

Declaración del IMAP sobre la importancia de garantizar la atención relacionada con el aborto después de las 13 semanas de gestación

Introducción

Esta declaración ha sido elaborada por el Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico (IMAP, por las siglas en inglés de International Medical Advisory Panel) y fue aprobada en noviembre de 2024.

El aborto después de las 13 semanas de gestación es un componente clave de la atención integral relacionada con el aborto. También conocidos con el nombre de abortos en el segundo trimestre o abortos tardíos, los abortos realizados después de las 13 semanas constituyen entre el 10 % y el 15 % de todos los abortos inducidos a nivel mundial. Incluso en algunos contextos, esta cifra puede llegar al 40 % [\(1,2\)](#). A pesar de ser menos comunes, dos tercios de

todas las complicaciones graves relacionadas con el aborto ocurren después de las 13 semanas y son responsables de casi la mitad de todas las muertes relacionadas con el aborto. La mayoría de estas muertes y complicaciones relacionadas con el aborto suceden en países donde las restricciones legales son más estrictas y donde prevalece el aborto inseguro [\(3\)](#).

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) apoya el derecho de las mujeres y de otras personas embarazadas a interrumpir su embarazo y su derecho a acceder a atención segura del aborto cuando lo necesiten, incluso en etapas gestacionales más avanzadas. La interrupción del embarazo puede realizarse de manera segura en la mayoría de los

NOTA: Este documento incluye a mujeres y niñas, así como a todas las personas que pueden quedar embarazadas; entre ellas, personas intersexuales, hombres y niños transgénero, y personas con otras identidades de género que puedan tener la capacidad reproductiva de quedar embarazadas y de acceder a abortos. A los efectos de este documento, las referencias a “mujeres y niñas” aluden a todas las personas que tienen la capacidad de quedar embarazadas.

Declaración del IMAP sobre la importancia de garantizar la atención relacionada con el aborto después de las 13 semanas de gestación

casos, independientemente del momento de gestación. Sin embargo, los riesgos asociados a complicaciones del aborto aumentan a medida que el embarazo avanza, en especial si el procedimiento no es seguro. Los límites gestacionales establecidos en políticas y leyes restringen el acceso a la atención, obligando con frecuencia a mujeres y personas embarazadas a recurrir a abortos inseguros.

Propósito de la declaración

Esta declaración tiene como objetivo apoyar y guiar a las Asociaciones Miembro (AM) de IPPF y a otras organizaciones de salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR) y derechos de las mujeres. Entre ellas, aquellas que ofrecen información y servicios, que participan en labores de incidencia o que colaboran con gobiernos y otras partes interesadas clave. Está diseñada para sensibilizar sobre la importancia de la atención relacionada con el aborto después de las 13 semanas de gestación. También para brindar herramientas e información a personas proveedoras de servicios y defensoras, con el fin de respaldar la prestación de servicios de aborto más allá de las 13 semanas.

Por qué es necesario el acceso al aborto después de las 13 semanas

Hay muchas razones por las cuales las personas pueden solicitar un aborto después de las 13 semanas (4–7). Entre ellas:¹

- leyes y políticas restrictivas sobre el aborto;
- métodos anticonceptivos que alteran los patrones menstruales y ocultan la ausencia de menstruación, lo que retrasa la detección del embarazo;
- riesgos para la salud de la persona embarazada;
- anomalías fetales graves, que pueden no detectarse o diagnosticarse hasta después de la semana 13;

- embarazos en edades maternas avanzadas, con mayor riesgo de anomalías fetales u otras complicaciones de salud;
- barreras financieras y logísticas, que retrasan el acceso a la atención;
- detección tardía del embarazo;
- aborto fallido realizado anteriormente en el embarazo;
- ambivalencia o dificultad para decidir sobre el aborto;
- obesidad, que se ha asociado con retrasos en el reconocimiento del embarazo;
- desplazamientos provocados por crisis humanitarias, con recortes en suministros, infraestructura y personal de salud;
- falta de personal disponible y capacitado;
- preferencia o reticencia del personal para ofrecer abortos en etapas avanzadas;
- objeción de conciencia por parte del personal;
- negativa o retraso en las derivaciones por parte del personal.

Si bien la mayoría de los abortos ocurren antes de las 13 semanas, el aborto inseguro después de este periodo es una causa significativa de mortalidad materna. Casi la mitad de todas las muertes relacionadas con el aborto y dos tercios de todas las complicaciones graves relacionadas con el aborto son provocadas por abortos inseguros realizados después de las 13 semanas (3). Entre los factores que contribuyen a estas cifras se encuentran las leyes y políticas restrictivas sobre el aborto, que solo permiten el aborto antes de las 13 semanas o por indicaciones específicas. En países con leyes menos restrictivas, los requisitos obligatorios innecesarios de períodos de espera, consejería obligatoria o múltiples visitas también actúan como barreras y generan demoras adicionales. Esto acentúa la necesidad de abortos después de las 13 semanas (8,9).

¹ Esta declaración no especifica un límite gestacional máximo más allá de las 13 semanas. Esto se debe a que la necesidad de un aborto puede variar, particularmente porque las anomalías fetales pueden detectarse en diferentes etapas avanzadas del embarazo.

Declaración del IMAP sobre la importancia de garantizar la atención relacionada con el aborto después de las 13 semanas de gestación

Las personas que solicitan abortos después de las 13 semanas suelen ser las más marginadas y desatendidas, como jóvenes, adolescentes y víctimas de violencia sexual y de género. En términos de origen étnico, número de abortos previos o cantidad de hijos e hijas, hay pocas diferencias demográficas entre las personas que solicitan un aborto antes o después de las 13 semanas. [\(2,10–16\)](#)

Cómo se realiza el aborto después de las 13 semanas: opciones de atención

Se recomiendan tanto métodos quirúrgicos como médicos para el aborto a partir de las 13 semanas de gestación. El aborto médico y la dilatación y evacuación (D&E), cuando se practican utilizando métodos basados en la evidencia y recomendados por la OMS, son seguros y eficaces para inducir abortos en etapas más avanzadas. Ambos métodos se han implementado con éxito en programas en entornos con pocos recursos, aunque los entornos logísticos y regulatorios pueden hacer que uno sea más fácil de expandir o introducir en comparación con el otro [\(17\)](#).

Cuando sea posible, se debe ofrecer a las personas el acceso a ambos métodos, ya que muchas tienen preferencias por uno u otro.

Para obtener información detallada sobre los regímenes y las técnicas que se describen a continuación, consulte el Capítulo 5 de las Directrices clínicas centradas en la persona de IPPF [\(26\)](#).

Métodos médicos para el aborto después de las 13 semanas:

- Régimen combinado para aborto médico: mifepristona oral seguida de dosis repetidas de misoprostol.
- Solo misoprostol en dosis repetidas (si no se dispone de mifepristona).

Se recomienda la inducción de asistolia fetal mediante inyección intraamniótica o intrafetal antes del aborto médico cuando exista la

posibilidad de viabilidad fetal después de la expulsión [\(18\)](#). Si se detectan otras condiciones médicas o de salud (p. ej., comorbilidades o anomalías uterinas) que puedan causar complicaciones o agravarlas, se debe derivar a las personas a un establecimiento de salud de mayor nivel para el procedimiento de aborto o para otros servicios, según sea necesario. Es fundamental contar con mecanismos claros de derivación para remitir a pacientes a un establecimiento de mayor nivel en caso de que surjan complicaciones durante el procedimiento o durante la recuperación. La anticoncepción postaborto debe proporcionarse de inmediato a quienes la deseen; si estos servicios no están disponibles en el lugar, se debe hacer una derivación.

Aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación: dilatación y evacuación (D&E)

La dilatación y evacuación (D&E) es actualmente el método quirúrgico recomendado para embarazos de 14 semanas de gestación en adelante. La aspiración manual por vacío también puede usarse sola hasta las 14-16 semanas en manos de personal con experiencia. Sin embargo, después de las 15-16 semanas, se utiliza principalmente para evacuar líquidos y la placenta, mientras que se requieren fórceps para el tejido fetal [\(19,20\)](#). Para realizar la D&E de manera segura, es necesario contar con personal capacitado y con equipamiento específico. Este procedimiento debe llevarse a cabo en un establecimiento de salud y puede realizarse de manera ambulatoria. La D&E es más dolorosa y lleva más tiempo que la aspiración en etapas gestacionales tempranas. Además, requiere preparación cervical y una combinación de aspiración y fórceps romos.

Consideraciones para la implementación:

- En el caso del personal de salud, se requieren habilidades y formación más avanzadas para la realización de una D&E que para una aspiración por vacío realizada en etapas tempranas del embarazo.
- La D&E incluye el uso de aspiración por vacío;

Declaración del IMAP sobre la importancia de garantizar la atención relacionada con el aborto después de las 13 semanas de gestación

por lo tanto, el equipo y las habilidades necesarias para realizar esta práctica son esenciales.

- El personal de salud que realiza abortos o atiende a mujeres que se realizan un aborto a edades gestacionales de más de 13 semanas pueden tener necesidades adicionales de apoyo profesional y mentoría, como talleres de capacitación [\(21,22\)](#).

NOTA: Dado que la dilatación y curetaje (D&C) causa más dolor y posibles complicaciones en comparación con la aspiración o la D&E, no está recomendada por la OMS. La OMS señala que su uso debe ser reemplazado por métodos seguros para el aborto (aspiración uterina/D&E o aborto médico). Además, se considera que este procedimiento es incompatible con numerosos derechos humanos, incluido el derecho a la salud [\(15\)](#).

Quién puede realizar abortos después de las 13 semanas

El personal de salud necesita habilidades adicionales y un equipo especializado para realizar abortos en edades gestacionales más avanzadas. Según las directrices actualizadas de la OMS, se recomienda que el personal médico generalista y especialista sea quien ofrezca tanto la gestión médica del aborto inducido como la dilatación y evacuación (D&E) para el aborto quirúrgico. Sin embargo, están surgiendo evidencias que indican que el personal de nivel medio y las parteras pueden recibir capacitación para ofrecer atención segura de aborto más allá de las 13 semanas [\(17\)](#).

Otras personas proveedoras de servicios, como profesionales de la medicina tradicional y complementaria, parteras y personal clínico asociado, pueden recibir capacitación para realizar D&E. El personal de la salud que realiza D&E debería involucrarse en otras tareas

relacionadas con la salud materna y reproductiva, así como en el manejo médico del aborto inducido, con acceso fácil a apoyo quirúrgico adecuado y con infraestructura apropiada para abordar abortos incompletos u otras complicaciones [\(23\)](#).

Atención posaborto y anticoncepción

Se pueden considerar todas las opciones anticonceptivas después de un aborto a partir de las 13 semanas de gestación, a fin de proporcionar a las personas las herramientas, el conocimiento y los recursos necesarios para tomar decisiones que se alineen con sus diversas experiencias de vida [\(24\)](#). La ovulación puede reanudarse tan pronto como a los 8-10 días después de un aborto y generalmente sucede en el plazo de un mes, lo que plantea riesgo de embarazo si no se adopta un método anticonceptivo. Se debe ofrecer información anticonceptiva antes del aborto para lograr una iniciación inmediata. Siempre que no haya evidencia de infección, puede insertarse un dispositivo intrauterino (DIU) tan pronto como se expulse el producto del embarazo o al finalizar un aborto quirúrgico [\(25\)](#). Los anticonceptivos hormonales pueden comenzar a usarse desde la primera dosis del régimen de aborto médico o inmediatamente después de completar un aborto quirúrgico. La colocación de un diafragma exige esperar hasta después de la primera menstruación posterior al aborto. En caso de que no se inicie la anticoncepción en el momento del aborto, es fundamental que las personas estén bien informadas sobre el rápido retorno de la ovulación (y el posible embarazo), así como sobre cómo acceder a métodos anticonceptivos si/ cuando decidan hacerlo.

El asesoramiento y la provisión de información son una parte integral de la prestación de servicios de aborto y de cualquier proceso de toma de decisiones informadas. Este apoyo debe brindarse de manera centrada en la persona. Para obtener más orientación sobre asesoramiento y toma de decisiones informadas, consulte las recomendaciones disponibles en las

Directrices clínicas centradas en la persona de IPPF (Capítulo 3: Consejería y Capítulo 5: Aborto, 2.3: Información, consejería y consentimiento informado (26).

Recomendaciones para las Asociaciones Miembro de IPPF y otras organizaciones sobre cómo apoyar el aborto después de las 13 semanas [\(27\)](#)

Para la prestación de servicios

- La atención al aborto después de las 13 semanas de gestación debe ser accesible y facilitada para quienes la necesiten, incluido el cuidado postaborto o cualquier tratamiento requerido por personas que hayan intentado inducirse un aborto de forma autónoma.
- El personal de salud y la gerencia de los establecimientos deben seguir las recomendaciones clínicas de la OMS para la provisión de atención relacionada con el aborto, incluido el cuidado posaborto y la iniciación de métodos anticonceptivos.
- La dilatación y curetaje (D&C) se considera un método obsoleto de evacuación uterina y debe ser reemplazado por métodos recomendados por la OMS, como la D&E o métodos médicos.
- La capacitación y el apoyo institucional para la atención relacionada con el aborto después de las 13 semanas deben ampliarse al personal clínico con capacitación en aborto en etapas más tempranas.
- Es necesario reducir las barreras logísticas y financieras para los servicios de aborto temprano en el embarazo, lo que facilita y mejora el acceso y disminuye la necesidad de servicios más avanzados.
- Se debe crear un entorno de apoyo en los establecimientos al ofrecer servicios adecuados o derivaciones, y al reducir el estigma en torno a los servicios de aborto en etapas más avanzadas, tanto para el personal como para pacientes.

Para políticas e incidencia

- Abogar por la eliminación de leyes y otras políticas y regulaciones que prohíban el aborto basado en límites de edad gestacional.
- Abogar por la ampliación del personal de salud para ofrecer servicios de aborto, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.
- Apoyar la despenalización del aborto, incluido el aborto autogestionado.
- Elaborar mensajes de incidencia y materiales de comunicación que disipen la información errónea sobre el aborto después de las 13 semanas, mediante un lenguaje e imágenes positivos y desestigmatizantes. Por ejemplo, consultar la Guía de IPPF sobre How to Talk About Abortion: A Guide to Stigma Free Messaging (Cómo hablar sobre el aborto: una guía para mensajes sin estigmas) [\(28\)](#) y How to report on abortion - A guide for journalists, editors and media outlets (Cómo informar sobre el aborto: una guía para periodistas, editores y medios de comunicación) [\(29\)](#).

Brechas de investigación adicionales recomendadas para expandir la base de evidencia sobre el aborto después de las 13 semanas:

- Mejorar los regímenes de manejo del dolor.
- Gestión del aborto médico fallido después de 24 horas de tratamiento.
- Seguridad y gestión de los regímenes de aborto médico en personas con cicatrices uterinas.
- Abordar el estigma, el agotamiento y el apoyo al personal de servicios de aborto.
- Apoyar las necesidades y preferencias de las personas que autogestionan o acompañan abortos en etapas avanzadas de gestación, particularmente en sus interacciones con el sistema de salud.
- Incidencia, necesidades y barreras para el aborto después de las 13 semanas entre grupos marginados, como personas trabajadoras sexuales, personas con discapacidades y poblaciones LGBTQI+.

Declaración del IMAP sobre la importancia de garantizar la atención relacionada con el aborto después de las 13 semanas de gestación

- Métodos y modelos de capacitación efectivos para el personal de salud para aprender a realizar abortos después de las 13 semanas.

Referencias

1. Harris LH, Grossman D. *Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion*. Int J Gynecol Obstet. Octubre de 2011;115(1):77–9.
2. Constant D, Kluge J, Harries J, Grossman D. *An analysis of delays among women accessing second-trimester abortion in the public sector in South Africa*. Contraception. Septiembre de 2019;100(3):209–13.
3. Shah I, Ahman E. *Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges*. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. Diciembre de 2009;31(12):1149–58.
4. Lyus R, Robson S, Parsons J, Fisher J, Cameron M. *Second trimester abortion for fetal abnormality*. BMJ. 3 de julio de 2013;347(jul03 1):f4165–f4165.
5. Foster DG, Jackson RA, Cosby K, Weitz TA, Darney PD, Drey EA. *Predictors of delay in each step leading to an abortion*. Contraception. Abril de 2008;77(4):289–93.
6. Kerns JL, Turk JK, Corbetta-Rastelli CM, Rosenstein MG, Caughey AB, Steinauer JE. *Second-trimester abortion attitudes and practices among maternal-fetal medicine and family planning subspecialists*. BMC Womens Health. Diciembre de 2020;20(1):20.
7. Beasley AD, Olatunde A, Cahill EP, Shaw KA. *New Gaps and Urgent Needs in Graduate Medical Education and Training in Abortion*. Acad Med. Abril de 2023; 98(4):436–9.
8. De Londras F, Cleeve A, Rodriguez MI, Farrell A, Furgalska M, Lavelanet A. *The impact of mandatory waiting periods on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence*. BMC Public Health. Diciembre de 2022; 22(1):1232.
9. Lindo JM, Pineda-Torres M. *New Evidence on the Effects of Mandatory Waiting Periods for Abortion*. J Health Econ. Diciembre de 2021; 80:102533.
10. Baum S, DePiñeres T, Grossman D. *Delays and barriers to care in Colombia among women obtaining legal first- and second-trimester abortion*. Int J Gynecol Obstet. Diciembre de 2015; 131(3):285–8.
11. Swanson M, Karasek D, Drey E, Foster DG. *Delayed pregnancy testing and second-trimester abortion: can public health interventions assist with earlier detection of unintended pregnancy?* Contraception. Mayo de 2014; 89(5):400–6.
12. Foster DG, Kimport K. *Who Seeks Abortions at or After 20 Weeks?* Perspect Sex Reprod Health. Diciembre de 2013; 45(4):210–8.
13. Kimport K. *Is third-trimester abortion exceptional? Two pathways to abortion after 24 weeks of pregnancy in the United States*. Perspect Sex Reprod Health. Junio de 2022; 54(2):38–45.
14. Foster DG, Gould H, Taylor J, Weitz TA. *Attitudes and Decision Making Among Women Seeking Abortions at One U.S. Clinic*. Perspect Sex Reprod Health. Junio de 2012; 44(2):117–24.
15. Jones RK, Finer LB. *Who has second-trimester abortions in the United States?* Contraception. Junio de 2012; 85(6):544–51.
16. Ipas. *Who has second trimester abortions?* [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/07/2TRIFSE16-WhoHas2ndTrimAbortions.pdf>
17. Kapp N, Dijkerman S, Getachew A, Eckersberger E, Pearson E, Abubeker FA, et al. *Can mid-level providers manage medical abortion after 12 weeks' gestation as safely and effectively as physicians? A non-inferiority, randomized controlled trial in Addis Ababa, Ethiopia*. Int J Gynecol Obstet. Junio de 2024; 165(3):1268–76.
18. Diedrich J, Goldfarb CN, Raidoo S, Drey E, Reeves MF. *Society of Family Planning Clinical Recommendation: Induction of fetal asystole before abortion Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine ☆☆☆*. Am J Obstet Gynecol. Septiembre de 2024; S0002937824009037.
19. Castleman LD, Oanh KTH, Hyman AG, Thuy LT, Blumenthal PD. *Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol*. Contraception. Septiembre de 2006; 74(3):272–6.
20. Todd CS, Soler ME, Castleman L, Rogers MK, Blumenthal PD. *Manual vacuum aspiration for second-trimester pregnancy termination*. Int J Gynecol Obstet. Octubre de 2003; 83(1):5–9.
21. Hassinger J, Seewald M, Martin L, Harris L. *The providers share workshop: a tool for reducing stigma in Latin America*. Contraception. Octubre de 2016; 94(4):401.
22. Mosley, Martin, Seewald, Hassinger, Blanchard, Baum, et al. *Addressing Abortion Provider Stigma: A Pilot Implementation of the Providers Share Workshop in Sub-Saharan Africa and Latin America*. Int Perspect Sex Reprod Health. 2020;46:35.
23. Kapp N, Edelman A, Gomperts R, Srinivasan K, Dabash R. *Addressing the urgent global need for later abortion care during COVID-19 and beyond*. BMJ Sex Reprod Health. Octubre de 2021; 47(4):e15–e15.
24. Castro A, Kabra R, Coates A, Kiarie J. *Successful strategies that address gender-related barriers and promote bodily autonomy within efforts to scale up and sustain post-pregnancy contraception: A scoping review [Internet]*. Public and Global Health; 2024 [citado el 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2024.06.21.24309318>
25. Korjamo R, Mentula M, Heikinheimo O. *Immediate versus*

Declaración del IMAP sobre la importancia de garantizar la atención relacionada con el aborto después de las 13 semanas de gestación

delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy – 1 year continuation rates: a randomised controlled trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. Diciembre de 2017; 124(13):1957–64.

26. International Planned Parenthood Federation. *Client Centred Clinical Guidelines for Sexual and Reproductive Health.* International Planned Parenthood Federation; 2022.

27. International Federation of Gynecology and Obstetrics. *FIGO Statement: Improving Access to Abortion Beyond 12 Weeks of Pregnancy [Internet].* FIGO; 2021. Disponible en: https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Abortion_Beyond_12Weeks_EN.pdf

28. International Planned Parenthood Federation. *How to Talk about Abortion: A guide to stigma-free messaging [Internet].* International Planned Parenthood Federation; 2023. Disponible en: <https://www.ippf.org/resource/how-talk-about-abortion-guide-stigma-free-messaging>

29. International Planned Parenthood Federation, International Campaign for Women's Right to Safe Abortion. *How to report on abortion - A guide for journalists, editors and media outlets [Internet].* International Planned Parenthood Federation; 2017. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/profilaxis-posexposicion-pep>

Agradecimientos

Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a quienes redactaron, editaron y aprobaron la declaración: Melissa Cockroft, Dra. Nathalie Kapp, Dra. Chipo Gwanzura, Dra. Raffaella Schiavon Ermani, Dra. Gail Knudson, Dra. Zozo Nene, Dr. Metin Gülmezoglu, Dra. Michalina Drejza, Dr. Paul D. Blumenthal, Dra. Arachu Castro, Dr. James Kiarie y Manuelle Hurwitz.

Quiénes somos

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) es una organización global proveedora de servicios y defensora líder de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Somos un movimiento mundial de organizaciones nacionales que trabajan con y para las comunidades y los individuos.

IPPF

4 Newhams Row
London SE1 3UZ
Reino Unido

tel: +44 20 7939 8200
fax: +44 20 7939 8300
Correo electrónico: info@ippf.org
www.ippf.org

Organización benéfica registrada en el Reino Unido n.º 229476

Publicado en noviembre de 2024