TERCER SUPLEMENTO

REGISTRO OFICIAL®
ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO No. 00004-2026

SE APRUEBA Y SE AUTORIZA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ATENCIÓN DEL ABORTO TERAPÉUTICO/INTERRUPCIÓN TERAPÉUTICA DE LA GESTACIÓN

Año II - Nº 353 - 141 páginas
Quito, lunes 24 de agosto de 2026

Nro. 0004-2026

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3 numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud de sus habitantes;

Que la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone: "*La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, accesiones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional*";

Que el artículo 35, de la Constitución de la República, establece: "*Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.*";

Que el artículo 66, de la Constitución de la República, reconoce y garantiza a las personas: "(...) *9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras. 10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener.*";

Que la Constitución de la República, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular la política nacional, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 2, determina la obligación de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, de sujetarse a las disposiciones de dicha Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, dispone que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;

Que la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 6 numeral 6, establece como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: "*Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera*";

Que la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 7, determina los derechos de las personas en relación a la salud, entre ellos: "*b) acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución* (...); (...) *h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública; (...).*";

Que la ley Orgánica de Salud, en el artículo 20, ordena: "*Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.*";

Que la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 21, determina: "*El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución*";

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 29, faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal. Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención;

Que la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 201, establece como responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos;

Que el Código Orgánico Administrativo, establece: "*Art. 130.- Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley*";

Que el Código Orgánico Integral Penal, señala: "*Art. 150.- Aborto no punible.- El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:*

1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. Si el embarazo es consecuencia de una violación "en una mujer que padezca de discapacidad mental.";

Que con Decreto Ejecutivo No. 446 de 10 de julio de 2026, el Presidente de la República designó al magíster Juan Carlos Aveiga Parra, como Ministro de Salud Pública;

Que el Informe Técnico No. MSP-DNPS-2025-GISSYSR-042 de 30 de junio de 2026, elaborado por la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y aprobado por la Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, señala entre otros aspectos: *"(...) La creación de esta Guía de Práctica Clínica (GPC) es un paso imperativo para el cumplimiento de las obligaciones internacionales de derechos humanos. En particular, responde a la condena emitida por el Comité de Derechos Humanos de la ONU en el Caso Norma vs. Ecuador, donde se determinó la responsabilidad del Estado por la vulneración de derechos fundamentales de una niña víctima de violencia sexual. El dictamen es categórico al señalar que la maternidad forzada derivada de la denegación de servicios de interrupción del embarazo puede constituir una forma de tortura y trato cruel, inhumano o degradante. Por consiguiente, el Estado ecuatoriano tiene la obligación de adecuar su normativa y protocolos técnicos para garantizar que ninguna niña o adolescente sea obligada a gestar y parir, eliminando las barreras estructurales que perpetúan el trauma de la agresión original. En el ámbito interno, la Sentencia 34-19-IN/21 de la Corte Constitucional del Ecuador marcó un hito al declarar la inconstitucionalidad de la penalización del aborto en casos de violación. Esta resolución establece que: •El Estado debe garantizar el derecho de las mujeres, niñas y adolescentes a decidir sobre su cuerpo, especialmente tras haber sufrido violencia sexual. • Se prohíbe la imposición de requisitos burocráticos o judiciales (como denuncias, exámenes forenses o sentencias previas) que obstaculicen el acceso inmediato al procedimiento de salud. •Es deber del Ministerio de Salud Pública (MSP) expedir lineamientos técnicos claros que brinden seguridad jurídica al personal sanitario y garanticen una atención de calidad a las usuarias. Por lo expuestos, se requiere contar con un documento normativo que brinde la mejor evidencia científica a los profesionales de la salud (...)"* y concluye: *"(...) la emisión del Acuerdo Ministerial para la oficialización de la Guía de Práctica Clínica de Atención de Aborto Terapéutico/ Interrupción Terapéutica de la Gestación, 2026 es pertinente, oportuna e indispensable para el Sistema Nacional de Salud. La GPC-AT establece pautas con evidencia científica para la atención del aborto terapéutico dentro de las causales: salud, vida y violación, de acuerdo a lo estipulado en el Marco Constitucional y Legal del país. Además, es una respuesta integral a la deuda histórica del Estado con las víctimas de violencia sexual. No solo constituye un mecanismo de cumplimiento de sentencias nacionales e internacionales, sino que se establece como una herramienta esencial para prevenir la violencia ginecobstetricia y la plena autonomía reproductiva. Cabe destacar que el proceso de elaboración del documento normativo cumple con los principios de transparencia y legitimidad, contándose con los respaldos institucionales que sustentan la construcción participativa y la validación del documento (...)"*; recomendando: *"Una vez concluido el proceso de formulación de la Guía de Práctica Clínica de Atención de Aborto Terapéutico e Interrupción terapéutica de la Gestación, 2026, se recomienda gestionar la emisión del Acuerdo Ministerial mediante el cual se apruebe y autorice su publicación e implementación, a fin de garantizar su aplicación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.";*

Que la Guía de Práctica Clínica de Aborto Terapéutico/Interrupción terapéutica de la Gestación, proveerá a los profesionales de la salud de recomendaciones informadas en la evidencia para el manejo del aborto terapéutico/Interrupción terapéutica de la gestación para la toma de decisiones con base científica, experiencia clínica, valores y preferencias de los pacientes con enfoque bioético y de derechos humanos; y,

Que mediante memorando Nro. MSP-VGS-2026-1054-M, de 07 de julio de 2026, el Viceministro de Gobernanza de la Salud, solicitó a la Coordinación General de Asesoría Jurídica la emisión del correspondiente Acuerdo Ministerial que aprobará la "Guía de Práctica Clínica de Atención del Aborto Terapéutico/Interrupción Terapéutica de la Gestación".

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTICULOS 154, NUMERAL 1, DE LA CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO.

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la publicación de la *"Guía de Práctica Clínica de Atención del Aborto Terapéutico/Interrupción terapéutica de la gestación"*.

Artículo 2. -Disponer que la *"Guía de Práctica Clínica de Atención del Aborto Terapéutico/Interrupción terapéutica de la gestación"*, sea de aplicación obligatoria para todo el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3. - Publicar la "*Guía de Práctica Clínica de Atención del Aborto Terapéutico/Interrupción terapéutica de la gestación*", en la página web el Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA:

ÚNICA .- En el término de ciento veinte (120) días, contados a partir de la publicación del presente Acuerdo Ministerial en el Registro Oficial, la Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, o quien haga sus veces, elaborará el instrumento normativo que operativice las recomendaciones contenidas en la Guía de Práctica Clínica de Aborto Terapéutico/Interrupción Terapéutica de la Gestación, instaurando la orientación clínica, técnica y administrativa para los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, de cumplimiento obligatorio en el ámbito sanitario.

DISPOSICIÓN REFORMATORIA:

ÚNICA. - Refórmese los "*Lineamientos técnicos para la implementación de la estrategia de planificación familiar y atención a mujeres en situación de perdida gestacional y sus complicaciones vinculadas a la reducción de la mortalidad materna*", expedido mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00043-2019, publicado en el Registro Oficial Nro. 54 de 04 de octubre de 2019, de la siguiente manera:

En el artículo 3, Definiciones, elimínese la definición de "Aborto/perdida gestacional" e incorpórese las siguientes:

"***Aborto espontáneo***": Pérdida espontánea de un embarazo antes de las 24 semanas de gestación, es decir, antes de que el feto sea normalmente viable fuera del útero. Los signos clínicos del aborto espontáneo son hemorragia vaginal, que cursa generalmente con dolor abdominal y calambres. Si el embrión ha sido expulsado, el aborto espontáneo se denomina «completo» o «incompleto», dependiendo de si quedan o no tejidos retenidos en el útero.

"***Aborto inducido***": pérdida intencional de un embarazo intrauterino por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene como objetivo resultar en un nacimiento con vida.

*"**Interrupción terapéutica de la gestación/aborto terapéutico**: Es un procedimiento clínico que tiene como objetivo salvaguardar la vida o la salud integral (física, mental o social) de la persona gestante, o en casos de violación. Su aplicación es necesaria, cuando la alternativa considerada resulte ser inadecuada, inaccesible, representen una carga desproporcionada o genere mayores gravámenes para la paciente (28). El procedimiento se realiza con el consentimiento informado de la usuaria o por subrogación dependiendo de cada caso (29). Para este procedimiento no se establece un límite de edad gestacional salvo el análisis médico o integral individualizado de cada caso, y el uso de tecnología adecuada".*

DISPOSICIÓN DEROGATORIA:

ÚNICA. - Deróguese todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan a las disposiciones del presente Acuerdo Ministerial, expresamente el Acuerdo Ministerial 00005195, publicado en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 395 de 12 de diciembre de 2014, a través del cual se aprobó y autorizó la publicación de la Guía de Práctica Clínica denominada "*Atención del aborto terapéutico.*

DISPOSICIÓN FINAL:

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados a través de la Dirección Nacional de Hospitales, a la Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel a través de la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud y a la Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud o quienes hagan sus veces.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, 04 AGO 2026

Validar únicamente en FirmaEC
Firmado electrónicamente por:
JUAN CARLOS AVEIGA PARRA

REPÚBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Mgs. Juan Carlos Aveiga Parra
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Acción	Nombre	Instancia	Cargo	Firma
Revisado	Ing. Álvaro Adrián Molina Galarraga	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministro	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ALVARO ADRIAN MOLINA GALARRAGA
	Mgs. Wendy Gavica Vásquez	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministra (E)	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: WENDY BRASILIA GAVICA VASQUEZ

Acción	Nombre	Instancia	Cargo	Firma
	Mgs. Andrea Elizabeth Bravo Remache	Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	Subsecretaria	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ANDREA ELIZABETH BRAVO REMACHE
	Econ. Frecia Victoria Plaza de la Rosa	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: FRECIA VICTORIA PLAZA DE LA ROSA
	Espc. María Gabriela Cañarte Santana	Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados	Subsecretaria (S)	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA GABRIELA CANARTE SANTANA
	Mgs. Gabriela del Rocío Quinaluisa Chamorro	Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel	Subsecretaria (E)	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: GABRIELA DEL ROCIO QUINALUISA CHAMORRO
	Abg. Agustín George Pico Molineros	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinador	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: AGUSTIN GEORGE PICO MOLINEROS
	Mgs. Pedro Mitchaell Barberán Astudillo	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Director	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: PEDRO MITCHAELL BARBERAN ASTUDILLO
	Dr. Alejandro Vladimir Diaz Sorto	Dirección Nacional de Hospitales	Director (E)	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ALEJANDRO VLADIMIR DIAZ SORTO
	Mgs. Karol Mabel Sandoval Illescas	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud	Directora (E)	Karol Mabel Sandoval Illescas Time Stamping Security Data
	Mgs. Carla Marina Aulestia Vizcaino	Dirección de Asesoría Jurídica	Directora (E)	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: CARLA MARINA AULESTIA VIZCAINO

Acción	Nombre	Instancia	Cargo	Firma
	Mgs. German Anthony Bustamante Lindao	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Director	German Anthony Bustamante Lindao Time Stamping Security Data
	Mgs. Daniela del Rocío Chávez Arcos	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: DANIELA DEL ROCIO CHAVEZ ARCOS
Elaborado	Mgs. Alexandra Arteaga López	Dirección de Asesoría Jurídica	Analista	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ALEXANDRA DEL ROCIO ARTEAGA LOPEZ
	Mgs. Norma Graciela Oña Espinel	Dirección de Promoción de la Salud	Especialista	Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: NORMA GRACIELA ONA ESPINEL

Guía de Práctica Clínica (GPC)

Atención del Aborto Terapéutico/Interrupción Terapéutica de la gestación

2026

EL NUEVO ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Atención del Aborto terapéutico e Interrupción Terapéutica de la Gestación". Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Dirección Nacional de Promoción de Salud; 2026.

1. Guía de Práctica Clínica
2. Recomendaciones
3. Aborto Terapéutico/Interrupción terapéutica de la Gestación

Ministerio de Salud Pública
Av. Quitumbe Ñan y, Av. Llira Ñan, Quito 170146
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Teléfono: (593)2 381-4400
www.salud.msp.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud, MSP.

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. "Atención del Aborto Terapéutico e Interrupción Terapéutica de la Gestación". Guía de Práctica Clínica. Quito, Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud; 2026. Disponible en: http://salud.gob.ec: http://salud.gob.ec

Hecho en Ecuador

Autoridades

Juan Carlos Aveiga Parra, Ministro de Salud Pública
Alvaro Adrian Molina Galarraga, Viceministro de Gobernanza de la Salud
Romel Leonardo Gonzalez Orlando, Viceministro de Atención Integral en Salud, Encargado
Frecia Victoria Plaza de la Rosa, Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud
Gabriela del Rocio Quinaluisa Chamorro, Subsecretaria de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, Encargada
Wendy Brasilia Gavica Vásquez, Subsecretaria de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados
Freddy Fernando Jacome León, Coordinador General de Sostenibilidad del Sistema y Recursos, Encargado
Andrea Elizabeth Bravo Remache, Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad
Xavier Eduardo Buenaño Guerra, Director Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Pedro Mitchaell Barberan Astudillo, Director Nacional de Promoción de la Salud
Karol Mabel Sandoval Illescas, Directora Nacional de Atención Integral en Salud, Encargada
Alejandro Vladimir Diaz Sort, Director Nacional de Hospitales, Encargado
German Anthony Bustamante Lindao, Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud

Panel de expertos

Morales Carrasco María, doctora, especialista en ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud Pública. Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA), Quito
Lopez Sosa Carlos, doctor, especialista en ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud Pública. Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi" (HGONA), Quito
Garcia Salazar Karen, doctora, especialista en ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud Pública, Hospital General Docente de Calderón (HGDC), Quito
Huilca Alvarez Edison, doctor, especialista en ginecología y obstetricia, Intituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín / Unidad técnica de Alto Riesgo Obstétrico, Quito
Cepeda Mora Francisco, doctor, especialista en ginecología y obstetricia, Intituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Hospital General San Francisco, Quito
Meneses Sáenz Homero, doctor, especialista en ginecología y obstetricia, Hospital Especialidades Fuerzas Armadas No.1, Quito
Alvarado Quinto Karina, doctora, especialista en ginecología y obstetricia, Hospital de la Policía Nacional Guayaquil No. 2, Guayaquil
Dr. Miguel Taylee, doctor, Médico ginecólogo, Hospital de la Policía Nacional Guayaquil No. 2

Equipo de redacción y autores

Morales Carrasco María, doctora, especialista en ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud Pública. Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA), Quito
Merino Bravo Mónica, doctora bioquímica y farmacia, especialista en gerencia de salud, Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud Quito
Oña Espinel Norma, psicóloga clínica, master en bioética, Minsiterio de Salud Pública, Dirección Nacional de Promoción de Salud, Quito

Chávez Arcos Daniela del Rocío, magister en epidemiologia con mención en investigacion clinica aplicada. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud
Lopez Sosa Carlos, doctor, especialista en ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud Pública. Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi" (HGONA), Quito
Garcia Salazar Karen, doctora, especialista en ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud Pública, Hospital General Docente de Calderón (HGDC), Quito
Huilca Alvarez Edison, doctor, especialista en ginecología y obstetricia, Intituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín / Unidad técnica de Alto Riesgo Obstétrico, Quito
Cepeda Mora Francisco, doctor, especialista en ginecología y obstetricia, Quito
Meneses Sáenz Homero, doctor, especialista en ginecología y obstetricia, Hospital Especialidades Fuerzas Armadas No.1, Quito
Alvarado Quinto Karina, doctora, especialista en ginecología y obstetricia, Hospital de la Policía Nacional Guayaquil No. 2, Guayaquil
Dr. Miguel Taylee, doctor, Médico ginecólogo, Hospital de la Policía Nacional Guayaquil No. 2

Organizaciones de colaboración

Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Ipas Latinoamérica y el Caribe (Ipas LAC)
Fundación Espistemonikos, República de Chile.
Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos- Surkuna

Equipo Consultor

Camila Ávila, DDS. Mgs, Directora de métodos einvestigación Fundación Epistemónicos.
Gabriel Randa, MD. Especialista. CEO, Fundación Epistemonikos
Ana María Rojas, DDS. MSc. Metodóloga, Fundación Epistemonikos
Francy Cantor-Cruz, Psi. MSc. Metodóloga, Fundación Epistemonikos
Francisco Novillo, DDS. MSc. Metodólogo, Fundación Epistemonikos
José Tomás Ramos, Klgo. MSc (c). Metodólogo, Fundación Epistemonikos
Sebastián Pinto Ñ, DDS. MSc (c). Asistente de investigación, Fundación Epistemonikos
Ortíz Avendaño Guillermo, doctor, Asesor Médico Senior, Ipas Global, Estados Unidos
Martinez López Claudia, doctora, Consultora médica, Ipas Global, Mexico
Leon Valdiviezo Wilfrido, doctor, especialista en ginecología y obstetricia, consultor Fondo de Población de Naciones Unidas (UNPFA), Quito
Grijalva Armas Sonia, doctora, especialista en ginecología y obstetricia, Ministerio de Salud Pública, Centro de Salud Cotocollao - Distrito 3, Quito
Tasigchana Paredes Carlos, epiedemiólogo, investigador en salud,Quito

Equipo de revisión y validación

Yepez García Eduardo, doctor, especialista en ginecología y obstetricia y medicina fetal, Unidad materno fetal del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora, Quito
Álvarez Freire Silvia, especialista, Dirección Nacional de Regulación de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Ministerio de Salud Pública, Quito
Cyntia Pamela Analuisa Aviles, magister, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, Quito

Calle Zambrano Wilma Pilar, obstetriz, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, Quito
Quirola Amores Sylvia, médica, Dirección Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Quito.
Saldaña Beltran Gabriela, magister en salud sexual y salud reproductiva, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Quito
Barreno Tixe Diana, magister, Quito.
Yépez Hidalgo Eduardo, doctor, especialista en ginecología y obstetricia y medicina fetal, Universidad Central del Ecuador, Quito
Morales Carrasco María, doctora, especialista en ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud Pública. Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA), Quito
Chávez Arcos Daniela, magister, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Quito
Guallasamin Quisilema Paúl. Médico, genetista, Líder del Sistema Referencias y Contra Referencia de Consulta Externa, Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora. Luz Elena Arizmendi, Quito
Lopez Sosa Carlos, doctor, especialista en ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud Pública. Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi" (HGONA), Quito
Garcia Salazar Karen, doctora, especialista en ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud Pública, Hospital General Docente de Calderón (HGDC), Quito
Huilca Alvarez Edison, doctor, especialista en ginecología y obstetricia, Intituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín / Unidad técnica de Alto Riesgo Obstétrico, Quito
Cepeda Mora Francisco, doctor, especialista en ginecología y obstetricia, Intituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Hospital General San Francisco, Quito
Meneses Sáenz Homero, doctor, especialista en ginecología y obstetricia, Hospital Especialidades Fuerzas Armadas No.1, Quito
Alvarado Quinto Karina, doctora, especialista en ginecología y obstetricia, Hospital de la Policía Nacional Guayaquil No. 2, Guayaquil
Miranda Octavio, médico especialista en ginecología y obstetricia, presidente del Comité de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del Ecuador, Ambato
Edison Andrés Izurieta Jaramillo, obstetra, Hospital Básico de Sangolquí Quirúrgicas o Clínico Quirúrgicas, Quito
Jonathan Mauricio Diaz Santacruz, enfermero, Hospital General Docente de Calderón, Quito
Santiago Noe Vasco Morales, médico pedriatra, Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora, Quito
Bolívar Eduardo Caguana Torres, médico ginecólogo, Hospital Básico de Machachi, Quito

Contenido

1. Presentación.....
2. Introducción y justificación: .....
3. Objetivos.....
3.1. Objetivo general .....
3.2. Objetivos específicos.....
4. Alcance.....
5. Glosario de términos.....
6. Abreviaturas .....
7. Resumen de las recomendaciones.....
8. Definición de financiamiento .....
9. Declaración de Conflicto de interés.....
10. Metodología de construcción de la GPC.....
11. Preguntas Clínicas (PICO) y Recomendaciones para la Atención del Aborto Terapéutico.....
11. Anexos .....
11.1Anexo 1: Preguntas PICO.....
11.3Anexo 3. Tablas de resumen de juicios EtD “de la Evidencia a la Decisión” .....

1. Presentación

El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, en concordancia con los mandatos Constitucionales emite políticas y normativas nacionales e internacionales para el sector salud que contribuyan a garantizar el derecho a la salud siendo la salud sexual, salud reproductiva y la atención de aborto parte de este derecho.

En este sentido se reconoce que el aborto, es un problema de salud pública porque genera un impacto para la salud o la vida, por ello requiere de una atención emergente y prioritaria que debe ser brindada por personal capacitado, sensible, y respetuoso de los derechos humanos.

Además, el aborto es una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad materna que puede ser prevenido, siempre que se asegure y se encuentren disponibles servicios de anticoncepción moderna, de prevención, detección de las violencias de género y prevención de embarazos no intencionados (no planeados o no deseados), especialmente en los lugares donde las mujeres viven y transcurre su vida (1).

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública en su rol garante de los derechos en salud ha actualizado la Guía de Práctica Clínica “Atención del Aborto Terapéutico”, que actualmente se denomirá “Guía de Práctica Clínica de Atención del Aborto Terapéutico e Interrupción Terapéutica de la Gestación” para proveer a los profesionales de la salud recomendaciones informadas en evidencia para el manejo del aborto terapéutico, considerando el marco jurídico vigente en el país y las mejores prácticas de atención que aseguren el derecho a la salud integral.

Mgs. Juan Carlos Aveiga Parra

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

2. Introducción y justificación:

La actualización de la Guía de Práctica Clínica de Atención del Aborto Terapéutico e Interrupción Terapéutica de la Gestación responde a la necesidad de garantizar una atención sanitaria de calidad. Su objetivo es mejorar la toma de decisiones clínicas para proteger los derechos humanos fundamentales de la persona gestante y mantener actualizados a los profesionales de la salud con la mejor evidencia científica y el marco jurídico vigente en el país.

Aunque la mayoría de los embarazos tienen un curso normal, algunos pueden representar un peligro y riesgo para la vida o la salud integral de la mujer (2, 15). Ante estas situaciones, numerosos países han desarrollado leyes y protocolos que autorizan la interrupción del embarazo. Debido a la complejidad de las indicaciones para un aborto terapéutico, no es recomendable establecer una lista de enfermedades de referencia. Por ello, cada caso debe ser evaluado de manera integral, combinando el criterio del profesional de la salud o del equipo de profesionales de la salud con el de la gestante (3, 4, 5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca la necesidad de eliminar las barreras que impiden el acceso a una atención segura para el aborto. Barreras como la penalización, los periodos de espera obligatorios, la aprobación de terceros y los límites gestacionales arbitrarios no solo retrasan la atención, sino que también exponen a mujeres y niñas a mayores riesgos de aborto inseguro, estigmatización y problemas de salud. Estas dificultades también afectan su educación y trabajo (6). Esta problemática es especialmente crítica para las mujeres y niñas que buscan un aborto después de las 12 semanas de gestación, un grupo que a menudo proviene de poblaciones más marginadas. Por lo general, este grupo enfrenta mayores barreras económicas o logísticas, y son adolescentes, víctimas de violencia o han recibido un diagnóstico tardío de su embarazo (3). En entornos con acceso limitado a servicios de aborto seguro, es relativamente común que la solicitud de interrupción se produzca en etapas gestacionales más avanzadas (7).

En el ámbito de la salud, el aborto es un procedimiento seguro y de baja complejidad que se puede gestionar eficazmente con métodos médicos o quirúrgicos. Cuando se realiza de manera segura, con un método adecuado al periodo de gestación y por personal cualificado, las complicaciones son poco frecuentes (8). Además, es un procedimiento legal en el 97% de los países del mundo (8). El Centro de Derechos Reproductivos informa que 77 países permiten el aborto a petición de la gestante, 12 lo permiten por motivos socioeconómicos, 47 para prevenir riesgos a la salud y 44 para salvar la vida de la gestante (9, 10).

Según el INEC, Ecuador registró 18.135 abortos en 2023 (11). Por su parte, la Gaceta Epidemiológica 2024 del MSP señala que, de 90 muertes maternas, 11 correspondieron a embarazos que terminaron en aborto. De estas, solo 8 se clasificaron como causa básica por aborto (Grupo 1) debido a complicaciones sépticas (como aborto séptico o diferido). Los

3 restantes se asignaron al Grupo 4 (infecciones generalizadas), ya que su gravedad médica progresó críticamente hacia un aborto complicado con choque séptico (12)

Además, un estudio sobre el Costo de Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva de 2015 estimó que la atención de complicaciones por aborto inseguro cuesta 2.25 millones de dólares. Esta cifra incluye la atención de casos de aborto incompleto, hemorragia, infección genital/pélvica y otras complicaciones (13).

En Ecuador, la atención del aborto terapéutico está respaldada por la Ley Orgánica de Salud (14), el Código Orgánico Integral Penal (COIP - 2014) (15) y la Ley Orgánica que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para niñas, adolescentes y mujeres en caso de violación (16).

El COIP de 2014 establece que el aborto no es punible cuando lo realiza un profesional de la salud capacitado con el consentimiento de la mujer (o su representante legal, si es necesario) en los siguientes casos (15):

- Para evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer que no pueda evitarse por otros medios.
- Si el embarazo es resultado de una violación.

Por tanto, la Guía de Práctica Clínica de Atención del Aborto Terapéutico e Interrupción Terapéutica de la Gestación se constituye como un instrumento técnico obligatorio para estandarizar la atención en la Red Pública Integral de Salud. Su aplicación garantiza una prestación basada en el rigor técnico y el cumplimiento de los principios de equidad, confidencialidad y respeto a la autonomía de niñas, mujeres y personas gestantes, reduciendo las barreras de acceso al servicio.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Proveer a los profesionales de la salud recomendaciones informadas en la evidencia para el manejo del aborto terapéutico e interrupción terapéutica de la gestación, que permita la toma de decisiones con base científica, enfoque bioético y de derechos humanos.

3.2. Objetivos específicos

1. Establecer recomendaciones para el manejo clínico y quirúrgico del aborto terapéutico e interrupción terapéutica de la gestación.
2. Proveer intervenciones eficaces e integrales para la atención del aborto terapéutico seguro en relación a la edad gestacional.
3. Asegurar la accesibilidad para la atención del aborto e interrupción terapéutica de la gestación a las mujeres con esta indicación, dentro del marco jurídico nacional.

4. Alcance

La presente Guía de Práctica Clínica es de cumplimiento obligatorio para el Sistema Nacional de Salud y está dirigida a los profesionales de la salud involucrados en la atención y la atención directa de salud sexual y salud reproductiva, de los diferentes niveles de atención en salud.

Esta guía incluye la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE vigente:

- **O004:** Aborto médico
  Incluye:
  - Aborto terapéutic
  - Terminación del embarazo:
    - Legal
    - Terapéutico

5. Glosario de términos

Aborto médico: Término de diagnóstico clínico utilizado en la Clasificación Internacional de Enfermedades para referirse a la interrupción de un embarazo legal y/o terapéutico (17).

Aborto inducido: pérdida intencional de un embarazo intrauterino por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene como objetivo resultar en un nacimiento con vida (18).

Aborto seguro: se refiere al procedimiento realizado por profesionales de la salud capacitados que aplican técnicas médicas con tecnología y medicamentos adecuados, teniendo en cuenta el tiempo de embarazo (1).

Abortos peligrosos: son aquellos que se subdividen en los siguientes (19):

Abortos menos seguros: son aquellos que fueron practicados por un profesional de la salud cualificado que utilizó un método poco seguro o desfasado; por ejemplo, el legrado uterino instrumental menos de 12 semanas; o bien, que fueron realizados por una persona no cualificada, incluso si se utilizó un método seguro como el de administración de misoprostol.

Abortos nada seguros: son realizados por personas no cualificadas y se llevan a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos, también pueden ser nada seguros cuando son realizados por personas no cualificadas con métodos peligrosos, como la introducción de objetos extraños y el uso de brebajes.

Aseoría para atención de aborto terapéutico/ interrupción terapéutica de la gestación: es un proceso que promueve la toma de decisiones informadas frente a la gestación, mediante el suministro de información veraz, oportuna, con base en evidencia científica, libre de prejuicios (20), coerción o violencia sobre un procedimiento o demanda de salud proporcionada por la persona gestante.

Durante este proceso, si la persona lo solicita o lo necesita, se deberá asegurar que sus inquietudes o necesidades sean cubiertas, por ejemplo: si requiere información adicional sobre exámenes prenatales u otros servicios de diagnóstico médico se debe asegurar que pueda ser proporcionado, evitando en todo momento negar información o atención solo porque la mujer pueda decidir interrumpir su embarazo basándose en los resultados. Según el derecho internacional de los derechos humanos, toda mujer tiene derecho a conocer el estado de su embarazo y a tomar decisiones en función de esa información. Al mismo tiempo, no se debe obligar a una paciente a recibir información sobre el embarazo que no desea conocer (21).

Atención del aborto terapéutico en primer nivel de atención: la atención del aborto terapéutico deberá ser inmediata y se realizará en establecimientos de salud tipo A y B de manera ambulatoria hasta las 10 semanas 6 días mediante tratamiento farmacológico. En caso de establecimientos de salud del MSP tipo B que excepcionalmente brinden atención del parto podrán brindar atención farmacológica o quirúrgica.

En establecimientos de salud tipo C, que cuenten con salas de parto de corta estancia, se realizará el procedimiento hasta las 12 semanas 6 días mediante tratamiento farmacológico o quirúrgico y en caso de que el embarazo sea mayor a 12 semanas 6 días, se deberá referir efectivamente a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

Atención del aborto terapéutico en segundo y tercer nivel de atención: la atención del aborto terapéutico deberá ser inmediata mediante tratamiento farmacológico o quirúrgico independiente de la edad gestacional en hospitales básicos, generales y de especialidad.

Asistoia fetal: se refiere al procedimiento médico que provoca intencionadamente la detención del corazón fetal (cardioplejía) (21). En el contexto de los abortos en gestaciones avanzadas, la cardioplejía se realiza en ocasiones para prevenir riesgos evitables para el recién nacido y es una manera de garantizar el principio de no maleficencia (23).

Consentimiento informado: proceso de comunicación que forma parte de la relación del profesional de salud y el paciente, por el cual una persona autónoma acepta, niega o revoca una intervención de salud. Proceso deliberativo, que se realiza con un paciente de forma voluntaria, en el cual el profesional de la salud explica en qué consiste el procedimiento a realizarse, los riesgos, beneficios, las alternativas a la intervención de existir estas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene. Cuando se trate de un procedimiento de salud de riesgo mayor, el consentimiento deberá ser expresado por el paciente por escrito, firmado y será parte de la historia clínica (24).

Diagnóstico Prenatal: conjunto de actividades y procedimientos diagnósticos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a (25).

Edad Gestacional o duración del embarazo: El cálculo de la edad gestacional se contabiliza en semanas o días completos, iniciando desde el primer día de la última menstruación (FUM) hasta el parto. El conteo se inicia en el "día cero"; así, la primera semana abarca los días 0 al 6, mientras que la semana 40 se define técnicamente como la semana 39 cumplida. Ante la ausencia de una FUM confiable, se debe emplear la mejor estimación clínica disponible y registrar siempre tanto las semanas como los días para asegurar la precisión en las tabulaciones (6).

Gestación con malformaciones fetales mayores: las malformaciones fetales tienen etiología multifactorial. Las anomalías congénitas se clasifican como mayores o menores, entendiéndose como anomalía congénita mayor la que representa un riesgo vital para el feto, requiere de cirugía y se identifica después del diagnóstico prenatal, entre estas se encuentran:

1. Anomalías fetales incompatibles con la vida: se entiende por tales a aquellas anomalías que previsiblemente y habitualmente se asocian con la muerte del feto o del recién nacido durante el período neonatal, aunque en condiciones excepcionales la supervivencia pueda ser mayor (26).

2. Enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico: se entiende por tal a aquellas situaciones con una alta probabilidad de mortalidad durante el período fetal o tras el nacimiento y/o que previsiblemente se asocian con un tiempo de supervivencia corto y/o con un desarrollo neurológico profundamente deficiente y/o con una probabilidad de dependencia extrema y persistente para el desarrollo de su vida posnatal (27).

Interrupción terapéutica de la gestación/aborto terapéutico: Es un procedimiento clínico que tiene como objetivo salvaguardar la vida o la salud integral (física, mental o social) de la persona gestante, o en casos de violación. Su aplicación es necesaria, cuando la alternativa considerada resulte ser inadecuada, inaccesible, representen una carga desproporcionada o genere mayores gravámenes para la paciente (28). El procedimiento se realiza con el consentimiento informado de la usuaria o por subrogación dependiendo de cada caso (29). Para este procedimeinto no se establece un límite de edad gestacional salvo el análisis médico o integral individualizado de cada caso, y el uso de tecnología adecuada (21).

Riesgo/Peligro: El riesgo corresponde a la probabilidad de que un daño o lesión ocurra como consecuencia de la continuación del embarazo, mientras que el peligro es entendido

como el potencial inherente de que el embarazo cause daño a la salud o la vida de las niñas, adolescentes, mujeres y personas gestates en estas situaciones (29).

Persona gestante: se considera a niñas, adolescentes, mujeres personas de la diversidad sexogenérica con posibilidad de gestar (16).

Salud: La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. (14).

Salud mental: es un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, familiar, comunitario y socioeconómico. Se entenderá como el estado de bienestar mental que permite a las personas un equilibrio emocional interno y un equilibrio emocional externo del medio ambiente en que se desenvuelve, para hacer frente a los momentos adversos de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos (30).

Solicitud de aborto terapéutico: se refiere al pedido realizado por la usuaria de manera verbal y/o escrita en el que solicita la interrupción del embarazo.

6. Abreviaturas

AT: Aborto terapéutico

AMEU: Aspiración Manual Endouterina

COIP: Código Orgánico Integral Penal

D&E: Dilatación y Evacuación

EtD: Tabla de Evidencia a Decisión

FUM: Fecha de última menstruación

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Clasificación de la valoración, desarrollo y evaluación de las recomendaciones)

IAF: Inducción de Asitolia Fetal

ITG: Interrupción Terapéutica de la Gestación

OMS: Organización Mundial de la Salud

PICO: Población, paciente o problema, Intervención, exposición o factor, Comparación con otras intervenciones o controles, Resultado esperado

SoF: Tabla de Resumen de Hallazgos o Resumen de Resultados

RR: Riesgo Relativo

7. Resumen de las recomendaciones

PREGUNTA PICO 1: Atención médica vs no médica en abortos de primer trimestre. En embarazadas de primer trimestre (12 semanas) que requieren atención por aborto terapéutico con medicamentos (antes o después del aborto), ¿se debe realizar la atención por un profesional no-médico en comparación con un profesional médico?

Recomendación:

- Se recomienda que la atención del aborto terapéutico con medicamentos en embarazadas del primer trimestre sea proporcionada por profesionales de la salud no médicos capacitados. **Recomendación fuerte a favor de la intervención; certeza de la evidencia moderada.** (Anexo 1, pregunta PICO 1).

PREGUNTA PICO 2: Tratamiento del aborto terapéutico del primer trimestre ambulatorio vs internación hospitalaria. En embarazadas con indicación de aborto terapéutico de primer trimestre (12 semanas), ¿es efectivo, seguro y conveniente realizar la administración ambulatoria de medicamentos en comparación con realizar la administración hospitalaria de medicamentos?

Recomendación:

- Se recomienda la administración ambulatoria de medicamentos en embarazadas de primer trimestre con indicación de aborto terapéutico. **Recomendación fuerte a favor de la intervención, certeza de la evidencia moderada.** (Anexo 1, pregunta PICO 2).

PREGUNTA PICO 3: Tratamiento de aborto terapéutico en embarazos de segundo trimestre. En embarazadas de segundo trimestre (13 a 17 semanas) de gestación que requieren aborto terapéutico y no responden a la dosis estándar de prostaglandinas, ¿se debe realizar una microcesárea en comparación a la prolongación de uso de medicamentos o métodos mecánicos?

Recomendación condicional:

- No se sugiere la realización de la microcesárea en embarazadas del segundo trimestre de embarazo que requieren un aborto terapéutico y que no responden a la dosis estándar de prostaglandinas. **Recomendación condicional en contra de la intervención, certeza de la evidencia muy baja.** (Anexo 1, pregunta PICO 3).

Observación adicional:

- No hay dosis estándar de prostaglandinas.

PREGUNTA PICO 4: En embarazadas con indicación de aborto terapéutico ¿Cuál es el impacto de los períodos de espera obligatorios en comparación a períodos de espera rápidos durante la atención del aborto terapéutico?

Recomendación condicional:

- No se sugiere implementar periodos de espera obligatorios en abortos terapéuticos. **Recomendación condicional en contra de la intervención; certeza de la evidencia muy baja.** (Anexo 1, pregunta PICO 4).

Observación adicional:

- De acuerdo a recomendaciones de la OMS no se deben establecer periodos de espera.

PREGUNTA PICO 5: En embarazadas con indicación de aborto terapéutico, ¿el asesoramiento durante la atención con personal no objetor de conciencia disminuye el riesgo de atrasos y complicaciones del tratamiento comparado con la atención dada por personal objetor de conciencia?

Recomendación condicional:

- Se sugiere realizar el asesoramiento durante la atención con personal no objetor de conciencia en mujeres embarazadas con indicación de aborto terapéutico. **Recomendación condicional a favor de la intervención: certeza de la evidencia muy baja.** (Anexo 1, pregunta PICO 5).

Observaciones adicionales:

- Dado que no se encontraron estudios comparativos que reporten beneficios al acudir a un objetor de conciencia, el panel de expertos realizó la votación considerando que la evidencia expuesta proviene de un centro clínico o profesional no objetor.
- El panel de expertos considera que el derecho del objetor de conciencia no puede estar por sobre las necesidades del paciente.

PREGUNTA PICO 6: En embarazadas de segundo trimestre sometidas a aborto terapéutico con medicamentos, ¿la revisión de cavidad uterina selectiva o por indicación médica es una alternativa segura, efectiva y conveniente frente a la revisión de cavidad uterina rutinaria bajo anestesia?

Recomendación condicional:

- Se sugiere realizar la revisión de cavidad uterina selectiva o por indicación médica en embarazadas de segundo trimestre sometidas a aborto terapéutico con medicamentos. **Recomendación condicional a favor de la intervención, certeza de la evidencia baja** (Anexo 1, pregunta PICO 6).

PREGUNTA PICO 7: En embarazadas de segundo trimestre avanzado (20 a 27 semanas) con indicación de aborto terapéutico, ¿se debe realizar ablactación-inhibición láctea selectiva solo en pacientes con galactorrea comparado con la realización de la ablactación-inhibición láctea rutinaria o profiláctica con medicamentos?

Recomendación condicional:

- Se sugiere realizar ablactación-inhibición láctea selectiva en embarazadas de segundo trimestre avanzado (20-27 semanas) con indicación de aborto terapéutico general que presenten galactorrea. **Recomendación condicional a favor de la intervención; certeza de la evidencia muy baja** (Anexo 1, pregunta PICO 7).

Observación adicional:

- El panel consideró que esta recomendación podría aplicarse a mujeres embarazadas en el segundo trimestre en general con indicación de aborto terapéutico, así como a aquellas que hayan experimentado otros tipos de aborto o pérdidas de embarazo y presenten galactorrea.

PREGUNTA PICO 8: En niñas o adolescentes embarazadas con indicación de aborto terapéutico, ¿qué aspectos adicionales o distintos en el abordaje psicológico, tratamiento médico y/o quirúrgico deben brindarse para mantener la calidad, efectividad y seguridad en comparación a la atención de mujeres adultas?

Recomendación condicional:

En niñas o adolescentes embarazadas con indicación de aborto terapéutico, se sugiere:

- Realizar un abordaje psicológico y social individualizado a niñas y adolescentes, adaptado a sus necesidades y con un seguimiento adecuado.
- Realizar el abordaje médico y/o quirúrgico del aborto similar a la atención brindada a mujeres adultas

Recomendación condicional a favor de la intervención; certeza de la evidencia baja (Anexo 1, pregunta PICO 8).

PREGUNTA PICO 9: En embarazadas con discapacidad e indicación de aborto terapéutico, ¿qué aspectos adicionales o distintos en el abordaje psicológico, tratamiento médico y/o quirúrgico deben brindarse para mantener la calidad, efectividad y seguridad en comparación a la atención brindada a embarazadas con indicación de aborto terapéutico sin discapacidad?

Recomendación condicional:

En embarazadas con discapacidad e indicación de aborto terapéutico, se sugiere:

- Realizar un abordaje diferencial que considere las necesidades individuales de la paciente con discapacidad.
- Realizar el abordaje médico y/o quirúrgico del aborto similar a la atención brindada a embarazadas sin discapacidad con indicación de aborto terapéutico.

Recomendación condicional a favor de la intervención; certeza de la evidencia muy baja (Anexo 1, pregunta PICO 9).

Observación adicional:

- El panel resaltó la importancia de considerar las diferencias según el tipo de discapacidad durante el abordaje clínico.

PREGUNTA PICO 10: En embarazadas con indicación de aborto terapéutico por violación ¿qué aspectos particulares médicos, histopatológicos, legales deben considerarse en el manejo de productos de la concepción evacuados (restos coriales, restos placentarios, corioplacentarios) comparado a la atención de otros tipos de aborto?

Recomendación condicional:

En embarazadas con indicación de aborto terapéutico por violación se sugiere:

- Realizar siempre la toma de muestra histopatológica.
- Realizar el procedimiento de toma de muestra histopatológica siguiendo los mismos estándares que en otros tipos de aborto.
- Realizar el manejo de los productos de la concepción evacuados en embarazadas con indicación de aborto terapéutico por violación, conforme al marco jurídico establecido en el Ecuador.

Recomendación condicional a favor de la intervención; certeza de la evidencia muy baja (Anexo 1, pregunta PICO 10).

Observación adicional:

- El panel destaca que, en casos donde medie un requerimiento fiscal, el abordaje cambiaría a preservación de la muestra y cadena de custodia. E**l procedimiento a seguir dependerá del marco jurídico establecido por la Fiscalía.**

PREGUNTA PICO 11 Aborto Terapéutico hasta las 13 semanas de gestación combinación mifepristona y misoprostol ¿En embarazadas hasta las 13 semanas de gestación que requieren atención por aborto terapéutico; ¿es seguro y efectivo realizarlo con la administración secuencial de los medicamentos mifepristona más misoprostol?

Recomendaciones:

- Se recomienda un régimen combinado de mifepristona y misoprostol administrado de forma secuencial para el aborto con medicamentos hasta las 13 semanas de gestación. **Recomendación fuerte a favor; certeza de la evidencia: baja hasta nueve semanas de gestación y baja entre 9 y 13 semanas de gestación** (Anexo 1, pregunta PICO 11).
- Se recomienda que tanto médicos como obstetras/obstetrices debidamente capacitados puedan brindar la atención del manejo con medicamentos para la atención del aborto en el primer trimestre de gestación. **Recomendación fuerte a favor de la intervención; certeza de la evidencia de baja a moderada** (Anexo 1, pregunta PICO 1 y 11).

PREGUNTA PICO 12: Aborto Terapéutico hasta las 13 semanas de gestación con misoprostol ¿En embarazadas hasta las 13 semanas de gestación que requieren atención por aborto terapéutico; es seguro y efectivo realizarlo con Misoprostol solo?

Recomendación:

- Se recomienda ofrecer misoprostol 800 mcg bucal, sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión en casos de abortos inducidos con embarazos menores de 13 semana. Se pueden usar dosis adicionales de misoprostol si no se ha producido sangrado, cólicos o expulsión del embarazo y han pasado al menos 3 horas desde la dosis anterior de misoprostol. **Recomendación fuerte a favor, certeza de la evidencia: hasta nueve semanas de gestación moderada; y entre 9 y 13 semanas de gestación baja** (Anexo 1, pregunta PICO 12).

PREGUNTA PICO 13: Aborto Terapéutico hasta las 13 semanas de gestación con AMEU ¿En embarazadas hasta las 13 semanas de gestación que requieren atención por aborto terapéutico; ¿es seguro y efectivo realizarlo por aspiración endouterina?

Recomendaciones:

- Se recomienda la utilización de la aspiración endouterina ya sea manual o eléctrica para la atención de abortos de tipo quirúrgico hasta las 13 semanas de gestación.

Recomendación fuerte a favor; certeza de la evidencia moderada (Anexo 1, pregunta PICO 13).

- Se recomienda que obstetras/obstetrices debidamente capacitados puedan realizar la aspiración manual endouterina o aspiración eléctrica, incluyendo el bloqueo paracervical para aliviar el dolor para la atención de abortos en el primer trimestre de gestación; especialmente en aquellos sitios en los que no se cuenta con profesionales de la salud médicos. **Recomendación fuerte a favor; certeza de evidencia de baja a moderada** (Anexo 1, pregunta PICO 1 y 13).

Punto de buena práctica: En los lugares de difícil acceso donde no se oferten servicios de evacuación endouterina, se debe implementar el servicio y capacitar acerca del uso de la aspiración endouterina manual y/o eléctrica a los profesionales de la salud médicos y no médicos capacitados.

PREGUNTA 14 Aborto Terapéutico de 13 o más semanas de gestación en combinación mifepristona y misoprostol ¿En embarazadas de 13 o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico; es seguro y efectivo realizarlo con la combinación de mifepristona y misoprostol?

Recomendación:

- Se recomienda ofrecer para la atención de abortos terapéuticos de 13 semanas o más la opción de mifepristona con misoprostol. **Recomendación fuerte a favor de la intervención; certeza de la evidencia: hasta 20 semanas de gestación: moderada; y de 21 a 24 semanas de gestación: baja** (Anexo 1, pregunta PICO 14).

Punto de buena práctica:

- El panel de expertos considera que, en las gestaciones mayores a 13 semanas la Inducción a la asistolia fetal es un procedimiento coadyuvante para el manejo clínico integral. Cuando la inducción de la asistolia fetal (IAF) esté disponible y sea considerada antes de un aborto en gestaciones mayores a las 13 semanas, se recomienda la realización de asesoría centrada en la paciente. Esta asesoría se debe abordar de manera clara, exhaustiva y no coercitiva:
  - Riesgos y beneficios de la IAF en el contexto de la gestación específica de la paciente.
  - La necesidad de IAF, que puede ser crucial para prevenir riesgos evitables como los nacimientos vivos no deseados en gestaciones avanzadas y malformaciones mayores y/o incompatibles con la vida.
  - Las prioridades, creencias y valores individuales de la paciente con respecto al procedimiento. (31,22, 6, 32)

PREGUNTA PICO 15 Aborto Terapéutico de 13 o más semanas de gestación con misoprostol ¿En embarazadas de 13 o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico; es seguro y efectivo realizarlo con misoprostol solo?

Recomendación:

- Se recomienda ofrecer el manejo con misoprostol solo para casos de aborto terapéutico de 13 a 24 semanas de gestación. La dosis recomendada de misoprostol es de 400 mcg por vía sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta. **Recomendación fuerte a favor de la intervención; certeza de la evidencia: hasta 20 semanas de gestación moderada, de 21 a 24 semanas de gestación baja** (Anexo 1, pregunta PICO 15).

Observación adicional:

Si la persona está estable y es conveniente hacerlo, permitir al menos cuatro horas después de la expulsión fetal para expulsar la placenta antes de intervenir.

PREGUNTA PICO 16 Aborto Terapéutico de 13 o más semanas de gestación con dilatación y evacuación ¿En embarazadas de 13 semanas o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico, es seguro y efectivo realizarlo por dilatación y evacuación?

Recomendación condicional:

- Se sugiere la realización de la dilatación y evacuación (D&E) en abortos de 13 semanas o más cuando se disponga de un profesional de la salud capacitado, experimentado y que se cuente con el equipo especializado. **Recomendación condicional; certeza de la evidencia moderada** (Anexo 1, pregunta PICO 16)

Observación adicional:

- Obstetras/obstetrices debidamente capacitadas puedan realizar la aspiración manual endouterina o aspiración eléctrica, incluyendo el bloqueo paracervical en la atención de abortos durante el primer trimestre de gestación).

8. Definición de financiamiento

La elaboración de esta Guía de Práctica Clínica fue financiada con la colaboración del Fondo de Población de Naciones Unidas e Ipas Latino América y el Caribe- IPAS-LAC y Surkuna Centro de Derechos Sexuales y Reproductivos.

9. Declaración de Conflicto de interés

Los autores de la presente Guía de Práctica Clínica realizaron la declaración de conflictos de interés para cada pregunta previo al inicio de la evaluación de la evidencia y la generación de recomendaciones clínicas, y el resumen de los mismos está disponible en el anexo 4 dentro del proceso de desarrollo de la guía.

10. Metodología de construcción de la GPC

Esta GPC ha sido actualizada mediante la metodología GRADE-ADOLOPMENT para la calificación global de la evidencia y la formulación de recomendaciones confiables (33).

10.1. Conformación del grupo desarrollador de la GPC

Para la actualización de esta Guía de Práctica Clínica se constituyó un equipo elaborador compuesto por un líder temático, un panel de expertos, líderes metodológicos y metodólogos expertos en búsqueda y síntesis de evidencia. Todos los miembros del equipo elaborador completaron la declaración de actividades e intereses.

Se contó con la colaboración del Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) – ONUSIDA, Ipas Latino América y el Caribe (Ipas LAC) y la Fundación Epistemonikos, SURKUNA organizaciones sin fines de lucro, que cuentan con metodólogos expertos en Medicina Basada en la Evidencia para apoyar la búsqueda, síntesis de evidencia y el proceso de elaboración de las recomendaciones de la presente GPC (34).

10.2. Formulación de las preguntas PICO y definición de los desenlaces de interés

Inicialmente, los expertos clínicos liderados por el líder temático realizaron un primer listado de preguntas clínicas probables, que luego fueron formuladas siguiendo el formato de pregunta PICO (acrónimo del inglés P= Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome), con el direccionamiento del equipo metodológico, quedando seleccionadas dieciséis preguntas clínicas para ser desarrolladas en esta guía. (Anexo 1. Preguntas PICO) (34).

El equipo metodológico, junto con el panel de expertos clínicos definieron los desenlaces (outcomes) de interés para cada pregunta, siguiendo el enfoque sugerido por la metodología GRADE (34).

La GPC de 2015 fue actualizada con el proceso de adaptación de la presente guía, que sigió un proceso riguroso de acuerdo a lo establecido en la metopara la adaptación de las guías de la Organización Mundial de la Salud “Clinical Practice Handbook For Quality Abortion Carfe” e Ipas “Clinical Updates in Reproductive Health", desarrolladas con metodología GRADE y con disponibilidad de los perfiles de evidencia, previa aprobación de su uso, contextualizadas a nivel local, donde se construyeron las tablas de los hallazgos o SoF y las tablas de la evidencia a la decisión o EtD, (Anexo 1. Preguntas PICO 11 – 16 y Anexo 2. Tablas SoF “Resumen de Hallazgos”).

10.3. Búsqueda y síntesis de la evidencia

10.3.1. Identificación de la evidencia

Se realizó una búsqueda inicial de revisiones sistemáticas el 20 de septiembre de 2022 sobre aborto general y terapéutico en la base de datos Epistemonikos, la cual realiza búsquedas regulares en las siguientes bases de datos electrónica: Cochrane Database of

Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), PubMed, LILACS, CINAHL, PsyclNFO, EMBASE, EPPI-Centre Evidence Library, 3ie Systematic Reviews and Policy Briefs Campbell Library y The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports (33). Se realizaron búsquedas adicionales en la base de datos PubMed para recuperar cualquier artículo sobre aborto general o terapéutico, además de la revisión manual de las referencias incluidas en revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica relevantes en el área. Las estrategias de búsquedas utilizadas para cada pregunta clínica se encuentran disponibles en el anexo metodológico de la guía (33).

Los duplicados de los resultados de las búsquedas en las fuentes individuales fueron corregidos utilizando procesos automatizados mediante un algoritmo que compara identificadores únicos (ID de base de datos, DOI, ID de registro de ensayo) y datos específicos en las referencias como: nombres de autores, revista, año de publicación, volumen, número, páginas, título del artículo y resumen del artículo, entre otros (35).

Finalmente, se realizó una revisión de literatura gris y guías clave a través de búsqueda manual y se realizó una actualización de la información de los artículos citados en revisiones previas y en las guías de práctica clínica de los principales organismos rectores:

- FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia).
- Society of Family Planning (SFP) Clinical Recommendation.
- OMS (Organización Mundial de la Salud).
- IPAS, Actualizaciones clínicas en salud reproductiva

10.3.2. Criterios de elegibilidad

Se incluyeron revisiones sistemáticas que respondieran a cada una de las preguntas clínicas de interés. Consideramos como revisiones sistemáticas a todos aquellos artículos que cumplan con la definición operacional de revisión sistemática de la base de datos Epistemonikos, de la Colaboración Cochrane y la Declaración PRISMA indicada como: *"Una revisión sistemática intenta recopilar toda la evidencia empírica que se ajusta a los criterios de elegibilidad preespecificados para responder una pregunta de investigación específica. Utiliza métodos explícitos y sistemáticos que se seleccionan con miras a minimizar el sesgo, proporcionando así resultados fiables a partir de los cuales se pueden extraer conclusiones y tomar decisiones"*. En el caso de no identificarse revisiones sistemáticas que respondieran a la pregunta de interés, se incluyeron también estudios primarios individuales. La descripción de los criterios de elegibilidad específicos utilizados para cada pregunta clínica se encuentran disponibles en el anexo metodológico de la presente guía. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación de los artículos (36).

10.3.3. Selección de la evidencia

La evidencia identificada fue seleccionada utilizando un software de cribado de artículos desarrollado por la Fundación Epistemonikos. La selección de la evidencia fue realizada de

manera independiente por dos metodólogos experimentados en síntesis de evidencia. Las discrepancias fueron resueltas por consenso o por un metodólogo senior (35)

Se realizó un cribado de los artículos en tres etapas:

- Primera etapa: se excluyeron todos los artículos que no correspondían a la Población e Intervención de interés (P + I).
- Segunda etapa: de los artículos inicialmente seleccionados, se incluyeron solamente aquellos que incluían la Población, Intervención y Comparación de interés (P + I + C).
- Tercera etapa: los artículos fueron revisados a texto completo y categorizados según los desenlaces reportados en cada una de los dominios del marco de la evidencia a la decisión de GRADE (Efectos deseados, Efectos no deseados, Valores y preferencias, Recursos, Costo-Efectividad, Aceptabilidad, Factibilidad y Equidad).

10.3.4. Extracción de datos y riesgo de sesgo

Mediante formularios estandarizados, se extrajeron los siguientes datos de cada artículo incluido: Autor, año, diseño del estudio, características de los participantes y criterios de elegibilidad del estudio, tamaño muestral, detalles sobre las intervenciones y comparaciones administradas y los resultados obtenidos. La extracción de datos se realizó por un metodólogo en un formulario estandarizado y fue revisada posteriormente por un segundo metodólogo. La calidad metodológica de los estudios utilizados fue realizada utilizando las herramientas recomendadas por la Colaboración Cochrane de acuerdo al diseño de investigación de los estudios (34).

10.3.5. Síntesis de la evidencia

La información obtenida fue sintetizada desde las revisiones sistemáticas identificadas, analizada cuantitativamente a través de meta-análisis cuando las características de los estudios así lo permitieron o narrativamente cuando los datos fueron insuficientes o inadecuados para la síntesis cuantitativa.

La certeza de la evidencia para cada uno de los desenlaces se evaluó utilizando la metodología GRADE (35), considerando los dominios de riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión y sesgo de publicación. Los resultados fueron integrados en el programa iEtD (https://new-ietd-test.epistemonikos.org/), donde se construyeron los perfiles de evidencia, las tablas de los hallazgos o SoF y las tablas de la evidencia a la decisión o EtD, (Anexo 2. Tablas SoF “Resumen de Hallazgos”; Anexo 3. Tablas de resumen de juicios EtD “de la Evidencia a la Decisión”.

10.3.6. Formulación de las recomendaciones

Las recomendaciones de la presente guía fueron elaboradas siguiendo la metodología GRADE ("Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation"). Durante cinco sesiones presenciales y tres sesiones telemáticas, el grupo elaborador desarrolló recomendaciones basadas en los resúmenes de evidencia y los marcos de la evidencia a la decisión. Para cada recomendación, el panel de la guía consideró lo siguiente: la certeza de la evidencia, el balance de los efectos deseables e indeseables, la factibilidad, aceptabilidad e impacto en las inequidades de salud para cada recomendación, así como la evaluación de los valores y preferencias asociados a la decisión. El panel de directrices también tuvo en cuenta explícitamente el posible alcance del uso de recursos asociado con las distintas intervenciones (36, 37).

Las recomendaciones y su fuerza se desarrollaron siguiendo el taler de los marcos EtD. El panel acordó la redacción final de las recomendaciones y las consideraciones adicionales de cada una de ellas. Cada recomendación presenta la **calidad de la evidencia** con base en el sistema GRADE.

Tabla 1. Juicios

Juicio	Características
Alta	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado
Moderada	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado
Baja	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado
Muy baja	Cualquier resultado estimado es muy incierto

Fuente: Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud 2018

Las recomendaciones incluyen la **fuerza de la recomendación** según el sistema GRADE:

Tabla 2. Fuerza de la recomendación

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. **SE RECOMIENDA HACERLO**
Débil/condicional a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. **SE SUGIERE HACERLO**
Débil/condicional en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. **SE SUGIERE HACERLO**
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. **SE RECOMIENDA NO HACERLO**

Fuente: Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud 2018

10.3.7. Borrador final y validaciones interna y externa del documento

El documento fue enviado a revisión por pares interna y externa. Todos los miembros del equipo elaborador revisaron el borrador final del documento y lo aprobaron. El documento fue revisado para incorporar los comentarios pertinentes sugeridos por los revisores.

11. Preguntas Clínicas (PICO) y Recomendaciones para la Atención del Aborto Terapéutico

Las recomendaciones están basadas en la evidencia, los juicios dados a cada uno de los componentes en el marco del EtD, y el contexto local.

PREGUNTA PICO 1: En embarazadas de primer trimestre (12 semanas) que requieren atención por aborto terapéutico con medicamentos (antes o después del aborto), ¿se debe realizar la atención por un profesional no-médico en comparación con un profesional médico?

Recomendación:

- Se recomienda que la atención del aborto terapéutico con medicamentos en embarazadas del primer trimestre sea proporcionada por profesionales de la salud no médicos capacitados. **Recomendación fuerte a favor de la intervención; certeza de la evidencia moderada.** (Anexo 1, pregunta PICO 1).

✓ **Consideraciones de implementación:**

  - En el contexto de Ecuador, los únicos profesionales de la salud no médicos autorizados para llevar a cabo la atención del aborto terapéutico en embarazadas del primer trimestre son los obstetras/obstetrices capacitados. Por lo tanto, la recomendación se aplica exclusivamente a este grupo de profesionales no médicos. Es importante destacar que, se entiende por profesional de la salud no médico a: obstetras/obstetrices capacitados.

  - En el contexto de Ecuador, para la atención del aborto terapéutico en embarazadas del primer trimestre, se entiende por profesionales de la salud médicos a: médicos generales, médicos familiares, médicos gineco-obstetras, médicos de emergencia, de todos los niveles de atención en salud.

  - Se debe dar prioridad a la capacitación de obstetras/obstetrices para que puedan llevar a cabo un aborto terapéutico con medicamentos.

Resumen de los hallazgos

Se identificaron dos revisiones sistemáticas (6,38) que engloban un total de 23 estudios. De estas revisiones, una de ellas (6) proporcionó evidencia directa para evaluar tanto los beneficios como los posibles daños de la intervención de interés, además de otros factores contextuales como la equidad y la aceptabilidad. En esta revisión, se evaluaron la eficacia,

aceptabilidad y seguridad del aborto en el primer trimestre, gestionado por personal no médico en comparación con médicos, en países de ingresos bajos y medios. Los ensayos clínicos aleatorizados incluidos permitieron analizar a través de un metanálisis el efecto de la intervención en varios aspectos, incluyendo la efectividad del aborto médico, el tratamiento médico del aborto incompleto, la satisfacción de los pacientes, las complicaciones debidas al aborto incompleto y los eventos adversos graves. La certeza de la evidencia en general se consideró moderada, dado que se redujo un nivel de certeza debido a la evaluación del riesgo de sesgo.

Por otro lado, una segunda revisión sistemática (38) exploró la calidad de los servicios de aborto temprano proporcionados en la atención primaria en países de ingresos bajos y medianos, y examinó los posibles beneficios de extender esta práctica al contexto del Reino Unido. Esta revisión aportó evidencia indirecta para evaluar el criterio de equidad y factibilidad.

PREGUNTA PICO 2: En embarazadas con indicación de aborto terapéutico de primer trimestre (12 semanas), ¿es efectivo, seguro y conveniente realizar la administración ambulatoria de medicamentos en comparación con realizar la administración hospitalaria de medicamentos?

Recomendación:

- Se recomienda la administración ambulatoria de medicamentos en embarazadas de primer trimestre con indicación de aborto terapéutico. **Recomendación fuerte a favor de la intervención, certeza de la evidencia moderada.** (Anexo 1, pregunta PICO 2).

✓ **Consideración de implementación:**

  - Se debe individualizar cada caso considerando su contexto médico, social, psicológico para determinar la pertinencia del manejo ambulatorio o la necesidad del manejo hospitalario.

Resumen de los hallazgos:

Se identificaron dos revisiones sistemáticas y dos estudios primarios que aportaron evidencia para esta pregunta. De estas publicaciones, una revisión sistemática (6) publicada en 2020 comparó la efectividad, seguridad y aceptabilidad del aborto autoadministrado con medicamentos frente a aquel administrado por un proveedor en cualquier entorno. Los estudios primarios incluidos en esta revisión proporcionaron evidencia directa para la evaluación de los beneficios y daños de la intervención. Además, también se incluyó en la evaluación de beneficios y daños un estudio observacional de no inferioridad (38) que investigó la eficacia y seguridad del aborto con medicamentos utilizando Mifepristona y Misoprostol, proporcionado en farmacias, en comparación con centros de salud públicos certificados por el gobierno y atendido por parteras auxiliares capacitadas en Nepal. La evidencia incluida permitió analizar a través de un metanálisis el efecto de la intervención en varios aspectos, incluyendo el aborto con medicamentos, eventos adversos graves, complicaciones y el riesgo de embarazo en curso. La certeza de

la evidencia en general se consideró moderada, dado que se redujo un nivel de certeza debido a la evaluación del riesgo de sesgo.

En relación a la evidencia incluida para otros factores contextuales, una revisión sistemática (39) que examinó los resultados de los estudios de evaluación económica sobre los costos y beneficios de los métodos de aborto médico y quirúrgico proporcionó evidencia indirecta sobre los recursos necesarios y la costo-efectividad. Además, un ensayo clínico aleatorizado (40) aportó evidencia indirecta para evaluar el impacto en la equidad en salud de la intervención. Asimismo, una revisión sistemática (6) también proporcionó evidencia indirecta para evaluar la aceptabilidad de la intervención. En cuanto a la evaluación de la efectividad de la intervención, se contaron con aportes de tres estudios (41–42) que ofrecieron evidencia indirecta.

PREGUNTA PICO 3: En embarazadas de segundo trimestre (13 a 17 semanas) de gestación que requieren aborto terapéutico y no responden a la dosis estándar de prostaglandinas, ¿se debe realizar una microcesárea en comparación a la prolongación de uso de medicamentos o métodos mecánicos?

Recomendación condicional:

- No se sugiere la realización de la microcesárea en embarazadas del segundo trimestre de embarazo que requieren un aborto terapéutico y que no responden a la dosis estándar de prostaglandinas. **Recomendación condicional en contra de la intervención, certeza de la evidencia muy baja.** (Anexo 1, pregunta PICO 3).

✓ **Observación adicional:**

- No hay dosis estándar de prostaglandinas.

✓ **Consideración de implementación:**

- El profesional de atención directa debe tener en cuenta situaciones específicas como por ejemplo placenta previa con acretismo, percretismo, incretismo, miomas gigantes en segmento uterino, malformaciones fetales incompatibles con la vida con diámetros incrementados que dificultan la terminación por vía vaginal.

Resumen de los hallazgos:

Se identificaron dos revisiones sistemáticas, una síntesis amplia y un estudio primario que aportaron evidencia para esta pregunta. De estas publicaciones, una revisión sistemática (6) comparó la seguridad y eficacia de diferentes métodos quirúrgicos para el aborto en el primer trimestre. Los estudios primarios incluidos en esta revisión proporcionaron evidencia directa para la evaluación de los beneficios y daños de la intervención. Del mismo modo, una síntesis amplia (38) y un estudio retrospectivo (39) que comparó los resultados clínicos al utilizar diversas estrategias de manejo para interrumpir el embarazo en pacientes con placenta previa y espectro de placenta accreta (PAS, por sus siglas en inglés) también aportaron evidencia para evaluar los efectos clínicos de la intervención. La evidencia reunida permitió llevar a cabo una síntesis narrativa que analizó el impacto de la

intervención en diversos aspectos, incluyendo la tasa de éxito del aborto en el segundo trimestre, el tiempo de recuperación de β-hCG por aborto en el segundo trimestre, la mortalidad en el segundo trimestre y las complicaciones. La certeza de la evidencia en general se consideró muy baja, dado que se redujeron niveles de certeza debido a la evaluación del riesgo de sesgo, evidencia indirecta e imprecisión.

En relación a la evidencia incluida para otros factores contextuales, una revisión sistemática (43) que examinó los resultados de los estudios de evaluación económica sobre los costos y beneficios de los métodos de aborto médico y quirúrgico proporcionó evidencia indirecta sobre los recursos necesarios y la costo-efectividad.

PREGUNTA PICO 4: En embarazadas con indicación de aborto terapéutico ¿Cuál es el impacto de los períodos de espera obligatorios en comparación a períodos de espera rápidos durante la atención del aborto terapéutico?

Recomendación condicional:

- No se sugiere implementar periodos de espera obligatorios en abortos terapéuticos. **Recomendación condicional en contra de la intervención; certeza de la evidencia muy baja.** (Anexo 1 pregunta PICO 4).

✓ **Observación adicional:**

- De acuerdo a recomendaciones de la OMS no se deben establecer periodos de espera.

✓ **Consideraciones de implementación:**

- El aumento de los tiempos de espera puede tener implicaciones en los plazos legales para solicitar abortos. Las mujeres podrían solicitar el aborto terapéutico dentro del período establecido, pero debido al tiempo de espera obligatorio podrían quedar fuera de este plazo.
- Según lo dispuesto por la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Niñas, Adolescentes y Mujeres en Casos de Violación (16), una vez que la persona gestante solicita la interrupción, el personal médico debe garantizar su realización en un plazo no superior a 4 (cuatro) días"
- En el contexto de la legislación ecuatoriana, el Código Orgánico Integral Penal (COIP), en su artículo 150, numeral 1, no establece periodos de espera para el aborto terapéutico por causal de salud o vida. No obstante, el panel de expertos, a efectos de esta recomendación, ha establecido que la solicitud correspondiente debe ser gestionada en un plazo máximo de 6 (seis) días, contados desde su recepción (15).

Resumen de los hallazgos:

Se identificó una revisión sistemática y once estudios primarios que contribuyeron con evidencia indirecta para abordar esta pregunta. La evidencia recopilada permitió realizar un análisis a través de una síntesis narrativa para evaluar el impacto de la intervención en diversos aspectos, entre ellos: la decisión de someterse al aborto (6), la tasa de aborto (38),

la incidencia de eventos adversos (44,45), la inasistencia y el desistimiento del procedimiento de aborto (6,46), el aumento del tiempo gestacional para el aborto (38), el retraso en la realización del aborto (44, 46-47), el cambio en el tipo de aborto proporcionado (56), el impacto psicológico (45, 47-48) y los beneficios generales (49). La certeza de la evidencia en general se consideró muy baja, debido a la disminución de los niveles de certeza ocasionada por la evaluación del riesgo de sesgo, las limitaciones en el diseño de los estudios observacionales y la presencia de evidencia indirecta.

En cuanto a la evidencia relacionada con otros factores contextuales, tres estudios observacionales (38, 46, 48) una revisión sistemática (50) y una publicación que analiza el impacto de la regulación (51), proporcionaron evidencia indirecta para estimar los recursos necesarios requeridos para implementar la intervención. En lo que respecta al impacto en la equidad en salud, cinco estudios observacionales, una revisión (50) y un análisis de la regulación (51) ofrecieron evidencia indirecta.

Finalmente, tres estudios observacionales (6,48,49) y un análisis de la regulación (51), proporcionaron evidencia indirecta para evaluar la aceptabilidad de la intervención.

PREGUNTA PICO 5: En embarazadas con indicación de aborto terapéutico, ¿el asesoramiento durante la atención con personal no objetor de conciencia disminuye el riesgo de atrasos y complicaciones del tratamiento comparado con la atención dada por personal objetor de conciencia?

Recomendación Condicional:

- Se sugiere realizar el asesoramiento durante la atención con personal no objetor de conciencia en mujeres embarazadas con indicación de aborto terapéutico. **Recomendación condicional a favor de la intervención; certeza de la evidencia muy baja.** (Anexo 1, pregunta PICO 5).

✓ **Observaciones adicionales:**

- Dado que no se encontraron estudios comparativos que reporten beneficios al acudir a un objetor de conciencia, el panel de expertos realizó la votación considerando que la evidencia expuesta proviene de un centro clínico o profesional no objetor.
- El panel de expertos considera que el derecho del objetor de conciencia no puede estar por sobre las necesidades del paciente.

✓ **Consideraciones de implementación:**

- Para esta recomendación, en el marco legal ecuatoriano, la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Niñas, Adolescentes y Mujeres en Casos de Violación, dispone (16):

  “Art. 44 De la Objeción de Conciencia. - El personal de salud que deba intervenir de manera directa o indirecta en la interrupción voluntaria del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. A los fines del ejercicio de la misma, deberán:

c) (...) No se podrá alegar objeción de conciencia para negarse a prestar asesoría y /o información respecto de la continuación o interrupción voluntaria del embarazo por violación, ni tampoco atención sanitaria postinterrupción voluntaria del embarazo o en caso de que se decida continuarlo."

- El personal objetor y no objetor de conciencia debe brindar asesoría basada en evidencia científica y en el marco jurídico nacional.
- Se debe realizar capacitación en temas de aborto y objeción de conciencia.

Resumen de los hallazgos:

Se identificó una revisión sistemática y cuatro estudios primarios que aportaron evidencia indirecta para abordar esta pregunta. La evidencia recopilada permitió realizar un análisis mediante una síntesis narrativa para evaluar el impacto de la intervención en varios aspectos, que incluyen el impacto en los derechos humanos de las pacientes (6), el bienestar emocional (38,53), la toma de decisiones informadas (38), los tiempos de espera más prolongados (54), la sobrecarga en el personal no objetor (38,54), el retraso en la realización del aborto (6) y las dificultades para acceder al aborto seguro (38,55). La certeza de la evidencia en general se consideró muy baja, debido a la disminución de niveles de certeza causada por la evaluación del riesgo de sesgo, las limitaciones en el diseño de los estudios observacionales y la presencia de imprecisión.

En relación con la evidencia relacionada con otros factores contextuales, la evidencia identificada en una revisión sistemática que incluyó siete estudios y en un estudio observacional (6,54,56-64) informaron sobre los recursos requeridos en relación con la atención proporcionada por personal objetor de conciencia, lo que limita el acceso a la atención en algunos centros específicos. Además, cinco estudios observacionales (6-55) describieron las barreras generadas por los objetores de conciencia que pueden tener un impacto en la equidad en salud. Del mismo modo, un estudio observacional (45) y un estudio cualitativo (38) proporcionaron evidencia indirecta sobre la aceptabilidad de los médicos. Finalmente, algunos estudios aportaron datos sobre las barreras en la implementación (38,53,55,66).

PREGUNTA PICO 6: En embarazadas de segundo trimestre sometidas a aborto terapéutico con medicamentos, ¿la revisión de cavidad uterina selectiva o por indicación médica es una alternativa segura, efectiva y conveniente frente a la revisión de cavidad uterina rutinaria bajo anestesia?

Recomendación condicional:

- Se sugiere realizar la revisión de cavidad uterina selectiva o por indicación médica en embarazadas de segundo trimestre sometidas a aborto terapéutico con medicamentos. **Recomendación condicional a favor de la intervención; certeza de la evidencia baja** (Anexo 1, pregunta PICO 6).

- ✓ **Consideraciones de implementación:**
    - Se enfatiza en la importancia de una revisión selectiva. A pesar de que algunos servicios de salud abogan por una revisión rutinaria, el panel sugiere que, en casos de alumbramiento completo sin signos de retención placentaria, la revisión debería ser selectiva. Incluso cuando los restos placentarios han sido expulsados, el panel propone mantener esta evaluación selectiva. Esta consideración se basa en un estudio donde, a pesar de la evidencia de productos retenidos, las pacientes no requirieron intervención quirúrgica. Es crucial tener en cuenta que la experiencia clínica puede diferir de la evidencia encontrada.
    - La asesoría es necesaria para reducir la incertidumbre de las pacientes.
    - En la práctica actual, se realiza una revisión rutinaria. No obstante, en comparación con esta práctica, el panel señala que la revisión selectiva parece ofrecer un ahorro en costos directos e indirectos.

Resumen de los hallazgos:

Se identificaron dos estudios observacionales, un ensayo clínico y dos revisiones sistemáticas que contribuyeron con evidencia indirecta para abordar esta pregunta. La evidencia recopilada permitió realizar un análisis a través de una síntesis narrativa para evaluar el impacto de la intervención en diversos aspectos, entre ellos: la disminución de la perforación uterina (aborto electivo en segundo trimestre) (67), productos sospechosos y residuales de la gestación (68), intervención quirúrgica (cavidad uterina no vacía vs cavidad uterina vacía) (69). La certeza de la evidencia en general se consideró muy baja, debido a la disminución de los niveles de certeza ocasionada por la evaluación del riesgo de sesgo, imprecisión y la presencia de evidencia indirecta.

En cuanto a la evidencia relacionada con otros factores contextuales, una revisión sistemática (70) proporcionó evidencia indirecta para estimar los recursos necesarios requeridos para implementar la intervención. En lo que respecta al impacto en la equidad en salud, otra revisión sistemática (71) reportó evidencia indirecta de barrera a nivel de servicio.

PREGUNTA PICO 7: En embarazadas de segundo trimestre avanzado (20-27 semanas) con indicación de aborto terapéutico, ¿se debe realizar ablactación-inhibición láctea selectiva solo en pacientes con galactorrea comparado con la realización de la ablactación-inhibición láctea rutinaria o profiláctica con medicamentos?

Recomendación condicional:

- Se sugiere realizar ablactación-inhibición láctea selectiva en embarazadas de segundo trimestre avanzado (20-27 semanas) con indicación de aborto terapéutico general que presenten galactorrea. **Recomendación condicional a favor de la intervención; certeza de la evidencia muy baja** (Anexo 1, pregunta PICO 7).

- ✓ **Observación adicional:**
    - El panel consideró que esta recomendación podría aplicarse a mujeres embarazadas en el segundo trimestre en general con indicación de aborto terapéutico, así como a aquellas que hayan experimentado otros tipos de aborto o pérdidas de embarazo y presenten galactorrea.
- ✓ **Consideración de implementación:**
    - En el contexto de Ecuador, el medicamento de elección es la Cabergolina, un medicamento esencial aprobado para su uso en los tres niveles de atención, y todos los proveedores de salud deben tener disponible este medicamento.

Resumen de hallazgos:

Se identificaron cuatro estudios observacionales y tres revisiones sistemáticas que contribuyeron con evidencia indirecta para abordar esta pregunta. La evidencia recopilada permitió realizar un análisis a través de una síntesis narrativa para evaluar el impacto de la intervención en diversos aspectos, entre ellos: Galactorrea (72), falla de la supresión de la lactancia (73-74), eventos adversos (72,75,76). La certeza de la evidencia en general se consideró muy baja, debido a la disminución de los niveles de certeza ocasionada por la evaluación del riesgo de sesgo, limitaciones en el diseño de los estudios incluidos y por evidencia indirecta.

En cuanto a la evidencia relacionada con otros factores contextuales, dos estudios (6,38) proporcionaron evidencia indirecta para evaluar la aceptabilidad de la intervención.

PREGUNTA PICO 8: En niñas o adolescentes embarazadas con indicación de aborto terapéutico, ¿qué aspectos adicionales o distintos en el abordaje psicológico, tratamiento médico y/o quirúrgico deben brindarse para mantener la calidad, efectividad y seguridad en comparación a la atención de mujeres adultas?

Recomendación condicional:

- En niñas o adolescentes embarazadas con indicación de aborto terapéutico, se sugiere:
    - **Realizar un abordaje psicológico y social individualizado a niñas y adolescentes, adaptado a sus necesidades y con un seguimiento adecuado.**
    - **Realizar el abordaje médico y/o quirúrgico del aborto similar a la atención brindada a mujeres adultas.**

Recomendación condicional a favor de la intervención; certeza de la evidencia baja (Anexo 1, pregunta PICO 8).

- **Consideración de implementación:**
    - Este abordaje debe ser articulado con el marco jurídico de Ecuador.

Resumen de hallazgos:

Se identificaron dos revisiones sistemáticas que contribuyeron con evidencia directa para abordar esta pregunta. La evidencia recopilada permitió realizar un análisis a través de una síntesis narrativa para evaluar el impacto de la intervención en diversos aspectos, entre ellos: efectividad del aborto médico (77), satisfacción (77), bienestar psicológico (77), eventos adversos del aborto médico (77), eventos adversos y seguridad del aborto quirúrgico (77), prácticas de aborto inseguro (78). La certeza de la evidencia en general se consideró baja, debido a la disminución de los niveles de certeza ocasionada por la evaluación del riesgo de sesgo.

En cuanto a la evidencia relacionada con otros factores contextuales, tres revisiones amplias de la literatura (79-80) proporcionaron evidencia indirecta relacionada con el análisis de los costos asociados al aborto. Un estudio (81) aportó evidencia indirecta sobre el costo-efectividad de la técnica de dilatación y evacuación en comparación con la inducción médica del aborto. En lo que respecta al impacto en la equidad en salud, una revisión (82) informó sobre datos relativos a las barreras en el acceso al aborto en general. Otra revisión sistemática abordó la satisfacción con el procedimiento del aborto médico en términos de su aceptabilidad (77). Por último, una revisión sistemática (82) proporcionó evidencia en relación con las barreras en la implementación.

PREGUNTA PICO 9: En embarazadas con discapacidad e indicación de aborto terapéutico, ¿qué aspectos adicionales o distintos en el abordaje psicológico, tratamiento médico y/o quirúrgico deben brindarse para mantener la calidad, efectividad y seguridad en comparación a la atención brindada a embarazadas con indicación de aborto terapéutico sin discapacidad?

Recomendación condicional:

- En embarazadas con discapacidad e indicación de aborto terapéutico, se sugiere:
    - Realizar un abordaje diferencial que considere las necesidades individuales de la paciente con discapacidad.
    - Realizar el abordaje médico y/o quirúrgico del aborto similar a la atención brindada a embarazadas sin discapacidad con indicación de aborto terapéutico.

Recomendación condicional a favor de la intervención; certeza de la evidencia muy baja (Anexo 1, pregunta PICO 9).

- ✓ **Observación adicional:**
    - El panel resaltó la importancia de considerar las diferencias según el tipo de discapacidad durante el abordaje clínico.
- ✓ **Consideraciones de implementación:**
    - Abordaje diferencial de acuerdo al diagnóstico de discapacidad.

- La atención en salud en embarazadas con discapacidad e indicación de aborto terapéutico debe ser articulado con el marco jurídico de Ecuador.

Resumen de hallazgos:

Se identificaron tres estudios observacionales y una guía que contribuyeron con evidencia indirecta para abordar esta pregunta. La evidencia recopilada permitió realizar un análisis a través de una síntesis narrativa, evaluando diversos aspectos, como las consideraciones de derechos humanos en la prestación de servicios y la discriminación reportada en la guía. La guía identificada (6) fue publicada en 2022 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el propósito de presentar recomendaciones y declaraciones de mejores prácticas relacionadas con el aborto, para facilitar la toma de decisiones basadas en evidencia en cuanto a la prestación de una atención de aborto de calidad. La certeza de la evidencia en general se consideró muy baja, debido a la disminución de los niveles de certeza ocasionada por la evidencia indirecta proveniente de la guía.

En relación con la evidencia relacionada con otros factores contextuales, un estudio observacional (83) que comparó la probabilidad de que mujeres en situación de discapacidad tuvieran un aborto en comparación con mujeres sanas proporcionó evidencia indirecta para estimar los recursos requeridos. Por otro lado, dos estudios observacionales, uno realizado en República Checa (84) y otro en Ghana (6), reportaron evidencia indirecta sobre el impacto en la equidad en salud.

PREGUNTA PICO 10: En embarazadas con indicación de aborto terapéutico por violación ¿qué aspectos particulares médicos, histopatológicos, legales deben considerarse en el manejo de productos de la concepción evacuados (restos coriales, restos placentarios, corioplacentarios) comparado a la atención de otros tipos de aborto?

Recomendación condicional:

- En embarazadas con indicación de aborto terapéutico por violación se sugiere:
  - Realizar siempre la toma de muestra histopatológica.
  - Realizar el procedimiento de toma de muestra histopatológica siguiendo los mismos estándares que en otros tipos de aborto.
  - Realizar el manejo de los productos de la concepción evacuados en embarazadas con indicación de aborto terapéutico por violación, conforme al marco jurídico establecido en el Ecuador.

Recomendación condicional a favor de la intervención; certeza de la evidencia muy baja (Anexo 1, pregunta PICO 10).

✓ **Observación adicional:**

- El panel destacó que, en casos donde medie un requerimiento fiscal, el abordaje cambiaría a preservación de la muestra y cadena de custodia. E**l**

procedimiento a seguir dependerá del marco jurídico establecido por la Fiscalía.

- ✓ **Consideración de implementación:**
  - La usuaria debe ser informada que, si opta por la toma de muestra para cadena de custodia, el manejo del aborto se hará de forma institucional y deberá ser referida a un establecimiento de mayor complejidad.

Resumen de hallazgos:

Después de una búsqueda exhaustiva, no se encontró evidencia directa que respondiera a la pregunta de interés. Sin embargo, se identificaron 9 estudios primarios que describen los beneficios del examen histopatológico en el embarazo (85-86). La certeza de la evidencia en general se consideró muy baja, debido a la disminución de los niveles de certeza ocasionada por la evidencia indirecta proveniente de estos estudios y las limitaciones por el diseño de estos estudios.

PREGUNTA PICO 11 ¿En embarazadas hasta las 13 semanas de gestación que requieren atención por aborto terapéutico; ¿es seguro y efectivo realizarlo con la administración secuencial de los medicamentos mifepristona más misoprostol?

Recomendaciones:

- Se recomienda un régimen combinado de mifepristona y misoprostol administrado de forma secuencial para el aborto con medicamentos hasta las 13 semanas de gestación. **Recomendación fuerte a favor; certeza de la evidencia: baja hasta nueve semanas de gestación y baja entre 9 y 13 semanas de gestación** (Anexo 1, pregunta PICO 11).
- Se recomienda que tanto médicos como obstetras/obstetrices debidamente capacitados puedan brindar la atención del manejo con medicamentos para la atención del aborto en el primer trimestre de gestación. **Recomendación fuerte a favor de la intervención; certeza de la evidencia de baja a moderada** (Anexo 1, pregunta PICO 1 y 11).

- **Consideraciones de implementación:**
  - Cuando la mifepristona no está disponible, se puede usar el régimen de misoprostol solo.
  - Mifepristona y misoprostol son medicamentos esenciales aprobados para su uso en los tres niveles de atención.
  - Ofrecer medicamentos para el dolor a las personas que se someten a un aborto médico.

Resumen de hallazgos:

Se identificó una revisión sistemática (RS) de 33 ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECAs) con 22.275 participantes que comparó seguridad, eficacia y aceptabilidad del aborto con medicamentos, y comparar los métodos médicos con los quirúrgicos para el aborto en pacientes con ≤63 días de gestación; en esta RS 6 estudios compararon mifepristona + misoprostol versus misoprostol solo, 6 estudios compararon diferentes dosis de misoprostol en regímenes combinados de mifepristona + misoprostol, 8 estudios compararon el intervalo de tiempo de administración entre mifepristona y misoprostol en regímenes combinados, 13 estudios compararon vías de administración de misoprostol en regímenes combinados. La RS evaluó como resultados primarios embarazo en curso y aborto exitoso (definido como evacuación uterina sin necesidad de intervención quirúrgica); y como resultados secundarios: 1) tiempo de expulsión desde el inicio del tratamiento, 2) eventos adversos graves y complicaciones, como hospitalización, transfusión de sangre, necesidad de intervenciones quirúrgicas más allá de la evacuación uterina, y muerte, y 3) efectos secundarios, incluido sangrado, dolor y vómitos, y satisfacción.

Otra RS evaluó la información disponible sobre el aborto con medicamentos durante el rango de edad gestacional de >63 a≤84 días de edad gestacional que comparó eficacia, seguridad y aceptabilidad del aborto con medicamentos con el aborto quirúrgico; comparó la evidencia sobre la dosis, vía y frecuencia de la administración de misoprostol solo o después de mifepristona; y comparó el manejo del aborto con medicamentos en el hogar con el de las instalaciones (87, 88).

Además, se identificaron un estudio de cohorte prospectivo (89), un estudio de cohorte retrospectivo (90) y un ensayo clínico aleatorizado (91), los cuales demuestran que el régimen combinado de mifepristona más misoprostol es más eficaz que el régimen de misoprostol solo.

Se encontraron dos estudios (92, 93) que evidencian los costos menores asociados al aborto con medicamentos vs otros procedimientos para la atención del aborto.

En referencia a las complicaciones asociadas al uso de medicamentos para la atención del aborto los estudios encontrados (3 estudios observacionales (94,95,96) y un análisis descriptivo de datos administrativos (97) muestran tasas de complicaciones observadas inferiores al 1%. y una tasa de mortalidad para el aborto realizado por personal capacitado menor del 0.01% en casos de embarazos menores de 9 semanas.

Las guías de la Organización Mundial de la Salud “CLINICAL PRACTICE HANDBOOK FOR QUALITY ABORTION CARFE” e Ipas “CLINICAL UPDATES IN REPRODUCTIVE HEALTH", sobre la atención para el aborto recomiendan el uso de la combinación de una dosis de mifepristona 200 mg por vía oral seguida 1-2 días después de misoprostol 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal; pudiendo usar dosis adicionales de misoprostol si no se ha producido sangrado, cólicos o expulsión del embarazo al menos 3 horas desde la última dosis de misoprostol administrada, para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo y completo. Después de las 9 semanas y hasta las 13 semanas de gestación, el uso rutinario de al menos dos dosis de misoprostol, administradas con 3-4 horas de intervalo de diferencia mejorará las tasas de éxito del aborto.

PREGUNTA PICO 12: ¿En embarazadas hasta las 13 semanas de gestación que requieren atención por aborto terapéutico; es seguro y efectivo realizarlo con Misoprostol solo?

Recomendación:

- Se recomienda ofrecer misoprostol 800 mcg bucal, sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión en casos de abortos inducidos con embarazos menores de 13 semana. Se pueden usar dosis adicionales de misoprostol si no se ha producido sangrado, cólicos o expulsión del embarazo y han pasado al menos 3 horas desde la dosis anterior de misoprostol. **Recomendación fuerte a favor; certeza de la evidencia: hasta nueve semanas de gestación moderada; y entre 9 y 13 semanas de gestación baja** (Anexo 1, pregunta PICO 12).

- **Consideración de implementación:**
    - Misoprostol es un medicamento esencial aprobado su uso en los tres niveles de atención.

Resumen de hallazgos:

Se identificaron tres ensayos clínicos aleatorizados (98,99,100), un estudio de cohorte observacional prospectivo, (101) tres estudios observacionales (102,103,104), cuatro revisiones sistemáticas de ensayos clínicos (105,106,107,108), dos estudios observacionales prospectivos (109,110), para edades gestacionales de 9 a 13 semanas se encontraron tres ensayos clínicos aleatorizados (111,99,112) y dos estudios observacionales (113,114) uno de ellos realizado en 2 países de América Latina. Estudios de diferentes tipos y revisiones sistemáticas que aportaron evidencia para esta pregunta concluyendo que:

- El régimen combinado de mifepristona más misoprostol es más eficaz que el misoprostol solo.
- El régimen de misoprostol solo tiene tasas de aborto completo del 84% al 93%, tasas de continuación del embarazo del 3% al 10% y tasas de complicaciones del 1% al 4%.
- Se puede administrar dosis adicionales de misoprostol si no ha ocurrido sangrado, cólicos, ni expulsión del producto del embarazo, y han pasado, como mínimo, 3 horas desde la dosis anterior de misoprostol.
- Las personas pueden autogestionar un aborto con medicamentos de manera segura y eficaz hasta antes de las 13 semanas (12 semanas 6 días), ya sea con una combinación de mifepristona y misoprostol, o con misoprostol solo, cuando disponen de información veraz, medicamentos de calidad garantizada y acceso a servicios de salud, si es necesario. A las personas que se someten a un aborto con medicamentos con el esquema de misoprostol solo fuera de un centro de salud se le debe administrar 3-4 dosis de misoprostol dependiendo del escenario. Es decir, se les debe entregar una dosis extra de misoprostol junto con la información que describa cuándo usarla.

En referencia a las complicaciones un estudio de cohorte observacional (115), un ensayo clínico aleatorizado (98), un estudio observacional (116), un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico doble ciego (117) y una revisión sistemática de la literatura (105) muestran que las complicaciones son bajas para el régimen misoprostol solo, lo que le hacen que sea una buena alternativa en caso de no contar con mifepristona.

PREGUNTA PICO 13 ¿En embarazadas hasta las 13 semanas de gestación que requieren atención por aborto terapéutico; es seguro y efectivo realizarlo por método quirúrgico?

Recomendaciones:

- Se recomienda la utilización de la aspiración endouterina ya sea manual o eléctrica para la atención de abortos de tipo quirúrgico hasta las 13 semanas de gestación. **Recomendación fuerte a favor; certeza de la evidencia moderada** (Anexo 1, pregunta PICO 13).

- Se recomienda que obstetras/obstetrices debidamente capacitados puedan realizar la aspiración manual endouterina o aspiración eléctrica, incluyendo el bloqueo paracervical para aliviar el dolor para la atención de abortos en el primer trimestre de gestación; especialmente en aquellos sitios en los que no se cuenta con profesionales de la salud médicos. **Recomendación fuerte a favor; certeza de evidencia de baja a moderada** (Anexo 1, pregunta PICO 1 y 13).

Punto de buena práctica:

- En los lugares de difícil acceso donde no se oferten servicios de evacuación endouterina, se debe implementar el servicio y capacitar acerca del uso de la aspiración endouterina manual y/o eléctrica a los profesionales de la salud médicos y no médicos capacitados.

- Administrar antibióticos profilácticos antes de la aspiración endouterina y la dilatación y evacuación (D&E).

Resumen de hallazgos:

Se ha identificado un estudio observacional (118), una revisión sistemática (105) y un estudio retrospectivo (119) los cuales concluyen que la aspiración endouterina es eficaz para la atención de abortos menores de 13 semanas de gestación; con tasas de eficacia de más de 98%. Adicionalmente, esta evidencia sumada a la de la OMS concluye que el uso del legrado como método de evacuación uterina debe abandonarse por el mayor riesgo de complicaciones (6).

Con respecto a complicaciones en la atención de abortos en embarazos menores de 13 semanas la aspiración al vacío de la evidencia encontrada de una revisión sistemática (120), un estudio retrospectivo (105), una revisión de literatura para el manejo de la hemorragia postaborto (121) y dos estudios observacionales (122,123) reportan tasas de complicaciones graves menores del 1% las cuales son manejables; además reportan una mortalidad muy baja.

La evidencia identificada en relación al manejo del dolor recomienda el uso del bloqueo paracervical; recomienda además ofrecer de forma sistemática un tratamiento para el dolor (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) y administrárselo a quienes lo deseen; sugiere ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante "*sedación consciente*" (124) y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente (la sedación consciente también se conoce como sedación intravenosa o sedación moderada); no recomienda el uso sistemático de anestesia general como tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico.

Como recursos asociados, la evidencia recomienda administrar dosis de tratamiento de antibióticos a aquellos con signos o síntomas de infección de transmisión sexual; las parejas de personas con infecciones de transmisión sexual también requieren tratamiento. El tratamiento no debe retrasar la evacuación uterina. Pueden ser útiles medidas adicionales como analgésicos narcóticos, ansiolíticos y medidas no farmacológicas para el manejo del dolor (123).

PREGUNTA PICO 14 ¿En embarazadas de 13 o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico; es seguro y efectivo realizarlo con la combinación de mifepristona y misoprostol?

Recomendación:

- Se recomienda ofrecer para la atención de abortos terapéuticos de 13 semanas o más la opción de mifepristona con misoprostol. **Recomendación fuerte a favor de la intervención; certeza de la evidencia: hasta 20 semanas de gestación: moderada; y de 21 a 24 semanas de gestación: baja** (Anexo 1, pregunta PICO 14).

Punto de buena práctica:

- El panel de expertos considera que, en las gestaciones mayores a 13 semanas la Inducción a la Asistolia Fetal es un procedimiento coadyuvante para el manejo clínico integral. Cuando la Inducción de la Asistolia Fetal (IAF) esté disponible y sea considerada antes de un aborto en gestaciones mayores a las 13 semanas, se recomienda la realización de asesoría centrada en la paciente. Esta asesoría se debe abordar de manera clara, exhaustiva y no coercitiva:

    - Riesgos y beneficios de la IAF en el contexto de la gestación específica de la paciente.

    - La necesidad de IAF, que puede ser crucial para prevenir riesgos evitables como los nacimientos vivos no deseados en gestaciones avanzadas y malformaciones mayores y/o incompatibles con la vida.

    - Las prioridades, creencias y valores individuales de la paciente con respecto al procedimiento (30,21, 6, 31).

- **Consideraciones de implementación:**
    - La implementación, depende de la disponibilidad de mifepristona en el país.
    - Basándonos en la evidencia analizada, el juicio clínico, los valores, las preferencias y la condición clínica de la paciente, el panel de expertos considera que la asistolia fetal debe ofrecerse como una opción en el tratamiento medicamentoso y/o quirúrgico.
    - Las intervenciones en gestaciones avanzadas bajo la causal de aborto terapéutico se realizarán exclusivamente en establecimientos de salud de segundo o tercer nivel de complejidad. Estos establecimientos de salud deberán garantizar capacidad técnica especializada, infraestructura adecuada y personal calificado, asegurando así una atención oportuna, la seguridad clínica de la paciente y el manejo resolutivo de posibles complicaciones maternas.

Resumen de hallazgos:

Se identificaron dos ensayos clínicos aleatorizados (126,127), y un estudio de cohorte prospectivo (115) cuyos resultados muestran que el régimen combinado mifepristona + misoprostol es seguro y eficaz para abortos de 13 semanas o más, con tasas de expulsión de más del 90% a las 24 horas. El tiempo medio hasta la finalización del aborto es de 6 a 10 horas después de iniciar el misoprostol, aunque algunas personas necesitan más tiempo para lograr un aborto completo.

Respecto a complicaciones se encontraron 3 estudios de cohorte (128,129,130) y una revisión sistemática de literatura con meta análisis (131), de acuerdo con esta evidencia la tasa de complicaciones graves del aborto con medicamentos con mifepristona y misoprostol a las 13 semanas o más de gestación es baja, de alrededor del 1%.

Un estudio prospectivo (129), un estudio experimental (132) y estudio observacional (133) sustentan que tanto para el aborto médico como para el quirúrgico antes de la semana 12 no se recomienda la administración de inmunoglobulina anti-D.

La directriz de la OMS sobre la atención del aborto médico a partir de las 12 semanas de gestación sugiere el uso de mifepristona 200 mg por vía oral seguida 1-2 días después por misoprostol 400 mcg bucal, sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión fetal y placentaria. El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas.

La directriz de la OMS respecto de la Prueba Rhesus (Rh), donde la inmunoglobulina Rh está disponible para mujeres Rh, recomienda:

- A edad gestacional < 12 semanas: no es necesario realizar la prueba Rhesus, ni administrar inmunoglobulina para aborto médico o quirúrgico.
- A edad gestacional ≥ 12 semanas: determinar estado Rh y ofrecer inmunoglobulina a mujeres Rh negativas no sensibilizadas. Si la inmunoglobulina Rh y la prueba *Rhesus* no están disponibles, aún se pueden brindar servicios de aborto.

La inducción rutinaria de asistolia fetal (IAF) se realiza para evitar la supervivencia fetal y las posibles implicaciones legales, éticas o emocionales de un nacimiento vivo no anticipado. Agentes farmacéuticos aceptables para inducir la muerte fetal incluyen el cloruro de potasio (KCL), la lidocaína y la digoxina. La FIGO y otras sociedades de especialistas recomiendan el uso de estos agentes, reforzando la eficacia del procedimiento (21, 22).

- Algunos estudios de cohortes retrospectivos sobre la inducción de la asistolia fetal han informado de una disminución en el intervalo entre la inducción y el parto (21-134).
- Un estudio de cohorte retrospectivo que analizó 146 embarazos en el segundo trimestre reportó una diferencia no significativa de 10.9 horas en el intervalo de la inducción al aborto en pacientes que recibieron cloruro de potasio intracardiaco para inducir la asistolia fetal en comparación con aquellas que no lo recibieron (53.8 horas y 42.9 horas, respectivamente) (135)

- Otro estudio de cohorte retrospectivo con 144 pacientes, con una duración gestacional media de 21.4 ± 4.5 semanas, ha reportado una diferencia no significativa de 3 horas en la duración de la interrupción desde el inicio del régimen de misoprostol oral hasta el parto en las 99 pacientes a las que se les indujo la asistolia fetal con cloruro de potasio intracardíaco, en comparación con las 45 pacientes que no la recibieron (35.4 horas y 32.4 horas, respectivamente) (136).

PREGUNTA PICO 15 ¿En embarazadas de 13 o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico; es seguro y efectivo realizarlo con misoprostol solo?

Recomendación:

- Se recomienda ofrecer el manejo con misoprostol solo para casos de aborto terapéutico de 13 a 24 semanas de gestación. La dosis recomendada de misoprostol es de 400 mcg por vía sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta. **Recomendación fuerte a favor de la intervención; certeza de la evidencia: hasta 20 semanas de gestación moderada, de 21 a 24 semanas de gestación baja** (Anexo 1, pregunta PICO 15).

✓ **Observación adicional:**

  - Si la persona está estable y es conveniente hacerlo, permitir al menos cuatro horas después de la expulsión fetal para expulsar la placenta antes de intervenir.

Resumen de hallazgos:

Un estudio de cohorte prospectivo comparado con dos cohortes históricas (137) y dos ensayos clínicos aleatorizados (111,128) concluyen que el tratamiento farmacológico con misoprostol solo para el aborto de 13 semanas o más es seguro y eficaz; con tasas de expulsión de 72% a 91% a las 24 horas y tasas de complicaciones graves de menos del 1% (137,138). Una revisión que incluyó 40 ECA que analizaron varios agentes para la interrupción del embarazo y métodos de administración concluye que el aborto médico en el segundo trimestre con el uso de la combinación de mifepristona y misoprostol pareció

tener la eficacia más alta y el intervalo más corto hasta el aborto; cuando no se disponga de la mifepristona, el misoprostol solo es una alternativa razonable; la vía óptima para administrar el misoprostol es la vaginal, preferentemente mediante comprimidos a intervalos de tres horas; el tiempo promedio hasta la finalización del aborto es de 10 a 15 horas después de iniciar el misoprostol, aunque algunas personas necesitan varios días para lograr un aborto completo; sin embargo, la evidencia a partir de los ECA son limitadas (139).

La directriz de la OMS respecto de la Prueba Rhesus (Rh), donde la inmunoglobulina Rh está disponible para mujeres Rh, recomienda:

- A edad gestacional < 12 semanas: no es necesario realizar la prueba Rhesus, ni administrar inmunoglobulina para aborto médico o quirúrgico.

- A edad gestacional ≥ 12 semanas: determinar estado Rh y ofrecer inmunoglobulina a mujeres Rh negativas no sensibilizadas. Si la inmunoglobulina Rh y la prueba Rhesus no están disponibles, aún se pueden brindar servicios de aborto.

PREGUNTA PICO 16 ¿En embarazadas de 13 semanas o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico, es seguro y efectivo realizarlo por dilatación y evacuación?

Recomendación condicional:

- Se sugiere la realización de la dilatación y evacuación (D&E) en abortos de 13 semanas o más cuando se disponga de un profesional de la salud capacitado, experimentado y que se cuente con el equipo especializado. **Recomendación condicional; certeza de la evidencia moderada.** (Anexo 1, pregunta PICO 16)

✓ **Observación adicional:**

  - Obstetras/obstetrices debidamente capacitadas puedan realizar la aspiración manual endouterina o aspiración eléctrica, incluyendo el bloqueo paracervical en la atención de abortos durante el primer trimestre de gestación.

✓ **Consideraciones de implementación:**

  - Administrar profilaxis antibiótica y manejo del dolor (que van desde anestesia local hasta sedación mínima y profunda o, en algunos casos cuando sea necesario, anestesia general),

  - Preparación cervical, realización del procedimiento de aborto utilizando el método seleccionado, supervisión de la paciente. recuperación y alta.

Resumen de hallazgos:

Se identificaron dos ensayos clínicos aleatorizados (140,141) y un estudio cuasi experimental (140) que concluyen que no hay diferencia en la seguridad entre métodos quirúrgicos y médicos para la atención del aborto desde las 13 semanas de gestación en adelante; en referencia a las complicaciones dos ensayos clínicos aleatorizados (140) y un estudio cuasi experimental (141) muestran que la tasa de complicaciones no es

significativamente diferente entre las pacientes de aborto médico y quirúrgico; por lo que la atención para el aborto de tipo quirúrgica puede utilizarse como una alternativa segura y eficaz al aborto con medicamentos y debe ofrecerse al igual que el aborto con medicamentos, según la preferencia de la paciente, cuando se disponga de un profesional de la salud capacitado.

11. Anexos

11.1 Anexo 1: Preguntas PICO

PREGUNTA PICO 1: En embarazadas de primer trimestre (12 semanas) que requieren atención por aborto terapéutico con medicamentos (antes o después del aborto), ¿se debe realizar la atención por un profesional no-médico en comparación con un profesional médico?

Población	• Embarazadas de primer trimestre (12 semanas) que requieren atención por aborto terapéutico con medicamentos
Intervenciones	• Realización del aborto por un profesional no médico
Comparación	• Realización del aborto por un profesional médico
Desenlaces	• Efectividad del aborto completo • Complicaciones • Tratamiento del aborto incompleto • Aborto incompleto

PREGUNTA PICO 2: En embarazadas con indicación de aborto terapéutico de primer trimestre (12 semanas), ¿es efectivo, seguro y conveniente realizar la administración ambulatoria de medicamentos en comparación con realizar la administración hospitalaria de medicamentos?

Población	Embarazadas con indicación de aborto terapéutico de primer trimestre (12 semanas)
Intervenciones	Administración ambulatoria de medicamentos
Comparación	Administración hospitalaria de medicamentos
Desenlaces	• Eficacia/efectividad • Eventos adversos / complicaciones • Satisfacción

PREGUNTA PICO 3: En embarazadas de segundo trimestre (13 - 17 semanas) de gestación que requieren aborto terapéutico y no responden a la dosis estándar de prostaglandinas, ¿se debe realizar una microcesárea en comparación a la prolongación de uso de medicamentos o métodos mecánicos?

Población	• Embarazadas de segundo trimestre (13-17 semanas) de gestación que requieren aborto terapéutico y no responden a la dosis estándar de prostaglandinas
Intervenciones	• Microcesárea
Comparación	• Prolongación de uso de medicamento u otros métodos mecánicos
Desenlaces	• Tasa de éxito de aborto en el segundo trimestre • Tiempo de recuperación de β-hCG por aborto en el segundo trimestre • Mortalidad • Complicaciones

PREGUNTA PICO 4: En embarazadas con indicación de aborto terapéutico ¿Cuál es el impacto de los períodos de espera obligatorios en comparación a períodos de espera rápidos durante la atención del aborto terapéutico?

Población	• Embarazadas con indicación de aborto terapéutico
Intervenciones	• Períodos de espera obligatorios durante la atención del aborto
Comparación	• Períodos de espera rápidos durante la atención del aborto terapéutico
Desenlaces	• Beneficios generales • Disminución de la tasa de aborto • Cambio en la decisión de abortar • Eventos adversos • Inasistencia y desistimiento del procedimiento de aborto • Aumento del tiempo gestacional en que se realiza el aborto • Retraso en la realización del aborto • Cambio del tipo de aborto proporcionado (médico a quirúrgico) • Impacto psicológico

PREGUNTA PICO 5: En embarazadas con indicación de aborto terapéutico, ¿el asesoramiento durante la atención con personal no objetor de conciencia disminuye el riesgo de atrasos y complicaciones del tratamiento comparado con la atención dada por personal objetor de conciencia?

Población	• Embarazadas con indicación de aborto terapéutico
Intervenciones	• Asesoramiento durante la atención con personal no objetor de conciencia
Comparación	• Asesoramiento durante la atención con personal objetor de conciencia
Desenlaces	• Bienestar emocional • Toma de decisión informada • Tiempos de espera más largos • Sobrecarga en el personal no-objetor • Retraso en el aborto • Impacto en los derechos humanos de las pacientes • Dificultad para el aborto seguro

PREGUNTA PICO 6: En embarazadas de segundo trimestre sometidas a aborto terapéutico con medicamentos, ¿la revisión de cavidad uterina selectiva o por indicación médica es una alternativa segura, efectiva y conveniente frente a la revisión de cavidad uterina rutinaria bajo anestesia?

Población	• Embarazadas de segundo trimestre que recibieron aborto terapéutico con medicamentos
Intervenciones	• Revisión de cavidad uterina selectiva o por indicación médica
Comparación	• Revisión de cavidad uterina rutinaria bajo anestesia
Desenlaces	• Disminución de la perforación uterina (aborto electivo en segundo trimestre) • Obtención de productos sospechosos y residuales de la gestación • Intervención quirúrgica (cavidad uterina no vacía vs cavidad uterina vacía)

PREGUNTA PICO 7: En embarazadas de segundo trimestre avanzado (20 - 27 semanas) con indicación de aborto terapéutico, ¿se debe realizar ablactación-inhibición láctea selectiva solo en pacientes con galactorrea comparado con la realización de la ablactación-inhibición láctea rutinaria o profiláctica con medicamentos?

Población	• Mujeres embarazadas de segundo trimestre avanzado (20-27 semanas) con indicación de aborto terapéutico
Intervenciones	• Realizar ablactación-inhibición láctea selectiva sólo en pacientes con galactorrea
Comparación	• Realización de la ablactación-inhibición láctea rutinaria o profiláctica
Desenlaces	• Galactorrea • Falla de la supresión de la lactancia • Eventos adversos

PREGUNTA PICO 8: En niñas o adolescentes embarazadas con indicación de aborto terapéutico, ¿qué aspectos adicionales o distintos en el abordaje psicológico, tratamiento médico y/o quirúrgico deben brindarse para mantener la calidad, efectividad y seguridad en comparación a la atención de mujeres adultas?

Población	• Niñas o adolescentes embarazadas con indicación de aborto terapéutico
Intervenciones	• Abordaje psicológico, tratamiento médico y/o quirúrgico
Comparación	• Mujeres adultas
Desenlaces	• Efectividad del aborto médico • Satisfacción • Bienestar psicológico • Eventos adversos • Eventos adversos y seguridad del aborto quirúrgico • Prácticas de aborto inseguro

PREGUNTA PICO 9: En embarazadas con discapacidad e indicación de aborto terapéutico, ¿qué aspectos adicionales o distintos en el abordaje psicológico, tratamiento médico y/o quirúrgico deben brindarse para mantener la calidad, efectividad y seguridad en comparación a la atención brindada a embarazadas con indicación de aborto terapéutico sin discapacidad?

Población	• Embarazadas con discapacidad e indicación de aborto terapéutico
Intervenciones	• Abordaje psicológico, tratamiento médico y/o quirúrgico deben brindarse para mantener la calidad, efectividad y seguridad
Desenlaces	• Seguridad • Bienestar psicológico

PREGUNTA PICO 10: En embarazadas con indicación de aborto terapéutico por violación ¿qué aspectos particulares médicos, histopatológicos, legales deben considerarse en el manejo de productos de la concepción evacuados (restos coriales, restos placentarios, corioplacentarios) comparado a la atención de otros tipos de aborto?

Población	• En embarazadas con indicación de aborto terapéutico por violación
Intervenciones	• Manejo médico, histopatológico, legal, de productos de la concepción evacuados (restos coriales, restos placentarios, corioplacentarios) en mujeres con indicación de aborto por violación

PREGUNTA PICO 11 ¿En embarazadas hasta las 13 semanas de gestación que requieren atención por aborto terapéutico; ¿es seguro y efectivo realizarlo con la administración secuencial de los medicamentos mifepristona más misoprostol?

Población	• En embarazadas de 13 semanas o menos semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico
Intervenciones	• Realización del aborto terapéutico usando mifepristona y misoprostol administrados en forma secuencial
Comparación	• Realización del aborto terapéutico por otros métodos
Desenlaces	• Seguridad del aborto al realizarlo con la administración secuencial de los medicamentos mifepristona más misoprostol hasta las 9 semanas de gestación • Efectividad del aborto al realizarlo con la administración secuencial de los medicamentos mifepristona más misoprostol de 9 a 13 semanas de gestación • Costos asociados al aborto con medicamentos vs la Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

	• Complicaciones asociadas a aborto médico usando mifepristona más misoprostol

PREGUNTA PICO 12: ¿En embarazadas hasta las 13 semanas de gestación que requieren atención por aborto terapéutico; es seguro y efectivo realizarlo con misoprostol solo?

Población	• En embarazadas de 13 semanas o menos semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico
Intervenciones	• Realización del aborto terapéutico con misoprostol solo
Comparación	• Realización del aborto terapéutico con otros métodos
Desenlaces	• Efecto deseado para abortos hasta las 9 semanas realizados con misoprostol solo (seguridad y eficacia) • Efectos deseados para abortos de 9 a 13 semanas de gestación realizados con misoprostol solo (seguridad y eficacia) • Complicaciones de abortos realizados con misoprostol solo

PREGUNTA PICO 13: ¿En embarazadas hasta las 13 semanas de gestación que requieren atención por aborto terapéutico; ¿es seguro y efectivo realizarlo por aspiración endouterina?

Población	• En embarazadas de 13 semanas o menos semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico
Intervenciones	• Realización del aborto terapéutico por aspiración endouterina
Comparación	• Realización del aborto terapéutico con Legrados uterino y otros métodos
Desenlaces	• Efecto deseado para atención del aborto en gestaciones menores de 13 semanas realizados por aspiración endouterina (seguridad y eficacia) • Complicaciones en abortos realizados por aspiración endouterina

PREGUNTA PICO 14 ¿En embarazadas de 13 o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico; es seguro y efectivo realizarlo con la combinación de mifepristona y misoprostol?

Población	• En embarazadas de 13 semanas o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico
Intervenciones	• Realización del aborto terapéutico a las 13 semanas o más con medicamentos
Comparación	• Realización del aborto terapéutico usando mifepristona y misoprostol de manera secuencial con otros métodos terapéuticos
Desenlaces	• Efecto deseado para aborto de 13 semanas o más realizados con la combinación de mifepristona y misoprostol (seguridad y eficacia) • Complicaciones en abortos realizados con la combinación de mifepristona y misoprostol. • Administración de inmunoglobulina anti-D en abortos menores de 12 semanas

PREGUNTA PICO 15 ¿En embarazadas de 13 o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico; es seguro y efectivo realizarlo con misoprostol solo?

Población	• En embarazadas de 13 semanas o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico
Intervenciones	• Realización del aborto terapéutico con misoprostol solo
Comparación	• Realización del aborto terapéutico con otros métodos
Desenlaces	• Efecto deseado para aborto de 13 semanas o más realizado con misoprostol solo (seguridad y eficacia) • Complicaciones del aborto de 13 semanas o más realizado con misoprostol solo

PREGUNTA PICO 16 ¿En embarazadas de 13 semanas o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico, es seguro y efectivo realizarlo por dilatación y evacuación?

Población	• En embarazadas de 13 semanas o más semanas de gestación que requieren atención de aborto terapéutico
Intervenciones	• Realización del aborto terapéutico por dilatación y evacuación
Comparación	• Realización del aborto terapéutico con Legrados uterino y otros métodos
Desenlaces	• Efecto deseado para aborto de 13 semanas o más realizado por dilatación y evacuación (seguridad y eficacia) • Complicaciones del aborto médico vs quirúrgico

11.2 Anexo 2. Tablas SoF (Resumen de Hallazgos)

PREGUNTA PICO 1:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto absoluto estimado			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
		CON Profesional médico	SIN Profesional médico	Diferencia (IC 95%)		
Efectividad del aborto médico	RR 1,00 (0,99 a 1,02) 2121 personas 1 RS (3 estudios) (1)	0 por 1000	0 por 1000	0 más por 1000 (19 menos a 19 más)	⊕⊕⊕◯[a] **Moderada**	La efectividad de la interrupción médica del embarazo resulta en poca o ninguna diferencia al ser realizado por profesional-no médico versus médico.
Tratamiento médico del aborto incompleto	RR 1,00 (0,98 a 1,02) 1900 personas 1 RS (2 estudios) (1)	0 por 1000	0 por 1000	0 más por 1000 (19 menos a 19 más)	⊕⊕⊕◯[a] **Moderada**	Probablemente resulte en poca o ninguna diferencia que el tratamiento médico de un aborto incompleto lo realice un profesional no médico versus médico.
Satisfacción	RR 1,19 (0,51 a 2,75) 2021 personas 1 RS (2 estudios) (1)	797 por 1000	948 por 1000	151 más por 1000 (406 a 1000 más)	⊕⊕◯◯[b, c] **Baja**	La atención del aborto médico por parte de un profesional no médico podría resultar en un mayor grado de satisfacción por parte de la mujer que se va a realizar un aborto en comparación con la atención de un profesional médico.

RR: Riesgo relativo; IC: Intervalo de confianza del 95%; RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuyó un nivel a la certeza de la evidencia por riesgo de sesgo debido a que los estudios incluidos fueron evaluados con riesgo de sesgo moderado.

b. Se disminuyó un nivel a la certeza de la evidencia por riesgo de sesgo debido a que los estudios fueron valorados globalmente con riesgo de sesgo moderado

c. Se disminuyó un nivel de la certeza de la evidencia por imprecisión debido a que los extremos del intervalo de confianza cruzan los umbrales de decisión para considerar la intervención como beneficiosa o perjudicial.

Ver interactive Summary of Findings (iSoF):
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/63623807e3089d04ceba0e54

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto absoluto estimado			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
		CON Profesional médico	SIN Profesional médico	Diferencia (IC 95%)		
Complicación por aborto incompleto Seguimiento: 30-42 días	RR 0,81 (0,48 a 1,36) 1892 personas 1 RS (2 estudios) (1)	33 por 1000	27 por 1000	6 menos por 1000 (16 menos a 45 más)	⊕⊕⊕⊕ **Alta**	El aborto médico realizado por un profesional no médico reduce levemente el riesgo de una complicación de aborto incompleto en comparación con el profesional médico.
Eventos adversos serios Seguimiento: 30-41 días	RR 0,00 (0,00 a 0,00) 2915 personas 1 RS (3 estudios) (1)	1 por 1000	0 por 1000	1 menos por 1000 (0 menos a 0 menos)	⊕⊕◯◯[a] **Baja**	Probablemente haya poca o ninguna diferencia en el tratamiento médico para interrupción incompleta del embarazo en mujeres tratadas por profesional no médico versus médico.

RR: Riesgo relativo; IC: Intervalo de confianza del 95%; RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuyeron dos niveles a la certeza de la evidencia por imprecisión debido a que los estudios presentan pocos eventos serios por lo que no existe seguridad acerca de la estimación del efecto y, por lo tanto, no se puede generalizar acerca de cuán diferente o similar es el efecto de ser tratado y seguido por no médicos versus médicos.

Ver interactive Summary of Findings (iSoF):
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/63623807e3089d04ceba0e54

PREGUNTA PICO 2:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) N.º de participantes y estudios	Efecto absoluto estimado			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
		CON Administración Ambulatoria	SIN Administración ambulatoria	Diferencia (IC 95%)		
Aborto con medicamentos Seguimiento: 14 días después de la administración de Misoprostol, y seguimiento final después de la menstruación posterior al tratamiento.	RR 0,99 (0,97 a 1,01) 919 personas 1 RS (2 estudios) (1)	954 por 1000	963 por 1000	9 más por 1000 (19 menos a 19 más)	⊕⊕⊕◯[a] **Moderada**	El éxito del aborto con medicamentos probablemente resulta en poca o ninguna diferencia si se realiza mediante administración ambulatoria o en atención hospitalaria.
Embarazo en curso Seguimiento: 14 días después de la administración de misoprostol, y seguimiento final después de la menstruación posterior al tratamiento	RR 1,69 (0,41 a 7,02) 735 personas 1 RS (1 estudio) (1)	14 por 1000	8 por 1000	6 menos por 1000 (3 a 57 más)	⊕⊕◯◯[b, c] **Baja**	La administración ambulatoria en el procedimiento de aborto con medicamentos podría incrementar el riesgo de un embarazo en curso en comparación con realizar la atención

						hospitalaria del aborto con medicamentos.

RR: Riesgo relativo; IC: Intervalo de confianza del 95%; RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuyó un nivel a la certeza de la evidencia por riesgo de sesgo. Los ensayos se clasificaron con alto riesgo de sesgo porque tres de los dominios de "Riesgo de sesgo" se calificaron como inciertos (generación de secuencias aleatorias; enmascaramiento de la asignación; informe selectivo de resultados), uno (cegamiento del evaluador de resultados) en alto riesgo, y dos de bajo riesgo (cegamiento del personal).

b. Se disminuyó un nivel a la certeza de la evidencia por riesgo de sesgo del estudio, se calificó como inciertos los dominios de generación de secuencia aleatoria, enmascaramiento de la asignación e informe selectivo de los resultados.

c. Se disminuyó un nivel a la certeza de la evidencia por imprecisión, ya que los intervalos de confianza son amplios y cruzan la línea del no efecto.

Ver interactive Summary of Findings (iSoF):
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/6363d0cce3089d04ceba0e56

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) N.º de participantes y estudios	Efecto absoluto estimado			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
		CON Administración ambulatoria	SIN Administración ambulatoria	Diferencia (IC 95%)		
Eventos adversos serios Seguimiento: 14-21 después del procedimiento	- 605 personas 1 estudio (2)	Un estudio observacional, que incluyó 605 mujeres, reportó que no ocurrieron eventos adversos graves al comparar los resultados del aborto con medicamentos cuando este fue realizado en una farmacia en comparación con un centro de salud pública.			⨁⨁◯◯[a, b] **Baja**	Probablemente haya poca o ninguna diferencia en los eventos adversos de la interrupción médica del embarazo en mujeres mediante administración ambulatoria de medicamen

						tos en comparación con la atención hospitalaria
Complicaciones 14-21 después del procedimiento.	**RR 0,80** **(1,00 a 2,70)** 600 personas 1 estudio (2)	**17 por 1000**	**7 por 1000**	**10 menos** por 1000 (0 a 0 menos)	⨁◯◯◯a, b, c **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de las complicaciones que tiene realizarse un aborto de manera ambulatoria en comparación con estadía hospitalaria.

RR: Riesgo relativo; IC: Intervalo de confianza del 95%; RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuye un nivel de evidencia por el tipo de diseño debido a las limitaciones de los estudios por la ausencia de un grupo de control independiente.

b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y resultado presentado en algunos de los estudios incluidos.

c. Se disminuyó un nivel de evidencia por imprecisión debido a que el desenlace presenta intervalos de confianza amplios y cruza la línea del no efecto.

Ver interactive Summary of Findings (iSoF):
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/6363d0cce3089d04ceba0e56

PREGUNTA PICO 3

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Tasa de éxito de aborto en el segundo trimestre	- 51 personas 1 estudio (3)	En un estudio retrospectivo, que incluyó 51 mujeres con cesárea previa, placenta previa y placenta accreta, se reportó una tasa de éxito para la histerotomía del 85,5% y de 31,3% para el tratamiento con mifepristona+misoprostol (3).	⊕◯◯◯a, b, c **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca del efecto que tiene el realizar una histerotomía en el éxito de un aborto completo en el segundo trimestre del embarazo, en comparación con el uso de tratamiento médico-farmacológico
Tiempo de recuperación de β-hCG por aborto en el segundo trimestre	- 51 personas 1 estudio (3)	En un estudio retrospectivo, que incluyó 51 en mujeres con cesárea previa, placenta previa y placenta accreta, se reportó un tiempo de recuperación de Beta gonadotrofina coriónica humana (β-hCG) menor para la histerotomía 32,95 días promedio en comparación con mifepristona+misoprostol (40,06 días en promedio) (3).	⊕◯◯◯a, b, c **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca del tiempo de recuperación de la gonadotropina coriónica al realizar una histerotomía en comparación con el uso de tratamiento médico-farmacológico

Mortalidad en el segundo trimestre	- 1 síntesis amplia (2)	Una síntesis amplia de la literatura, indica que una serie de estudios realizados en Estados Unidos en las décadas de los 70s y 80s, mostraron que la histerotomía tiene la mayor tasa de mortalidad comparado otros métodos quirúrgicos o médicos en la época por lo que no se recomienda ni debe ser utilizada (2).	⊕◯◯◯a, b,c,d **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de la mortalidad en el segundo trimestre al realizar una histerotomía en comparación con el uso de tratamiento médico-farmacológico.
RS: revisión sistemática. **EXPLICACIONES** a. Se disminuye un nivel de evidencia por el tipo de diseño debido a las limitaciones de los estudios por la ausencia de un grupo de control independiente. b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y resultado presentado en algunos de los estudios incluidos. c. Se disminuyó un nivel de evidencia por imprecisión debido a que no se alcanzó el tamaño de información óptimo en el estudio o estudios incluidos d. Se disminuyó un nivel de certeza por evidencia indirecta, dado que la evidencia no incluye la población de interés				
Ver interactive Summary of Findings (iSoF): https://isof.epistemonikos.org/#/finding/649ecd00e3089d04da8dab93				

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%)	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Complicaciones	- 1 RS (11 estudios) (1)	Una revisión sistemática (1), que incluyó 11 artículos primarios (7–13), reportó que la histerotomía puede ser usada solo como último recurso cuando los otros procedimientos quirúrgicos fallan para lograr el vaciamiento uterino completo.	⊕◯◯◯a,b,c,d **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de las complicaciones al realizar una histerotomía en comparación con el uso de tratamiento médico-farmacológico.

RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuye un nivel de evidencia por el tipo de diseño debido a las limitaciones de los estudios por la ausencia de un grupo de control independiente.

b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y resultado presentado en algunos de los estudios incluidos.

c. Se disminuyó un nivel de evidencia por imprecisión debido a que no se alcanzó el tamaño de información óptimo en el estudio o estudios incluidos

d. Se disminuyó un nivel de certeza por evidencia indirecta, dado que la evidencia no incluye la población de interés.

Ver interactive Summary of Findings (iSoF):
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/649ecd00e3089d04da8dab93

PREGUNTA PICO 4

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Decisión de abortar Seguimiento: 3 semanas	- 500 personas 1 estudio (1)	Un estudio observacional, que incluyó 500 mujeres, reportó que el tiempo de espera de 72 horas obligatorias no generó cambios en la decisión de realizar el aborto. Además, la mayoría de las mujeres reportan estar seguras de su decisión al momento de realizar la solicitud de aborto en la primera visita al centro clínico (1).	⊕◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de los efectos que tiene el periodo de espera obligatorio en decisión de abortar.
Beneficios generales	- 1 estudio (6)	En un estudio observacional, solo un pequeño porcentaje (< 10%) de mujeres que solicitaron abortar indicaron que la ley de espera obligatoria de 24 horas tendría algún beneficio para ellas, pero no se	⊕◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de los efectos que tiene el periodo de espera obligatorio en

		especificaron cuáles beneficios (6).		los beneficios generales.
Tasa de aborto	**-** 1 estudio (2)	Otro estudio observacional, reporto que la implementación de una ley de espera obligatoria disminuyó la tasa de aborto general entre un 13 y 28%, dependiendo del grupo de comparación, sin diferencias estadísticamente significativas (2).	⊕◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de los efectos que tiene el periodo de espera obligatorio en la tasa de aborto

RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuye un nivel de evidencia por el tipo de diseño debido a las limitaciones de los estudios por la ausencia de un grupo de control independiente.

b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y resultado presentado en algunos de los estudios incluidos.

c. Se disminuyó un nivel de certeza por evidencia indirecta, dado que la evidencia no incluye las comparaciones de interés.

Ver interactive Summary of Findings (iSoF):
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/636512aee3089d04cd692ba2

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) N.º de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Eventos adversos	**-** 2 estudios (3,4)	Un estudio observacional, que incluyó 48 mujeres, reportó que las mujeres toman la decisión de abortar de forma rápida (menos de 3 días), sin embargo, el proceso para poder realizar el aborto les toma al menos 1 semana. Las mujeres reportan que este tiempo de espera o retraso no	⊕◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de los efectos que tiene el periodo de espera obligatorio en

		les entregó beneficios médicos y sí genera daños y retraso en la oportunidad en la atención médica (3). Un estudio cualitativo reportó que todas las mujeres entrevistadas reportaron que el tiempo de espera obligatorio de 72 horas influyó poco o nada en su decisión de abortar y que tuvo un impacto negativo en hacerlas sentir incómodas y en los costos asociados (4).		los efectos adversos.
Inasistencia y desistimiento del procedimiento de aborto	**-** 2 estudios (1,5)	Un estudio observacional reportó que en el contexto de la exigencia de un periodo de espera obligatorio de 48 horas aproximadamente el 12% de las mujeres no vuelve para la realización del procedimiento (5) Un estudio observacional reportó que los factores que influyeron en la disminución de la certeza de abortar luego del periodo de espera fueron el conocimiento del procedimiento, tener malas experiencias con los trabajadores del centro clínico, sus propias dudas previas y sensación de culpa y eventos ocurridos en las visitas al centro (ver la ecografía o protestas) (1).	⊕◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de los efectos que tiene el periodo de espera obligatorio en la inasistencia y desistimiento del procedimiento de aborto.
Retraso en la realización del aborto	**-** 6 estudios (3,5–9) y una RS (10)	Cinco estudios observacionales reportaron que los tiempos de espera obligatorios podrían retrasar el procedimiento del aborto (3,5–9). Además de incrementar la probabilidad de dejar fuera de los plazos legales a las mujeres que buscan el aborto (10) .	⊕◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de los efectos que tiene el periodo de espera obligatorio en el retraso en la realización del aborto.
Aumento del tiempo gestacional para el aborto	**-** 1 estudio (5)	Un estudio observacional, reportó que después de la implementación de una ley de espera obligatoria de 48 horas se generó un aumento entre el 53 y 69% en la proporción de mujeres que abortaron durante el segundo trimestre (2).	⊕◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de los efectos que tiene el periodo de espera obligatorio en el aumento del tiempo

				gestacional para el aborto.
Cambio del tipo de aborto proporcionado	- 1 estudio (12)	Una revisión sistemática reportó que, por cada día de reducción en la espera, el 1.2% de los abortos pasaran de intervención quirúrgica a médica (10).	⊕◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de los efectos que tiene el periodo de espera obligatorio en el cambio del tipo de aborto proporcionado.
Impacto psicológico	- 3 estudios (7,10,11)	Dos estudios cualitativos reportaron que las pacientes experimentaron molestias, incomodidad, angustia mental (29%), frustración y dificultades logísticas, asociado a la espera del tiempo obligatorio (7,10,11).	⊕◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de los efectos que tiene el periodo de espera obligatorio en el impacto psicológico.

RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuye un nivel de evidencia por el tipo de diseño debido a las limitaciones de los estudios por la ausencia de un grupo de control independiente.

b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y resultado presentado en algunos de los estudios incluidos.

c. Se disminuyó un nivel de certeza por evidencia indirecta, dado que la evidencia no incluye las comparaciones de interés.

Ver interactive Summary of Findings (iSoF):
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/636512aee3089d04cd692ba2

PREGUNTA PICO 5

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Impacto en los derechos humanos de las pacientes	- - 1 RS (1)	Una revisión sistemática que incluyó 7 estudios, reportó que las restricciones del proveedor para brindar un aborto de calidad y que producen o contribuyen a demoras en el acceso al aborto probablemente sean arbitrarias e interfieran desproporcionadamente con los derechos humanos de las personas embarazadas. En particular, sugieren el incumplimiento de la obligación de los Estados de respetar, proteger y cumplir el derecho a la vida y el derecho a la salud, y en particular la obligación de tomar medidas para reducir la mortalidad y morbilidad maternas y garantizar que, donde sea legal, el aborto sea seguro y accesible (3).	⨁◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca del efecto que tiene la atención con personal no objetor de conciencia en el impacto en los derechos humanos de las mujeres que se realizan un aborto.
Bienestar emocional	- 2 estudios (2,3)	Un estudio observacional, que incluyó 240 participantes, reportó que el no tener preocupaciones relacionadas con la atención médica contribuyó a una sensación de comodidad y bienestar. Las mujeres resaltaron y valoraron positivamente el apoyo y empatía del personal y el equipo que realizó el aborto, junto con la actitud no jugadora del equipo de salud (2). Otro estudio observacional, que incluyó 60 participantes, reportó que las mujeres atendidas en el centro reportaron enfáticamente que se	⨁◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca del efecto que tiene la atención con personal no objetor de conciencia en comparación con la atención objetora de conciencia en el bienestar emocional de las mujeres.

		sentían agradecidas por la ayuda y empatía del personal médico que les permitió realizar el procedimiento (17).		
Toma de decisión informada	**-** 1 estudio (2)	Un estudio observacional con 240 participantes reportó que las mujeres valoraron positivamente la entrega de información médica en el proceso de toma de decisión de realizar el aborto, esto les ayudó a sentirsen tranquilas por tomar una decisión informada. (15).	⨁◯◯◯a,b,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca del efecto que tiene la atención con personal no objetor de conciencia en comparación con la atención objetora de conciencia en la toma de decisiones informada sobre realizarse un aborto en mujeres.

RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuye un nivel de evidencia por el tipo de diseño debido a las limitaciones de los estudios por la ausencia de un grupo de control independiente.

b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y resultado presentado en algunos de los estudios incluidos.

c. Se disminuyó un nivel de evidencia por imprecisión debido a que no se alcanzó el tamaño de información óptimo en el estudio o estudios incluidos.

Ver interactive Summary of Findings (iSoF):
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/6369e5b3e3089d04ceba0e58

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Tiempos de espera más largo	- 1 estudio primario (4)	Un estudio observacional que incluyó 1 millón de registros de atención realizados entre 2002 y 2016 en Italia, reportó que una mayor prevalencia de objetores de conciencia está sociada significativamente con tiempos de espera más largos (mayores a 2 semanas después la emisión del certificado médico (13).	⊕◯◯◯a,b, **Baja**	El asesoramiento por personal no objetor de conciencia probablemente reduce ligeramente los tiempos de espera más largos en embarazadas con indicación de aborto terapéutico.
Sobrecarga en el personal no-objetor	- 1 RS (7 estudios primarios), 1 estudio primario (1,4)	Un estudio observacional que incluyó 1 millón de registros de atención realizados entre 2002 y 2016 en Italia, reportó que los proveedores no objetores de conciencia presentan mayor sobrecarga al recibir mayor cantidad de solicitudes de aborto (13) . Una revisión sistemática que incluyó 7 estudios, también reportó que las restricciones de los proveedores tienen implicaciones en la carga de trabajo de los profesionales de la salud, incluyendo aumento de la carga de trabajo y el estrés experimentado por los profesionales médicos, esto puede generar que las personas o los centros no brinden servicios de aborto u organicen la atención solo de manera muy restringida (p. ej., un día a la semana o	⊕◯◯◯a,b, **Baja**	El asesoramiento por personal no objetor de conciencia probablemente aumenta ligeramente la sobrecarga de trabajo en comparación al asesoramiento por personal objetor de conciencia.

		similar) haciendo que el acceso al aborto se ve obstruido por las restricciones del proveedor (3).		
Retraso en el aborto	**-** 1 estudio primario (1)	Una revisión sistemática que incluyó 7 estudios, reportó que las restricciones de los proveedores contribuyen a retrasar más el aborto, al requerir de un proveedor específico (no objetor), aumentando cargas logísticas y administrativas para las pacientes (3).	⊕◯◯◯a,b, **Baja**	El asesoramiento por personal no objetor de conciencia probablemente aumenta los tiempos en el procedimiento del aborto en embarazadas con indicación de aborto terapéutico.
Dificultad para el acceso al aborto seguro	**-** 2 estudios (2,5)	Un estudio cualitativo que entrevistó a 14 mujeres, reportó el maltrato y la objeción de conciencia como barreras para el acceso al aborto seguro (14). Otro estudio observacional que incluyó a 240 participantes se reporta que las tasas de morbilidad y mortalidad materna son más altas en países con leyes de aborto restrictivas y que las mujeres habitualmente deben viajar a otras regiones o incluso al extranjero para realizar un procedimiento médico simple que de otro modo sería inaccesible para ellas, porque los médicos locales se acogen a la objeción de conciencia y se niegan a interrumpir los embarazos (15).	⊕◯◯◯a,c, **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca del efecto que tiene la atención del aborto con personal no objetor de conciencia en la dificultad para el acceso a un aborto seguro.

RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuye un nivel de evidencia por el tipo de diseño debido a las limitaciones de los estudios por la ausencia de un grupo de control independiente.

b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y resultado presentado en algunos de los estudios incluidos.

c. Se disminuyeron dos niveles de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y exposición presentado en algunos de los estudios incluidos.

Ver interactive Summary of Findings (iSoF):
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/6369e5b3e3089d04ceba0e58

PREGUNTA PICO 6:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Disminución de la perforación uterina (aborto electivo en segundo trimestre)	**-** 1 estudio (3)	Un ensayo clínico que incluyó 810 operaciones, reportó que el uso intraoperatorio rutinario de imágenes ultrasonográficas para guiar las pinzas intrauterinas durante la evacuación uterina resultó en una reducción significativa de la perforación uterina, la tasa descendió del 1,4 % al 0,2 % (3).	⨁◯◯◯a,b,c **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de la disminución de la perforación uterina (aborto electivo en segundo trimestre) al realizar una revisión de cavidad uterina selectiva o por indicación médica en comparación a realizar la revisión de cavidad uterina rutinaria bajo anestesia.

Productos sospechosos y residuales de la gestación	- - 1 estudio (4)	En un estudio de cohorte, que incluyó 191 mujeres que se realizaron aborto médico, encontró productos sospechosos de la gestación por ecografía transvaginal en el 3,7% de las mujeres asintomáticas, y los productos residuales de la gestación fueron diagnosticados por histeroscopia en el 85,7% de estos casos. Los investigadores encontraron productos residuales de la gestación en el 85,7% de las pacientes asintomáticas con sospecha por ecografía transvaginal de tejido residual sospechoso tras la primera menstruación tras el tratamiento (4) .	⊕◯◯◯a,b,c **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de la presencia de productos sospechosos y residuales de la gestación al realizar una revisión de cavidad uterina selectiva o por indicación médica en comparación a realizar la revisión de cavidad uterina rutinaria bajo anestesia.

RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo ya que los estudios presentaron limitaciones en su diseño y ejecución.

b. Se disminuyó un nivel de certeza por evidencia indirecta, dado que la evidencia no incluye la población de interés.

c. Se disminuyó un nivel de la certeza de la evidencia por imprecisión, dado que el estudio incluyó un tamaño de muestra pequeño por lo que es esperable que los resultados sean imprecisos.

Ver interactive Summary of Findings (iSoF):
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/64a764a1e3089d04cd692bc5

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%)	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Intervención quirúrgica (cavidad uterina no vacía vs cavidad uterina vacía)	- 1 estudio (5)	En un estudio retrospectivo que evaluó el rol de la ecografía vaginal de rutina en el resultado del aborto con medicamentos, que incluyó 690 mujeres, se reportó que el riesgo de requerir cirugía fue significativamente mayor OR 24.4 (IC 95% 14,9 a 39,7) cuando la ecografía vaginal demostró que la cavidad uterina no estaba vacía a las 2 semanas de	⊕◯◯◯a,b,c **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de la indicación de intervención quirúrgica (cavidad uterina no vacía vs cavidad uterina vacía) al realizar una revisión de cavidad uterina selectiva o por

		seguimiento. Sin embargo, el 59.1% (55/93) de las mujeres con evidencia de productos retenidos de la concepción, basado en criterios sonográficos, no requirió una intervención quirúrgica (5).		indicación médica en comparación a realizar la revisión de cavidad uterina rutinaria bajo anestesia.

OR: odds ratio; RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo ya que los estudios presentaron limitaciones en su diseño y ejecución.
b. Se disminuyó un nivel de certeza por evidencia indirecta, dado que la evidencia no incluye la población de interés.
c. Se disminuyó un nivel de la certeza de la evidencia por imprecisión, dado que el estudio incluyó un tamaño de muestra pequeño por lo que es esperable que los resultados sean imprecisos.

Ver interactive Summary of Findings (iSoF):
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/64a764a1e3089d04cd692bc5

PREGUNTA PICO 7:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Galactorrea	- 1 RS (3)	Una revisión sistemática realizada el 2011 evaluó el efecto del uso de Cabergolina versus Bromocriptina en pacientes con hiperprolactinemia. Se reportó que la persistencia de la galactorrea no difirió entre los grupos con un RR 3,07 (IC 95% 0,68 a 13,84) (5).	⨁◯◯◯a,b,c **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca del efecto en la galactorrea al realizar inhibición láctea selectiva en comparación a realizar inhibición láctea rutinaria o profiláctica.

RR: Riesgo relativo; IC: Intervalo de confianza del 95%; RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuye un nivel de evidencia por el tipo de diseño debido a las limitaciones de los estudios por la ausencia de un grupo de control independiente.

b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y exposición presentado en algunos de los estudios incluidos.

c. Se disminuyó un nivel de certeza por evidencia indirecta, dado que la evidencia no incluye la población de interés.

VerinteractiveSummaryofFindings(iSoF)
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/63641be7e3089d04ceba0e57

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Falla de la supresión de la lactancia	- 4 estudios primarios (4-7)	Tres ensayos (107 mujeres) indicaron que la bromocriptina redujo el riesgo de falla de la supresión de la lactancia durante los primeros siete días después del parto en comparación con placebo RR 0,36 (IC 95% 0,24 a 0,54) (4–6). Un estudio reportó que la Cabergolina redujo el riesgo de fracaso en la supresión de la lactancia en comparación con el placebo a los 14 días posparto RR 0,19(IC 95% 0,07 a 0,48) (7)	⊕◯◯◯a,b,c **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca del riesgo de falla de la supresión de la lactancia al realizar inhibición láctea selectiva en comparación a realizar inhibición láctea rutinaria o profiláctica.
Eventos adversos	– 3 RS (3, 8, 12)	En una revisión sistemática realizada por Wang et al. en 2012, se comparó el efecto del uso de Cabergolina y Bromocriptina en pacientes hiperprolactinémicos. Se encontró que los efectos secundarios fueron menos frecuentes y más leves con Cabergolina en comparación con Bromocriptina. Otro estudio, realizado por Motazedian et al. en 2010, indicó que las pacientes que recibieron Cabergolina experimentaron náuseas en un 18%, hipotensión en un 18%,	⊕◯◯◯a,b,c **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca del riesgo de eventos adversos al realizar inhibición láctea selectiva en comparación a realizar inhibición láctea rutinaria o profiláctica.

		dolor de cabeza en un 9% y vómitos en un 3%, en comparación con las pacientes que recibieron Bromocriptina, que presentaron náuseas en un 44%, hipotensión en un 21%, dolor de cabeza en un 27% y vómitos en un 20%. Estos resultados respaldan la superioridad de Cabergolina en términos de tolerabilidad y efectos secundarios menos severos (Motazedian S, 2010). Además, Bahceci et al. en 2010 reportaron en su estudio que la tasa general de efectos secundarios fue del 2.5% para Cabergolina, en comparación con el 15.3% para Bromocriptina. Otro estudio realizado por De Rosa et al. en 1998 encontró una tasa de efectos secundarios generales del 29% para Cabergolina frente al 70% para Bromocriptina. Es importante destacar que los efectos secundarios de Cabergolina fueron más leves, autolimitados y no requirieron intervención, mientras que los efectos secundarios de Bromocriptina requirieron reducción de dosis e intervención en el 29% de los casos (De Rosa M, 1998). En una revisión sistemática reciente realizada por Oladapo et al. en 2022, que incluyó mujeres posparto con indicación de supresión de la lactancia, no se encontraron pruebas suficientes para demostrar que los agentes farmacológicos estuvieran asociados con un mayor riesgo de efectos adversos importantes, en particular tromboembolismo, en comparación con la falta de tratamiento o entre sí. Aunque se han publicado varios casos de tromboembolismo, infarto de miocardio y angiopatía cerebral después del uso de Bromocriptina, no		

		se ha establecido una relación causal (Oladapo OT, 2022). Por último, una revisión sistemática realizada por Dos Santos Nunes et al. en 2011, que incluyó 19 estudios y evaluó el efecto de Cabergolina versus Bromocriptina en el tratamiento de la hiperprolactinemia, reportó que el número de efectos adversos fue significativamente mayor en el grupo que recibió Bromocriptina en comparación con el grupo que recibió Cabergolina, con un RR de 1.43 (IC 95%: 1.03 a 1.98) (dos Santos Nunes V, 2011).		

OR: odds ratio; RR: Riesgo relativo; IC: Intervalo de confianza del 95%; RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se disminuye un nivel de evidencia por el tipo de diseño debido a las limitaciones de los estudios por la ausencia de un grupo de control independiente.

b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y exposición presentado en algunos de los estudios incluidos.

c. Se disminuyó un nivel de certeza por evidencia indirecta, dado que la evidencia no incluye la población de interés.

VerinteractiveSummaryofFindings(iSoF)
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/63641be7e3089d04ceba0e57

PREGUNTA PICO 8:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Efectividad del aborto médico	1 RS (25 estudios incluidos) (1)	En una revisión sistemática, tres estudios incluidos, reportaron la efectividad del aborto médico realizado con mifepristona y Misoprostol. De estos, dos estudios, reportaron que la eficacia fue la misma entre mujeres adolescentes y adultas (15),(16). Un estudio reportó una asociación de OR 0,027 entre menor edad y disminución del fracaso del aborto (17) . Un estudio de cohorte prospectivo reportó que las adolescentes experimentaron un aborto incompleto (7,0 % vs 10,2 %, p=0,001; OR, 0,68; IC 95 %, 0,56–0,81) y evacuación quirúrgica de productos de la concepción retenidos (11,0% vs.13,0 %, p = 0,002; OR, 0,75; IC del 95 %, 0,64–0,88) con mucha menos frecuencia que las mujeres adultas (18).	⨁⨁◯◯[a] **Baja**	La evidencia sugiere que la efectividad del aborto médico resulta en nula o poca diferencia si el aborto es realizado entre mujeres adolescentes o adultas.
Satisfacción	1 RS (25 estudios incluidos) (1)	En una revisión sistemática, cuatro estudios incluidos, reportaron la satisfacción con realizar un aborto médico. La satisfacción a largo plazo fue similar entre los grupos de edad. La satisfacción con la calidad de los servicios, incluida la interacción entre el personal y el paciente, el suministro de información y la competencia técnica, no estaban relacionados con la edad (8).	⨁⨁◯◯[a] **Baja**	La evidencia sugiere que la satisfacción del aborto médico resulta en nula o poca diferencia si el aborto es realizado entre mujeres adolescentes o adultas.

Bienestar psicológico	1 RS (25 estudios incluidos) (1)	En una revisión sistemática, cuatro estudios incluidos, reportaron sobre el bienestar psicológico de las adolescentes. Un estudio reportó que el aborto en adolescentes no se asoció con depresión a la edad de 20 años (19) . Otros dos estudios informaron que los adolescentes se sentían menos cómodos con su decisión un mes después del aborto (20), (21). En un estudio de cohorte prospectiva, con 50 % de pérdida durante el seguimiento, la edad más joven se asoció con emociones negativas (p=0,001), menos emociones positivas (p=0,05), menos alivio (p=0,05), menos satisfacción con la decisión (p=0,001) y menos valoración del daño (p=0,001) 2 años después de realizado el aborto (22).	⊕⊕◯◯[a] **Baja**	La evidencia sugiere que el bienestar psicológico impacta en nula o poca diferencia si el aborto es realizado entre mujeres adolescentes o adultas.

EXPLICACIONES

a. Se disminuyeron dos niveles de la evidencia por riesgo de sesgo, dado que los estudios incluidos fueron evaluados con alto riesgo de sesgo.

Ver *interactiveSummaryofFindings* (iSoF)
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/63692883e3089d04da8dab65

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Eventos adversos del aborto médico	1 RS (25 estudios incluidos) (1)	En una revisión sistemática, 1 estudio incluido, reportó que las mujeres adolescentes tenían una incidencia menor de eventos adversos totales (19,0% vs. 23,1%, p=0,001) y un riesgo menor de hemorragia (12,8% vs 15,4%, p=0,001; OR, 0,87; IC del 95 %, 0,77–0,99) (18).	⊕⊕◯◯a Baja	La evidencia sugiere que los eventos adversos del aborto médico resultan en nula o poca diferencia si el aborto es realizado entre mujeres adolescentes o adultas.
Eventos adversos y seguridad del aborto quirúrgico	1 RS (25 estudios Incluidos (1)	En una revisión sistemática, cuatro estudios incluidos, reportaron que la edad, menor de 20 años, no se asoció con complicaciones, mientras que la edad de 30 años o más fue protectora OR 0,77 (IC 95% 0,69 a 0,85)(23). Otro estudio mostró que la cirugía mayor y perforación uterina durante la aspiración al vacío fueron menos comunes entre las mujeres más jóvenes (p=0,001)(24). Otras complicaciones no difirieron por edad, en un estudio de 69 142 mujeres con hasta 24 semanas de gestación, la edad de 17 años o menos no se asoció con perforación uterinas (RR, 0,91; IC 95 %, 0,34–2,4) y la lesión cervical durante el aborto del primer trimestre se asoció con edad de 17 años o menos (incidencia, 5.5 en 1000 para ≤17 años vs 1,7 en 1000 para ≥30 años RR 1,9 (IC95% 1,2 a 2,9) (23),(25), (26).	⊕⊕◯◯a Baja	La evidencia sugiere que la seguridad y eventos adversos del aborto quirúrgico resulta en nula o poca diferencia si el aborto es realizado entre mujeres adolescentes o adultas.

Prácticas de aborto inseguro	1 RS (27 estudios incluidos) (2)	Las adolescentes que se enfrentan a embarazos no deseados a menudo se ven impulsadas a recurrir a prácticas de aborto inseguro, debido a factores socioeconómicos y las implicaciones culturales asociadas con el embarazo antes del matrimonio, así como las restricciones legales sobre el aborto. Como resultado, recurren a métodos clandestinos, como la automedicación con fármacos o bebidas, la introducción de objetos punzantes en los genitales y, en muchos casos, buscan la ayuda de proveedores de servicios no convencionales (2).	⊕⊕◯◯a Baja	La evidencia sugiere que las prácticas de aborto inseguro podrían incrementar en mujeres adolescentes en comparación con mujeres adultas.
EXPLICACIONES a. Se disminuyeron dos niveles de la certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, dado que los estudios incluidos fueron evaluados con alto riesgo de sesgo.				
Ver *interactiveSummaryofFindings* (iSoF) https://isof.epistemonikos.org/#/finding/63692883e3089d04da8dab65				

PREGUNTA PICO 9:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Consideraciones de derechos humanos en la prestación de servicio	- 1 Guía (1)	Los servicios de salud sexual y reproductiva deben estar disponibles, ser accesibles, asequibles, aceptables y de buena calidad. Esto significa que la prestación de servicios debe ser respetuosa con la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, y respetar las cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y los requisitos del ciclo de vida.	⨁◯◯◯[a] **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de las consideraciones de derechos humanos en relación al abordaje psicológico, tratamiento médico y/o quirúrgico deben brindarse para mantener la calidad, efectividad y seguridad en embarazadas con discapacidad e indicación de aborto terapéutico.
EXPLICACIONES a. Se disminuyeron dos niveles de certeza por evidencia indirecta, dado que la evidencia no incluye la población y la intervención de interés.				
Ver *interactiveSummaryofFindings* (iSoF) https://isof.epistemonikos.org/#/finding/64a764dfe3089d7b0abd08ab				

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Discriminación	-	Las personas con discapacidad tienen derecho a la autonomía individual, pero se enfrentan a	⨁◯◯◯[a] **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de la

	1 Guía (1)	una discriminación continua y sistémica en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Los Estados tienen la obligación de prohibir y prevenir la denegación discriminatoria de servicios de salud a las personas con discapacidad. Los Estados no pueden llevar a cabo el aborto forzado o bajo coacción, y deben adoptar medidas para evitarlo, ya que constituye tortura y trato cruel, inhumano o degradante (4).		discriminación en relación al abordaje psicológico, tratamiento médico y/o quirúrgico deben brindarse para mantener la calidad, efectividad y seguridad en embarazadas con discapacidad e indicación de aborto terapéutico
EXPLICACIONES a. Se disminuyeron dos niveles de certeza por evidencia indirecta, dado que la evidencia no incluye la población y la intervención de interés.				
Ver *interactiveSummaryofFindings* (iSoF) https://isof.epistemonikos.org/#/finding/64a764dfe3089d7b0abd08ab				

PREGUNTA PICO 10:

c. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Examen histopatológico	- 9 estudios primarios (2-10)	En base a la evidencia indirecta de 9 estudios observacionales, se han identificado varios beneficios del examen histopatológico (2–10). Estos beneficios incluyen su capacidad para diagnosticar embarazos molares y otras condiciones que podrían pasar desapercibidas en evaluaciones clínicas y ecográficas iniciales, lo cual permite un manejo adecuado posterior (2–4). Además, el examen histopatológico ha	⨁◯◯◯[a, b] **Muy baja**	La evidencia es muy incierta acerca de la realización del examen histopatológico en relación a aspectos particulares médicos, histopatológicos, legales deben

		demostrado tener un gran valor en la identificación de infecciones en comparación con los hallazgos clínicos y de laboratorio (5). Asimismo, se ha establecido como una herramienta importante en la detección de cambios hidrópicos que requieren un seguimiento especializado (6). También desempeña un papel fundamental en la prevención de condiciones fatales, como los embarazos ectópicos, ya que su realización durante el procedimiento de aborto facilita la identificación temprana mientras la paciente se encuentra en el lugar de atención (9). El examen histopatológico es ampliamente aceptado y se recomienda su realización rutinaria en los productos de la concepción (2–10). Es especialmente recomendado en casos de alto riesgo de gestación molar, ya sea por sospecha clínica o debido a factores de riesgo como la edad materna avanzada, edad gestacional avanzada e historial de aborto previo, debido a la alta prevalencia de mola completa (10). Dos estudios han reportado una alta tasa de confirmación de los productos de la concepción mediante el examen histopatológico, con un 96,2 % de casos confirmados y un pequeño porcentaje de resultados negativos. En los casos negativos, se ha recomendado la reevaluación de las pacientes (7,8).		considerarse en el manejo de productos de la concepción evacuados en el aborto por violación.

EXPLICACIONES

a. Se disminuye un nivel de evidencia por el tipo de diseño debido a las limitaciones de los estudios por la ausencia de un grupo de control independiente.

b. Se disminuyeron dos niveles de certeza por evidencia indirecta, dado que la evidencia no incluye la población y la intervención de interés.

Ver *interactiveSummaryofFindings* (iSoF)
https://isof.epistemonikos.org/#/finding/64a764dfe3089d7b0abd08ab

PREGUNTA PICO 11:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Seguridad del aborto al realizarlo con la administración secuencial de los medicamentos mifepristona más misoprostol hasta las 9 semanas de gestación	1 RS (33 ensayos clínicos controlados aleatorizados) 22.275 participantes RR 1,23; IC 95%: 1,16-1,30	Una revisión sistemática de ensayos clínicos controlados aleatorizados sobre regímenes combinados de mifepristona + misoprostol mostraron que el régimen combinado fue más eficaz que el misoprostol solo. Los resultados de eficacia indican que las mujeres tratadas con mifepristona + misoprostol, tuvieron menores tasas de embarazo en curso (RR 0,16; IC 95%: 0,08-0,31; certeza de evidencia baja) y mayores tasas de aborto exitoso (RR 1,23; IC 95%: 1,16-1,30; certeza de evidencia muy baja), en comparación con las mujeres tratadas con el régimen de misoprostol solo.	⨁⨁◯◯ **Baja**	
Efectividad del aborto al realizarlo con la administración secuencial de los medicamentos mifepristona más misoprostol de 9 a 13 semanas de gestación	Estudio de cohorte prospectiva (n=719)	Una cohorte prospectiva, abierta que evaluó la no-inferioridad (con un margen del 6%) comparó la eficacia de un aborto con medicamentos régimen de 200 mg de mifepristona, seguido de una dosis única de 800 mcg de misoprostol, en 393 mujeres con embarazos de 64-70 días de gestación, en comparación con 326 mujeres con embarazos de 71-77 días de gestación. La tasa de éxito fue del 92% en el grupo de 64-70 días, con una tasa de embarazo continuo del 4%, en comparación con el 87% y el 9% en el grupo de 71-77 días, respectivamente. (Dzuba et al 2020)	⨁⨁◯◯[a.b.] **Baja**	

	Estudio de cohorte retrospectivo (n=602)	Un estudio de cohorte retrospectivo comparó las tasas de éxito cuando se administraron 200 mg de mifepristona, seguido de dos dosis de 800 mcg de misoprostol en casa, con cuatro horas de diferencia, para embarazos entre 64-70 (n=232) y 71-77 (n=218) días de gestación. La tasa de éxito fue de 99.6% (CI= 97.6-100%) para el primer grupo y de 97.7% (CI=94.7-99.3%) para el grupo de mujeres con embarazos entre 71-77 días. La tasa de embarazo continuo fue de 0.4% (CI=0-2.4%) y 1.4% (CI= 0.3-4.0% respectivamente (2). (Dzuba et al., 2020b)		
	1RS de Ensayos clínicos aleatorizados (3 estudio; n=1574)	Una revisión sistemática de aborto entre los 63 y 84 días de gestación concluyó de manera similar que las tasas de éxito son más altas cuando se usan esquemas combinados de mifepristona y misoprostol con dosis repetidas de misoprostol, siendo más efectiva la administración vía vaginal en comparación con la vía oral. Sin embargo, este no recomienda un régimen específico de mifepristona y misoprostol, se identificaron tasa de éxito de entre 79 y 95% y tasas de embarazo continuo de 2.2–2.9% (3). (Kapp et al., 2019)		
	Ensayo clínico aleatorizado (n=340)	Un ensayo aleatorizó a 340 mujeres con embarazos de hasta 13 semanas a dos grupos: 1) 200 mg mifepristona + de 800 mcg de misoprostol vaginal (n=169) o 2) 200 mg mifepristona + 600 mcg de misoprostol sublingual. Para ambos grupos se administraron hasta dos dosis adicionales de 400 mcg de misoprostol cada 3 horas. La tasa de éxito general fue del 95,8%. No hubo diferencias entre los grupos en la tasa de embarazos continuos: 1.9% para el grupo que usó el misoprostol sublingual y 2.6% para la administración vaginal. En ambos grupos, la mayoría de las		

		personas requirieron 2 dosis de misoprostol para tener un aborto exitoso (4). (Hamoda et al., 2005).		
Costos asociados al aborto con medicamentos vs la Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	Estudio de costos en tres contextos (Estados Unidos, India y un país de ingresos bajos hipotético)	Estudio que compara los costos directos y totales (directos + indirectos) del aborto con medicamentos (esquema combinado y esquema de misoprostol solo) en el primer trimestre. El costo de la mifepristona puede parecer alto cuando, en realidad, es relativamente bajo debido a la alta eficacia del tratamiento combinado (mifepristona y misoprostol). La diferencia del costo entre ambos esquemas es cualitativa: la alta efectividad del esquema combinado, la necesidad de menos visitas de seguimiento, de menos intervenciones quirúrgicas y el menor uso del tiempo y recursos de las mujeres que abortan (los costos indirectos) hacen que la diferencia en el valor los medicamentos (mifepristona vs. misoprostol) sea menor. Para las mujeres en Estados Unidos, el costo adicional por estos beneficios, en comparación con un régimen solo de misoprostol, es, como máximo, de US$22 a US$32 (1). (Crenin 2005) Un estudio descriptivo realizado en México reporta que el aborto con medicamentos fue el procedimiento menos costoso debido al bajo costo de tiempo del personal y la no estancia hospitalaria. En contraste con el aborto quirúrgico, siendo el tiempo del personal la categoría más costosa. Costo directo para Misoprostol 85 dólares y Mifepristona y Misoprostol 122 (2). (Sanchez y cols 2022)	⊕⊕◯◯ c.d. **Baja**	

RS: revisión sistemática.

EXPLICACIONES

a. Se redujo el nivel de certeza ya que los grupos comparados no utilizaron dosis homogéneas de misoprostol
b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y resultado presentado en algunos de los estudios incluidos.
c. El nivel de certeza se reduce en vista que se subestiman los costos directos y algunos autores no incluyen los costos indirectos de la atención
d. El nivel de certeza se reduce ya que no se conocen los costos reales de cada país de los medicamentos, además estos pueden ser muy variables, por lo que en su aplicabilidad debe tenerse

Ver *interactiveSummaryofFindings* (SoF)
https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/wLW3UQMvUHGsReE

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participante s y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Complicaciones asociadas a aborto médico	3 Estudios observacionale s (n= 233,805 (1); 13,373 (2); y 15,008 (3))	Tres estudios observacionales, que incluyeron un total de 262,186 (n= 233,805 (1); 13,373 (2); y 15,008 (3)) mujeres que tuvieron abortos con medicamentos (mifepristona y misoprostol) hasta los 63 días de gestación encontraron tasas de aborto incompleto tratado con aspiración uterina de 2.3-4.8%. Las tasas de complicaciones observadas durante el aborto médico con mifepristona y misoprostol hasta las nueve semanas de gestación son inferiores al 1% (0.16, 0.11 y 0.13%). El porcentaje de muertes por aborto con medicamentos (esquema combinado) en edades gestacionales menores o iguales a los 63 días fue entre 0.0004% y 0.01% (1-3). (Cleland et al., 2013; Gatter et al., 2015; Goldstone et al., 2017). De acuerdo con datos del CDC, en los Estados Unidos la tasa de mortalidad por aborto inducido de	⊕⊕⊕◯a **Moderada**	

	(4) Análisis descriptivos de datos administrativos	manera legal para el período 2013-2019 fue de 0.43 muertes por cada 100,000 abortos legales reportados. En términos absolutos corresponde a 615,911 muertes. Esta tasa de letalidad fue inferior a las tasas de los 5 años anteriores. En 2020, el 80,9% de los abortos inducidos se realizaron antes o igual a 63 días de gestación (9 semanas), y casi todos (93,1%) se realizaron antes de los 92 días de gestación (13 semanas). 5,8% de los abortos se realizaron entre las semanas 14 y 20 de gestación y 0,9 o entre las ≥21 semanas de gestación. El 60% de los abortos fueron con medicamentos antes de 13 semanas de gestación, el 40.0% de los abortos fueron abortos quirúrgicos a esta misma edad gestacional (4). (Kortsmit et al., 2020)		

EXPLICACIONES

a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y resultado presentado en algunos de los estudios incluidos, particularmente en la mortalidad

Ver *interactiveSummaryofFindings* (SoF)
https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/wLW3UQMvUHGsReE

PREGUNTA PICO 12:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Efecto deseado para abortos hasta las 9 semanas realizados con misoprostol solo	(1) Ensayo clínico aleatorizado (n= 2,066) (2) Ensayo clínico aleatorizado en 2 países de América Latina (n=401) (3) Estudio de cohorte observacional prospectivo (n=1,051)	El ensayo clínico aleatorizado utilizó el régimen de misoprostol de 3 dosis de 800 mcg por vía vaginal o vía sublingual, se incluyeron participantes con embarazos hasta los 63 días de gestación. El éxito del aborto con misoprostol, fue entre 78 y 85%, la tasa de embarazos continuos fue de entre 1 y 6 % (1). (von Hertzen et al., 2007) Ensayo clínico aleatorizado utilizó el régimen de misoprostol de 3 dosis de 800 mcg por vía bucal o sublingual en personas con embarazos hasta los 70 días de gestación. Se ofreció la opción de una dosis adicional de misoprostol si el aborto no se había completado en el momento del seguimiento (4 y 14 días). En el seguimiento inicial, la tasa de embarazo en curso fue de 5.5 para el grupo bucal y de 1.1% en el sublingual. La tasa de éxito pasó de 84,6% (en el primer seguimiento) a 92,5% (tras una dosis adicional) en el grupo que recibió misoprostol de forma oral; y de 87,3% (primer seguimiento) a 93.7% (tras dosis adicional) en el grupo sublingual (2) (Sheldon et al., 2019). El estudio SAFE, que documenta la efectividad de la autogestión del aborto con acompañamiento en mujeres con embarazos hasta las 12 semanas de gestación, usando tanto esquemas combinados como misoprostol solo. El 94% de las mujeres que usaron un esquema combinado y 99% de las usuarias de misoprostol reportaron un	⨁⨁⨁◯b, c **Moderada**	

		aborto exitoso sin intervención quirúrgica (3). (Moseson et al., 2022)		
	2 Estudios observacionales (n=918 (4) y n=120 (5))	Dos estudios han documentado la la seguridad y eficacia del aborto autogestionado con misoprostol solo, al que se accede a través de la distribución comunitaria hasta las 9 ó 10 semanas de gestación; las tasas de éxito del aborto fueron 96-100% sin eventos adversos graves registrados (4-5). (Foster, Arnott y Hobstetter, 2017; Foster et al., 2022)		
	(6) RS (42 estudios; 53 ensayos clínicos aleatorizados; n=12,829)	Una revisión sistemática de 2019 evaluó la efectividad del esquema de misoprostol solo mediante el análisis de 42 estudios (que incluyen 53 ensayos clínicos aleatorizados) en los que al menos un grupo de participantes recibió este esquema para interrumpir un embarazo. Los regímenes de misoprostol difirieron entre los estudios incluidos. Se encontró una tasa general de éxito en el aborto del 78%. Esta revisión de literatura tiene la limitante de que no todos los estudios incluidos usaban la misma dosis/ vías de administración, además los criterios para considerar una falla fueron variados entre estudios (6). (Raymond et al., 2019)		
	(7) Ensayo Clíncio Aleatorizado (n=517) 3 Estudios observacionales prospectivos (n=160 (8); n=90 (9); n=100 (10)) (11) RS (1 ensayo clínico n=100; 1 estudio de cohorte	En general, las tasas más altas de éxito con los regímenes de misoprostol solo se asocian con: a) tiempos gestacionales inferiores a las 7 semanas (Hertzen et al., 2007; Zikopoulos et al., 2002) (7-8); b) a un mayor número de dosis repetidas de misoprosto (9-11) (Carbonell et al., 1999; Jain et al., 2002; Kapp et al., 2018);		

	prospectivo n = 454) (12) RS (42 estudios; 53 ensayos clínicos aleatorizados; n=12,829) (13) RS (3 ensayos clínicos aleatorizados; n=1,704) (14) Estudio observacional (n=103)	c) a dosis iniciales más altas de misoprostol (6) (Raymond et al., 2019); d) a las vías no orales de administración de misoprostol (12, 6, 13) (Kapp et al., 2018; Raymond et al., 2019; Zhang et al., 2022), y; e) un período de tiempo más largo antes del seguimiento del proveedor para confirmar el éxito del aborto (14) (Bugalho et al.,2000)		
Efectos deseados para abortos de 9 a 13 semanas de gestación realizados con Misoprostol solo	3 Ensayos clínicos aleatorizados (n=441 (1), n=400 (2) y n=400 (3)) 2 Estudios observacionales (n=175 (4); n=150 adolescentes <18 años (5))	Varios estudios aleatorizados con grupos de misoprostol solo (1-3) (Blum et al., 2012; Ngoc et al., 2011; Sheldon et al., 2019) y varios estudios prospectivos de cohortes de misoprostol solo para aborto con medicamentos hasta las 9 semanas (4,5) (Carbonell, Valera, Velazco, Fernández y Sánchez, 1997; Velazco et al., 2000), o entre las 9-12 semanas de gestación (Carbonell et al., 2001), han permitido que las participantes se autoadministren misoprostol en casa sin que ello afecte la seguridad o el éxito del aborto con medicamentos (5).	⊕⊕◯◯[a,b,c] **Baja**	

EXPLICACIONES

a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y resultado presentado en algunos de los estudios incluidos
b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido que las dosis utilizadas en los grupos comparados eran heterogéneas.
c. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido que las comparaciones entre grupos utilizaron rutas de administración heterogéneas.

Ver interactiveSummaryofFindings (SoF)
https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/6LPf3mcbhBqNfVy

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Complicaciones de abortos realizados con Misoprostol solo	(1) Estudio de Cohorte observacional (n=86,437) (2) Ensayo aleatorizado (n=76) (3) Estudio observacional (n=254) (4) Ensayo clínico aleatorizado multicentro, doble ciego (n=2595)	Un estudio de cohorte danés que incluyó 86,437 abortos médicos con mifepristona y misoprostol antes de las nueve semanas concluyó que el aumento de la edad gestacional estaba más fuertemente asociado con la necesidad de intervención quirúrgica (1). (Meaidi et al. 2019) Entre las 10 y 13 semanas, las tasas reportadas de aspiración uterina por cualquier motivo oscilan entre 4-8% (2,3) (Hamoda et al., 2005; Lokeland et al., 2010) y las tasas de complicaciones son de alrededor del 3% (2). (Hamoda et al., 2005) En un ensayo controlado aleatorizado se identificaron 2595 mujeres como elegibles para el ensayo MifeMiso. 711 mujeres fueron asignadas al azar para recibir mifepristona y misoprostol (357 mujeres) o placebo y misoprostol (354 mujeres). 696 (98%) de las 711 mujeres tenían datos disponibles para el resultado primario Los resultados de eficacia mostraron: 17% de mujeres (59/348) del grupo de Mifepristona + Misoprostol no expulsaron el saco gestacional espontáneamente en un plazo de 7 días, frente a 24% de mujeres (82/348) del grupo placebo más Misoprostol (RR 0,73, IC 95% 0,54-0,99; p=0,043) (4). En el estudio reportado anteriormente el 17% de mujeres (62/355) del grupo de Mifepristona más Misoprostol requirieron intervención quirúrgica para	**hasta las 9 semanas** ⊕⊕⊕◯[b] **Moderada** **Entre 9 - 13 semanas** ⊕⊕◯◯[a,b,c] **Baja**	La evidencia de los estudios clínicos demuestra que el régimen combinado es más eficaz que el misoprostol solo. Sin embargo, los niveles de éxito y complicaciones bajas del régimen misoprostol solo, hacen que sea una buena alternativa en caso de no contar con mifepristona. Acorde a la evidencia a pesar de que existen descritas algunas complicaciones en el uso de misoprostol solo como medicamento para abortos inducidos en menos de 13 semanas estas son manejables y la mortalidad es muy baja.

	(5) Revisión Sistemática de literatura (n=12,829)	completar el aborto, frente a 25% de mujeres (87/353 mujeres) del grupo placebo + Misoprostol (RR 0,71, IC 95% 0,53-0,95; p=0,021); y 3) 14% de mujeres (50/357) del grupo de Mifepristona + Misoprostol necesitaron más dosis de Misoprostol hasta el momento del alta, frente a 18%de mujeres (65/354) del grupo de placebo más Misoprostol (RR 0,77, IC 95% 0,55-1,09) (4). (Justin J Chu 2020) Un estudio del 2019 reportó que entre 12,829 mujeres que se realizaron un aborto con misoprostol solo el 20% de las participantes se sometieron a una evacuación uterina quirúrgica posterior por cualquier motivo. Los criterios para determinar cuándo se requirió la evacuación quirúrgica fueron heterogéneos entre los estudios incluidos. La tasa de embarazo en curso, disponible solo para la mitad de las mujeres sometidas a evacuación uterina quirúrgica, fue del 6%. Los datos de mortalidad no están desagregados para Misoprostol solo y estos están descritos en el apartado de Mifepristona y Misoprostol (5) (Raymond et al., 2019).		

EXPLICACIONES

a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a la posibilidad de sesgo de selección, comparabilidad y resultado presentado en algunos de los estudios incluidos
b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido que los criterios para conceptualizar las complicaciones no fueron homogéneos, los manejos de las complicaciones dependieron de criterios dispares
c. Los datos de mortalidad no están disgregados para el uso de Misoprostol solo

Ver interactiveSummaryofFindings (SoF)
https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/6LPf3mcbhBqNfVy

PREGUNTA PICO 13:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Efecto deseado para atención del aborto en gestaciones menores de 13 semanas realizados por aspiración endouterina	(1) Estudio Observacional (n=11,487) (2) Revisión sistemática (57 estudios; n=337,460) (3) Estudio Retrospectivo (n=100,851)	Un estudio observacional realizado en Estados Unidos analizó 11,487 abortos por aspiración en el primer trimestre realizado por médicos, enfermeras practicantes, enfermeras parteras certificadas y asistentes médicos. La necesidad de repetición de aspiración por aborto incompleto fue del 0.28% y embarazo en curso fue de 0.16% (1). (Weitz et al., 2013) Una revisión sistemática analizó 57 estudios que reportaron datos de 337,460 abortos por aspiración antes de las 14 semanas de gestación en América del Norte, Europa Occidental, Escandinavia y Australia/Nueva Zelanda. La evidencia mostró que ≤3.0% de los procedimientos realizados requirieron de una aspiración adicional. (2) (White, Carroll y Grossman, 2015) Un estudio retrospectivo que incluye 100,851 procedimientos de aborto, encontró que el	⊕⊕⊕◯a **Moderada**	La directriz de la OMS publicada en 2022, estudios observacionales indican que la aspiración al vacío se asocia con menos complicaciones que la dilatación y el legrado instrumental. En cambio, los ensayos controlados aleatorizados no eran suficientemente robustos como para detectar una diferencia en las tasas de complicaciones. No hay evidencia que apoye la verificación con cureta después de la aspiración al vacío. La calidad de la evidencia basada en ensayos controlados aleatorizados es de baja a moderada.

		legrado instrumental realizado solo o en combinación con aspiración endouterina, era significativamente más probable que se asociara con complicaciones, particularmente el aborto incompleto, comparado con la aspiración endouterina sin legrado (3) (Sekiguchi et al., 2015)		

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Complicaciones en abortos realizados por aspiración endouterina	(1) Revisión sistemática (57 estudios; n=337,460) (2) Estudio retrospectivo (n=884)	En la revisión sistemática que incluye 337,460 casos; las complicaciones mayores que requieren intervención (como hemorragia que requiera transfusión o perforación que requiera reparación) ocurrieron en ≤ 0,1% de los procedimientos. La hospitalización fue necesaria en ≤ 0,5% de los casos (1). (White, Carroll y Grossman, 2015) En una revisión retrospectiva de un centro de atención terciaria informó sobre 884 mujeres que se sometieron a legrado agudo, aspiración manual endouterina o misoprostol por fracaso temprano del embarazo. Se encontró durante el seguimiento, que el 1,2% de las mujeres tratadas con legrado tenían síndrome de Asherman (6 de 483 mujeres), mientras que no se encontraron casos entre las 401 mujeres manejadas por aspiración	⊕⊕⊕◯a **Moderada**	

		manual endouterina o misoprostol (2). (Gilman Barber, Rhone y Fluker, 2014)		
	(3) Revisión de literatura para el manejo de la hemorragia postaborto (4) Estudio observacional (n=13,907)	La perforación uterina en el momento de la aspiración endouterina es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave, que se estima que ocurre entre 0,1 y 3 por cada 1,000 procedimientos de aborto inducido (3,4). (Kerns y Steinauer, 2013; Pridmore y Chambers, 1999) Esta frecuencia aumenta a medida que avanza edad gestacional y cuando lo realizan proveedores con menos experiencia (ACOG, 2019)		
	(5) Estudio observacional que analizó datos del CDC periodo 1998-2005 (nacimientos= 32,347,794; abortos= 10,185,100)	Un estudio observacional que analizó la mortalidad por aborto en los Estados Unidos encontró que el riesgo de muerte por parto era 14 veces mayor que el riesgo de muerte por aborto. La tasa de mortalidad asociada al embarazo fue de 8.8 por cada 100,000 nacimientos vivos, mientras que la tasa de mortalidad relacionada con el aborto inducido fue de 0.6 por cada 100,000 abortos (5). (Raymond y Grimes, 2012). En la revisión sistemática de 2015 sobre la seguridad de la aspiración endouterina en varios países a los que se hace referencia anteriormente, no se reportaron muertes (1). (White et al., 2015).		

EXPLICACIONES

a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a que los ensayos controlados aleatorizados no eran suficientemente robustos como para detectar una diferencia en las tasas de complicaciones.

Ver *interactiveSummaryofFindings* (SoF)
https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/6LPf3mcbhBqNfVy

PREGUNTA PICO 14:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Efecto deseado para aborto de 13 semanas o más realizados con la combinación de mifepristona y misoprostol.	(1) Ensayo clínico aleatorizado (n=120) (2) Ensayo clínico aleatorizado (n=400) (3) Estudio de cohorte prospectivo (n=120)	Un ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo de misoprostol bucal después de placebo o 200 mg de mifepristona registró evacuación uterina completa a las 48 horas en 55 (91,7%) mujeres en el grupo combinado versus 43 (71,7%) en el grupo de misoprostol solo (riesgo relativo 1,28; intervalo de confianza del 95% 1,07-1,53). El tiempo promedio para completar el aborto fue de 10.4±6.6 horas en el grupo que recibió mifepristona versus 20.6±9.7 horas en el grupo de misoprostol solo (P<0.001). Los efectos secundarios fueron similares en ambos grupos. (1). (Dabash 2015 Túnez) Otro ensayo clínico aleatorizado que incluyó 400 abortos entre la semana 14 - 21, asignados al esquema combinado o misoprostol solo, identificó un intervalo de inducción del aborto en horas de (media ± DE): Mifepristona + Misoprostol= 8.1 ± 2.8; Misoprostol solo=10.6 ± 2.5 P<0.001 (Ngoc 2011 Vietnam)		

		Un estudio de cohorte prospectivo analizó 120 abortos entre la semana 13 y 22 de gestación. Se usó un esquema combinado de Mifepristona (200 mg) seguido de dosis limitadas de misoprostol 400mcg bucal cada 3 horas hasta la expulsión fetal y placentaria. El 99.2% (119/120; IC 95%, 95,4%, 99,9%) de los casos tuvo una expulsión exitosa. La mediana del intervalo desde la inducción hasta el aborto fue de 10.3 horas (rango de 4 a 17.4), con una media de 9.5 ± 2.5 horas. En promedio se administraron 4 (±1) dosis de misoprostol, con un rango entre 2 y 6 dosis (3). (Louie 2017 Armenia)		
Efectividad/Aborto Completo	(4) Ensayo clinico aleatorizado (n=141) (20) Ensayo clínico aleatorizado (n=18) (31) Ensayo clínico aleatorizado (n=122)	Una revisión sistemática (13) que incluyó 281 pacientes de 3 RCTs identificó que el aborto médico completo se produjo en casi todas las participantes. Es posible que no exista una diferencia entre aborto médico y la D&E. No obstante, la evidencia para este resultado es incierta debido al Riesgo relativo RR 0.99 (0.96 a 1.02) CI: 95 % (Atrio JM, et al. 2025, Kelly T, et al. 2010.)	⨁⨁⨁◯b Moderada	El aborto médico es una alternativa segura y efectiva a la D&E en casos de anomalías fetales o muerte fetal, sin embargo, al existir diferentes técnicas y procedimientos, al igual que el nivel de evidencia es incierto por sus resultados.

Requerimiento de Intervención Adicional D&E vs. Aborto Médico	(7) Ensayo clinico aleatorizado (n=141) (20) Ensayo clínico aleatorizado (n=18) (31) Ensayo clínico aleatorizado (n=122)	Una revisión sistemática (13) que incluyó 281 pacientes de 3 RCTs determina que existe evidencia de muy baja certeza, que sugiere que el aborto quirúrgico podría disminuir la frecuencia de abortos incompletos, reduciendo la necesidad de una intervención adicional en comparación con el grupo de aborto médico. (RR 0,19; IC 95%: 0,07 a 0,53; 3 estudios, n=269) (Atrio JM, et al. 2025) Riesgo de aborto medico: 162 por 1000 Riesgo con comparación D%E: 31 por 1000 (11 a 86) (13)	⊕◯◯◯ c,d Muy Baja	La evidencia actual es insuficiente para establecer conclusiones definitivas sobre la superioridad de una intervención frente a la otra, debido a una certeza de la evidencia muy baja.
Manejo de Hemorragia Adicional D&E vs. Aborto Médico	(31) Ensayo clínico aleatorizado (n=56)	Un ensayo clinico aleatorizado obtuvo como evidencia indirecta que el aborto quirúrgico (D&E) se asoció con una menor incidencia de sangrado abundante reportado por la paciente a las 2 semanas post-procedimiento en comparación con el aborto médico (RR 0.10; IC 95%: 0.01 a 0.76). Esto sugiere que la intervención quirúrgica podría reducir la percepción de sangrado excesivo durante el periodo de recuperación. (Kelly T, et al. 2010) RR 0.10 (0.01 a 0.76) Riesgo Control: 367 por 1000 Riesgo Esperado: 37 por 1000 (4 a 279)	⊕◯◯◯ e,f Muy Baja	La certeza de la evidencia es muy baja. Esta conclusión debe interpretarse con cautela debido a la imprecisión de los resultados y el bajo número de estudios disponibles

Asistolia Fetal (IAF)	(13) Estudio de cohorte retrospectivo (n=68 muestras) (49) Estudio de cohorte retrospectivo (n=4505 muestras) (43) Estudio de cohorte retrospectivo(n=144)	Algunos estudios de cohortes retrospectivos sobre la inducción de la asistolia fetal han informado de una disminución en el intervalo entre la inducción y el parto. (Diedrich et al., 2025; Elimian et al., 1999; Tufa et al., 2020) Otro estudio de cohorte retrospectivo con 144 pacientes, con una duración gestacional media de 21.4 ± 4.5 semanas, ha reportado una diferencia no significativa de 3 horas en la duración de la interrupción desde el inicio del régimen de misoprostol oral hasta el parto en las 99 pacientes a las que se les indujo la asistolia fetal con cloruro de potasio intracardíaco, en comparación con las 45 pacientes que no la recibieron (35.4 horas y 32.4 horas, respectivamente).(Şık et al., 2019)	⊕⊕◯◯ Baja	La evidencia de certeza baja respalda esta intervención como eficaz para garantizar la ausencia de signos vitales fetales al nacimiento en gestaciones avanzadas, evitando la supervivencia momentánea. Aunque no es concluyente si reduce el tiempo de expulsión, se recomienda que el procedimiento sea realizado exclusivamente por personal capacitado debido a su complejidad técnica y riesgos asociados
Complicaciones y Seguridad	estudio de cohorte retrospectivo (n=146)	Un estudio de cohorte retrospectivo que analizó 146 embarazos en el segundo trimestre reportó una diferencia no significativa de 10.9 horas en el intervalo de la inducción al aborto en pacientes que recibieron cloruro de potasio intracardiaco para inducir la asistolia fetal en comparación con aquellas que no lo recibieron (53.8 horas y 42.9 horas, respectivamente).(Silva et al., 2008)	⊕⊕◯◯ Baja	Se deben revisar los estudios para determinar qué método tiene menor tasa de complicaciones mayores

RCT: Estudios clínicos randomizados

EXPLICACIONES

a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a que los ensayos controlados aleatorizados no fueron muchos, ni lo suficientemente grandes en el número de casos
b. El nivel de evidencia se baja un escalón debido a que en los estudios se usan diferentes técnicas y procedimientos, al igual que el nivel de evidencia es incierto por sus resultados.
c. La certeza se disminuyó un nivel debido a la variabilidad en la intervención: Los estudios incluidos emplearon técnicas procedimentales y regímenes médicos heterogéneos, lo que limita la comparabilidad directa con el protocolo estandarizado
d. Se disminuyó dos niveles de certeza de la evidencia debido a que se identificaron limitaciones en la descripción de la intervención: Los criterios de inclusión y los medios de intervención no fueron reportados de manera clara ni consistente entre los estudios, dificultando la reproducibilidad
e. Se reduce el nivel al ser evidencia indirecta de uno de los estudios con procedimientos institucionales específicos, lo que limita su aplicabilidad a la variabilidad de la práctica habitual y al espectro general de pacientes
f. Se disminuyó dos niveles de certeza de la evidencia debido a que al ser un único estudio que reporta estos valores, este tiene limitaciones serias como pérdida de seguimiento, realización del mismo y detección, elevando su riesgo de sesgo.

Ver *interactiveSummaryofFindings* (SoF)
https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/6LPf3mcbhBqNfVy

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participantes y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Complicaciones en abortos realizados con la combinación de mifepristona y misoprostol.	3 Estudios de cohorte (n=1002 (1); n=230 (2); n=120 (3))	Estudio de cohorte que analizó aborto con medicamentos en 1002 personas con embarazos entre 13 y 21 semanas de gestación. Ochenta y una mujeres (8.1%) necesitaron un procedimiento de evacuación uterina quirúrgico, la mayoría de por placenta retenida. Dos mujeres tuvieron un aborto completo sólo con mifepristona (sin misoprostol adicional). Se observaron complicaciones graves como hemorragia, transfusión o cirugía imprevista en ocho casos (< 1%) (1) (Ashok et al., 2004). Un estudio realizado en Nepal en personas con embarazos entre las semanas 13 y 18 de gestación	⊕⊕⊕◯a **Moderada**	

	(4) Revisión Sistemática de Literatura con metaanálisis (16 estudios; n=414)	probó la efectividad del esquema combinado (mifepristona y misoprostol). Encontró que 15% (35/230) requirieron el retiro manual de placenta y tres mujeres experimentaron hemorragia, con una tasa de eventos adversos graves de 1,3% (2) (Blum et al., 2019). En un estudio de cohorte en el que participaron 120 mujeres con embarazos de entre 13 y 22 semanas, probaron el uso de mifepristona seguida de dosis ilimitadas de misoprostol hasta lograr una expulsión completa. El 99% de las mujeres evacuaron el útero sin ninguna intervención adicional. No se informaron eventos adversos graves en este estudio y solo una mujer no abortó con el régimen combinado (3). (Louie et al., 2017). En un metaanálisis de datos de estudios de aborto con medicamentos a las 13 semanas de gestación o después ya sea el régimen combinado o un régimen de misoprostol solo, la tasa general de ruptura fue del 0,08%, con una tasa del 0,28% en mujeres con cesárea previa (Goyal, 2009).		
Administración de inmunoglobulina anti-D en abortos menores de 12 semanas	Rh negativo: (5) Estudio prospectivo (n= 65)	Consideración especial se debe tener en cuanto a la administración de inmunoglobulina anti-D en casos de personas Rh negativas; la OMS establece que tanto para el aborto médico como para el quirúrgico antes de la semana 12: No se recomienda la administración de inmunoglobulina anti-D. Un estudio prospectivo publicado en el American Jornal de Ginecología y Obstétrica reportó que los estudios serológicos de seguimiento en las 57 pacientes y 11 embarazos posteriores Rh positivos no han mostrado evidencia de isoinmunización con		

	(6) Estudio experimental (n=39) (7) Estudio observacional (n=150,000 muestras)	Rh (5) (Visscher, R. D., & Visscher, H. C. (1972)) Un estudio experimental con 39 casos se demostró que la presencia de sangre fetal en mujeres Rh negativas a edades gestacionales tempranas no está necesariamente correlacionada con el desarrollo de aloinmunización Rh y si se aplican los resultados de un estudio experimental a este supuesto, entonces teóricamente hay cero posibilidades de formación de anticuerpos si la mujer Rh negativa está expuesta al antígeno Rh de las células sanguíneas fetales (6) (DAVIDSOHN, I., MASAITIS, L., & STERN, K. (1956).) En otro estudio se compararon 150,000 muestras de mujeres y las tasas de aloinmunización Rh en cada uno de dos países (Canadá y Holanda) ; se demostró la seguridad de no tratar a las mujeres Rh negativas con aborto espontáneo de menos de 10 semanas de gestación (7) (Wiebe, E. R., Campbell, M., Aiken, A. R. A., y Albert, A. (2018).)		

EXPLICACIONES

a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a que las complicaciones reportadas por no expulsión placentarias pueden estar sobre estimadas ya que no se explica por qué se realizó la misma y no se dio más medicamento o se dio más tiempo a la expulsión espontanea.

Ver *interactiveSummaryofFindings* (SoF)
https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/6LPf3mcbhBqNfVy

PREGUNTA PICO 15:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participante s y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Efecto deseado para aborto de 13 semanas o más realizado con misoprostol solo	(1) Estudio de cohorte prospectiva comparada con dos cohortes históricas (2008 y 2014; n= 350) 2 Ensayos clínicos aleatorizados (n=400 (2); n=120(3))	Estudio comparativo prospectivo de 350 casos de abortos en el segundo trimestre del embarazo en Sudáfrica en el 2016 con el uso de Mifepristona + Misoprostol versus Misoprostol solo: el tiempo hasta la expulsión en horas, mediana para Misoprostol solo (cohorte 2010 solamente, n=57): 14.5 y combinado con Mifepristona: 8.0 P<0.001. En cuanto a la expulsión del feto a las 24 hrs, n (%): con Misoprostol solo (cohorte 2010 solamente, n=57): 44/57 (77%). Mientras que combinado con Mifepristona fue de: 194/208 (93%) p<0.001. Para la evacuación del tejido placentario, n (%): solo misoprostol: 82/142 (58%) y con esquema combinado: 159/208 (76%) P<0.001. Uso de analgesia: Misoprostol solo: 63/142 (44%) y para esquema combinado con mifepristona: 173/208 (83%) p<0.001 (1) (Constant 2016 South Africa). El ensayo clínico aleatorizado de 400 casos comparo el uso solo de misoprostol y su uso precedido de Mifepristona; encontró diferencias estadísticamente significativas (P:<0.001) en cuanto a tiempo de expulsión fetal y placentaria de forma completa Mifepristona: 8.1 ± 2.8 y Misoprostol solo: 10.6 ± 2.5 en horas (2) (Ngoc 2011 Vietnam) El otro estudio clínico aleatorizado con 120 casos arrojo similares datos en cuanto a la diferencia estadísticamente significativa (P:<0.001) para el tiempo para	⊕⊕⊕◯a **Moderada**	El régimen de misoprostol solo para inducir el aborto con medicamentos es seguro y eficaz en gestaciones de 13 semanas o más, con tasas de expulsión de 72% a 91% a las 24 horas. El intervalo promedio hasta la finalización del aborto es de 10 a 15 horas después de iniciar el misoprostol, aunque algunas personas necesitan varios días para lograr aborto completo.

		completar el aborto en horas, media (± DE): Mifepristona + Misoprostol: 10,4 ± 6,6 en comparación con Misoprostol solo: 20.6 ± 9.7 (3). (Dabash 2015 Túnez)		
EXPLICACIONES a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a que los ensayos controlados aleatorizados no fueron tantos, ni lo suficientemente grandes en número de casos				
Ver *interactiveSummaryofFindings* (SoF) **https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/6LPf3mcbhBqNfVy**				

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participante s y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Complicaciones del aborto de 13 semanas o más realizado con misoprostol solo	(1) Estudio de cohorte prospectiva comparada con dos cohortes históricas (2008 y 2014; n= 350) (2) Ensayo clínico aleatorizado (n= 681)	El estudio cohorte comparativo realizado Suráfrica reportó una tasa de complicaciones mayores en el esquema de misoprostol solo11/142 (8%) comparado con el esquema combinado con Mifepristona 12/208 (6%) p=0,791. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. (Constant 2016 South Africa). La tasa de complicaciones graves del aborto con misoprostol solo a partir de las 13 semanas es baja. En el ensayo de 681 casos realizado en 11 instituciones entre África y Asia, se informaron 12 eventos adversos (0,02%); 10 mujeres requirieron sangre transfusiones (von Hertzen et al., 2009).	⊕⊕⊕◯a **Moderada**	La tasa de complicaciones graves del aborto con misoprostol solo a partir de las 13 semanas es baja, menos del 1%.
EXPLICACIONES a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a que los regímenes de dosificación difirieron según cada protocolo y según la preferencia del proveedor.				
Ver *interactiveSummaryofFindings* (SoF) **https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/6LPf3mcbhBqNfVy**				

PREGUNTA PICO 16:

a. Efectos deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participante s y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Efecto deseado para aborto de 13 semanas o mas realizado por dilatación y evacuación	2 Ensayos clínicos aleatorizados (n=122 (1); n=18 (2)) (3) Estudio cuasi-experimental (n=219)	En un ensayo clínico aleatorizado que comparó los métodos medicamentosos (esquema combinado de mifepristona y misoprostol) y quirúrgico (aspiración <15 y D&E >=15) en mujeres con embarazos entre 13 y 20 semanas de gestación. La evidencia no detectó una diferencia clínicamente importante en la tasa de abortos completados por el método previsto entre el grupo de aborto con medicamentos y el grupo de aborto quirúrgico (2 estudios ECA, n = 128; RR= 0,88 [IC del 95%: 0,79 a 0,98]; calidad moderada); sin embargo, había incertidumbre en torno a esta estimación. La evidencia no informó eventos de lesión uterina ni en el grupo de aborto con medicamentos ni en el grupo de aborto quirúrgico; por lo tanto, no fue posible estimar las diferencias entre los grupos (2 RCT, n = 140; baja calidad) (1, 2). (Grimes 2004 y Kelly 2010) En un estudio cuasiexperimental desarrollado en Etiopia, 219 mujeres entre 13 y 20 semanas de gestación eligieron el aborto con medicamentos y 60 eligieron el aborto quirúrgico; la baja tasa de complicaciones en el estudio demuestra que tanto los abortos con medicamentos como los quirúrgicos entre las semanas 13 y 20 pueden practicarse de forma segura (3). (Tesfaye Hurissa Tufa 2021)	⨁⨁⨁◯a **Moderada**	No hay diferencia en la seguridad entre métodos quirúrgicos y médicos de aborto. El aborto quirúrgico puede utilizarse como una alternativa segura y eficaz al aborto con medicamentos y debe ofrecerse al igual que el aborto con medicamentos, según la preferencia de la paciente.

RCT: Estudios randomizados controlados

EXPLICACIONES

a) Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a que existe en uno de los estudios una exposición, una respuesta y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control, o bien no existe grupo control propiamente dicho.

Ver *interactiveSummaryofFindings* (SoF)

https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/6LPf3mcbhBqNfVy

b. Efectos no deseables

Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) Nº de participante s y estudios	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes claves
Complicaciones del aborto médico vs quirúrgico	(1) Estudio cuasi-experimental (n=219) 2 Ensayos clínicos aleatorizados (n=122 (2); n=18 (3))	En un estudio cuasiexperimental desarrollado en Etiopia 219 mujeres entre 13 y 20 semanas de gestación eligieron el aborto con medicamentos y 60 eligieron el aborto quirúrgico. La tasa de complicaciones no es significativamente diferente entre las pacientes de aborto médico y quirúrgico (15% versus 10%; p = 0,52). Nueve pacientes (4,1%) en el grupo médico requirieron intervención adicional para completar el aborto, mientras que ninguna de las pacientes de aborto quirúrgico requirió intervención adicional. La mediana de estancia hospitalaria fue significativamente mayor en el grupo médico a las 24 (12-24) horas frente a 6 (4-6) horas en el grupo quirúrgico p<0,001. (Tesfaye Hurissa Tufa 2021) Se desarrolló un ensayo clínico aleatorizado con un total de 140 casos. La evidencia mostró una diferencia clínicamente importante más alta en la tasa de abortos incompletos que requirieron intervención quirúrgica en el grupo de aborto con medicamentos en comparación con el grupo de aborto quirúrgico (2 ECA, n = 140; RR=	⊕⊕⊕◯a Moderada	La tasa de complicaciones no es significativamente diferente entre las pacientes de aborto médico y quirúrgico.

		4,58 [IC del 95%: 1,07 a 19,64]; calidad moderada). Y no detectaron una diferencia clínicamente importante en la tasa de hemorragia que requirió transfusión o ≥ pérdida de sangre de 500 ml entre el grupo de aborto con medicamentos y el grupo de aborto quirúrgico (2 ECA, n = 140; RR= 0,21 [IC del 95%: 0,02 a 1,72]; baja calidad); Sin embargo, había incertidumbre en torno a la estimación (2,3). Grimes 2004 y Kelly 2010)		

EXPLICACIONES

a) Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia debido a que existe una exposición, una respuesta y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control, o bien no existe grupo control propiamente dicho.

Ver *interactiveSummaryofFindings* (iSoF)
https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/6LPf3mcbhBqNfVy

11.3 Anexo 3. Tablas de resumen de juicios EtD "de la Evidencia a la Decisión"

PREGUNTA PICO 1

Resumen de juicios _ Pregunta PICO 1							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	Muy Baja	Baja	**Moderada**	Alta		
Valores	**Existe incertidumbre o variabilidad importante**	Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	**Costo mínimo o incluso ahorro**	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	**No hay estudios incluidos**	Muy Baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Equidad	No lo sé	Es variable	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	**Aumentará**
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 2

Resumen de los juicios _ Pregunta PICO 2							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	Muy baja	Baja	**Moderada**	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante	**Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante**	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	**Probablemente favorece a la intervención**	Favorece a la intervención
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	Costo mínimo o incluso ahorro	Ahorro moderado	
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	**No hay estudios incluidos**	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Equidad	No lo sé	Es variable	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	**Aumentará**
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 3

Resumen de los juicios _ Pregunta PICO 3							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	**Muy baja**	Baja	Moderada	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	**Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante**	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	**Favorece a la comparación**	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	**Alto costo**	Costo moderado	Costo mínimo o incluso ahorro	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	No hay estudios incluidos	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	**Favorece a la comparación**	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
Equidad	No lo sé	**Es variable**	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	Aumentará
Aceptabilidad	No lo sé	**Es variable**	Sí	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	**Es variable**	Sí	Probablemente sí	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 4

Resumen de los juicios _ Pregunta PICO 4							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	**Muy baja**	Baja	Moderada	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	**No existe incertidumbre o variabilidad importante**			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	**Probablemente favorece a la comparación**	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	**Alto costo**	Costo moderado	Costo mínimo o incluso ahorro	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	**No hay estudios incluidos**	Muy Baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	**Favorece a la comparación**	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
Equidad	No lo sé	Es variable	**Se reducirá**	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	Aumentará
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	Sí	Probablemente sí	**Probablemente no**	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	Sí	Probablemente sí	**Probablemente no**	No	

PREGUNTA PICO 5:

Resumen de los juicios _ Pregunta PICO 5							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	**Muy baja**	Baja	Moderada	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante	**Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante**	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	Costo mínimo o incluso ahorro	Ahorro moderado	**Ahorro de gran magnitud**
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	**No hay estudios incluidos**	Muy Baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Equidad	No lo sé	Es variable	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	**Aumentará**
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	Sí	**Probablemente sí**	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	Sí	**Probablemente sí**	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 6

Resumen de los juicios _ Pregunta PICO 6							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	**Muy baja**	Baja	Moderada	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	**Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante**	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	Costo mínimo o incluso ahorro	**Ahorro moderado**	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	**No hay estudios incluidos**	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Equidad	No lo sé	Es variable	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	**Aumentará**
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	Sí	**Probablemente sí**	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	Sí	**Probablemente sí**	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 7

Resumen de los juicios _ Pregunta PICO 7							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	**Es variable**	Trivial	Pequeña	Moderada	Grande	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	**Muy baja**	Baja	Moderada	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	**Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante**	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	**Costo mínimo o incluso ahorro**	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	**No hay estudios incluidos**	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Equidad	No lo sé	**Es variable**	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	Aumentará
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	Sí	**Probablemente sí**	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 8

Resumen de los juicios _ Pregunta PICO 8							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	Muy baja	**Baja**	Moderada	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	**Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante**	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	**Costo mínimo o incluso ahorro**	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	**No hay estudios incluidos**	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Equidad	No lo sé	Es variable	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	**Aumentará**
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 9

Resumen de los juicios _ Pregunta PICO 9							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	**No hay estudios incluidos**	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	**Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante**	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	**Costo mínimo o incluso ahorro**	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	**No hay estudios incluidos**	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Equidad	No lo sé	Es variable	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	**Aumentará**
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 10

Resumen de los juicios _ Pregunta PICO 10							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	**Es variable**	Trivial	Pequeña	Moderada	Grande	
Efectos no deseados	No lo sé	**Es variable**	Trivial	Pequeña	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	**No hay estudios incluidos**	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	**Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante**	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	**Costo mínimo o incluso ahorro**	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	**No hay estudios incluidos**	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Equidad	No lo sé	Es variable	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	**Aumentará**
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 11

Resumen de los juicios _ Pregunta PICO 11							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	Muy baja	**Baja** **De 9 y 13 semanas**	Moderada	**Alta** **Hasta 9 semanas**		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	**No existe incertidumbre o variabilidad importante**			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente e favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente e favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	Costo mínimo o incluso ahorro	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	No hay estudios incluidos	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	**Probablemente favorece a la intervención**	Favorece a la intervención
Equidad	No lo sé	**Es variable**	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	Aumentará
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	Sí	**Probablemente sí**	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 12

Resumen de los juicios Pregunta PICO 12							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	Muy baja	**Baja Entre 9 y 13 semanas**	**Moderada Hasta 9 semanas**	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	**No existe incertidumbre o variabilidad importante**			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	Costo mínimo o incluso ahorro	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	No hay estudios incluidos	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	**Probablemente favorece a la intervención**	Favorece a la intervención
Equidad	**No lo sé**	Es variable	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	Aumentará
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 13

Resumen de los juicios Pregunta PICO 13							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	Muy baja	Baja	**Moderada**	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	**No existe incertidumbre o variabilidad importante**			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	Costo mínimo o incluso ahorro	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	No hay estudios incluidos	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Equidad	No lo sé	Es variable	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	**Probablemente aumentará**	Aumentará
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 14

Resumen de los juicios Pregunta PICO 14							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	Muy baja	Baja: De 21 a 24 semanas Baja de 12 a 24 semanas (IAF)	Moderada: Hasta 20 semanas	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	**Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante**	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	**No lo sé**	Es variable	Alto costo	Costo moderado	Costo mínimo o incluso ahorro	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	No hay estudios incluidos	**Muy baja**	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	**No lo sé**	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
Equidad	**No lo sé**	Es variable	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	Aumentará
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	Sí	**Probablemente sí**	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 15

Resumen de los juicios Pregunta PICO 15							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	**No hay estudios incluidos**	**Muy baja**	**Baja 21 a 24 semanas**	**Moderada Hasta 20 semanas**	**Alta**		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	**Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante**	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	Costo mínimo o incluso ahorro	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	No hay estudios incluidos	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	**No lo sé**	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
Equidad	No lo sé	**Es variable**	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	Aumentará
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	**Sí**	**Probablemente sí**	Probablemente no	No	

PREGUNTA PICO 16

Resumen de los juicios Pregunta PICO 16							
Problema	No lo sé	Es variable	**Sí**	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Efectos deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	Pequeña	Moderada	**Grande**	
Efectos no deseados	No lo sé	Es variable	Trivial	**Pequeña**	Moderada	Grande	
Certeza de la evidencia	No hay estudios incluidos	Muy baja	Baja	**Moderada**	Alta		
Valores	Existe incertidumbre o variabilidad importante	**Posiblemente existe incertidumbre o variabilidad importante**	Probablemente no existe incertidumbre o variabilidad importante	No existe incertidumbre o variabilidad importante			
Balance de los efectos	No lo sé	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	**Favorece a la intervención**
Recursos requeridos	No lo sé	Es variable	Alto costo	Costo moderado	Costo mínimo o incluso ahorro	Ahorro moderado	Ahorro de gran magnitud
Certeza de la evidencia sobre los recursos requeridos	No hay estudios incluidos	Muy baja	Baja	Moderada	Alta		
Costo efectividad	**No lo sé**	Es variable	Favorece a la comparación	Probablemente favorece a la comparación	No favorece ni a la intervención ni a la comparación	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
Equidad	No lo sé	**Es variable**	Se reducirá	Probablement e se reducirá	Probablemente no habrá impacto	Probablemente aumentará	Aumentará
Aceptabilidad	No lo sé	Es variable	Sí	Probablemente sí	Probablemente no	No	
Factibilidad	No lo sé	Es variable	Sí	**Probablemente sí**	Probablemente no	No	

Anexo 4. Conflicto de Interés

Declaración de conflicto de interés	https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/5cCFaDKPBo4o3rh

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Abortion [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021 [citado 21 Sep 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion
2. Ministerio de Salud Pública y Protección Social. Prevención del aborto inseguro en Colombia: protocolo para el sector salud [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud Pública y Protección Social; 2014 [citado 18 Nov 2025]. 56 p. ISBN: 978 958 8735 72 6. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf
3. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems [Internet]. 2nd ed. Ginebra: World Health Organization; 2012 [citado 18 Nov 2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190095/
4. FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical issues in obstetrics and gynecology [Internet]. Ginebra: FIGO; 2009 [citado 18 Nov 2025]. Disponible en: https://www.figo.org/sites/default/files/2020-08/FIGO%20ETHICAL%20ISSUES%20-%20OCTOBER%202015%20%28003%29.pdf
5. Romero M. Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles [Internet]. 1ª ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; 2007 [citado 18 Nov 2025]. Disponible en: http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4073
6. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 18 Nov 2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK584730/
7. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Declaración de la FIGO: Mejorar el acceso al aborto después de las 12 semanas de embarazo [Internet]. Londres: FIGO; 2021 [citado 18 Nov 2025]. Disponible en: www.figo.org/resources/figo-statements/improving-access-abortion-beyond-12-weeks-pregnancy
8. World Health Organization. Abortion [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021 [citado 21 Sep 2024]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion
9. Ana Cristina G. Naciones Unidas NU. CEPAL. División de Asuntos de Género - Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe, 2011. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/0d9c9640-a76f-4fc6-aae4-0b52b7856187/content
10. Centro por los Derechos Reproductivos. Disponible en: https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/
11. INEC
12. Subsecretaria de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Gaceta epidemiológica de muerte materna SE 1 a SE 52 ecuador, 2023.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Senplanes, UNFPA, SENDAS. Estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Ecuador. Julio, 2027, Quito, Ecuador. Disponible en: https://sendas.org.ec/documentos/informe002.pdf
14. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. Última Reforma: Segundo Suplemento del Registro Oficial 53, 29-04-2022. Disponible en: https://www.lexis.com.ec/biblioteca/ley-organica-salud

15. Zalamea D. El Código Orgánico Integral Penal en el Ecuador y la oralidad. Cálamo [Internet]. 16 de octubre de 2023 [citado 21 de septiembre de 2024];(8):pg57. Disponible en: https://www.lexis.com.ec/biblioteca/coip
16. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Caso de Violación, Registro Oficial, Ecuador, 2022. Disponible en: https://www.lexis.com.ec/biblioteca/ley-regula-interrupcion-voluntaria-embarazo-caso-violacion.
17. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: CIE-10. 10a ed. Washington, D.C.: OPS; 1995. (Publicación Científica No. 554).
18. Organización Mundial de la Salud. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [citado 18 Nov 2025]. Disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-.
19. Organización Mundial de la Salud. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año [Internet]. 2017 [consultado 21-09-2024]; página 1. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year
20. Ministerio de Salud Pública. Asesoría en salud sexual y reproductiva. Manual. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Promoción de la Salud; 2017. Disponible en: http://salud.gob.ec
21. World Health Organization. Clinical practice handbook for quality abortion care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [citado 18 Nov 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207
22. Diedrich J, Goldfarb CN, Raidoo S, Drey E, Reeves MF, Atrio J, et al. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Induction of fetal asystole before abortion. Contraception [Internet]. 2024 nov [citado 19 Nov 2025]; 139:110551. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39266438/.
23. Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro. Serie: Los tiempos del aborto. Documento 2: Asistolia: Por una mejor calidad en la atención del aborto [Internet]. Red Jurídica de CLACAI; 2024 Mar [citado 2025 Nov 19]. Disponible en: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/3191/Los-tiempos-del-aborto-N2-Asistolia.pdf
24. Ministerio de Salud Pública. Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial Acuerdo Ministerial 5316. Registro Oficial 510, 22 de febrero de 2016. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.5316-Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf
25. Ministerio de Salud Pública: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: http://salud.gob.ec
26. Marden PM, Smith DW, McDonald MJ. Congenital anomalies in the newborn infant, including minor variations. A study of 4,412 babies by surface examination for anomalies and buccal smear for sex chromatin. J Pediatr 1964; 64:357-71.
27. Chung CS, Myrianthopoulos NC. Congenital anomalies: mortality and morbidity, burden and classification. Am J Med Genet 1987; 27(3)):505-23. 3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Madrid: SEGO, 2010.
28. Organización Mundial de la Salud. Aborto [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 25 de noviembre de 2021 [citado 19 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion
29. Constitución:

30. González Vélez AC. La aplicación práctica de la causal salud: un análisis de casos desde el marco de los derechos humanos. Bogotá: La Mesa por la vida y la salud de las mujeres; 2011
31. Asamblea Nacional. Ley de Salud Mental Suplemento Nº 471, 05 de enero 2024. Disponible en: https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/19961-suplemento-al-registro-oficial-no-471
32. Chervenak FA, McCullough LB. FIGO Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology: For the FIGO Committee on Ethical and Professional Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Londres: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO); 2021 [citado 6 de ene de 2026]. Disponible en: https://www.figo.org
33. Ipas. Clinical updates in reproductive health. Chapel Hill: Ipas; 2023. p. 23-24. Disponible en: https://www.ipas.org/clinicalupdates
34. Fundación Epistemonikos. Reporte de evidencia. Aborto Terapéutico, 2022.
35. Fundación Epistemonikos. Resumen de evidencia y recomendaciones clínicas: ABORTO TERAPÉUTICO, 2023.
36. Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Jaeschke R, Vist GE, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. BMJ. 2008;336(7653):1106–10.
37. Rada G, Pérez D, Araya-Quintanilla F, Ávila C, Bravo-Soto G, Bravo-Jeria R, et al. Epistemonikos: a comprehensive database of systematic reviews for health decision-making. BMC Med Res Methodol. 2020;20(1):286.
38. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008;336(7650):924–6
39. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. Bjog. agosto de 2016;123(9):1489-98.
40. Barghazan SH, Hadian M, Rezapour A, Nassiri S. Economic evaluation of medical versus surgical strategies for first trimester therapeutic abortion: A systematic review. J Educ Health Promot. 2022; 11:184.
41. Hunter C, Jensen J, Imeah B, McCarron M, Clark M. A Retrospective Cost-Effectiveness Analysis of Mifepristone-Misoprostol Medical Abortions in the First Year at the Regina General Hospital. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. 2021;43(2):211-8.
42. Okeke Ogwulu CB, Williams EV, Chu JJ, Devall AJ, Beeson LE, Hardy P, et al. Cost-effectiveness of mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage: an economic evaluation based on the MifeMiso trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2021;128(9):1534-45.
43. Nagendra D, Koelper N, Loza-Avalos SE, Sonalkar S, Chen M, Atrio J, et al. Cost-effectiveness of Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Nonviable Early Pregnancy: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2020;3(3): e201594.
44. Hunter C, Jensen J, Imeah B, McCarron M, Clark M. A Retrospective Cost-Effectiveness Analysis of Mifepristone-Misoprostol Medical Abortions in the First Year at the Regina General Hospital. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. 2021;43(2):211-8.
45. Roberts SC, Turok DK, Belusa E, Combellick S, Upadhyay UD. Utah's 72-Hour Waiting Period for Abortion: Experiences Among a Clinic-Based Sample of Women. Perspect Sex Reprod Health. 2016;48(4):179-87.
46. Karasek D, Roberts SCM, Weitz TA. Abortion Patients' Experience and Perceptions of Waiting Periods: Survey Evidence before Arizona's Two-visit 24-hour Mandatory

Waiting Period Law. Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health. febrero de 2016;26(1):60-6.
47. Lindo JM, Pineda-Torres M. New Evidence on the Effects of Mandatory Waiting Periods for Abortion. J Health Econ. diciembre de 2021; 80:102533.
48. Ely G, Polmanteer RSR, Caron A. Access to Abortion Services in Tennessee: Does Distance Traveled and Geographic Location Influence Return for a Second Appointment as Required by the Mandatory Waiting Period Policy? Health Soc Work. 1 de febrero de 2019;44(1):13-21.
49. Van de Velde S, Van Eekert N, Van Assche K, Sommerland N, Wouters E. Characteristics of Women Who Present for Abortion Beyond the Legal Limit in Flanders, Belgium. Perspect Sex Reprod Health. septiembre de 2019;51(3):175-83.
50. Morse JE, Charm S, Bryant A, Ramesh S, Krashin J, Stuart GS. The Impact of a 72-hour Waiting Period on Women's Access to Abortion Care at a Hospital-Based Clinic in North Carolina. N C Med J. agosto de 2018;79(4):205-9.
51. Perreira KM, Johnston EM, Shartzer A, Yin S. Perceived Access to Abortion Among Women in the United States in 2018: Variation by State Abortion Policy Context. Am J Public Health. julio de 2020;110(7):1039-45.
52. Lupfer M, Silber BG. How patients view mandatory waiting periods for abortion. Fam Plann Perspect. abril de 1981;13(2):75-9.
53. Sanders JN, Conway H, Jacobson J, Torres L, Turok DK. The Longest Wait: Examining the Impact of Utah's 72-Hour Waiting Period for Abortion. Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health. octubre de 2016;26(5):483-7.
54. de Londras F, Cleeve A, Rodriguez MI, Farrell A, Furgalska M, Lavelanet AF. The impact of provider restrictions on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. Reprod Health.18 de abril de 2022;19(1):95.
55. Srinivasulu S, Yavari R, Brubaker L, Riker L, Prine L, Rubin SE. US clinicians' perspectives on how mifepristone regulations affect access to medication abortion and early pregnancy loss care in primary care. Contraception. 2021;104(1):92-7
56. Rasmussen KN, Janiak E, Cottrill AA, Stulberg DB. Expanding access to medication abortion through pharmacy dispensing of mifepristone: Primary care perspectives from Illinois. Contraception. 2021;104(1):98-103.
57. de Moel-Mandel C, Graham M, Taket A. Expert consensus on a nurse-led model of medication abortion provision in regional and rural Victoria, Australia: a Delphi study. Contraception. 2019;100(5):380-5.
58. Battistelli MF, Magnusson S, Biggs MA, Freedman L. Expanding the Abortion Provider Workforce: A Qualitative Study of Organizations Implementing a New California Policy. Perspect Sex Reprod Health. 2018;50(1):33-9.
59. Bridgman-Packer D, Kidanemariam S. The implementation of safe abortion services in Ethiopia. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2018;143 Suppl 4:19-24.
60. Andersen KL, Basnett I, Shrestha DR, Shrestha MK, Shah M, Aryal S. Expansion of Safe Abortion Services in Nepal Through Auxiliary Nurse-Midwife Provision of Medical Abortion, 2011-2013. J Midwifery Womens Health. 2016;61(2):177-84.
61. Grossman D, Goldstone P. Mifepristone by prescription: a dream in the United States but reality in Australia. Contraception. 2015;92(3):186-9.
62. Mercier RJ, Buchbinder M, Bryant A, Britton L. The experiences and adaptations of abortion providers practicing under a new TRAP law: a qualitative study. Contraception. 2015;91(6):507-12.
63. Afework MF, Yeneneh H, Seid A, Belete S, Yimer B, Gizaw A, et al. ACCEPTABILITY OF THE INVOLVEMENT OF HEALTH EXTENSION WORKERS (HEWS) IN MEDICAL ABORTION (MA): THE PERSPECTIVES OF CLIENTS, SERVICE PROVIDERS AND TRAINED HEWS IN EAST SHOA AND
64. ARSI ZONES, OROMIYA REGION, ETHIOPIA. Ethiop Med J. 2015;53(1):25-34.
65. Autorino T, Mattioli F, Mencarini L. The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access. Soc Sci Res. marzo de 2020; 87:102403

66. Veldhuis S, Sánchez-Ramírez G, Darney BG. ["The system is still precarious". Barriers in access to medical abortion: the experience of accompanying persons in three regions of Mexico]. Cad Saude Publica. 2022;38(4):ES124221.
67. Zareba K, Ciebiera M, Gierus J, Jakiel G. Perceptions of attending medical staff by women accessing pregnancy termination in Poland: a qualitative study. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. abril de 2019;24(2):124-9.
68. Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med. febrero de 1989;8(2):71-5
69. Machtinger R, Seidman DS, Goldenberg M, Stockheim D, Schiff E, Shulman A. Transvaginal ultrasound and operative hysteroscopy in women undergoing medical termination of pregnancy as a part of routine follow-up. Fertil Steril. noviembre de 2005;84(5):1536-8.
70. Acharya G, Haugen M, Bråthen A, Nilsen I, Maltau JM. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. Acta Obstet Gynecol Scand. abril de 2004;83(4):390-4
71. Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: asystematic review. Contraception. junio de 2011;83(6):504-10.
72. O'Shea LE, Hawkins JE, Lord J, Schmidt-Hansen M, Hasler E, Cameron S, et al. 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. Hum Reprod Update. 1 de noviembre de 2020;26(6):886-903.
73. Dos Santos Nunes V, El Dib R, Boguszewski CL, Nogueira CR. Cabergoline versus bromocriptine in the treatment of hyperprolactinemia: a systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. Pituitary. septiembre de 2011;14(3):259-65.
74. Dewhurst CJ, Harrison RF, Biswas S. Inhibition of Puerperal Lactation: A Double-Blind Study of Bromocriptine and Placebo. Acta Obstet Gynecol Scand. 1 de enero de 1977;56(4):327-31
75. Melis GB, Mais V, Paoletti AM, Beneventi F, Gambacciani M, Fioretti P. Prevention of puerperal lactation by a single oral administration of the new prolactin-inhibiting drug, cabergoline. Obstet Gynecol. marzo de 1988;71(3 Pt 1):311-4.
76. Wang AT, Mullan RJ, Lane MA, Hazem A, Prasad C, Gathaiya NW, et al. Treatment of hyperprolactinemia: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 24 de julio de 2012; 1:33.
77. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. Cochrane Database Syst Rev. 12 de septiembre de 2012;2012(9):CD005937.
78. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Reprod Health Matters. enero de 2012;20(39):205-7.
79. Paul M, editor. Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. West Sussex, England: Wiley-Blackwell; 2009. 376 p.
80. Rodgers Y van der M, Coast E, Lattof SR, Poss C, Moore B. The macroeconomics of abortion: Ascoping review and analysis of the costs and outcomes. PloS One. 2021;16(5): e0250692.
81. Coast E, Lattof SR, Meulen Rodgers Y van der, Moore B, Poss C. The microeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the economic consequences for abortion care-seekers. PloS One. 2021;16(6): e0252005
82. Renner RM, de Guzman A, Brahmi D. Abortion care for adolescent and young women. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2014;126(1):1-7. Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. julio de 2014;126(1):1-7.
83. Ely GE, Hales TW, Jackson DL, Kotting J, Agbemenu K. Access to choose: Examining differences between adolescent and adult abortion fund service recipients. Health Soc Care Community. 23 de abril de 2018;

84. Horner-Johnson W, Kulkarni-Rajasekhara S, Darney BG, Dissanayake M, Caughey AB. Live birth, miscarriage, and abortion among U.S. women with and without disabilities. Disabil Health J. julio de 2017;10(3):382-6.
85. Sullivan D. Pregnancy, Abortion, and Motherhood: Does Disability Matter? [Internet] [Thesis]. University of Kansas; 2019 [citado 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://kuscholarworks.ku.edu/handle/1808/30102
86. Biscaro A, Silveira SK, Locks G de F, Mileo LR, da Silva Júnior JP, Pretto P. [Frequency of hydatidiform mole in tissue obtained by curettage]. Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet. junio de 2012;34(6):254-8.
87. Mulisya O, Roberts DJ, Sengupta ES, Agaba E, Laffita D, Tobias T, et al. Prevalence and Factors Associated with Hydatidiform Mole among Patients Undergoing Uterine Evacuation at Mbarara Regional Referral Hospital. Obstet Gynecol Int. 2018; 2018:9561413.
88. Abubeker FA, Lavelanet A, Rodriguez MI, Kim C. Medical termination for pregnancy in early first trimester (≤ 63 days) using combination of mifepristone and misoprostol or misoprostol alone: A systematic review. BMC Womens Health [Internet]. el 7 de julio de 2020.
89. Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. Contraception. 2019 Feb;99(2):77-86.
90. Dzuba et al. A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64-70 days and 71-77 days of gestation. Contraception. 2020 May;101(5):302-308)
91. Dzuba et al. A repeat dose of misoprostol 800 mcg following mifepristone for outpatient medical abortion at 64-70 and 71-77 days of gestation: A retrospective chart review, Contraception. 2020 Aug;102(2):104-108
92. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. BJOG. 2005 Aug;112(8):1102-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00638. x. PMID: 16045525.
93. Creinin MD, Shore E, Balasubramanian S, Harwood B. The true cost differential between mifepristone and misoprostol and misoprostol-alone regimens for medical abortion. Contraception. 2005 Jan;71(1):26-30.
94. Jorge Eduardo Sánchez "A Cost Analysis of Surgical and Medical Uterine Evacuation Methods for First-Trimester Abortion Used in Public Hospitals in Mexico" *Health Services Insights SAGE, September 2022* *https://doi.org/10.1177/11786329221126347*
95. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. Significant adverse events and outcomes after medical abortion. Obstet Gynecol. 2013 Jan;121(1):166-71.
96. Gatter M, Cleland K, Nucatola DL. Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. Contraception. 2015 Apr 1;91(4):269-73.
97. Goldstone P, Walker C, Hawtin K. Efficacy and safety of mifepristone-buccal misoprostol for early medical abortion in an Australian clinical setting. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2017 Jun;57(3):366-371
98. Kortsmit K, Nguyen AT, Mandel MG, et al. Abortion Surveillance — United States, 2020. MMWR Surveill Summ 2022;71(No. SS-10):1–27.
99. Von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdenetungalag R. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. The lancet. 2007 Jun 9;369(9577):1938-46.
100. Sheldon WR, Durocher J, Dzuba IG, Sayette H, Martin R, Velasco MC, Winikoff B. Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: a multicenter, randomized trial. Contraception. 2019 May 1;99(5):272-7.

101. Hertzen H, Piaggio G, Huong N, et al. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. In: Lancet (london, england); 2007:1938–46.
102. Moseson H, Jayaweera R, Egwuatu I, Grosso B, Kristianingrum IA, Nmezi S, Zurbriggen R, Motana R, Bercu C, Carbone S, Gerdts C. Effectiveness of self-managed medication abortion with
103. Foster AM, Arnott G, Hobstetter M. Community-based distribution of misoprostol for early abortion: evaluation of a program along the Thailand–Burma border. Contraception. 2017 Oct 1;96(4):242-7.
104. Foster AM, Messier K, Aslam M, Shabir N. Community-based distribution of misoprostol for early abortion: outcomes from a program in Sindh, Pakistan. Contraception. 2022 May 1; 109:49-51
105. Blum J, Raghavan S, Dabash R, Ngoc Nt, Chelli H, Hajri S, Conkling K, Winikoff B. Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. Int J Gynaecol Obstet. 2012 Aug;118(2):166-71.
106. Raymond EG, Harrison MS, Weaver MA. Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. Obstet Gynecol. 2019 Jan;133(1):137-147.
107. Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. Contraception. 2019 Feb;99(2):77-86.
108. Zhang J, Zhou K, Shan D, Luo X. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database Syst Rev. 2022 May 24;5(5):CD002855.
109. Bugalho A, Mocumbi S, Faundes A, David E. Termination of pregnancies of< 6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. Contraception. 2000 Jan 1;61(1):47-50.
110. Zikopoulos KA, Papanikolaou EG, Kalantaridou SN, et al. Early pregnancy termination with vaginal misoprostol before and after 42 days gestation. *Human Reproduction* 2002; 17:3079–83.
111. Carbonell Esteve JLL, Varela L, Velazco A, et al. Early abortion with 800 µg of misoprostol by the vaginal route. *Contraception* 1999; 59:219–25
112. Ngoc NT, Blum J, Raghavan S, Nga NT, Dabash R, Diop A, Winikoff B. Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone. Contraception. 2011 May;83(5):410-7.
113. Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Fernández C, Sánchez C. The use of misoprostol for abortion at < or = 9 weeks' gestation. Eur J Contracept Reprod Health Care. 1997 Sep;2(3):181-5.
114. Velazco A, Varela L, Tanda R, Sánchez C, Barambio S, Chami S, Valero F, Aragón S, Marí J, Carbonell JL. Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2000 Dec;5(4):227-33
115. Carbonell JL, Velazco A, Varela L, Tanda R, Sánchez C, Barambio S, Chami S, Valero F, Aragón S, Marí J. Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2001 Mar;6(1):39-45. PMID: 11334475.
116. Louie KS, Chong E, Tsereteli T, Avagyan G, Abrahamyan R, Winikoff B. Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2017 Jan 2;22(1):76-80.
117. Moseson H, Jayaweera R, Egwuatu I, Grosso B, Kristianingrum IA, Nmezi S, Zurbriggen R, Motana R, Bercu C, Carbone S, Gerdts C. Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): a prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. The Lancet Global Health. 2022 Jan 1;10(1): e105-13

118. Raymond EG, Piaggio G, Huong N, et al. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *In: Lancet (london, england); 2007:1938–46.*
119. Weitz TA, Taylor D, Desai S, Upadhyay UD, Waldman J, Battistelli MF, Drey EA. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. Am J Public Health. 2013 Mar;103(3):454-61.
120. Sekiguchi A, Ikeda T, Okamura K, Nakai A. Safety of induced abortions at less than 12 weeks of pregnancy in Japan. Int J Gynaecol Obstet. 2015 Apr;129(1):54-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.09.032. Epub 2014 Dec 5. PMID: 25497050
121. White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. Contraception. 2015 Nov;92(5):422-38.
122. Gilman Barber AR, Rhone SA, Fluker MR. Curettage and Asherman's syndrome-lessons to (re-) learn? J Obstet Gynaecol Can. 2014 nov;36(11):997-1001
123. Guiahi, M., Schiller, G., Sheeder, J., & Teal, S. (2015). Safety of first-trimester uterine evacuation in the outpatient setting for women with common chronic conditions. *Contraception*, *92*(5), 453-457.
124. Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F., & Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, *103*(3), 454-461
125. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Second-trimester abortion: ACOG Practice Bulletin No. 135. Obstetrics & Gynecology, 121(6), 1394-406.
126. Acmaz, G., Aksoy, H., Ozoglu, N., Aksoy, U., & Albayrak, E. (2013). Effect of paracetamol, dexketoprofen trometamol, lidocaine spray, and paracervical block application for pain relief during suction termination of first-trimester pregnancy. *BioMed Research International, 2013,* 869275.
127. Dabash R, Chelli H, Hajri S, Shochet T, Raghavan S, Winikoff B. A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14–21 weeks of pregnancy. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2015 Jul 1;130(1):40-4.
128. Ngoc NT, Blum J, Raghavan S, Nga NT, Dabash R, Diop A, Winikoff B. Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+ misoprostol vs. misoprostol alone. Contraception. 2011 May 1;83(5):410-7.
129. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. Contraception. 2004 Jan 1;69(1):51-8.
130. Blum J, Karki C, Tamang A, Shochet T, Shrestha A, Tuladhar H, Karki A, Sharma J, Abbas DF, Dragoman M, Winikoff B. Feasibility of a hospital outpatient day procedure for medication abortion at 13–18 weeks gestation: Findings from Nepal. Contraception. 2019 Dec 1;100(6):451-6.
131. Louie KS, Chong E, Tsereteli T, Avagyan G, Abrahamyan R, Winikoff B. Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2017 Jan 2;22(1):76-80.
132. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. Obstetrics & Gynecology. 2009 May 1;113(5):1117-23.

133. Stern K, Davidsohn I, Masaitis L. Experimental studies on Rh immunization. Am J Clin Pathol. 1956;26(26):833-43

134. Wiebe E, Campbell M, Aiken A, Albert A. Can we safely stop testing for Rh status and immunizing Rh-negative women having early abortions? A comparison of Rh alloimmunization in Canada and the Netherlands. Contraception X. 2019;1(100001)

135. Srisomboon J, Pongpisuttinun S. Efficacy of intracervicovaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a comparison between live and dead fetuses. J Obstet Gynaecol Res [Internet]. 1998 [citado 15 Oct 2025];24(1):1-5. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9564098/

136. Silva LV, Cecatti JG, Pinto E Silva JL, Amaral E, Barini R. Feticide does not modify duration of labor induction in cases of medical termination of pregnancy. Fetal Diagn Ther [Internet]. 2008 [cited 2025 Oct 15];23(3):192–7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18417977/

137. Şık AB, Bilecan S, Kumbasar S, Akpak YK, Aba YA. Does feticide shorten termination duration in second trimester pregnancy terminations? Afr Health Sci [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2025 Oct 15];19(1):1544–53. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31148982/

138. Constant D, Harries J, Malaba T, Myer L, Patel M, Petro G, Grossman D. Clinical outcomes and women's experiences before and after the introduction of mifepristone into second-trimester medical abortion services in South Africa. PLoS One. 2016 Sep 1;11(9): e0161843.

139. Von Hertzen H, Piaggio G, Wojdyla D, Huong NT, Marions L, Okoev G, Khomassuridze A, Kereszturi A, Mittal S, Nair R, Daver R. Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: randomized controlled equivalence trial. Human Reproduction. 2009 Jan 1;24(1):106-12.

140. Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F., & Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews (1), CD005216. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2004 Feb;111(2):148-53

141. Kelly T, Suddes J, Howel D, Hewison J, Robson S. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13–20 weeks of gestation: a randomized 125 controlled trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2010 Nov;117(12):1512-20.

142. Tufa TH, Prager S, Wondafrash M, Mohammed S, Byl N, Bell J. Comparison of surgical versus medical termination of pregnancy between 13-20 weeks of gestation in Ethiopia: A quasi-experimental study. Plos one. 2021 Apr 1;16(4): e0249529r 1;16(4): e0249529.

	NOMBRE	ÁREA	CARGO	FIRMA
Aprobado por:	Ing. Alvaro Adrian Molina Galarraga	Viceministro de Gobernanza de la Salud	Viceministro	
	Mgs. Romel Leonardo Gonzalez Orlando	Viceministro de Atención Integral en Salud, Encargado	Viceministro	
	Mgs. Andrea Elizabeth Bravo Remache	Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	Subsecretaria	
	Econ. Frecia Victoria Plaza de la Rosa	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria	
	Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vásquez	Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados	Subsecretaria	

	Mgs. Gabriela del Rocio Quinaluisa Chamorro	Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel	Subsecretaria Encargada	
	Mgs. Freddy Fernando Jacome León	Coordinación General de Sostenibilidad del Sistema y Recursos	Coordinador Encargado	
	Mgs. Pedro Mitchaell Barberan Astudillo	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Director	
	Dr. Xavier Eduardo Buenaño Guerra	Dirección Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	Director	
	Mgs. Ana Cristina Arellano Haro	Dirección Nacional de Hospitales	Directora Encargada	
	Mgs. Karol Mabel Sandoval Illescas	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud	Directora Encargada	
	Mgs. German Anthony Bustamante Lindao	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Director	
Elaborado por:	Mgs. Norma Graciela Oña Espinel	Dirección de Promoción de la Salud	Especialista	
	Mgs. Daniela del Rocío Chávez Arcos	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	

EL NUEVO ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

@SaludEcuador @minsaec @Salud_ec

www.salud.gob.ec

Razón: Certifico que, el presente instrumento firmado de manera electrónica corresponde al Acuerdo Nro. 00004-2026, de 04 de agosto de 2026, por parte y en calidad de las funciones de máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública, al Mgs. Juan Carlos Aveiga Parra, de conformidad al Decreto Ejecutivo No. 446 de 10 de julio de 2026.

Legalizo que el presente instrumento corresponde a la desmaterialización del Acto normativo de carácter administrativo Nro. 00004-2026, de 04 de agosto de 2026.

El Acuerdo en formato físico y digital se custodia en el repositorio de la Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Nota: El Acuerdo Nro. 00004-2026, de 04 de agosto de 2026**,** conforme el artículo 1: *"Aprobar y autorizar la publicación de la "Guía de Práctica Clínica de Atención del Aborto Terapéutico/Interrupción terapéutica de la gestación",* se compone de: fojas 1 a la 7, Acuerdo; y, fojas 8 a la 138, Anexo de la "*Guía de Práctica Clínica (GPC) Atención del Aborto Terapéutico/Interrupción Terapéutica de la gestación 2026".*

Quito, D.M., a 06 de agosto de 2026

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
DIANA SOLEDAD FERNANDEZ PARRA

Tlga. Diana Fernandez Parra
DIRECTORA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ATENCIÓN AL USUARIO, ENCARGADA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Mgs. Jaqueline Vargas Camacho
DIRECTORA (E)

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Atención ciudadana
Telf.: 3941-800
Ext.: 3134

www.registroficial.gob.ec

MG/AM

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

"Al servicio del país desde el 1º de julio de 1895"

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.