidad y compromiso en la atención posaborto para que los servicios prestados aseguren una información completa y adecuada, además de un soporte efectivo de las mujeres o PCG.	OMS, 2015; Rogers & Dantas, 2017
1.2.12.	La atención de las mujeres y personas durante el posaborto debería maximizarse con el rol activo del personal de enfermería, obstétricas/es/os y personal de medicina de atención primaria.	ACOG, 2014; OMS, 2015.

1.3. ¿Con qué estrategias se facilitan las competencias requeridas para que los RRHH provean atención integral de calidad desde los servicios de salud?

Una barrera crítica para el acceso a la atención posaborto es la escasez de proveedores sensibles, dispuestos y con los conocimientos adecuados para una atención posaborto de buena calidad.

La llamada estrategia de tareas compartidas³ es una estrategia de salud pública que busca expandir los roles de los trabajadores de la salud, cuando su escasez amenaza la prestación de un servicio crítico como es la atención del aborto y posaborto. La estrategia incluye diversos tipos de proveedores más allá de las/es/os médicas/es/os gineco-obstetras o médicas/es/os especialistas en medicina general y familiar. Esta estrategia **ha sido utilizada en otras situaciones de salud sexual y reproductiva, como emergencias obstétricas y cuidados antenatales** (Kim et al., 2020).

Si bien muchos países utilizan esta estrategia, su uso depende del contexto médico legal y de las regulaciones existentes para la práctica de las diversas profesiones que se proponen para la prestación de este servicio. Sin embargo, como es sabido, los cuidados en el posaborto pueden ser llevados adelante en equipo y estos cuidados son legales y obligatorios en cualquier lugar del mundo.

Las recomendaciones basadas en evidencia que contestan la pregunta de este apartado se refieren, en principio, a la **capacitación de los RRHH**, incluyendo no solo a médicas/es/os sino también a enfermeras/es/os, parteras/es/os y, en algunos casos, farmacéuticas/es/os, durante las carreras de grado y posgrado y en los espacios de práctica. Además, hacen referencia a la necesidad de capacitar en el entrenamiento formal a todas las personas que participan de los cuidados posaborto, independientemente de sus creencias y valores personales.

³ Se denomina también “cambio de tareas”, o “desplazamiento de tareas”. El término “tareas compartidas” es, a criterio de las autoras, el que mejor refleja la idea de transdisciplina, integralidad y trabajo en red que se requiere para que los equipos de salud brinden cuidados de calidad.

El segundo grupo de recomendaciones se refiere a qué **tipo de tareas podrán realizar los distintos profesionales** según la complejidad de la atención posaborto que se presente.

De estas recomendaciones se desprende, en general, que **para la atención posaborto la mayoría de las tareas pueden ser resueltas por profesionales en enfermería, partería y medicina no especializada, aunque esta práctica, tradicionalmente, haya sido asignada a especialistas en ginecología y obstetricia.**

La ventaja más importante de este tipo de políticas es permitir que, en áreas donde hay escasez de profesionales especialistas, se puedan atender complicaciones de posaborto, y hacer anticoncepción en el nivel local o comunitario. En la mayoría de los lugares en donde se han implementado estas tareas compartidas, **la intervención ha resultado virtuosa con relación a la carga laboral de ciertos profesionales**, ha permitido aprendizajes significativos en tareas más complejas a otros trabajadores de salud y ha reducido significativamente el estigma profesional sobre el aborto (Kim et al., 2020).

La OMS realizó recomendaciones muy importantes sobre las funciones del personal sanitario en la atención del aborto y en la anticoncepción posaborto. En este el documento, publicado en 2015, la OMS señala que es deseable que se produzca un **cambio en la cultura institucional** en relación con este tema y, si es necesario, que cambien las **regulaciones** que pudieran impedir u objetar **esta estrategia de salud pública recomendada internacionalmente.**

Tabla de recomendaciones. Formación y ampliación de los recursos humanos disponibles para brindar atención de calidad a las personas que cursan un aborto o en el posaborto

Formación de recursos humanos	1.3.1.	Tanto estudiantes como profesionales que se encuentran en entrenamiento para el ejercicio de diferentes disciplinas (medicina, obstetricia y enfermería) deberían tener la oportunidad de ganar experiencia en atención del posaborto durante su entrenamiento formal.	ACOG, 2014; NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.
	1.3.2.	Se deberá asegurar que todas las personas que se están formando en especialidades que incluyan la atención de aborto, reciban entrenamiento formal en atención posaborto, independientemente de sus valores y creencias personales.	ACOG, 2014; NICE, 2020; O'Shea et al., 2020.
Ampliación de red de prestadores de cuidados en el posaborto	1.3.3.	Médicas/es/os especialistas⁴ y no especialistas, profesionales en partería y enfermería⁵ podrán realizar AEU para el manejo del aborto incompleto sin complicaciones (de menos de 13 semanas). ⁶	OMS, 2015.

⁴ El término médicos especialistas incluye a profesionales con formación especializada en medicina general y familiar y en ginecología y obstetricia.

⁵ Las mujeres o PCG suelen considerar más reconfortante la atención dispensada por las parteras y enfermeras (confianza moderada). La incorporación de enfermería es viable y puede reducir las inequidades al ampliar los servicios de aborto sin riesgos a poblaciones subatendidas (OMS, 2015).

⁶ El manejo del aborto incompleto sin complicaciones con AEU manual o eléctrica (cuando el tamaño del útero indica que el embarazo es de menos de 13 semanas) incluye el reconocimiento de la afección, la determinación del tamaño del útero, el procedimiento en sí y el control del dolor (OMS, 2015).

Ampliación de red de prestadores de cuidados en el posaborto	1.3.3.	Médicas/es/os especialistas⁴ y no especialistas, profesionales en partería y enfermería⁵ podrán realizar AEU para el manejo del aborto incompleto sin complicaciones (de menos de 13 semanas).⁶	OMS, 2015.
	1.3.4.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas, profesionales en partería y enfermería y auxiliares de ambas disciplinas (enfermería y partería) podrán realizar tratamiento con misoprostol para el manejo del aborto incompleto sin complicaciones.⁷	OMS, 2015.
	1.3.5.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas, profesionales en partería y enfermería y auxiliares de ambas disciplinas podrán realizar el tratamiento inicial básico⁸ de la infección posaborto.	OMS, 2015.
	1.3.6.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas profesionales en partería y enfermería y auxiliares de ambas disciplinas podrán realizar el tratamiento inicial básico de las complicaciones hemorrágicas posaborto.	OMS, 2015.
	1.3.7.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas, profesionales en partería y enfermería y sus respectivos auxiliares podrán brindar información y asesoramiento antes y después del aborto, incluyendo la anticoncepción posaborto.⁹	OMS, 2015.
	1.3.8.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas, profesionales en partería y enfermería podrán realizar la inserción y extracción de un dispositivo intrauterino (DIU) o de un implante subdérmico a quienes cursan un posaborto.¹⁰	OMS, 2015.

⁷ El manejo del aborto incompleto sin complicaciones con misoprostol (cuando el tamaño del útero indica un embarazo de 13 semanas como máximo) comprende el reconocimiento de la afección, la evaluación del tamaño del útero y la administración de misoprostol oral o bucal en la dosis correcta (OMS, 2015).

⁸ El tratamiento inicial básico comprende la detección de la complicación, la estabilización de la mujer o PCG y el suministro de antibióticos por vía oral o parenteral y de líquidos por vía intravenosa antes de la derivación a un profesional o centro sanitario apropiado para aplicar el tratamiento definitivo (OMS, 2015).

⁹ El asesoramiento antes y después del aborto es un proceso focalizado e interactivo en el que la mujer o PCG recibe voluntariamente apoyo, información y orientación imparcial de una persona preparada para ello (OMS, 2015).

¹⁰ Esta tarea debe limitarse a aquellos que realicen la atención en centros de salud u otros entornos con condiciones de asepsia (OMS, 2015).

1.3.9.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas, profesionales en partería y enfermería, sus respectivos auxiliares y farmacéuticos podrán realizar la colocación y continuación de anticonceptivos inyectables.	OMS, 2015.
1.3.10.	Las mujeres o PCG podrán autoadministrarse los anticonceptivos inyectables en determinadas circunstancias. ¹¹	OMS, 2015.
1.3.11.	Médicas/es/os especialistas y no especialistas podrán realizar ligadura tubaria posaborto.	OMS, 2015.

1.4. ¿Cuáles son las recomendaciones para la atención del aborto y el posaborto en poblaciones especiales?

Sin dudas, **existen personas que enfrentan mayores dificultades que otras al momento de acceder a un aborto o a la atención posaborto.** Entre ellas, se encuentran las niñas y adolescentes, las personas con vulnerabilidades sociales y económicas, las que tienen comorbilidades y/o discapacidades físicas y psíquicas, las que viven en áreas rurales o remotas, las mujeres o PCG que no desean quedar embarazadas y han tenido repetidamente embarazos no intencionales y abortos, quienes ejercen el trabajo sexual o son víctimas de violencia de género y/o violencia sexual, y las personas trans o con identidades de género no heteronormativas, entre otras.

En general, **estas personas consultan más tardíamente y se ven más afectadas por el estigma y tratos inapropiados del personal de salud, que a menudo no contempla su situación o abusa de las asimetrías existentes** (O’Shea et al., 2019). Los principios rectores y las recomendaciones para la atención de calidad durante el aborto y posaborto aplican del mismo modo para toda la población. **La mayoría de las recomendaciones para facilitar el acceso se encuentran desarrolladas en el punto 1.2.** Además, **en el apartado 1.1, se especifica el marco normativo que regula la atención para algunos de estos grupos más expuestos a la vulneración de derechos.**

Es necesario enfatizar algunos puntos clave en torno a la atención de estas personas:

- Los servicios deberían estar organizados de una forma en la que **se facilite el ingreso a la atención y la navegación por el sistema de salud** a través de **procesos sencillos y claros.**
- Se recomienda que la ubicación de los servicios sea amplia y accesible, con **horarios de atención extendidos y adaptados a las necesidades de la población** y en los que **los tiempos de espera sean los mínimos posibles** (FSRH, 2016).
- Los equipos de salud deben adoptar un **abordaje centrado en las necesidades de las personas**, y debe existir **personal capacitado para la atención de necesidades especiales** o, en su defecto, la **posibilidad de acceder a un equipo de consulta.**

¹¹ Esta opción puede traducirse en ahorros de tiempo y dinero para las mujeres. Sin embargo, solo se recomienda en aquellas situaciones en que existan mecanismos para facilitar a la mujer o PCG la información y capacitación necesarias, vínculos robustos de derivación a un proveedor de atención, y sistemas operativos de vigilancia y seguimiento (OMS, 2015).

- El acceso a la **información** es clave y, además de **clara y accesible**, debe estar disponible en **distintos formatos**, como folletería, sitios web y redes sociales, audios, podcast, y en **distintos sistemas de señalización, códigos y lenguajes (para personas que no manejan la lectoescritura, pueblos originarios, migrantes, personas con disminución de capacidad visual o auditiva)**.

Tabla de recomendaciones. Poblaciones especiales

Los principios legales que garantizan el acceso de calidad de las personas cuyos derechos se encuentran en mayor riesgo de vulneración se desarrollan en los puntos 1.1., 1.2 y 3.1., incluidos a su vez dentro del marco general que brindan los principios rectores de la atención.

Se deberán considerar, especialmente para estos casos, el plafón de derechos garantizados en el plexo normativo de nuestro país, junto con las normas jurídicas específicas que regulan y protegen el acceso a los derechos de niñas y adolescentes, personas con discapacidad, personas en situación de violencia sexual o violencia de género, pueblos originarios y personas migrantes e integrantes del colectivo trans. Además, otras personas en riesgo de vulneración de sus derechos son las personas de áreas remotas o rurales, las personas que no manejan la lectoescritura, o viven en situación de marginación social o económica.

Cuidados centrados en las personas	1.4.1.	Los miembros de los equipos de salud deberán adoptar un abordaje centrado en la persona ¹² , que asegure el respeto por su dignidad y sus derechos .	FSRH, 2016.
	1.4.2.	Los equipos de salud deberían facilitar las oportunidades para discutir temas en privado , sin la presencia de amigas/es/os, familiares o pareja.	FSRH, 2016.
	1.4.3.	Los equipos de salud deberían estar capacitados acerca del modo de preguntar sobre violencia de género y abuso sexual , incluyendo el conocimiento de la ruta a seguir para la referencia y el abordaje específico de estas situaciones.	FSRH, 2016.
	1.4.4.	Quienes se encuentren en situaciones especiales , con una mayor exposición a la vulneración de derechos , deberán recibir consejería acorde a su situación y una eventual consulta o derivación a otros equipos, si fuera necesario.	RCOG, 2016; NICE, 2020.

¹² **Atención centrada en la persona:** forma de entender y practicar la atención sanitaria que **adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades** como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las **necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales**. La atención centrada en la persona **es más amplia que la atención centrada en el paciente**, en la medida en que trasciende la consulta clínica para **englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud** (OMS, 2016).

Red y transición de los cuidados	1.4.5.	Los servicios y proveedores de atención posaborto deberían estar conectados con otros servicios , ya sea comunitarios, de salud sexual y reproductiva o de otros cuidados, para el abordaje de comorbilidades de todo tipo, y para brindar cuidados y apoyo no médicos.	OMS, 2012 FSRH, 2016.
Información	1.4.6.	La información debe ser ofrecida en diversos formatos , escrito y audiovisual (incluyendo la escritura en braille y los formatos comprensibles para quienes no manejan la lectoescritura), así como en diferentes lenguas cuando esto fuera necesario para superar barreras.	FSRH, 2016.

2. ¿Cuáles son los pilares de la atención clínica a las personas que están cursando un aborto o posaborto?

Para comprender de mejor manera la pregunta acerca del abordaje clínico inicial de quienes están transcurriendo un aborto o posaborto, consideraremos tres momentos relacionados con cada una de las fases del proceso:

- Abordaje clínico inicial
- Diagnóstico
- Tratamiento

2.1. ¿Cuáles son las recomendaciones generales para el abordaje clínico inicial?

El **abordaje clínico inicial** debe ser **siempre** el mismo, **independientemente de si el aborto es espontáneo o inducido**.

Las recomendaciones sobre la organización de la atención, el personal que puede abordar estas situaciones, el comportamiento del personal de salud y la atención para poblaciones en situación de vulnerabilidad han sido tratadas en los apartados 1.1, 1.2 y 1.3.

Las mujeres, adolescentes, niñas y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar **deben ser tratadas con dignidad y respeto por sus derechos y se debe prestar atención a sus reacciones**.

El paso inicial consiste en **proveer información y apoyo tomando en cuenta sus circunstancias individuales** (NICE, 2019).

La consejería es un proceso dirigido e interactivo a través del cual la mujer o PCG recibe voluntariamente apoyo, información adicional y orientación por parte de una persona capacitada en un entorno propicio para compartir maneras de pensar, sensaciones y percepciones.

Al brindar asesoramiento, se debe (Ipas, 2014):

- comunicar la información en lenguaje sencillo,
- mantener la privacidad e intimidad,
- apoyar y asegurar una respuesta adecuada a las preguntas y necesidades de la mujer o PCG,
- evitar imponer valores y creencias personales a la mujer o PCG

El prestador de salud deberá, a su vez, realizar una evaluación inicial rápida para detectar precozmente complicaciones graves como shock hipovolémico, shock séptico o abdomen agudo (Ipas, 2020).

Tabla de recomendaciones. Recomendaciones generales sobre el abordaje clínico inicial

Aborto espontáneo o inducido	2.1.1.	El abordaje clínico inicial debería ser siempre el mismo , independientemente de si el aborto es espontáneo o inducido .	PNSSPR, 2015.
Enfoque de derechos	2.1.2.	Se debe tratar a las mujeres, niñas, adolescentes y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar con dignidad y respeto por sus derechos. Se debe prestar atención a sus reacciones, proveer información y apoyo y tomar en cuenta sus circunstancias individuales	NICE, 2019.
Enfoque clínico	2.1.3.	El prestador de salud deberá realizar una evaluación inicial rápida para detectar precozmente complicaciones graves como shock hipovolémico, shock séptico o abdomen agudo.	Harris et al., 2020; Ipas, 2020.

2.2. ¿Cuáles son los escenarios clínicos posibles al ingreso de una mujer o PCG en situación de aborto?

La mayoría de las mujeres o PCG que buscan atención en situación de aborto o posaborto llegan al sistema de salud **con una situación clínica estable con sangrado y/o dolor moderado y la evaluación clínica debe tender a diagnosticar el tipo de aborto y establecer el plan de manejo** (Ipas, 2020).

Tanto en un aborto espontáneo como un aborto inducido, la mujer o persona con capacidad de gestar pasa por **sucesivas etapas clínicas** que tienen características propias y **deben ser categorizadas** en el examen clínico al ingreso a la consulta.

Motivo de consulta

Los **motivos de consulta** más comunes son la metrorragia y el dolor abdominal bajo, asociados a la certeza o sospecha de embarazo según el caso (Ipas, 2020).

Anamnesis

La **anamnesis inicial** incluirá:

- motivo de consulta y antecedentes de la situación,
- fecha de última menstruación (FUM), test de embarazo o ecografías previas (si están disponibles),
- antecedentes médicos y quirúrgicos pertinentes,
- antecedentes ginecológicos y obstétricos,
- evaluación de **riesgo psicosocial** (consumos, violencia, adolescencia).

Examen clínico

El **examen clínico** inicial incluirá (PNSSPR, 2015):

- **Signos vitales** como **tensión arterial (TA), pulso, y temperatura axilar (T°), frecuencia respiratoria (FR)**, valorando además el **estado de conciencia**.
- **Especuloscopia y tacto vaginal bimanual**: categoriza el **origen, la intensidad y características de la pérdida hemática**.
- **Tacto vaginal bimanual**: permite conocer el tamaño, la forma y la posición del útero para **calcular la edad gestacional**, las características y condiciones en las que se encuentra el **cuello uterino** y el tamaño y características de los anexos.

Estudios de laboratorio

Los estudios de **laboratorio** deben solicitarse **según el estado clínico que presente la mujer o PCG** (Ipas, 2020), aunque deben pedirse siempre **ante la sospecha de complicaciones**. Es recomendable, **además, determinar el grupo sanguíneo y factor Rh**.

La falta de estudios de laboratorio **no debería dificultar ni retrasar el diagnóstico y tratamiento** (PNSSPR, 2015).

Estudios por imágenes. Ecografía

La ecografía **no debe solicitarse de rutina**, sino solamente cuando existen dudas sobre (PNSSPR, 2015; Ipas, 2020):

- el estado evolutivo del aborto,
- edad gestacional,
- otros diagnósticos diferenciales.

La realización de un aborto inducido **no requiere sistemáticamente de una ecografía de control**. La ecografía es útil para detectar la persistencia del embarazo, pero generalmente **carece de utilidad para diagnosticar el aborto incompleto y puede llevar a la realización de intervenciones quirúrgicas innecesarias** (OMS, 2014; DNSSR, 2021).

Si el profesional de salud decide realizar un ultrasonido para el seguimiento del aborto con medicamentos, **el único hallazgo ultrasonográfico que requiere una intervención es la continuación del embarazo viable** (Ipas, 2020).

Profilaxis para isoimmunización Rh

En gestaciones iguales o menores a 9 semanas, el riesgo de isoimmunización Rh en mujeres Rh negativas es muy bajo. **Se recomienda y es mandatorio en todos los abortos desde las 10 semanas de gestación** (NICE, 2020).

La profilaxis anti-D en las mujeres Rh negativas **debe indicarse al momento del diagnóstico de la situación de aborto o posaborto**, según corresponda a la edad gestacional (NICE, 2019).

Diagnósticos diferenciales

Ante un cuadro de **atraso menstrual, pérdida por genitales y eventual dolor en hipogastrio**, además del diagnóstico de **aborto**, se deberán tener en cuenta, como diagnósticos diferenciales más frecuentes, el **embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica**.

Tabla de recomendaciones. Escenarios clínicos posibles al ingreso de una mujer o PCG en situación de aborto

Tanto en un aborto espontáneo como en un aborto inducido la mujer o PCG pasa por sucesivas etapas clínicas que tienen características propias y deben ser categorizadas con el examen clínico al momento de ingreso a la consulta.

Formas de presentación	2.2.1.	La mayoría de las mujeres o PCG que buscan atención en situación de aborto o posaborto llegan al sistema de salud con una situación clínica estable con sangrado y/o dolor moderado y la evaluación clínica debe tender a diagnosticar el tipo de aborto y establecer el plan de manejo.	Ipas, 2020.
Motivos de consulta	2.2.2.	Los motivos de consulta más comunes son la metrorragia y el dolor abdominal bajo asociados a la certeza o sospecha de embarazo , según el caso.	Ipas, 2020.
Anamnesis	2.2.3.	La anamnesis inicial incluirá: <ul style="list-style-type: none">• motivo de consulta y antecedentes de la situación,• antecedentes médicos y quirúrgicos pertinentes,• antecedentes gineco-obstétricos,• evaluación de riesgo psicosocial (consumos, violencia, adolescencia, comorbilidades, etc.). Se deberá además constatar la edad gestacional según FUM, test de embarazo o ecografías previas.	PNSSPR, 2015.
Examen clínico inicial	2.2.4.	Dentro del examen clínico inicial se deberá evaluar el estado general mediante la determinación de signos vitales como la tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y temperatura axilar (T°) y la valoración del estado de conciencia.	PNSSPR, 2015.

	<p>2.2.5. El examen clínico inicial incluirá además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la especuloscopia para categorizar el origen, la intensidad y las características de la pérdida hemática; • el tacto vaginal bimanual para evaluar el tamaño uterino y las características y condiciones en que se encuentran el cuello uterino y los anexos. <p>Con estas determinaciones será posible determinar el estadio evolutivo del aborto.</p>	PNSSPR, 2015.
Estudios de laboratorio	<p>2.2.6. Los estudios de laboratorio no se deben solicitar de rutina sino según necesidad por el estado clínico que presenta la paciente.</p>	Ipas, 2020.
	<p>2.2.7. La falta de estudios de laboratorio no debería dificultar ni retrasar el diagnóstico y tratamiento.</p>	MSAL, 2019
	<p>2.2.8. Es recomendable solicitar grupo sanguíneo y factor Rh.</p>	Ipas, 2020.
Ecografía	<p>2.2.9. La ecografía no debe solicitarse de rutina sino cuando existan dudas acerca del estadio evolutivo del aborto o la edad gestacional, o para diagnósticos diferenciales.</p>	MSAL, 2020.
	<p>2.2.10. La realización de un aborto inducido no requiere sistemáticamente de una ecografía de control. La ecografía es útil para detectar la persistencia del embarazo, pero generalmente carece de utilidad para diagnosticar el aborto incompleto y puede llevar a la realización de intervenciones quirúrgicas innecesarias.</p>	OMS, 2019; DNSSR, 2021.
	<p>2.2.11. Si la/le/el profesional de salud decide realizar un ultrasonido para el seguimiento del aborto con medicamentos, el único hallazgo ultrasonográfico que requiere una intervención es la continuación del embarazo viable.</p>	Ipas, 2020.
Profilaxis de la isoimmunización Rh	<p>2.2.12. El riesgo de isoimmunización Rh en mujeres Rh negativas con gestaciones de 9 semanas o menos es muy bajo. Se recomienda y es mandatoria en todos los abortos con edad gestacional igual o mayor 10 semanas.</p>	NICE, 2020.

	2.2.13.	La profilaxis anti D en las mujeres Rh negativas debe indicarse al momento del diagnóstico de la situación de aborto o posaborto , según corresponda a la edad gestacional.	NICE, 2019.
Vacunación	2.2.14.	Si la persona no ha sido vacunada contra el tétanos en los 10 años anteriores a la consulta, se debe aplicar la vacuna antitetánica o doble adultos . ¹³ En todos los casos, es conveniente evaluar el estado de las vacunas y sugerir la colocación de las vacunas faltantes , sin que este requisito se convierta en obstáculo para la práctica.	DNSSR, 2021.
Diagnósticos diferenciales	2.2.15.	Ante un cuadro de atraso menstrual, pérdida por genitales y eventual dolor en hipogastrio , además del diagnóstico de aborto se deberán tener en cuenta como diagnósticos diferenciales más frecuentes al embarazo ectópico y a la enfermedad del trofoblasto .	PNSSPR, 2015.

2.3. ¿Cuáles con los estadios evolutivos de aborto y cómo se diagnostican?

Amenaza de aborto

Amenaza de aborto es el primer estadio evolutivo de un aborto. Se presenta con **hemorragia genital leve con dolor** en hemiabdomen inferior. En la especuloscopía observamos salida de sangre por el orificio cervical, en cantidad leve a moderada y al tacto vaginal **el orificio cervical externo se encuentra cerrado** (PNSSPR, 2015).

Aborto en curso

En el aborto en curso la **metrorragia es intensa con coágulos y el cuello uterino se encuentra abierto en todo su trayecto**, con orificio cervical externo (OCE) e interno (OCI) permeables. El dolor hipogástrico se intensifica. En el tacto vaginal se pueden tocar partes fetales y ovulares.

Existe un estadio intermedio que figura en la bibliografía llamado aborto inminente en el cual están intensificados todos los signos y síntomas de la amenaza de aborto, pero el cuello continúa cerrado (PNSSPR, 2015).

Aborto completo

En el aborto completo el embrión y los restos ovulares han sido expulsados completamente. Clínicamente ceden los dolores, disminuye la pérdida hemática, el canal cervical tiende a cerrarse y el volumen uterino se reduce (PNSSPR, 2015).

¹³ Ante un aborto espontáneo o inducido realizado en condiciones seguras, no es necesario colocar la profilaxis con gammaglobulina antitetánica, aún cuando corresponda la vacunación con vacuna doble adultos o toxoide tetánico.

Aborto incompleto

En el estado de aborto incompleto los restos ovulares no se han eliminado por completo. La **hemorragia es persistente**, pero menos intensa y los dolores disminuyen o ceden, el tamaño uterino disminuye, pero **no involuciona completamente**.

En la especuloscopia pueden verse restos en el canal cervical y **al tacto vaginal tocarse y percibir el reblandecimiento uterino junto con el canal cervical permeable** (PNSSPR, 2015).

Aborto retenido/aborto diferido

Se llama aborto detenido a la situación en donde el **embrión o feto no tiene actividad cardíaca, pero no es expulsado espontáneamente del útero**.

Tabla de recomendaciones. Estadios evolutivos del aborto. Diagnóstico

Amenaza de aborto	2.3.1.	La amenaza de aborto es el primer estadio evolutivo de un aborto. <ul style="list-style-type: none">• Se presenta con hemorragia genital leve con dolor en hemiabdomen inferior.• En la especuloscopia se observa salida de sangre por el orificio cervical, en cantidad leve a moderada.• En el tacto vaginal el orificio cervical externo (OCE) se encuentra cerrado.	PNSSPR, 2015.
Aborto en curso	2.3.2.	El aborto en curso . ¹⁴ <ul style="list-style-type: none">• Se presenta con metrorragia intensa con coágulos y dolor hipogástrico que se intensifica.• En la especuloscopia se observa salida de sangre por el orificio cervical, en cantidad moderada a abundante, con coágulos.• En el tacto vaginal el canal cervical se encuentra abierto en todo su trayecto, con dilatación del orificio cervical externo (OCE) y del orificio cervical interno (OCI). Se pueden tocar además partes fetales y ovulares.	PNSSPR, 2015.
Aborto completo	2.3.3.	En el aborto completo el contenido uterino ha sido expulsado completamente . <ul style="list-style-type: none">• Clínicamente ceden los dolores y el sangrado.• En la especuloscopia disminuye la pérdida hemática.• En el tacto vaginal se reduce el volumen uterino y el canal cervical comienza a cerrarse	PNSSPR, 2015.

¹⁴ Existe un estadio intermedio que figura en la bibliografía en el cual están intensificados todos los signos y síntomas de la amenaza de aborto, pero el cuello continúa cerrado o solo el orificio cervical externo está abierto (PNSSPR, 2015).

Aborto incompleto	2.3.4.	<p>En el aborto incompleto los restos ovulares no se han eliminado completamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La hemorragia y el dolor disminuyen, pero persisten. • En la especuloscopia pueden verse restos en el canal cervical. • En el tacto el tamaño uterino disminuye, pero no involucre completamente. Se percibe el útero reblandecido. El canal cervical permanece abierto y pueden palparse restos en el canal cervical. 	PNSSPR, 2015; OMS, 2019.
Aborto detenido o diferido	2.3.5.	<p>En el aborto retenido o diferido existe ausencia de vitalidad embrionaria o fetal o presencia de saco gestacional sin embrión.¹⁵</p> <p>En general, su diagnóstico es un hallazgo ecográfico ante síntomas de amenaza de aborto o como parte de los estudios habituales de control de embarazo. Puede presentarse de manera asintomática, con regresión de los síntomas y signos de gestación o con sangrado o dolor. Además, el tamaño uterino puede ser menor a la edad gestacional. El canal cervical está habitualmente cerrado.</p>	PNSSPR, 2015; DNSSR, 2021.

2.4. ¿Cómo es el tratamiento según el estadio evolutivo, la edad gestacional y el tipo de aborto (espontáneo o inducido)?

Amenaza de aborto

No hay evidencia suficiente que demuestre la efectividad de ningún tratamiento para los casos de aborto espontáneo (NICE, 2019).

Se debe confirmar la vitalidad embrionaria o fetal con un ultrasonido si no se pudieran percibir latidos cardio-fetales por otro método.

Si la condición clínica lo permite, la paciente con una amenaza de aborto espontáneo deberá volver en 7 a 14 días, para lo cual **debe recibir la información** especificada en las recomendaciones (NICE 2019).

Si se ha usado misoprostol en situación de **aborto inducido**, se le **realizarán las recomendaciones pertinentes y ajustes de dosis si fuera necesario.**

En todos los casos, las mujeres o PCG deben recibir información oral y escrita que incluya signos de alarma y formas de acceso rápidas a consultas, con número de teléfono con atención durante las 24 horas, o instancias de telemedicina y/o páginas web (NICE, 2019).

¹⁵ Se lo denomina, también, huevo muerto y retenido, gestación detenida, huevo anembrionado, huevo huero, gestación anembrionada, entre otros.

Aborto en curso, aborto incompleto o aborto detenido

En estos tres cuadros clínicos **el objetivo terapéutico es la evacuación uterina** (PNSSPR, 2015).

Para el cumplimiento de este objetivo terapéutico, si se trata de un aborto de menos de 13 semanas, se recomiendan tres estrategias de manejo, **que deben ser discutidas con la paciente**:

- a. Expectante (esperar y ver).
- b. Evacuación uterina con medicamentos.
- c. Evacuación uterina quirúrgica (NICE, 2019).

a. Manejo expectante

Se debe ofrecer el manejo expectante por **7 a 14 días**, que representa la primera línea de las estrategias tratamiento de **menos de 13 semanas y en abortos espontáneos**. Sin embargo, **se ofrecerán las otras opciones si** (NICE, 2019):

- existe riesgo de **hemorragias** (por embarazo en primer trimestre tardío, coagulopatías u otras),
- existe evidencia o riesgo de **infección**,
- **esperar no es una opción para la paciente**.

El manejo expectante **requiere cuidadosa información oral y escrita sobre todo en signos de alarma y acceso rápido al sistema de salud y a los dispositivos de telemedicina y teléfonos 24 h** (NICE, 2019).

Un barrido ecográfico después de los 7 a 14 días podrá ayudar a determinar si es el final del proceso o la necesidad de intervención (médica o quirúrgica) (NICE, 2019).

Es importante informar a las mujeres o PCG acerca de **cuánto tiempo podría llevar lograr un aborto completo de manera que sepan qué pueden esperar**. Para algunas mujeres o PCG, **el proceso puede durar hasta 6 u 8 semanas**.

El manejo expectante puede continuar siempre y cuando la mujer o PCG esté dispuesta y no presente signos de infección.

Más del **25% de las mujeres o PCG que eligen el manejo expectante** para el manejo de un aborto espontáneo **necesitan un procedimiento para concluir la evacuación endouterina**.

b. Manejo médico (con medicamentos)

El régimen de misoprostol recomendado para el **aborto incompleto menor de 13 semanas** es de **600 mcg vía oral o 400 mcg sublingual**. En ausencia de sangrado puede ser vaginal en dosis única (Ipas, 2020).

El régimen de misoprostol recomendado para el **aborto incompleto mayor de 13 semanas** es de **400 mcg sublingual**. En ausencia de sangrado puede ser vaginal **cada 3 horas hasta la expulsión** de los restos (Ipas, 2020).

El régimen de misoprostol recomendado para el **aborto diferido** es de **800 mcg por vía vaginal** (en ausencia de sangrado) o **600 mcg sublingual** (cuando exista sangrado) **cada 3 horas** hasta la expulsión (NICE, 2019; OMS, 2019; Ipas, 2020). Cuando se trate de un aborto diferido de **más de 13 y hasta 24 semanas** se emplearán **400 mcg de misoprostol por vía sublingual cada 4-6 horas hasta la expulsión**. El seguimiento será en internación o ambulatorio, según la edad gestacional (OMS, 2019; Ipas, 2020).

En todos los casos se ofrecerá de rutina tratamiento para el dolor con antiinflamatorios no esteroides (AINE), así como cualquier otra medicación que se requiera (OMS, 2012; NICE, 2019; Ipas, 2020).

Para el manejo médico del aborto incompleto y el aborto detenido **la información se otorgará/brindará de la misma manera que para el manejo expectante.**

c. Manejo quirúrgico (evacuación uterina instrumental)

Para el manejo quirúrgico del aborto incompleto **la información se brindará de la misma manera que para el manejo expectante.** Se agrega información acerca de **qué esperar antes, durante y después del procedimiento** (NICE, 2019).

Método de evacuación:

Se ofrecerá **aspiración por vacío eléctrica o manual** (con jeringa de aspiración). En ambos casos **el proceso será ambulatorio** (NICE, 2019).

Las recomendaciones acerca de la técnica de AMEU y procesamiento de material, pueden ser consultadas en el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (DNSSR, 2021).

Se recomienda fuertemente que la AMEU o la aspiración por vacío en general reemplace en la práctica cotidiana al legrado evacuador para el tratamiento del aborto incompleto.

Método de analgesia y anestesia

Existe evidencia limitada para recomendar **algún tipo de anestesia.** Se recomienda **adaptar esto a las necesidades de la paciente** como, por ejemplo, si necesita o prefiere minimizar el tiempo de recuperación o si, por el contrario, la mujer o PCG desea no estar consciente durante el procedimiento (NICE, 2019).

La combinación de **anestesia local con la asociación de AINE** administrados **previamente al procedimiento** con medidas adicionales, como el uso de analgésicos centrales (opioides) o ansiolíticos y **medidas no farmacológicas son útiles y se recomiendan** (Ipas, 2020).

No hay evidencia de qué técnica de **anestesia local** sea más segura y efectiva para realizar la evacuación uterina (NICE, 2019). Se recomienda utilizar aquella con la que el proveedor tenga más experiencia.

Profilaxis antibiótica

Se recomienda fuertemente profilaxis antibiótica antes del procedimiento de evacuación uterina (Ipas, 2020).

Ver usos de misoprostol y esquemas para profilaxis antibiótica en la [Tabla 2: Usos de misoprostol en posaborto](#); [Tabla 3: Esquemas para profilaxis antibiótica para la evacuación instrumental](#)

Tabla de recomendaciones. Estadios evolutivos del aborto. Tratamiento

Amenaza de aborto	2.4.1.	No hay evidencia suficiente que demuestre la efectividad de ningún tratamiento para estos casos.	NICE, 2020.
	2.4.2.	Se debe confirmar la vitalidad embrio-fetal con un ultrasonido si no se pudiera percibir actividad cardíaca fetal con otro método. ¹⁶	NICE, 2020.
	2.4.3.	La persona debe recibir información oral y escrita que incluya signos de alarma y formas de acceso rápidas , incluyendo números telefónicos con atención las 24 horas, instancias de telemedicina y/o páginas web.	NICE, 2020.
	2.4.4.	Si la condición clínica lo permite, la mujer o PCG con una amenaza de aborto espontáneo deberá volver en 7 a 14 días , brindando además información según la recomendación 2.4.3.	NICE, 2020.
	2.4.5.	Si ha usado misoprostol en situación de IVE o ILE se le realizarán las recomendaciones pertinentes en cuanto a la posología y formas de administración , haciendo los ajustes de dosis pertinentes, si fuera necesario, y brindando además información según la recomendación 2.4.3.	Punto de buena práctica.
Aborto en curso, aborto incompleto, aborto detenido	2.3.6.	En estos tres cuadros clínicos el objetivo terapéutico es la evacuación uterina. Para el cumplimiento de este objetivo, si se trata de un aborto de menos de 13 semanas , se recomiendan tres estrategias de manejo que dependerán de la condición clínica y de la preferencia de la mujer o PCG: <ul style="list-style-type: none"> • Expectante (esperar y ver). • Evacuación uterina con medicamentos. • Evacuación uterina quirúrgica o instrumental. 	PNSSPR, 2015; NICE, 2019.
	2.4.7.	En todas las situaciones se brindará cuidadosa información oral y escrita acerca de qué esperar antes, durante y luego de cada una de las opciones de tratamiento. De igual modo, se asesorará en diferentes formatos acerca de signos de alarma y acceso rápido al sistema de salud y a los dispositivos de telemedicina y teléfonos 24 h.	OMS, 2012; NICE, 2019.

¹⁶ Esto es válido para las situaciones de **aborto espontáneo**. En el caso de **IVE o ILE** se deberá **priorizar la decisión de la usuaria**, cuidando siempre los principios éticos, legales y de buenas prácticas que rigen la atención.

Aborto en curso, aborto incompleto, aborto detenido: tratamiento expectante	2.4.8.	Se debe ofrecer el manejo expectante por 7 a 14 días , ya que representa la primera línea de las estrategias tratamiento en abortos espontáneos con gestaciones de menos de 13 semanas . Se ofrecerán las otras opciones si: <ul style="list-style-type: none"> • Existe riesgo de hemorragias por embarazo en primer trimestre tardío, coagulopatías u otras. • Hay evidencia o riesgo de infección. • Esperar no es una opción para la paciente. 	NICE, 2019.
	2.4.9.	El manejo expectante requiere cuidadosa información oral y escrita sobre signos de alarma y acceso rápido al sistema de salud y a los dispositivos de telemedicina y teléfonos 24 h , tal como se detalla en la recomendación 2.4.7 .	NICE, 2019.
	2.4.10.	Una ecografía después de los 7 a 14 días determinará si es el final del proceso o la necesidad de intervención médica o quirúrgica.	NICE, 2019.
	2.4.11.	La necesidad de intervención o no intervención después de un aborto con medicamentos debe basarse en los síntomas y signos clínicos , y no en los hallazgos de un ultrasonido. ¹⁷	Ipas, 2020.
Aborto en curso, aborto incompleto, aborto detenido: tratamiento con medicamentos	2.3.12	Para el manejo médico del aborto incompleto y el aborto detenido , la información se brindará de la misma manera en que se detalla en la recomendación 2.4.7 .	
	2.4.13.	El régimen de misoprostol recomendado para el aborto incompleto menor de 13 semanas es de 600 mcg por vía oral o de 400 mcg por vía sublingual, en dosis única . En ausencia de sangrado puede utilizarse la vía vaginal.	Ipas, 2020.
	2.4.14.	El régimen de misoprostol recomendado para el aborto incompleto de 13 semanas o más es de 400 mcg por vía bucal o sublingual, cada 3 horas, hasta la expulsión de los restos . En ausencia de sangrado puede utilizarse la vía vaginal.	Ipas, 2020.

¹⁷ Después de haber finalizado un aborto con medicamentos, **el endometrio puede tener diversos grosores y una apariencia compleja o heterogénea**. 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** (Ipas, 2020).

	<p>2.3.15 El régimen de misoprostol recomendado para el aborto diferido (menos de 13 semanas) es de 600 mcg por vía sublingual. En la ausencia de sangrado puede usarse la vía vaginal en dosis de 800 mcg. Por ambas vías se indicará cada 3 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.</p>	<p>OMS, 2018; Ipas, 2020.</p>
	<p>2.4.16. El régimen de misoprostol recomendado para el aborto diferido (más de 13 y hasta 24 semanas) es de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual cada 4-6 horas hasta la expulsión. Cuando 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.</p>	<p>OMS, 2019; Ipas, 2020.</p>
	<p>2.4.17. En todos los casos se ofrecerá de rutina tratamiento para el dolor con AINE antieméticos, y cualquier otra medicación que pueda requerirse.¹⁸</p>	<p>OMS, 2012; NICE, 2019; Ipas, 2020.</p>
	<p>2.4.18. No se recomienda el uso del paracetamol para reducir el dolor durante el aborto.</p>	<p>OMS, 2014; Ipas, 2020.</p>
<p>Aborto en curso, aborto incompleto, aborto detenido: tratamiento quirúrgico o evacuación uterina instrumental</p>	<p>2.4.19. Para el manejo quirúrgico del aborto incompleto y el aborto detenido la información se realizará de la misma forma en que se detalla en la recomendación 2.4.7.</p>	<p>OMS, 2014; NICE, 2019; Ipas, 2020.</p>
	<p>2.4.20. Se recomienda fuertemente que la aspiración por vacío manual o eléctrica reemplace en la práctica cotidiana al legrado evacuador para el tratamiento del aborto incompleto.¹⁹</p>	<p>FIGO, 2019; OMS, 2012; Ipas, 2020.</p>
	<p>2.4.21. De ser posible, el procedimiento AEU será ambulatorio.</p>	<p>NICE, 2019.</p>

¹⁸ Para asegurar que las **medicaciones orales** tengan su mayor efectividad en el momento del procedimiento, **administrarlas 30-45 minutos antes** (OMS, 2014). También se deberá entregar la medicación necesaria al alta de las instituciones sanitarias (por ejemplo, luego de una internación por un aborto de segundo trimestre o de una AMEU realizada en forma ambulatoria).

¹⁹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) afirman que la aspiración por vacío o los regímenes de aborto con medicamentos deben reemplazar el legrado uterino instrumental (FIGO, 2011; OMS, 2012). **En lugares donde no existen servicios de evacuación endouterina, se debe introducir servicios de aspiración por vacío y aborto con medicamentos** (IPAS, 2020).

2.4.22.	De ser necesario, se referirá a la mujer o PCG a una dependencia apropiada , si se detecta alguna condición que pueda provocar o exacerbar complicaciones.	OMS, 2014.
2.4.23.	Existe evidencia limitada para recomendar algún tipo de anestesia . Se recomienda adaptar esto a las necesidades de la persona ²⁰ y al método con el que esté más familiarizado el proveedor de salud.	NICE, 2019.
2.4.24.	Es útil la combinación de anestesia local mediante bloqueo paracervical con AINES (antes del procedimiento) y medidas adicionales como: <ul style="list-style-type: none"> • uso de analgésicos centrales (opioides) o ansiolíticos, • medidas no farmacológicas. 	OMS, 2014; Ipas, 2020.
2.4.25.	No se recomienda el uso de anestesia general de rutina para la aspiración de vacío o dilatación y evacuación (D y E). ²¹	OMS, 2014.
2.4.26.	Se recomienda fuertemente la profilaxis antibiótica antes del procedimiento quirúrgico de evacuación uterina. ²²	OMS, 2014; Ipas, 2020.

2.5. ¿Cuáles son las urgencias y emergencias que pueden presentarse y cómo deben manejarse?

Como es sabido, las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro o con técnicas no apropiadas pueden resultar en morbilidad severa y muerte. De hecho, **el aborto está entre las primeras causas de mortalidad materna en el mundo y en la Argentina.**

La morbilidad y la mortalidad por aborto son evitables y dependen en gran medida de la **legalidad vigente para realizarlo sin riesgos y de la calidad de atención del posaborto.** Mejorar la calidad de atención en estas circunstancias se considera crítica (Huber et al., 2016; OMS, 2012).

²⁰ Por ejemplo, la elección de uno u otro tipo de anestesia dependerá de si necesita minimizar el tiempo de recuperación o si, por el contrario, desea no estar consciente durante el procedimiento.

²¹ **Las medicaciones usadas para anestesia general son uno de los pocos aspectos de los cuidados del aborto que pueden amenazar la vida.** Cualquier dependencia sanitaria que ofrezca anestesia general debe tener equipos y personal especializados en el manejo del procedimiento y sus complicaciones.

Quando se maneja **el dolor por vía intravenosa**, sedación consciente o anestesia general, **debe estar presente un clínico capacitado** (y certificado si así lo exige la ley) para vigilar los parámetros respiratorios, cardiovasculares y neurológicos, incluyendo el nivel de conciencia.

El profesional que hace el manejo del dolor por vía IV debe estar **preparado para dar soporte respiratorio en caso de producirse un paro respiratorio** (OMS, 2014).

²² **Además de la profilaxis antibiótica, todo el personal clínico y de apoyo debe comprender y aplicar sistemáticamente las precauciones estándar para la prevención y control de infecciones, para su propia protección y la de sus pacientes** (OMS, 2014).

Estudios recientes han mostrado que la capacidad y calidad de atención de las situaciones clínicas que se presentan en posaborto, tanto en los niveles de atención primaria como en los niveles de mayor complejidad es baja (Owolabi et al., 2019).

Se asume que **las complicaciones del aborto son más frecuentes como consecuencia de abortos inducidos en condiciones de riesgo** (Huber et al., 2016).

El aborto es un procedimiento sumamente seguro cuando es realizado de acuerdo con guías de procedimientos médicos basados en evidencias. El riesgo de enfermar gravemente o morir por un aborto realizado en condiciones seguras es mucho menor que el de hacerlo por un parto (OMS, 2012).

La generalización del uso de medicamentos para abortar y el apoyo de proveedores no médicos han mejorado el acceso a abortos seguros autoinducidos, por lo que ya no es tan cierto calificar un aborto como inseguro únicamente por el tipo de proveedor o por el medio ambiente en que el aborto se realiza (Calvert et al., 2018).

Actualmente la OMS usa **tres categorías** para establecer la seguridad del aborto inducido: **seguro, menos seguro e inseguro**, lo cual representa un gradiente de riesgo que considera:

- El **método utilizado**.
- La **persona que provee la práctica**.
- El **lugar donde se realiza**.

Asegurar el bienestar de una mujer o PCG que está cursando un aborto requiere mucho más que un operador calificado y un procedimiento medicamente apropiado y seguro. **Un aborto es también seguro si las mujeres o PCG no tienen el riesgo de recibir cualquier tipo de sanción por ello o de ser estigmatizadas**, ya que ambas cosas producen estrés y aislamiento social y atentan contra el acceso a los servicios (Sedgh et al., 2016).

Por lo tanto, para una atención de calidad debe existir una gradación que no solo contemple el proceso de quiénes, con qué y dónde se produce la atención, sino también el clima legal y social en donde esto ocurre (Starrs et al., 2018).

Las complicaciones mayores que requieren hospitalización, transfusiones o cirugías son menos frecuentes por el incremento de la autoinducción de aborto con medicamentos y la participación de organizaciones de la comunidad en los procesos de provisión de medicación, consejería y acompañamiento (Moseson, 2020), pero sigue siendo imprescindible que el personal de salud reconozca los signos y síntomas que sugieren complicaciones mayores y sepa cómo tratarlas precozmente.

Los tres tipos de complicaciones más frecuentes ante un aborto son:

- a. Complicaciones hemorrágicas.
- b. Complicaciones infecciosas.
- c. Complicaciones traumáticas: perforaciones o laceraciones, abdomen agudo hemorrágico o infeccioso.

Los **servicios que proveen cuidados básicos** para el posaborto deberían ser capaces de (Campbell et al., 2016):

- remover restos placentarios en un aborto incompleto (realizar AMEU y usar misoprostol);
- administrar antibióticos, uterotónicos y fluidos expansores por vía parenteral;
- tener los recursos para la derivación oportuna a un nivel superior de atención;

- brindar atención de guardia de 24 horas, 7 días a la semana;
- contar con proveedores de salud como enfermería, licenciadas en obstetricia y medicina general.

Los **servicios que provean cuidados complejos** para el posaborto deberán tener **las mismas capacidades de resolución que los básicos, con el agregado de** capacidad para:

- realizar transfusiones de sangre y hemoderivados;
- efectuar cirugías abdominales de mediana y alta complejidad (histerectomías, ligaduras hemostáticas, reparaciones de vísceras, etc.);
- disponer con unidades de cuidados intensivos (UCI);
- contar con especialistas en ginecología y obstetricia, anestesiología y cirugía general.

Se debe disponer de protocolos para el manejo de urgencias médicas, que deben incluir indicaciones claras para traslado de emergencia e instrucciones por escrito y de fácil acceso para la comunicación con los servicios de apoyo externos que se requieran.

Tabla de recomendaciones. Atención durante la urgencia y la emergencia

Organización de los servicios para la emergencia	2.5.1.	Se debe disponer de protocolos para el manejo de urgencias médicas , que deben incluir indicaciones claras para traslado de emergencia e instrucciones por escrito y de fácil acceso para la comunicación con los servicios de apoyo externos que se requieran.	CLAP, 2019; NAF, 2020.
	2.5.2.	Los protocolos deben revisarse anualmente y cubrir los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> • hemorragia, • perforación, • paro/depresión respiratoria, • anafilaxia, • traslados de emergencia. 	NICE, 2020.
	2.5.3.	El personal de salud de los efectores sin un quirófano disponible o sin experiencia debe tener protocolos claros para la reanimación y traslado de la mujer o PCG a un establecimiento de salud de nivel superior ante una urgencia o emergencia.	Ipas, 2020.
	2.5.4.	Es conveniente optar por entrenar a los equipos de salud mediante simulacros anuales de los protocolos de emergencia.	NAF, 2020.

	2.5.5.	Todo el personal debe tener conocimiento de las funciones que han de desempeñar en el manejo de emergencias médicas.	NAF, 2020.
	2.5.6.	Los insumos de emergencia se deben encontrar en lugares conocidos, accesibles y apropiados y se les debe revisar y renovar periódicamente .	NAF, 2020.
	2.5.7.	El centro de salud debe contar por lo menos con dos uterotónicos y/o métodos mecánicos para el control de la hemorragia (sonda Foley, balón de Bakri). ²³	NAF, 2020.
Abordaje inicial	2.5.8	El prestador de salud deberá realizar una evaluación inicial rápida a toda persona que se encuentre en situación de aborto para detectar precozmente complicaciones graves como shock hipovolémico, shock séptico o abdomen agudo. Ver recomendación 2.1.3 .	Harris et al., 2020; Ipas, 2020.
	2.5.9.	La inestabilidad hemodinámica se caracteriza por hipotensión arterial, taquicardia e hipoperfusión tisular periférica , acompañada muchas veces por alteración del sensorio . Cuando una persona se presenta con inestabilidad hemodinámica deben implementarse las siguientes medidas de manera inmediata y simultánea : <ul style="list-style-type: none"> • evaluación, • resucitación, • estabilización, • tratamiento. 	Harris et al., 2020.
	2.5.10.	El pedido de ayuda es el primer paso en cualquier emergencia , para luego abordar el resto de las prioridades de manejo.	CLAP, 2019.
	2.5.11.	Los cuadros que cursan con inestabilidad hemodinámica pueden requerir estabilización en el nivel local y traslado inmediato a una institución de mayor complejidad por necesidad quirúrgica, transfusional o de unidad de terapia intensiva.	OMS, 2014; Harris et al., 2020; Ipas, 2020.

²³En ausencia de otros métodos mecánicos para **taponamiento uterino**, pueden usarse también un preservativo inflado o gasas estériles (Ipas, 2020).

2.5.12.	En toda paciente con inestabilidad hemodinámica , cuando no se tenga una ecografía previa que constata embarazo intrauterino, siempre se deberá descartar un embarazo extrauterino complicado con hemoperitoneo.	Harris et al., 2020.
2.5.13.	Las causas de inestabilidad hemodinámica en una persona en situación de aborto pueden ocurrir por: <ul style="list-style-type: none"> • hemorragia excesiva (shock hipovolémico), • infección severa (shock séptico), • presencia de toxinas bacterianas (shock tóxico). 	Harris et al., 2020.

a. Complicaciones hemorrágicas

La Sociedad de Planificación Familiar (SPF) define **la hemorragia posaborto como el sangrado excesivo, mayor a 500 ml, o aquel que requiere una respuesta clínica como una transfusión o ingreso hospitalario.**

En general, las complicaciones hemorrágicas son las más frecuentes y **se dan especialmente en abortos del segundo trimestre tardío y son la primera causa de mortalidad por aborto** (Kerns et al., 2013). En el primer trimestre el riesgo de sangrado severo es menor a 1 cada 1000 abortos, y se eleva a 4 cada 1000 abortos en las gestaciones de más de 20 semanas.

La manifestación clínica es la hemorragia vaginal y las causas más frecuentes son el **aborto incompleto por retención de restos ovulares, las laceraciones vaginales, las laceraciones vaginales o cervicales, la perforación uterina, la atonía uterina, la placentación anormal y los trastornos de la coagulación** (PNSSPR, 2015).

El diagnóstico y control del sangrado deben realizarse sin demora y esto requiere un abordaje precoz y ordenado que incluya evaluación y tratamiento primario simultáneos.

La valoración de la magnitud del sangrado es de difícil aplicación en la práctica clínica por la diferencia interobservador, por lo que **debe aplicarse aquí el criterio diagnóstico de presencia de un sangrado activo por genitales asociado a inestabilidad hemodinámica y, eventualmente, usar el índice de shock reportado en las recomendaciones (ver [Tabla 2](#) en Anexo).**

Se asume a los fines de esta guía y como recomendación de buena práctica seguir las guías e indicaciones para la hemorragia posparto.

Ver diagnóstico y abordaje inicial de la hemorragia en ([Tabla 2: Diagnóstico de shock hipovolémico](#); [Cuadro 1: Abordaje inicial de la emergencia por hemorragia severa post...](#))

Tabla de recomendaciones. Complicaciones hemorrágicas

La Sociedad de Planificación Familiar define la hemorragia posaborto como **sangrado excesivo que requiere una respuesta clínica**, tal como una transfusión o ingreso hospitalario, **y/o sangrado mayor de 500 ml** (Kerns y Steinauer, 2013; Ipas, 2020).

Se asume a los fines de esta guía y como recomendación de buena práctica seguir las **guías e indicaciones del “código rojo obstétrico”** para la hemorragia posparto tal como consta en el algoritmo anexo en la guía.

Las causas de hemorragia posaborto son (OMS 2014; CLAP, 2019; Ipas 2020):

- retención de restos placentarios,
- atonía uterina,
- laceraciones cervicales o vaginales,
- lesiones uterinas (perforación o rotura),
- acretismo placentario,
- coagulopatías.

Ver algoritmo para abordaje inicial de la emergencia por hemorragia severa posaborto en **Cuadro 1** de la guía.

Abordaje inicial

2.5.14.	Si bien la hemorragia luego de un aborto inducido realizado en condiciones seguras es rara, durante una situación de posaborto puede ocurrir un sangrado activo no controlado. Cuando esta pérdida alcanza un volumen del 40% del volumen sanguíneo total ocurre el shock hipovolémico. En este estado, las demandas de los tejidos no se alcanzan y aparece la inestabilidad hemodinámica . Se debe vigilar de cerca a la paciente que presenta hemorragia para detectar signos de shock.	CLAP, 2019; Ipas, 2020.
2.5.15.	El índice FC/TAS ²⁴ puede ayudar a definir la severidad del shock hipovolémico: <ul style="list-style-type: none"> • 0,7 a 0,9 Normal • 1 a 1,2 Leve • 1,2 a 1,5 Moderado • >1,5 Grave 	CLAP, 2019; Tabla 2 de Anexo.
2.5.16.	Las prioridades en el manejo son: <ul style="list-style-type: none"> • pedir ayuda, • controlar el sangrado, • reponer el volumen circulatorio para mejorar la perfusión y la capacidad de transporte de oxígeno. 	CLAP, 2019; Cuadro 1.
2.5.17.	Al enfrentarse a una hemorragia en evolución, se deben recordar siempre las cuestiones sencillas de la atención: evaluar continuamente la pérdida de sangre , medir y registrar con frecuencia los signos vitales y asegurar una o dos vías intravenosas de grueso calibre (14 o 16).	NAF, 2020.

²⁴FC: frecuencia cardíaca. TAS: tensión arterial sistólica.

Tratamiento

- 2.5.18.** La **atonía uterina por evacuación uterina incompleta** es la **causa más común** de hemorragia posaborto. Se debe, en lo posible:
1. asegurar la **evacuación completa** del útero (aspiración endouterina);
 2. estimular la **contracción uterina** con uterorretractores y masaje uterino;
 3. intentar **taponamiento uterino** (balón de Bakri, sonda Foley, condón inflado dentro del útero).
- Se debe pasar con rapidez al próximo paso si no se controla el sangrado.**
- Ipas, 2020; NAF, 2020.
-
- 2.5.19.** El **manejo farmacológico** que se realiza en los casos de **atonía uterina** puede realizarse con los siguientes medicamentos:
- **metilergonovina** 0.2mg por vía intramuscular o intracervical repetir cada 2 a 4 horas²⁵;
 - **misoprostol** 800 mcg por vía sublingual o rectal;
 - **oxitocina** 10 a 40 unidades por cada 500 ml a 1000 ml de líquido intravenoso o 10 unidades por vía intramuscular.
- Ipas, 2020.
-
- 2.5.20.** Una **laceración cervical o vaginal** 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**.
- Ipas, 2020.
-
- 2.5.21.** El **manejo quirúrgico** puede realizarse en las atonías uterinas que no responden al tratamiento médico conservador, retenciones de restos placentarios o lesiones traumáticas de vagina cuello o útero.
- CLAP, 2019.
-
- 2.5.22.** Si la hemorragia **persiste** luego de realizados los pasos para tratar la atonía y si no se detectan laceraciones cervicales o vaginales visibles, se debe **pensar en otros diagnósticos** (perforación, acretismo, coagulopatía). Es probable que se requiera el **traslado inmediato**.
- NAF, 2020.

²⁵ Evitar en mujeres con hipertensión arterial (Ipas, 2020).

b. Complicaciones infecciosas

La mayoría de los cuadros infecciosos que se presentan en el aborto o posaborto, son cuadros leves y tratables con regímenes de antibioticoterapia ambulatoria de amplio espectro, como ocurre en el llamado aborto infectado simple. En este, la infección está limitada a la cavidad uterina, no hay retención de restos ovulares y no hay repercusión general.

Otras veces, **cuando la situación se acompaña de retención de restos placentarios, requiere hospitalización para evacuación por AMEU de los restos y tratamiento antibiótico parenteral.** En estos casos **se impone la necesidad de realizar hemocultivos y vigilancia de signos vitales.**

Las complicaciones infecciosas severas se manifiestan cuando al cuadro local se agrega la inestabilidad hemodinámica con hipotensión, taquicardia, aumento de la FRy/o trastornos del sensorio. En estas situaciones clínicas son mandatorios el diagnóstico temprano y una intervención precoz.

La prevención, el diagnóstico y el manejo precoz de la sepsis obstétrica posaborto son claves para reducir la morbilidad y la mortalidad materna por esta causa.

El manejo inicial de una paciente séptica durante la primera hora es crítico. Requiere cuatro pasos fundamentales (NCEC, 2014):

- Detección
- Comunicación
- Reconocimiento (diagnóstico)
- Tratamiento (resucitación y remoción del foco)

Ver diagnóstico y tratamiento inicial de la sepsis ([Cuadro 2: Diagnóstico de sepsis](#); [Cuadro 3: Diagnóstico de cada uno de los estadios de la...;](#) [Cuadro 4 abordaje inicial de la sepsis](#))

Tabla de recomendaciones. Complicaciones infecciosas

Es muy importante detectar a las mujeres o PCG que ingresan cursando una infección. Es más probable que la infección sea severa si el aborto ha sido inseguro (RCOG, 2016).

Presentación clínica	2.5.23.	Las características clínicas de sospecha de infección incluyen: <ul style="list-style-type: none">• temperatura mayor de 37.5°;• útero blando o poco retraído, doloroso;• dolor abdominal a la palpación con defensa y/o reacción peritoneal;• secreción maloliente o purulenta a través del cérvix. Siempre se deberá evaluar la existencia de inestabilidad hemodinámica.	RCOG, 2016.
-----------------------------	----------------	---	-------------

Aborto infectado simple	2.5.24.	En el aborto infectado simple , la infección esta circunscrita a la cavidad uterina. Requiere tratamiento antibiótico ambulatorio y descartar retención de restos ovulares y lesiones uterinas . ²⁶	PNSSPR, 2015; RCOG, 2016.
	2.5.25.	En el aborto infectado simple sin restos ovulares , luego del aborto inducido con medicamentos y sin inestabilidad hemodinámica, corresponde a endometritis posaborto . Se realizará tratamiento antibiótico ambulatorio con ²⁷ : <ul style="list-style-type: none"> • ceftriaxona 250 mg intramuscular única dosis; más, • doxiciclina 100 cada 12 h vía oral por 14 días; más, • metronidazol 500 mg vía oral cada 12 h por 14 días. 	Harris, 2016; CDC, 2021
Aborto infectado con restos placentarios	2.5.26.	El aborto infectado con restos placentarios requiere ²⁸ : <ul style="list-style-type: none"> • internación, • descartar lesiones uterinas (perforación), • iniciar tratamiento antibiótico parenteral, • evacuación uterina mediante AEU una vez iniciado el tratamiento antibiótico. 	Harris, 2016; CDC, 2021.
	2.5.27.	El tratamiento antibiótico de la endometritis con restos placentarios y de la salpingitis o peritonitis posaborto debe iniciarse con doble plan antibiótico por vía parenteral: <ul style="list-style-type: none"> • clindamicina 900 mg IV cada 8 horas; más, • gentamicina 3 a 5 mg/kg en una sola dosis diaria. 	Harris, 2016; CDC, 2021.
Diagnóstico de infección severa	2.5.28.	La inestabilidad hemodinámica sugiere sepsis asociada al foco infeccioso presente.	RCOG, 2016.
	2.5.29.	Los cuadros de infección severa son: <ul style="list-style-type: none"> • síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), • sepsis, • sepsis severa, • shock séptico. 	NCEC, 2014; Cuadros 2 y 3.

²⁶ La detección de restos ovulares puede hacerse mediante examen clínico o ecografía.

²⁷ Infecciones polimicrobianas a partir de flora vaginal y flora intestinal (CDC, 2015; Harris, 2016).

²⁸ Se considera que la infección tiene posibilidades de extensión a la pelvis con salpingitis o pelviperitonitis (CDC, 2015; Harris, 2016).

	<p>2.5.30. El SIRS debe reunir al menos dos de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • T° > 38 o < 36°. • TAS < 90 mmHg. • FC > 100 lat/min. • FR > 20 resp/min. • Leucocitos > 12000 mm³ o < 4000 mm³. 	Harris, 2020; NCEC, 2014.
	<p>2.5.31. La sepsis corresponde al SIRS más foco infeccioso documentado o sospechado.</p>	Harris, 2020; NCEC, 2014.
	<p>2.5.32. La sepsis severa corresponde a la sepsis más hipoperfusión tisular o falla orgánica agregadas.</p>	NCEC, 2014.
	<p>2.5.33. En el shock séptico no hay respuesta a la resucitación con 30 ml/kg máximo total de fluidos y el nivel de lactato es mayor a 4 nmol/ml</p>	NCEC, 2014.
Manejo inicial de la sepsis	<p>2.5.34. El manejo inicial de una paciente séptica es crítico en la primera hora. Requiere cuatro pasos fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección. • Comunicación. • Reconocimiento (diagnóstico). • Tratamiento (resucitación). 	NCEC, 2014; Cuadro 4.
	<p>2.5.35. Detección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ante dos criterios de SIRS en una mujer o persona en situación de aborto se recomienda tomar inmediatamente el aborto como foco primario. 	NCEC, 2014.
	<p>2.5.36. Comunicación.²⁹ Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tener identificado, comunicado y visible a quién se debe llamar para solicitar ayuda; • estandarizar los datos a transmitir y el tipo de ayuda requerida. 	NCEC, 2014.
	<p>2.5.37. Reconocimiento. Dentro de la primera hora se deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizar 2 hemocultivos; • instaurar antibioticoterapia; • solicitar lactato y recuento de glóbulos blancos; • colocar sonda vesical para medir diuresis horaria; • colocar oxígeno al 95 o 100%, a 10 ml/hora con máscara; • identificar y tratar el foco de infección (retención de restos, absceso pélvico, perforación de víscera, peritonitis). 	NCEC, 2014.

2.5.38.	Resucitación. <ul style="list-style-type: none"> • Administrar fluidos en bolo de 300 a 500 cm³ hasta un máximo de 30 ml/kg. • Reevaluar a los 60 minutos con TAS 	NCEC, 2014.
2.5.39.	Si a los 60 minutos de iniciada la resucitación: <ul style="list-style-type: none"> • la TAS se recupera por encima de 90 mmHg • el nivel de lactato se encuentra entre 2 y 4 mmol/l Se debe buscar impacto sobre los órganos blanco. Si alguno de los parámetros evaluados muestra disfunción o falla orgánica , se diagnostica sepsis severa y se deriva a la unidad de cuidados intensivos (UCI).	NCEC, 2014.
2.5.40.	Si a los 60 minutos de iniciada la resucitación, <ul style="list-style-type: none"> • la TAS persiste menor a 90 mmHg, • el lactato es de 4 o más mmol/l Se diagnostica shock séptico , que requiere inotrópicos y traslado a UCI.	NCEC, 2014.
2.5.41.	El tratamiento antibiótico se plantea inicialmente dentro de la primera hora , una vez tomadas las dos muestras para hemocultivo.	NCEC, 2014.
2.5.42.	La evacuación del foco infeccioso se realizará una vez recibido el tratamiento antibiótico y estabilizada la paciente.	NCEC, 2014.

c. Complicaciones traumáticas

Las complicaciones traumáticas de un aborto pueden ser **por lesiones mecánicas, pero también pueden producirse por lesiones espontáneas.**

Las **lesiones mecánicas** producidas en el útero, vagina o cérvix suelen ser consecuencia de **abortos inseguros por maniobras realizadas con objetos punzantes o realizadas por operadores inexpertos.** El resultado de esto puede ser una perforación uterina, y a través de esto una perforación de una víscera abdominal o laceraciones en cérvix o vagina de distintas magnitudes y gravedades.

Estos eventos **también pueden ser consecuencia de abortos seguros realizados en el ámbito hospitalario, aunque su ocurrencia es mucho menor y más frecuente después de las 20 semanas de gestación** (OMS, 2012). La perforación uterina en el momento de efectuar la aspiración endouterina es una complicación rara pero potencialmente grave: según las estimaciones, entre 0.1 y 3 de cada 1000 procedimientos de aborto inducido presentan perforación uterina.

²⁹ La comunicación pobre intraequipo y con equipos externos de apoyo ha sido identificada como una **causa que contribuye a los incidentes adversos** (NCEC, 2014).

Las lesiones espontáneas suelen ocurrir en mujeres o PCG de mayor edad con antecedentes de cesáreas, abortos quirúrgicos previos, o placenta previa, que tienen mayor riesgo de rotura uterina y placentación anormal, lo cual podría generar complicaciones hemorrágicas severas (Hobson, 2019).

Es importante que los equipos tengan siempre en cuenta la posibilidad de estas lesiones, sobre todo luego de un aborto inseguro (PNSSPR, 2015).

Tabla de recomendaciones. Complicaciones traumáticas

Se debe tener en cuenta siempre la posibilidad de lesiones traumáticas cervicales, uterinas o de víscera hueca

Las mismas pueden ser posaborto inducido en condiciones inseguras: Sin embargo, aún en condiciones seguras, estas complicaciones también pueden ocurrir, tanto en la evacuación uterina quirúrgica como en los abortos con medicamentos (Harris, 2020).

Perforación uterina: abordaje inicial	2.5.43.	Algunas de estas complicaciones se presentan con inestabilidad hemodinámica y requieren el abordaje inicial descrito para hemorragia o sepsis. Otras, sin signos tan graves, pueden ser manejadas según la causa.	Harris, 2020.
	2.5.44.	Quienes trabajan en centros de salud sin quirófano disponible o no cuentan con la suficiente experiencia deben tener protocolos claros para la reanimación y para el traslado a un establecimiento de salud de nivel superior.	Ipas, 2020.
	2.5.45.	Las mujeres o PCG en riesgo de shock requieren: <ul style="list-style-type: none"> • la colocación de una o dos vías intravenosas de grueso calibre; • oxígeno suplementario; • reanimación con líquidos y reposición de productos sanguíneos. 	Ipas, 2020.
	2.5.46.	Si ocurre o se sospecha la presencia de una perforación , incluso en pacientes asintomáticas , el protocolo debe abordar los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> • colocación de una vía intravenosa; • observación adicional; • plan de seguimiento que incluya acciones para completar el proceso de aborto, de ser necesario; • criterios para trasladar a la paciente a un hospital. 	NAF, 2020.

	2.5.47.	La perforación uterina habitualmente pasa desapercibida y se resuelve sin necesidad de intervención.	OMS, 2014.
	2.5.48.	Si se sospecha que existe una perforación, lo más seguro es proceder como si, en efecto, la hubiera.	NAF, 2020.
	2.5.49.	A toda mujer o PCG bajo sospecha de perforación uterina , aunque sea asintomática, se le debe informar de la complicación y se debe observar su cuadro clínico.	Ipas, 2020.
Tratamiento conservador	2.5.50.	En el primer trimestre , en una intervención realizada en condiciones seguras, a menudo las perforaciones son asintomáticas y su resolución ocurre sin intervención alguna. <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las perforaciones se localizan en la línea media y/o en el fondo del útero. • De ocurrir antes de la succión, generalmente se pueden manejar mediante observación y seguimiento cuidadoso. • Las perforaciones laterales podrían involucrar a los vasos sanguíneos del útero y, de ser así, serían más significativas. 	NAF, 2020.
	2.5.51.	Si la mujer o PCG está estable , y se trata de una perforación por AEU sin síntomas, 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.	IPAS, 2020.
Referencia a nivel de complejidad	2.5.52.	Si la mujer o PCG 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.	Ipas, 2020.
	2.5.53.	Toda mujer o PCG 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.	Ipas, 2020.

	2.5.54.	En el segundo trimestre , incluso una perforación asintomática podría justificar el traslado de la paciente a un hospital para evaluarla , ya que podría observarse una morbilidad más significativa.	NAF, 2020.
	2.5.55.	Siempre que se necesite y esté disponible, la laparoscopia es el método de estudio de elección.	OMS, 2020b.
	2.5.56.	Si el estado de la mujer o PCG o los hallazgos de la laparoscopia sugieren daño del intestino, vasos sanguíneos u otras estructuras, tal vez se necesite realizar una laparotomía para reparar cualquier daño.	OMS, 2014.
	2.5.57.	Si se completa el procedimiento después de la sospecha o confirmación de perforación, se debería realizar la evacuación endouterina bajo la guía directa de ultrasonido o mediante visualización directa durante la laparoscópica o en la laparotomía.	Ipas, 2020; NAF, 2020.
Otros diagnósticos	2.5.58.	La ecografía podrá ser útil para descartar restos placentarios, perforaciones uterinas, acretismo placentario, malformaciones arteriovenosas y sospechar perforación de víscera hueca.	Harris et al., 2020.
	2.5.59.	Dentro de las complicaciones traumáticas además de la rotura uterina deberán considerarse el acretismo placentario y las malformaciones arteriovenosas en mujeres o PCG con cesáreas o abortos quirúrgicos previos.	Harris et al., 2020.

3. ¿Cuáles son los puntos clave en la atención integral luego del aborto?

El término **atención posaborto** hace referencia a un modelo de intervención integral que debe proveerse a mujeres o PCG que están cursando un aborto o presentan complicaciones de un aborto, sea este espontáneo o inducido, en condiciones de riesgo o en condiciones seguras.

La atención posaborto tiene dos elementos claves: **uno curativo**, que es el tratamiento del aborto incompleto y sus complicaciones; y **otro preventivo**, que comprende la consejería, los servicios posaborto y la anticoncepción posaborto (Owolabi et al., 2019). Se requiere que ambos componentes del servicio sean de buena calidad. Cuando esto ocurre, se reducen las complicaciones y la morbilidad y la mortalidad asociada al aborto incompleto (Term, 2015; OMS, 2015).

Dentro de estos dos componentes, los elementos claves de la atención posaborto son:

- **El tratamiento** o la atención clínica que corresponde al estadio evolutivo del aborto, aspecto ya tratado en el punto 2 de las recomendaciones.
- La **consejería** para identificar y responder a las necesidades de salud social, emocional y otras inquietudes.
- La **anticoncepción posaborto** cuyo fin es evitar los embarazos no intencionales, transformando a la atención en el posaborto en una oportunidad para el acceso.
- La pesquisa y derivación para atención de **situaciones de salud general y salud sexual y reproductiva** a servicios específicos cuando la mujer o PCG, o el equipo, lo consideren necesario
- El aprovechamiento del contacto con el sistema de salud para establecer vínculos e **interacciones comunitarias** virtuosas con relación al estigma, al acceso a la anticoncepción y a consultas precoces para evitar las complicaciones de los abortos realizados en condiciones de riesgo.

3.1. ¿Qué apoyo les gustaría tener a las mujeres o PCG luego de un aborto?

Dentro de los elementos esenciales de la atención posaborto se encuentra la **consejería específica para esta situación**, que en este apartado definiremos a fines prácticos **con dos componentes: uno claramente informativo y otro dedicado a las necesidades físicas y emocionales** que la situación puede requerir **y al acompañamiento de otras necesidades emergentes** de salud sexual y reproductiva u otras (Ipas, 2014).

Los equipos de salud que están comprometidos con los cuidados posaborto deberían tener muy en claro y asegurar que las mujeres o PCG que han transitado un aborto **reciban la información y el apoyo emocional que pudieran necesitar** (RCOG, 2016).

Dentro de la información que deberá darse en el momento del alta se refiere particularmente a **qué esperar luego de un aborto y cuándo pedir ayuda** (RCOG, 2016). La **información básica** provista debe hacer hincapié en el **autocuidado** y debe ser provista **en varios formatos para que sea accesible** (NICE, 2020).

Con relación a la pregunta sobre las necesidades de apoyo emocional, una revisión sistemática de estudios cualitativos dividió las evidencias en los siguientes temas (NICE, 2020):

- Necesidades de apoyo posaborto.
- Acceso al apoyo posaborto.
- Fuente del apoyo posaborto.

La revisión concluyó que las evidencias eran de baja calidad para sostener algún tipo de recomendación específica. Sin embargo, **el comité de expertos de NICE recomendó como punto de buena práctica informar que existe un amplio rango de emociones y sentimientos posteriores a un aborto y que, ante la necesidad de apoyo emocional, las mujeres o PCG deben tener información para saber dónde recurrir.**

Tabla de recomendaciones. Recomendaciones para el acompañamiento integral posaborto

Consulta de seguimiento	3.1.1.	Cuando el aborto fue inseguro o menos seguro , la atención posterior constituye una estrategia para disminuir la morbilidad asociada a estas complicaciones.	OMS, 2012.
	3.1.2.	En la consulta de seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> • se evaluará clínicamente la recuperación de la mujer o PCG; • se confirmará la evacuación uterina; • eventualmente, se realizará un examen clínico centrado en los síntomas y malestares que refiera; • se analizarán sus necesidades o se aclararán dudas con respecto a la anticoncepción; • se brindará información para el autocuidado; • se facilitará la referencia a la mujer o PCG a otros equipos de la red de cuidados, según sus necesidades, con un enfoque de salud integral. 	Ipas, 2014; OMS, 2014.
	3.1.3.	No existe evidencia que indique que un examen pélvico sea beneficioso cuando una mujer o PCG regresa para una consulta de seguimiento de rutina y se encuentra asintomática .	OMS, 2014; Ipas, 2020; DNSSR, 2021.
	3.1.4.	Cuando el aborto fue seguro y no hubo complicaciones puede no haber visita de seguimiento . Se debe informar sobre los servicios disponibles y las formas de acceso .	OMS, 2012.
	3.1.5.	Se recomienda una visita de control de rutina a los 7-14 días solo en el caso de aborto inducido realizado en forma ambulatoria en el que se haya utilizado misoprostol como único medicamento , para comprobar que se haya consumado el aborto . En algunos casos, puede resultar importante mantener una consulta antes de ese tiempo para brindar mayor contención y acompañamiento en el proceso.	OMS, 2014; OMS, 2019; IPAS, 2020; DNSSR, 2021.

	3.1.6.	Luego de un aborto médico con mifepristona y misoprostol no es necesario hacer controles de rutina.	OMS, 2014.
	3.1.7.	Luego de un aborto quirúrgico no complicado no es necesario hacer controles de rutina.	OMS, 2014.
	3.1.8.	Aún en los casos en los que el seguimiento no sea obligatorio, se le puede ofrecer a la mujer o PCG una consulta de control opcional entre 7 y 14 días después de su procedimiento para continuar con el asesoramiento anticonceptivo y brindarle métodos, más apoyo emocional o para conversar sobre sus inquietudes médicas.	OMS, 2014.
Apoyo que deberían recibir las mujeres o PCG después del aborto³⁰	3.1.9.	El seguimiento clínico y la información acerca de los cuidados necesarios es un punto de buena práctica.	NICE, 2020.
	3.1.10.	La información sobre los cuidados que debe darse en el momento del alta médica³¹ debe contener: <ul style="list-style-type: none"> • detalles del autocuidado; • posibles complicaciones, sus signos y síntomas; • qué hacer en cada caso; • cuándo y dónde buscar ayuda, si la requiere; • cuándo regresar si quedó alguna situación pendiente (ej. anemia). 	OMS, 2014; RCOG, 2016; NICE, 2020.
	3.1.11.	Se considera que debe existir un sistema telefónico de consultas de urgencia las 24 h.	NAF, 2020.
	3.1.12.	La información debe proveerse en varios formatos: verbales, escritos y en video. ³²	NICE, 2020.
	3.1.13.	Se deberá brindar información acerca de otros servicios disponibles , relativos a la salud sexual y reproductiva o a otras situaciones pendientes de la salud general detectadas. ³³	OMS, 2012; RCOG, 2016.

³⁰ Consultar también las recomendaciones de la sección 1.1, 1.2 y 1.3 acerca de buenas prácticas para la atención integral de las personas que cursan un aborto o posaborto

³¹ Considerar también estas recomendaciones **al momento del alta hospitalaria**, tanto para las personas que se internan para una **interrupción de la gestación como para aquellas que lo hicieron por complicaciones de aborto, espontáneo o provocado.**

³² Recordar además los ajustes razonables y sistemas de apoyo adaptados a las necesidades de cada persona.

³³ Ej. Asesoramiento y exámenes por ITS/VIH, servicios de apoyo por abuso, servicios psicológicos o sociales, u otros especialistas en medicina (OMS, 2014).

3.1.14.	Es recomendable explicar a la mujer, niña, adolescente o persona con otras identidades de género con capacidad de gestar que existe un rango amplio de emociones en torno al aborto, haciéndole saber dónde podría concurrir si considera la necesidad de apoyo emocional.	NICE, 2020.
3.1.15.	Las evidencias muestran que el apoyo emocional podría provenir de múltiples fuentes como amigas/es/os y familia, consejeros de equipos de salud o psicólogos.	NICE, 2020
3.1.16.	Quienes integran los equipos de salud deberían estar preparados para ofrecer y proveer apoyo emocional posaborto.	NICE, 2020

3.2. ¿Qué estrategias son efectivas para facilitar el acceso a la anticoncepción luego de un aborto?

La **consejería en anticoncepción es uno de los elementos más importantes de la atención posaborto** (Rogers & Dantas, 2017).

Globalmente millones de mujeres o PCG no acceden a anticoncepción moderna y efectiva, esto se observa con más frecuencia en países con bajos y medianos ingresos.

Mejorar el acceso a la información contraceptiva y a la obtención de métodos de manera inmediata es la mejor manera de reducir los embarazos no intencionales y eventualmente abortos inducidos e inseguros o la repitencia de abortos seguros.

Aunque un aborto inducido es un procedimiento de muy bajo riesgo, la repitencia expone a ese riesgo en reiteradas oportunidades (Stewart et al., 2016). Con las evidencias existentes sería razonable asumir que disminuir la repitencia a través de una anticoncepción posaborto elegida voluntariamente sería beneficiosa para la mayoría de las mujeres o PCG.

Tal como se ve en la primera recomendación, **todas las mujeres o PCG que reciben atención posaborto deberían recibir consejería para la adopción de un método anticonceptivo.** Sin embargo, es importante destacar como un punto de buena práctica, que **ninguna mujer o PCG debería sentirse bajo presión para adoptar un método anticonceptivo** (FSRH, 2016).

El incremento en la **adopción de un método reversible de larga duración como un DIU o un implante subdérmico** podría producir una reducción de los embarazos no planeados (NICE 2019).

En los casos de interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE), **la oferta de anticoncepción posaborto previa al procedimiento es también un punto de buena práctica**, aunque las evidencias de dos revisiones sistemáticas con metaanálisis muestran que la consejería previa no influencia la adopción de un método posterior al aborto (Ferreira et al., 2009; Stewart et al., 2016).

Una cuestión de importancia en estos casos es que **la persona que realice la consejería esté capacitada para ofrecer información de buena calidad y actualizada.** Se resalta entre las recomendaciones a continuación que es conveniente que exista información provista en diferentes lenguajes y formatos para facilitar el acceso (escritos, audiovisuales, etc.).

Otro punto clave es la existencia de métodos anticonceptivos en el lugar y momento adecuado antes de producirse el alta posaborto y que haya la suficiente cantidad de proveedores calificados en el staff para que en ese momento no se produzcan retrasos en el alta o un alta sin método si la mujer o PCG ya ha decidido la adopción uno. Si el método elegido por la mujer o PCG no estuviera entre los métodos disponibles en ese momento en el efector de salud, deberá derivarse a otro servicio que lo provea y **brindar otro método anticonceptivo alternativo que cubra ese período**, hasta que el método elegido pueda iniciarse.

Las recomendaciones a continuación intentan contestar las siguientes preguntas: ¿cómo debería en la situación posaborto ofrecerse un método anticonceptivo?, ¿cuándo debería ser discutido o provisto el método anticonceptivo después de un aborto?, ¿quiénes deben o pueden proveer consejería y métodos de anticoncepción posaborto?, ¿cuáles son los métodos anticonceptivos más convenientes por su efectividad y seguridad para prevenir un embarazo no intencional o un aborto?

Ver criterios de elegibilidad para métodos anticonceptivos en el posaborto en [Tabla 5](#) y [Tabla 6](#) de la guía.

Tabla de recomendaciones. Recomendaciones para el acompañamiento integral posaborto³⁴

¿Cómo?	3.2.1.	Todas las mujeres o PCG que reciben atención posaborto deberían recibir consejería para la adopción de un método anticonceptivo .	Ipas, 2014; FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.2.	Se debería abordar una atención centrada en la persona para la elección de un método anticonceptivo posaborto, informar y acompañar las decisiones tomadas.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.3.	La consejería deberá guardar los criterios de privacidad y confidencialidad y elección informada además de respeto por los derechos sexuales y reproductivos teniendo en cuenta las necesidades emocionales y físicas de estas mujeres o PCG .	Ipas, 2020.
	3.2.4.	La información completa y adecuada deberá incluir: efectos indeseados, modos de uso, beneficios y fallas de los métodos; además de la recomendación de uso del condón para prevenir infecciones de transmisión sexual.	QCG, 2019.
	3.2.5.	La información completa deberá ser dada en varios formatos y lenguajes que incluyan el audiovisual y el escrito y respetar las expectativas, sentimientos, creencias y antecedentes socioeconómicos, culturales y psicológicos.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.

³⁴ Para las recomendaciones acerca de la anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPE) consultar la guía correspondiente (DNSSR, 2021).

	3.2.6.	Se recomienda dar la oportunidad de una entrevista a solas para un abordaje que incluya preguntas o diagnóstico de violencia de género.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.7.	Toda mujer o PCG debe ser informada con respecto a que la ovulación puede ocurrir 2 semanas después de un aborto , con el consiguiente riesgo de embarazo.	OMS, 2015; NAF, 2020.
¿Cuándo?	3.2.8.	Es recomendación de buena práctica ofrecer y discutir sobre la anticoncepción al inicio y/o durante el proceso de un aborto.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.9.	Si es aceptada, la anticoncepción debe comenzar tan pronto como sea posible y antes de comenzar a tener relaciones sexuales.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.10.	Es de buena práctica informar que en la situación de posaborto es conveniente aplazar el inicio de relaciones sexuales con penetración vaginal hasta que cese el sangrado uterino .	DNSSR, 2019.
	3.2.11.	Después de un aborto quirúrgico , los anticonceptivos hormonales y no hormonales , incluidas la colocación del DIU y la esterilización femenina, se pueden iniciar inmediatamente .	OMS, 2018; Ipas, 2020.
	3.2.12.	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 .	Ipas, 2020.
¿Quiénes?	Las recomendaciones se encuentran en los puntos 1.3.7. a 1.3.11.		
¿Qué?	3.2.13.	Se deberán usar los criterios de elegibilidad médica de la OMS para el uso de anticonceptivos (ver Tabla 5: Criterios de elegibilidad de la OMS).	OMS, 2015; DNSSR, 2019; Ipas, 2020.
	3.2.14.	Las mujeres o PCG deberían saber que cualquier método que elijan puede usarse con seguridad después de un aborto .	FSRH, 2017; FSRH, 2020.
	3.2.15.	Las mujeres o PCG deberían saber que cualquier método de anticoncepción de emergencia puede ser usado con seguridad en el posaborto sin complicaciones . ³⁵	FSRH, 2017; FSRH, 2020.

³⁵ La anticoncepción hormonal de emergencia no tiene contraindicaciones, por lo que puede usarse aún luego de un aborto con complicaciones (OMS, 2018).

	3.2.16.	Las mujeres o PCG deberían saber que luego de la evacuación quirúrgica de la cavidad uterina un DIU puede ser colocado inmediatamente si no hay infección.	FSRH, 2017; OMS, 2018; FSRH, 2020.
	3.2.17.	Las mujeres o PCG deberían ser informadas de que los métodos reversibles de larga duración tienen una efectividad superior a los demás métodos.	FSRH, 2017; DNSSR, 2019; FSRH, 2020.
	3.2.18.	Las mujeres o PCG deberían saber que la contracepción de solo progestágenos (píldoras, implantes, DIU, inyectables) puede comenzar a usarse con seguridad luego de la evacuación uterina con medicamentos o quirúrgica.	FSRH, 2017; OMS, 2018; FSRH, 2020.
	3.2.19.	Las mujeres o PCG deberían saber que la contracepción hormonal combinada puede comenzar a usarse con seguridad luego de la evacuación uterina con medicamentos o quirúrgica.	FSRH, 2017; OMS, 2018; FSRH, 2020.
Equipos de salud y personas que toman decisiones	3.2.20.	Quienes toman decisiones, las/es/os gestoras/es y personal de salud deberían asegurarse de que haya una provisión completa de métodos anticonceptivos reversibles en los lugares donde se realice atención posaborto.	QCG, 2019.
	3.2.21.	Quienes toman decisiones y las/es/os gestoras/es deberían asegurarse de que el personal de salud de los centros donde se realiza la atención posaborto tenga las habilidades necesarias para ofrecer y proveer todos los métodos anticonceptivos disponibles.	NICE, 2020.
	3.2.22.	El personal de salud debería asegurarse de poder colocar un implante subdérmico al momento de la atención posaborto.	NICE, 2020.
	3.2.23.	El personal de salud debería asegurarse de poder insertar un DIU con cobre o liberador de levonorgestrel al momento de la atención posaborto.	NICE, 2020.
	3.2.24.	El personal de salud debería saber que la correcta inserción de un DIU o un implante subdérmico es conveniente y altamente aceptable para las mujeres o PCG y se ha asociado a altas tasas de continuación del método y disminución del riesgo de embarazo no intencional con respecto a la inserción tardía.	FSRH, 2017; FSRH, 2020.

Tablas y gráficos

Tabla 1: Nacimientos, mortalidad materna y mortalidad materna por aborto en la Argentina 2016-2019 según edad de la madre

		Edad de la madre									
		Año	Total país	Menos 15	16 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 45	45 y más
Total nacimientos con vida	2016	728.035	2.419	96.905	178.069	170.356	149.478	96.943	25.312	1.903	
	2017	704.609	2.493	91.586	169.299	165.665	142.831	92.677	23.744	1.727	
	2018	685.394	2.350	84.768	164.480	163.156	140.679	91.509	24.866	1.927	
	2019	625.441	1.938	69.803	145.460	150.889	132.965	86.984	25.081	2.013	
Total MM	2016	245	1	30	55	46	48	51	12	2	
	2017	202	0	26	39	39	34	44	18	2	
	2018	257	1	30	51	49	49	59	15	3	
	2019	188	1	25	36	38	39	37	11	1	
MM por aborto	2016	43	0	5	12	8	10	6	2	0	
	2017	30	0	2	8	8	5	5	2	0	
	2018	35	0	2	8	8	9	7	0	1	
	2019	25	0	2	4	7	5	5	2	0	
% MM por aborto	2016	17,6%	0,0%	16,7%	21,8%	17,4%	20,8%	11,8%	16,7%	0,0%	
	2017	14,9%	0,0%	7,7%	20,5%	20,5%	14,7%	11,4%	11,1%	0,0%	
	2018	13,0%	0,0%	6,7%	15,7%	16,3%	18,4%	11,9%	0,0%	33,3%	
	2019	13,3%	0,0%	8,0%	11,1%	18,4%	12,8%	13,5%	18,2%	0,0%	
RMM (cada 10.000 nacimientos con vida)	2016	3,4	4,1	3,1	3,1	2,7	3,2	5,3	4,7	10,5	
	2017	2,9	0,0	2,8	2,3	2,4	2,4	4,7	7,6	11,6	
	2018	3,7	4,2	3,5	3,1	3,0	3,5	6,4	6,0	15,6	
	2019	3,0	5,2	3,6	2,5	2,5	2,9	4,3	4,4	5,0	

Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas vitales DEIS (2017; 2021).

Si bien la lista ampliada de causas muestra que la categoría general aborto comprende también al embarazo ectópico, las enfermedades del trofoblasto, feto muerto y retenido y el aborto espontáneo, estos subgrupos contribuyen en forma menor al total de muertes por aborto. Las causas "aborto médico, otro aborto, aborto no especificado e intento fallido de aborto", representan el mayor porcentaje de muertes por aborto en cada uno de los períodos.

Tabla 2: Usos de misoprostol en posaborto

Cuadro clínico	Tratamiento
<p>Aborto incompleto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expulsión parcial del producto de la gestación. • Hemorragia y dolor tipo cólico • Dilatación cervical. • Volumen uterino menor a la amenorrea. • Ecografía que confirme diagnóstico (no es imprescindible). 	<p><13 semanas de gestación:</p> <p>Misoprostol 600 mcg vía oral en dosis única o 400 mcg sublingual en dosis única. En ausencia de sangrado vaginal puede usarse la vía vaginal.</p> <p>≥13 semanas de gestación:</p> <p>Misoprostol 400 mcg vía bucal, vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta finalizar el proceso.</p>
<p>Aborto retenido o diferido (huevo muerto y retenido)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraso menstrual o amenorrea secundaria. • Puede no acompañarse de hemorragia o dolor. • No hay modificaciones cervicales. • Volumen uterino menor a la amenorrea. • Suele cursar con regresión de signos y síntomas de gestación. • Ecografía: ausencia de viabilidad fetal o presencia de saco gestacional sin embrión (huevo anembrionado). 	<p>Huevo anembrionado de 6 a 12 semanas de gestación:</p> <p>Misoprostol 800 mcg – vía sublingual – monodosis.</p>
	<p>Aborto retenido <13 semanas de gestación:</p> <p>Misoprostol 600 mcg – vía sublingual – o en ausencia de sangrado vaginal 800 mcg por vía vaginal cada 3 horas hasta la expulsión del feto (por lo general de 1 a 3 dosis).*</p> <p>Retenido ≥13 semanas de gestación:</p> <p>Misoprostol 400 mcg – vía vaginal o sublingual – cada 4 horas.</p>
<p>Muerte fetal intrauterina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre 14 y 28 semanas de gestación. • Suele cursar con regresión de signos y síntomas de gestación. • Ausencia de dilatación cervical. • Puede haber sangrado vaginal. • Ecografía: ausencia de viabilidad fetal. 	<p>Puede tratarse con conducta expectante, quirúrgicamente o con tratamiento medicamentoso.</p> <p>Es importante evaluar con la persona usuaria sus posibilidades y preferencias.</p>
	<p>Tratamiento medicamentoso</p> <p>Opción recomendada:</p> <p>200 mg de mifepristona – vía oral 1 a 2 días después: dosis repetidas de 400 mcg de misoprostol – vía sublingual o vaginal – cada 4 a 6 horas (hasta expulsión).</p> <p>Opción alternativa:</p> <p>Misoprostol solo: dosis repetidas de 400 mcg de misoprostol – vía sublingual de preferencia (vía vaginal en los casos en que la vía sublingual no sea posible) – cada 4 a 6 horas (hasta expulsión).</p>

Fuentes: IPAS (2020), OMS (2019), FLASOG (2019), FIGO (2012).

* Cuando se disponga de mifepristona, agregar pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol. Grado de la recomendación Fuerte, Calidad de la evidencia Moderada (Ipas, 2020).

Tabla 3: Esquemas para profilaxis antibiótica para la evacuación instrumental

Institución	Recomendación
Planned Parenthood Federation of America (PPFA, 2016)	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.
Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2018)	200 mg de doxiciclina por vía oral dentro de 1 hora antes del procedimiento.
Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG, 2015)	200 mg de doxiciclina por vía oral 2 horas antes del procedimiento o 500 mg de azitromicina por vía oral 2 horas antes del procedimiento.

Fuente: IPAS (2020).

Tabla 4: Diagnóstico de shock hipovolémico

Pérdida de volúmen en % y ml (mujer o PCG de 50-70 kg)	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial sistólica (mm/Hg)	Grado del choque	Trasfusión
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Ausente	Usualmente no requerida
16-25% 1000-1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	Posible
26-35% 1501-2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-79	Moderado	Usualmente requerida
>35% >2000 mL	Letárgica o inconciente	Palidez, frialdad más sudoración y llenado capilar >3 segundos	>120	<70	Severo	Trasfusión masiva probable

Fuente: CLAP (2019).

Tabla 5: Uso de las categorías de criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos para la práctica diaria

Categorías	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia.	SI usar el método.
2	En general, use el método. Las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos demostrados.	
3	El método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados o haya serias dificultades para la adherencia. Los riesgos teóricos o demostrados superan las ventajas de utilizar el método.	NO usar el método.
4	No debe usarse el método. El uso del método constituye un riesgo inaceptable para la salud.	

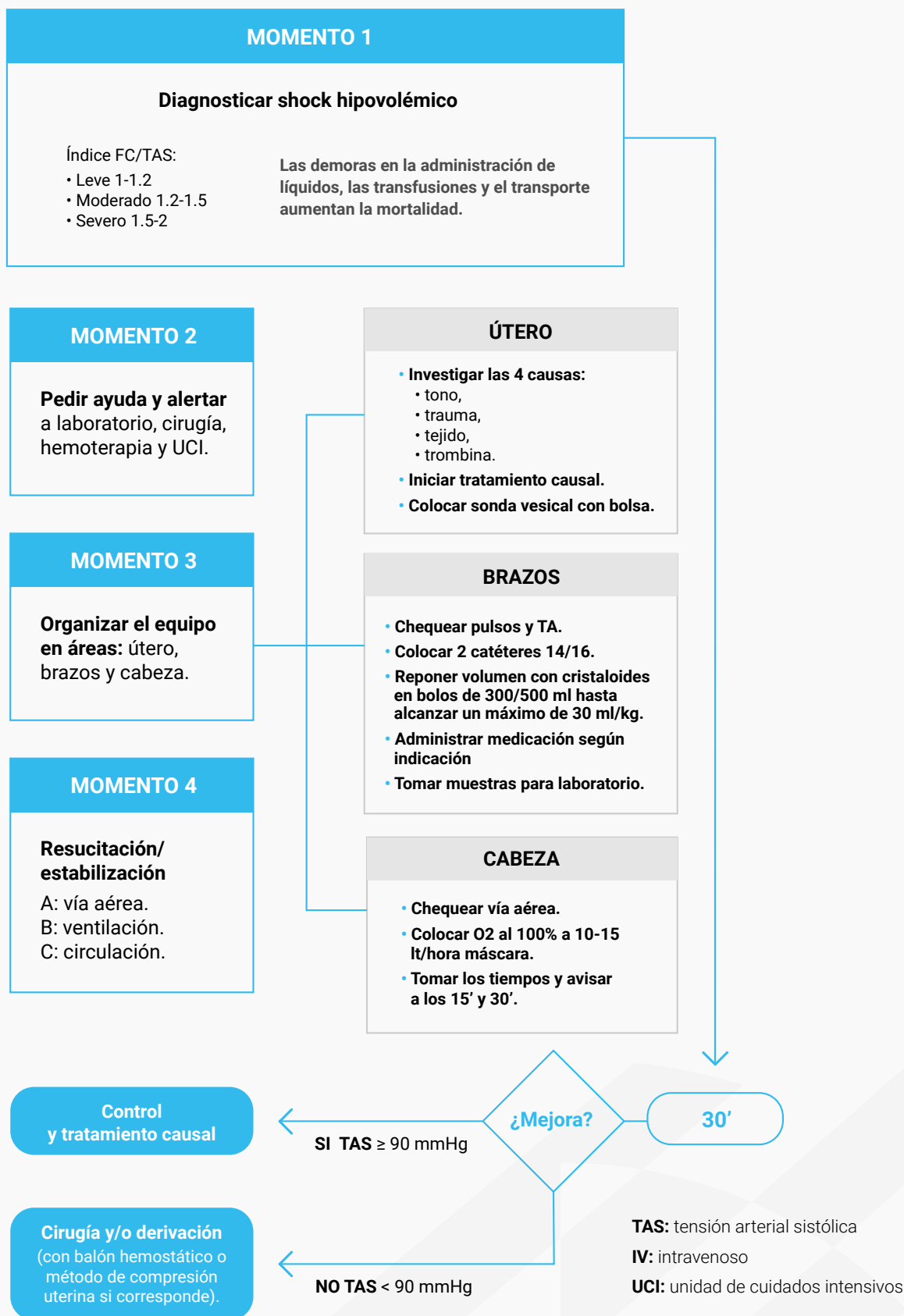
Fuente: OMS (2015a), DNSSR (2019).

Tabla 6: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos posaborto

Situación	ACO	ACI	AOPS	AMPD	Implante	DIU-Cu/DIU-Lng
Posaborto de primer trimestre	1	1	1	1	1	1
Posaborto de segundo trimestre	1	1	1	1	1	2
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	4

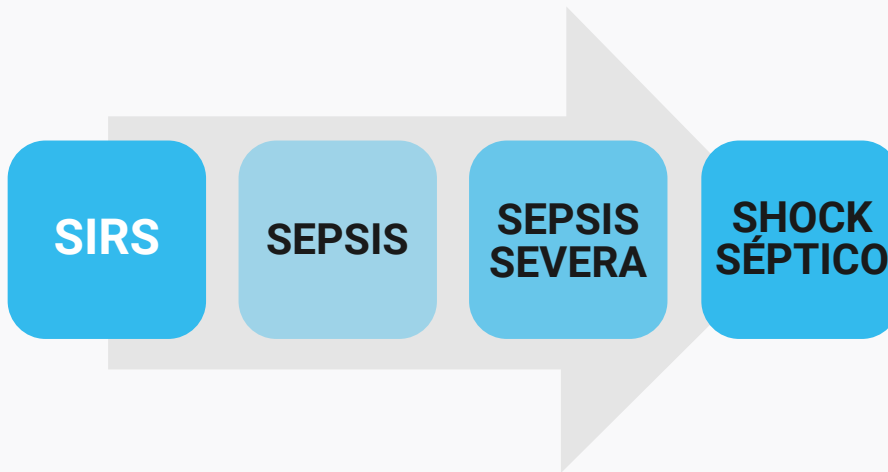
Fuente: OMS (2015a), DNSSR (2019).

Cuadro 1: **Abordaje inicial de la emergencia por hemorragia severa posaborto**

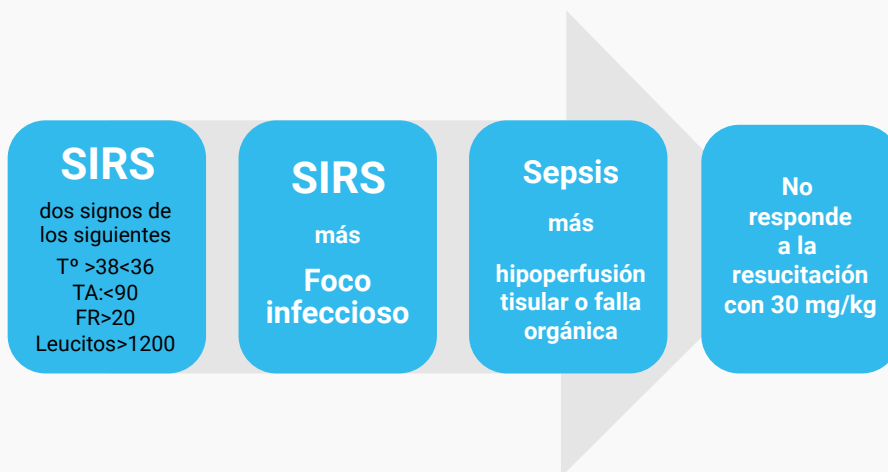


Fuente: elaboración propia tomada y adaptada de OPS (2019).

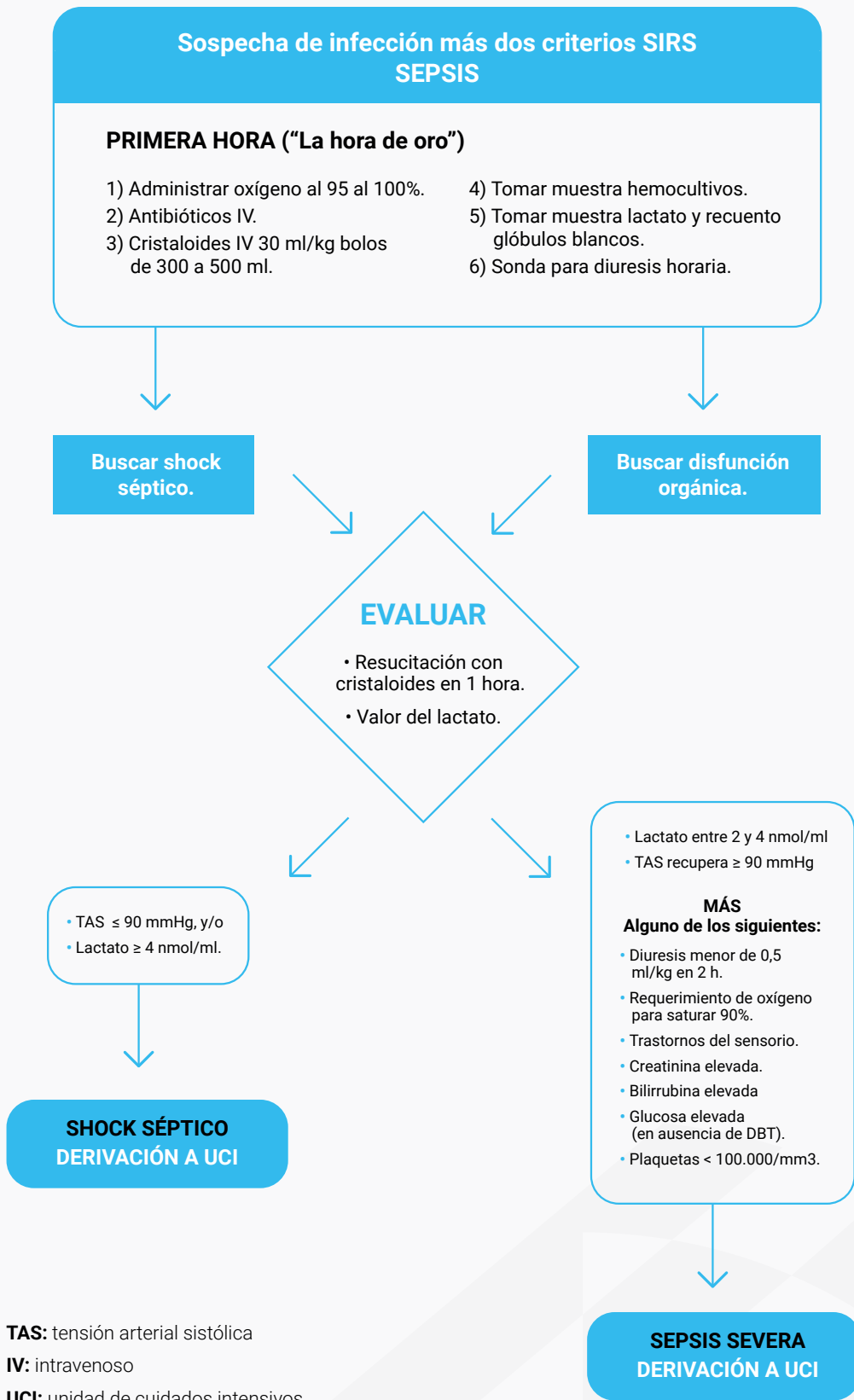
Cuadro 2: **Diagnóstico de sepsis**



Cuadro 3: **Diagnóstico de cada uno de los estadios de la sepsis**



Cuadro 4: **Abordaje inicial de la sepsis**



Anexo I

Plexo normativo que rige la atención en el posaborto

Plexo normativo	Fuentes
Políticas públicas y marco legal	
Se requiere un entorno regulatorio y político propicio para garantizar que cada mujer o PCG (elegible desde el punto de vista legal) tenga un acceso sencillo a la atención para un aborto sin riesgos.	OMS, 2012.
Las políticas deben orientarse a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las mujeres o PCG para alcanzar resultados de salud positivos , para ofrecer información y servicios relacionados con la anticoncepción de buena calidad y para satisfacer las necesidades particulares de las mujeres o PCG de escasos recursos, las adolescentes, las víctimas de violaciones y las mujeres o PCG con VIH.	OMS, 2012.
En la medida que lo permita la ley, todas las mujeres o PCG deben contar con servicios para un aborto sin riesgos accesibles y disponibles fácilmente.	OMS, 2012.
Las medidas para fortalecer las políticas y los servicios relacionados con el aborto deben tener como base las necesidades sanitarias y los derechos humanos de las mujeres o PCG y una comprensión rigurosa del sistema de prestación de servicios y un contexto social, cultural, político y económico más amplio.	OMS, 2012.
Es necesario eliminar las barreras regulatorias, políticas y programáticas que obstaculizan el acceso a la atención para un aborto sin riesgos y su prestación oportuna.	OMS, 2012.
La Ley 27.610 tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención posaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.	Ley 27.610, art. 1.
Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a: c) requerir y recibir atención posaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley; d) prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.	Ley 27.610, art.2.

Marco normativo constitucional. Las disposiciones de la presente ley se enmarcan en el artículo 75, inciso 22, de la Constitución nacional; los tratados de derechos humanos ratificados por la República Argentina, en especial la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) y su Protocolo Facultativo; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”; la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; la Convención sobre los Derechos del Niño; y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; en virtud de la protección que otorgan a los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la diversidad corporal, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, a la información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, a la igualdad real de oportunidades, a la no discriminación y a una vida libre de violencias.

Ley 27.610.

Orden público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

Ley 27.610, art. 21.

Cobertura y calidad de las prestaciones. El sector público de la salud, las obras sociales y empresas y entidades de medicina prepaga deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en la presente ley en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

Ley 27.610, art. 12.

Principios rectores de la atención del aborto y posaborto

El personal de salud debe garantizar las siguientes **condiciones mínimas y derechos en la atención del aborto y posaborto:**

Ley 27.610, art. 5 y Decreto Reglamentario 516/2021.

a) Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales de la paciente, para erradicar prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar.

b) Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica de la paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad; solo se compartirá información o se incluirá a su familia o a su acompañante con su expresa autorización, conforme las previsiones del artículo 8 de la presente ley.

Asimismo, deberá **proteger a la paciente de injerencias ilegítimas por parte de terceros.**

c) Confidencialidad. El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico.

La paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, deba respetar el derecho a la confidencialidad, salvo expresa autorización escrita de la propia paciente.

El personal de salud no podrá entregar información obtenida en el marco de la atención sanitaria a ninguna persona, salvo que exista orden judicial expresa que releve de este deber en una causa judicial o salvo expresa autorización escrita de la propia paciente.

d) Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad.

En ningún caso el personal de salud podrá interferir indebidamente con la decisión de las personas gestantes.

e) Acceso a la información. El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de las pacientes para **expresar libremente sus necesidades y preferencias**. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada.

Se debe **suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.**

El personal de salud y las autoridades tienen la obligación de **suministrar la información disponible sobre los derechos protegidos** por la presente ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita (transparencia activa).

f) Calidad. El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la Organización Mundial de la Salud. **La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.**

Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector con el que haya trato.

Ley 26.529, art. 2.

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante solo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

c) Intimidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326.

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

f) Información sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Información sanitaria

Información y tratamiento del aborto y de la salud sexual y reproductiva. Realizada la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo de conformidad con el artículo 4, **el establecimiento de salud pondrá a disposición de las personas gestantes que así lo requieran**, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley 25.673, lo siguiente:

Ley 27.610, art. 6 y Decreto Reglamentario 516/2021.

a) Información sobre el procedimiento que se llevará a cabo y los cuidados posteriores necesarios, siguiendo los criterios del artículo anterior.

b) Atención integral de su salud a lo largo de todo el proceso.

En el marco de la atención integral de la salud, en los casos en que se hubiera solicitado la interrupción del embarazo en virtud de la causal prevista en el inciso a) del artículo 4° de la Ley N° 27.610, el personal de salud interviniente pondrá a disposición de la requirente la información sobre los derechos establecidos en la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que desarrollen sus Relaciones Interpersonales N° 26.485 y, en particular, sobre los recursos de atención, canales disponibles para realizar una denuncia penal y la posibilidad de contar con asesoramiento legal

c) Acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y accesible a las necesidades de cada persona, **científica, actualizada** sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la **provisión de los métodos anticonceptivos** previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en la Ley 25.673 o la normativa que en el futuro la reemplace.

Estos servicios **no son obligatorios para la paciente ni condición para la realización de la práctica.**

Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera **clara, suficiente y adecuada** a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

Ley 26.529, art. 3.

Autorización. La información sanitaria **solo podrá ser brindada a terceras personas con autorización del paciente.**

Ley 26.529, art. 4.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Consentimiento informado

Previo a la realización de la interrupción voluntaria del embarazo **se requiere el consentimiento informado de la persona gestante expresado por escrito**, de conformidad con lo previsto en la Ley 26.529 y concordantes y en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. **Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho.**

Ley 27.610, art. 6 y Decreto Reglamentario 516/2021.

En la historia clínica se deberá dejar constancia del otorgamiento del consentimiento informado. En los casos en que, por las condiciones de la persona gestante, el consentimiento no pueda emitirse por escrito, se otorgará en un formato que le resulte accesible como braille, digital, audio, entre otros, y el mismo deberá incorporarse a la historia clínica.

Definición. Entiéndase por **consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada** con respecto a:

Ley 26.529, art. 5.

- a) Su estado de salud.
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos.
- c) Los beneficios esperados del procedimiento.

- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles.
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto.
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, **requiere, con carácter general** y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, **el previo consentimiento informado del paciente.**

Ley 26.529, art. 6.

Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por **escrito y debidamente suscrito:**

Ley 26.529, art. 7.

- a) Internación.
- b) Intervención quirúrgica.
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley.
- e) Revocación.

Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

Ley 26.529, art. 9.

- a) Cuando mediare **grave peligro para la salud pública.**
- b) Cuando mediare una situación de **emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.**

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser **interpretadas con carácter restrictivo.**

Revocabilidad. La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso **todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica.**

Ley 26.529, art. 10.

En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante solo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

Menores de edad.

Ley 27.610, art. 8.

a) Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley;

b) en los casos de personas **menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado** en los términos del artículo anterior **y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación** en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la Ley 26.061, el artículo 7 del anexo I del Decreto Reglamentario 415/06 y el Decreto Reglamentario 1.282/03 de la Ley 25.673.

Personas con capacidad restringida.

Ley 27.610, art. 9.

Si se tratare de una **persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos** que otorga la presente ley, **podrá prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa** alguna y, si lo deseara, **con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación.**

Las personas **que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos** y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y **las decisiones sean tomadas por la titular del derecho.**

Si la sentencia judicial de **restricción a la capacidad** impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, o la persona **ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada,** en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Objeción de conciencia

Objeción de conciencia. El personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable.

Ley 27.610,
art. 10.

No se podrá alegar objeción de conciencia para negarse a prestar atención sanitaria posaborto.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que **no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo** a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, **deberán prever y disponer la derivación** a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. **Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación.** Todas las derivaciones contempladas en este artículo **deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.**

Ley 27.610, art. 11.

Art. 85 bis CP. Será reprimido o reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, **el funcionario público o la funcionaria pública o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare**, en contravención de la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.

Ley 27.610, art. 15.

Denuncia

Art. 156 del Código Penal tipifica como **delito la violación del secreto profesional** y la jurisprudencia vigente **establece la prevalencia de la obligación de guardar secreto médico respecto de la obligación de colaborar con la persecución punitiva del estado**. Los datos obtenidos durante la atención del paciente **solo pueden ser revelados en casos excepcionales de justa causa**, categoría en la cual **no se encuadran los abortos provocados**.

Protocolo 2019.

Quienes toman decisiones deben **desalentar fuertemente las practicas de extraer confesiones con fines judiciales a las mujeres o PCG que buscan atención médica luego de un aborto clandestino**.

Committee against Torture Concluding observations on Chile, 14 June 2004. United Nations.

Otras consideraciones legales

Se entiende por **violencia contra las mujeres** toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. **Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes**.

Ley 26.485, art. 4.

Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por **los funcionarios, profesionales, personal y agentes** pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin **retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley**.

Ley 26.485, art. 6, inciso b.

Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Ley 26.485, art. 6, inciso d.

Violencia obstétrica: aquella que ejerce **el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres**, expresada en un **trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales**, de conformidad con la Ley 25.929.

Ley 26.485,
art. 6, inciso e.

Será reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año, la persona gestante que, luego de la semana catorce (14) de gestación y **siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86**, causare su propio aborto o consintiera que otro se lo causare.

Ley 27.610, art. 18.

Podrá eximirse la pena cuando las circunstancias hicieran excusable la conducta. La tentativa de la persona gestante no es punible.

Recomendaciones para quienes toman decisiones y gestoras/es

Los servicios deben estar **disponibles a nivel de la atención primaria**, con **sistemas de derivación** implementados para todo tipo de atención requerida en un nivel superior.

OMS, 2012.

La **capacitación de los profesionales** que realizan abortos **garantiza que sean competentes para brindar atención de buena calidad** de acuerdo con los estándares y las guías nacionales.

OMS, 2012.

Garantizar una **atención relacionada con el aborto de buena calidad** requiere **supervisión, aseguramiento de la calidad y evaluación de manera constante.**

OMS, 2012.

El personal de salud deberá capacitarse en los contenidos de la Ley 27.610 y de la normativa complementaria y reglamentaria. El Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires implementarán los correspondientes programas de capacitación.

Ley 27.610, art. 19 y Decreto Reglamentario 516/2021.

A los fines de supervisar, monitorear e informar acerca de la implementación del presente artículo, el MINISTERIO DE SALUD de la Nación y los Ministerios Provinciales y de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires deberán definir indicadores que permitan evaluar la consecución de los programas de capacitación.

La capacitación del personal de salud sobre los contenidos de la Ley N° 27.610 y de su normativa complementaria y reglamentaria **deberá desarrollarse en el marco del sistema de derechos establecido en el artículo 3° de la misma.**

El Estado nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios tienen la responsabilidad de implementar la Ley 26.150, de Educación Sexual Integral, estableciendo políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población. Deberán, además, **capacitar sobre perspectiva de género y diversidad sexual a los y las docentes y a los y las profesionales y**

Ley 27.610, art. 12.

demás trabajadores y trabajadoras de la salud, a fin de brindar atención, contención y seguimiento adecuados a quienes soliciten realizar una interrupción voluntaria del embarazo en los términos de la presente ley, **así como a los funcionarios públicos y las funcionarias públicas que actúen en dichos procesos.**

Los estándares y las guías nacionales referidos a una atención para un aborto sin riesgos deben basarse en la evidencia y deben actualizarse en forma periódica, ofreciendo la guía necesaria para lograr un **acceso igualitario** a la atención de buena calidad.

OMS, 2012.

Las nuevas políticas e intervenciones de los programas deben reflejar las **prácticas recomendadas basadas en la evidencia.**

OMS, 2012.

Las intervenciones complejas de prestación de servicios requieren evidencia local en cuanto a su viabilidad y eficacia a través de pruebas piloto a pequeña escala antes de invertir recursos en su ampliación.

OMS, 2012.

La ampliación exitosa requiere de planificación, gestión, guía y respaldo en forma sistemática del proceso mediante el cual se expandirán e institucionalizarán las intervenciones piloto.

OMS, 2012.

Financiamiento

El **financiamiento** de servicios de aborto debe tener en cuenta los costos para el sistema de salud, **garantizando que los servicios sean accesibles y fácilmente disponibles** para todas las mujeres que los requieran.

OMS, 2012.

Las intervenciones complejas de prestación de servicios **requieren también de suficientes recursos humanos y financieros para respaldar el proceso.**

OMS, 2012.

Es probable que los costos de incorporar la atención para un aborto sin riesgos a los servicios sanitarios existentes sean bajos respecto de los costos que recaen en el sistema de salud por las complicaciones de tratar un aborto inseguro.

OMS, 2012.

Declaración FIGO (2019): “Las responsabilidades éticas en la atención del post aborto”

Los médicos tienen **la responsabilidad ética de prestar asistencia rápida a cualquier persona que necesite atención médica**, sin discriminar al origen lícito u otro origen de la condición que traten los abortos.

Gran parte de la mortalidad asociada con el aborto inducido se debe a una deficiente atención posaborto por lo que **la negación o la falta de atención adecuadamente constituye una mala conducta profesional**.

Un proveedor de atención que manifiesta objeción de conciencia a participar en la inducción del aborto no puede invocar tal objeción para rechazar la atención clínicamente indicada después del aborto. Como proveedor de atención posaborto, un proveedor de atención médica no es participante, ni cómplice, en los actos anteriores de otro que causan la necesidad de dicha atención.

Además, la FIGO insta a los organismos de derechos humanos, tanto a nivel nacional como internacional, **a caracterizar el abandono o la limitación de los servicios de atención en el posaborto como una violación de las obligaciones de eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres**.

Por lo que los profesionales y gerentes de las instituciones deben garantizar el cumplimiento de las leyes de no discriminación en la prestación de servicios de atención posaborto.

Referencias bibliográficas

- **AGREE, C.** (2009). *Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica*. Disponible en: <https://bit.ly/3t4MPkm> (Último acceso 23/08/2021).
- **Committee on Health Care for Underserved Women.** (2014). ACOG Committee Opinion no. 612: "Abortion training and education", en *Obstetrics and gynecology*, 124(5), 1055-1059.
- **Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., ... & Alkema, L.** (2020). "Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019", en *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152-e1161.
- **Centers of Disease control and Prevention.** (2021). "Sexually Transmitted infection treatment MMWR. Recommendation and Reports 2021", en Vol 70, Nro 4. Disponible en: <https://bit.ly/3gTh4pH> (Último acceso 23/08/2021).
- **Calvert, C., Owolabi, O. O., Yeung, F., Pittrof, R., Ganatra, B., Tunçalp, Ö., Thomas, S.** (2018). The magnitude and severity of abortion-related morbidity in settings with limited access to abortion services: a systematic review and meta-regression. *BMJ Glob Health*, 3, 692.
- **Centro Latinoamericano de Perinatología.** (2019). *Guías Para La Atención De Las Principales Emergencias Obstetricas*. Disponible en: <https://bit.ly/3mQSUzP> (Último acceso: 27/07/2021)
- **Centroamérica, I.** (2020). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Ipas.
- **Campbell, O. M., Aquino, E. M., Vwalika, B., & Gabrysch, S.** (2016). "Signal functions for measuring the ability of health facilities to provide abortion services: an illustrative analysis using a health facility census in Zambia", en *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-13.
- **Decreto 516/2021.** Reglamentación de la Ley 27.610. Fecha publicación en el Boletín Oficial 14 de agosto de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3jwCURG> (Último acceso 23/08/2021).
- **Dirección Nacional de Maternidad e Infancia** (2005) *Guía Para el Mejoramiento de la atención Post aborto*. Ministerio de Salud, S. E. Salud Pública. *Boletín n°*, 471, 2.
- **Dirección Nacional de Maternidad e Infancia** (2010) *Guía Para el Mejoramiento de la atención post aborto*. Disponible en: <https://bit.ly/3BLXm8e> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Dirección de Estadísticas e Información en salud (DEIS).** (2017) Estadísticas vitales. Información básica 2016. Ministerio de salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3yKuUkx> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Dirección de Estadísticas e Información en salud (DEIS).** (2018) Estadísticas vitales. Información básica 2017. Ministerio de salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3gRWWUW> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Dirección de Estadísticas e Información en salud (DEIS).** (2019) Estadísticas vitales. Información básica 2018. Ministerio de salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3DDE6uD> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Dirección de Estadísticas e Información en salud (DEIS).** (2021) Estadísticas vitales. Información básica 2019. Ministerio de salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3jyKgnB> (Último acceso: 27/07/2021).

- **Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), Ministerio de Salud y Desarrollo Social** (2021). Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3mahSZb> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), Ministerio de Salud, Argentina** (2021). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Disponible en: <https://bit.ly/3kRDI9Q> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH)**. (2020). *FSRH Guideline. Contraception after pregnancy*. Disponible en: <https://bit.ly/377RV5r> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH)**. (2016) *FSRH Service Standard for Sexual and Reproductive Healthcare*. Disponible en: <https://bit.ly/3BQ7igM> (Último acceso: 28/03/2021).
- **Ferreira, A. L. C. G., Lemos, A., Figueiroa, J. N., & de Souza, A. I.** (2009). "Effectiveness of contraceptive counselling of women following an abortion: a systematic review and meta-analysis", en *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 14(1), 1-9.
- **FIGO Ethical and Professional Aspects of Human Reproduction and Women's Health Committee, Chervenak, F. A., Briozzo, L., Dickens, B., Hale, R., Marsh, M., ... & Gupte, S.** (2019). FIGO Committee Statement: Ethical responsibilities in post-abortion care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 146(3), 269-270.
- **Harris, L. H., & Grossman, D.** (2020). "Complications of unsafe and self-managed abortion.", en *New England Journal of Medicine*, 382(11), 1029-1040.
- **Hobson, S. R., Kingdom, J. C., Murji, A., Windrim, R. C., Carvalho, J. C., Singh, S. S., ... & Allen, L. M.** (2019). "No. 383-screening, diagnosis, and management of placenta accreta spectrum disorders.", en *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(7), 1035-1049.
- **Huber, D., Curtis, C., Irani, L., Pappa, S., & Arrington, L.** (2016). "Postabortion Care: 20 Years of Strong Evidence on Emergency Treatment, Family Planning, and Other Programming Components.", en *Global health, science and practice*, 4(3), 481-494. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00052>
- **Herrick, J., Turner, K. L., McInerney, T., & Castleman, L.** (2004). *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia*. Ipas.
- **Haute autorité de la santé. Recommendation Pratiques** (2019) *Contaception chez la femme apres une interruption volontaire de grossesse*. Disponible en: <https://bit.ly/3BL3ddP> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Ipas** (2014). *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia*. 2a ed-. K. L. Turner y A. Huber (Eds.), Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en: <https://bit.ly/3aaJkB6> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Ipas**. (2020). *Clinical Updates in Reproductive Health*. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill. Disponible en: <https://bit.ly/2N0vfxX> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Ipas Latinoamérica & safe2choose**. (2021). *Reporte de resultados – encuesta internacional de personas proveedoras y acompañantes de aborto*. Disponible en: <https://bit.ly/2UV5G4T> (Último acceso: 27/07/2021)
- **Kerns, J., & Steinauer, J.** (2013). "Management of postabortion hemorrhage: release date November 2012 SFP Guideline #20131", en *Contraception*, 87(3), 331-342.
- **Kim, C., Sorhaindo, A., & Ganatra, B.** (2020). "WHO guidelines and the role of the physician in task sharing in safe abortion care", en *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, 56-66.

- **Ley 26.485. Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales.** (2009). Disponible en: <https://bit.ly/3iVGnYh> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud** (2009). Disponible en: <https://bit.ly/3y8scpb> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Ley 27.610 Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo** (2020). Disponible en: <https://bit.ly/3up7FeY> Último acceso: 27/07/2021).
- **Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSAL).** (2019). Guía para la Adaptación de Guías de Práctica Clínica, 1–39. Disponible en: <https://bit.ly/3i9M9Gw> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Moseson, H., Jayaweera, R., Raifman, S., Keefe-Oates, B., Filippa, S., Motana, R., ... & Gerds, C.** (2020). Self-managed medication abortion outcomes: results from a prospective pilot study. *Reproductive Health*, 17(1), 1-12.
- **National Abortion Federation (NAF).** (2020). *Prácticas del aborto. Guía de Prácticas Clínicas para la Atención del Aborto.*
- **National Clinical Effectiveness Committee (NCEC).** (2014). "Sepsis Management", en *National Clinical Guideline*, No.6, (6), 110.
- **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).** (2019). *Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE Guideline NG126.* Disponible en: <https://bit.ly/3mM6hl0> (Último acceso: 27/07/2021).
- **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).** (2020). *Abortion Care (NG140)*, September 2019, 1–266. Disponible en: <https://bit.ly/38w4AzM> (Último acceso: 27/07/2021).
- **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).** (2019) *Guideline Long-Acting Reversible Contraception.* Disponible en: <https://bit.ly/38ufPbV> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Organización Mundial de la Salud.** (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.* Disponible en: <https://bit.ly/2WAoarT> (Último acceso: 27/07/2021).
- **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.* Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3zEXz bq> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Organización mundial de la salud.** (2019) *Tratamiento medico del Aborto.* Disponible en: <https://bit.ly/3BQZNXg> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2020a). *Servicios sanitarios de calidad.* Disponible en: <https://bit.ly/3BMqpb5> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2020b). *Prevención del aborto peligroso.* Disponible en: <https://bit.ly/38wKqWf> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Owolabi, O. O., Biddlecom, A., & Whitehead, H. S.** (2019). "Health systems' capacity to provide post-abortion care: a multicountry analysis using signal functions.", en *The Lancet Global Health*, (1), e110–e118.
- **O'Shea, L. E., Hawkins, J. E., Lord, J., Schmidt-Hansen, M., Hasler, E., Cameron, S., & Cameron, I. T.** (2020). "Access to and sustainability of abortion services: A systematic review and meta-analysis for the National Institute of Health and Care Excellence - New clinical guidelines for England", en *Human Reproduction Update*, 26(6), 886–903. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmaa026>

- **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.** (2015). "Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto", en *Ministerio de Salud de La Nación, Argentina*, 1, 82.
- **Queensland Clinical Guidelines** (2019). *Termination of Pregnancy*. Disponible en: <https://bit.ly/3BQda9M> (Último acceso: 27/07/2021).
- **Royal College Obstetrician & Gynaecologist (RCOG).** (2016). "Best practice post abortion Care", en *Best practice paper N°3*.
- **Rogers, C., & Dantas, J. A.** (2017). "Access to contraception and sexual and reproductive health information post-abortion: a systematic review of literature from low-and middle-income countries.", en *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(4), 309-318.
- **Sedgh, G., Filippi, V., Owolabi, O. O., Singh, S. D., Askew, I., Bankole, A., ... & MacDonagh, S.** (2016). "Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion.", en *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(1), 104-106.
- **Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., ... Ashford, L. S.** (2018). "Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission.", en *The Lancet*, 391(10140), 2642–2692.
- **Stewart, H., McCall, S. J., McPherson, C., Towers, L. C., Lloyd, B., Fletcher, J., & Bhattacharya, S.** (2016). "Effectiveness of peri-abortion counselling in preventing subsequent unplanned pregnancy: a systematic review of randomised controlled trials.", en *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 42(1), 59-67.
- **Term G.** Postabortion Care (PAC) Consortium (2015) PAC model. Disponible en: <https://bit.ly/3BDp865> (Último acceso: 21/03/2021).
- **UN Committee Against Torture (CAT).** (2014) *UN Committee against Torture: Conclusions and Recommendations*. Chile, CAT/C/CR/32/5. Disponible en: <https://bit.ly/38AKQLr> (Último acceso 04/2021).
- **Workowski, K. A.** (2015). "Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines.", en *Clinical Infectious Diseases*, 61(suppl_8), S759-S762.

0800 222 3444

<https://argentina.gob.ar/salud/saludsexual>
saludsexual@msal.gov.ar

ISBN 978-950-38-0305-9



Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina