

Servicios de Aborto Seguro Durante Brotes de Enfermedades Contagiosas: Guía Complementaria para Escenarios Frágiles y de Ayuda Humanitaria



Febrero 2023

Introducción

Objetivo:

El objetivo de esta guía es brindar recomendaciones prácticas al personal de salud que se hace cargo de las actividades de preparación y respuesta a las enfermedades contagiosas para asegurar que se mantenga el acceso a servicios de aborto seguro (SAS) cuando surja un brote de enfermedades contagiosas. Es una guía operativa que puede servir para apoyar a los actores de la salud para que los SAS se mantengan durante los brotes y asegurar que las consideraciones necesarias de SAS se integren dentro de la respuesta al brote; no es una guía clínica. El enfoque centrado en la ubicación de este documento se dirige a los asentamientos frágiles y de ayuda humanitaria; sin embargo, las recomendaciones pueden aplicarse a brotes de enfermedades contagiosas a cualquier población con escasez de recursos. **Esta guía busca complementar el trabajo llamado [La salud sexual y reproductiva y los derechos durante los brotes de enfermedades contagiosas: Guía operativa para escenarios frágiles y de ayuda humanitaria](#).**

La audiencia a la que se dirige esta guía está formada por gerentes de programas y proveedores de atención médica de los gobiernos e instituciones asociadas para la implementación que se encuentren en asentamientos frágiles y de ayuda humanitaria que estén en riesgo de experimentar brotes de enfermedades contagiosas o que ya los experimenten. Esta guía también puede ser útil para otras estructuras, como las de trabajadores sociales y administradores de casos de violencia de género que a menudo atienden clientes con embarazos no deseados.

Términos Clave:

- **Servicios de aborto seguro (SAS):** Abortos que se llevan a cabo usando alguno de los métodos recomendados por la OMS, apropiados a la edad gestacional y aplicados por un profesional con la capacidad requerida, según corresponda.
- **Servicios post-aborto (PAC):** Una serie de intervenciones médicas y relacionadas, diseñadas para gestionar las complicaciones de abortos espontáneos o inducidos, tanto seguros como inseguros, y abordar las necesidades de atención médica asociada de las mujeres.
- **Atención integral del aborto:** Dar información y servicios de gestión de abortos en SAS y PAC, así como asesoría sobre métodos anticonceptivos y remisión a los servicios adicionales necesarios.
- **Aborto no seguro:** Un aborto practicado por una persona que carece de la capacidad necesaria o en un ambiente que no cumple con los estándares médicos mínimos o ambas cosas.

Efectos de los brotes de enfermedades contagiosas en los servicios de aborto:

Los brotes de enfermedades contagiosas son emergencias de salud pública que requieren una respuesta aguda, particularmente en escenarios de ayuda humanitaria donde los sistemas de salud ya están en condiciones difíciles. El [Paquete de servicios iniciales mínimos \(PSIM\) de Salud sexual y reproductiva \(SSR\) en emergencias](#) es el estándar mínimo de la prestación de

servicios de SSR durante los brotes de enfermedades contagiosas, como en cualquier respuesta a emergencias, y el PSIM incorpora los servicios de aborto seguro como prioridad adicional.

Se calcula que los abortos inseguros causan del 8% al 13% de las muertes maternas en todo el mundo. Si bien la carga de los abortos inseguros en escenarios de ayuda humanitaria casi no se documenta, la perturbación general del sistema de salud, junto con una mayor incidencia de la violencia de género (VBG) que ocurre durante las crisis sugiere que la carga de los abortos inseguros en escenarios de ayuda humanitaria probablemente sea tan alta, o incluso más, que en los asentamientos estables. Sin embargo, la evaluación global 2012-2013 del Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en contextos de crisis descubrió que no había SAS en absoluto en los escenarios de ayuda humanitaria evaluados; esta evaluación también descubrió una absoluta falta de solicitudes de financiamiento para SAS dentro de las peticiones de ayuda humanitaria.ⁱ Han ocurrido procesos recientes donde los SAS se ofrecen como parte de la respuesta a emergencias en Bangladés, Colombia y Europa del Este, además de incluir los SAS en el capítulo del “Paquete de servicios iniciales mínimos de SSR en emergencias” del Manual de campo inter-agencias para la SSR en crisis. Aún así, a menudo no hay SAS disponibles en los escenarios humanitarios, a pesar de ser una necesidad sustancial.

La presión que los brotes de enfermedades ejercen sobre los sistemas de salud llevan a reducir el acceso a servicios como los métodos anticonceptivos y atención médica para sobrevivientes de ataques sexuales y puede aumentar la incidencia de violencia de género.ⁱⁱ Además, las complicaciones del embarazo, la pérdida del embarazo y las decisiones de llevar el embarazo a término o no se vuelven más complejas durante los brotes. Por ejemplo, cuando se contrae el virus de Zika durante el embarazo, puede causar malformaciones congénitas graves, como microcefalia.ⁱⁱⁱ De igual manera, cuando se contrae el virus del ébola (EVE) durante el embarazo, casi siempre se obtienen resultados adversos, como abortos espontáneos, muerte materna o neonatal.^{iv} La infección por hepatitis E y la fiebre de Lassa aumentan los riesgos de mortalidad para las embarazadas y sus fetos, mientras que la deshidratación causada por el cólera aumenta el riesgo de muerte fetal.^{v,vi,vii} Aunque los resultados en la salud materna y neonatal son menos graves con la COVID-19 en comparación con los virus de Zika y del ébola, padecer COVID-19 durante el embarazo puede aumentar el riesgo de algunas complicaciones, como un nacimiento prematuro o muerte fetal, y la sola cantidad de embarazadas infectadas con COVID-19 ha causado una mayor morbilidad y mortalidad que otros patógenos menos comunes.^{viii} Estas posibles complicaciones para las embarazadas, los fetos y los recién nacidos presentan más retos a los sistemas de salud que ya están bajo presión durante los brotes de enfermedades contagiosas, ya que les exigen gestionar un aumento de abortos complicados espontáneos y/o terapéuticos.

Dado el reducido acceso a servicios esenciales y la mayor incidencia de violencia de género durante los brotes de enfermedades contagiosas en los escenarios de ayuda humanitaria, así como la relación entre los resultados adversos en el embarazo y algunos patógenos, es fundamental que todas las opciones de embarazo, incluidos los SAS, sigan estando disponibles y sean accesibles durante los brotes de enfermedades contagiosas. Aunque los datos sobre la

disponibilidad de SAS durante los brotes de enfermedades contagiosas son limitados, los datos disponibles sugieren que los brotes de enfermedades contagiosas exacerban la ya escasa disponibilidad de SAS en escenarios de ayuda humanitaria. Durante el brote de EVE entre 2018 y 2020 en la República Democrática del Congo (RDC), el Comité Internacional de Rescate encontró una disponibilidad muy limitada de servicios de aborto seguro y altos niveles de estigma ante el aborto entre los participantes del estudio.^{ix} Una evaluación del impacto de la COVID-19 en los servicios de SSR en seis países que experimentan crisis humanitarias descubrió una reducción del acceso y uso de métodos anticonceptivos, un aumento en el riesgo de embarazo entre adolescentes y una mayor necesidad de SAS altamente desatendida, particularmente en la RDC.^x Otro estudio de la fundación de desarrollo Ipas en India descubrió que las restricciones de viaje y la reasignación de recursos a la COVID-19 en los primeros tres meses de la pandemia limitó el acceso al aborto a 1.85 millones de mujeres.^{xi} De manera similar, un estudio basado en un modelo de simulación realizado por el Ipas en Nigeria descubrió que los confinamientos, en particular, causaron el detrimento en el acceso a servicios de aborto seguro.^{xii} Un estudio sobre el acceso a servicios de aborto durante la pandemia de COVID-19 en Europa descubrió que mantener el acceso al aborto dependía de que los sistemas de salud priorizaran adaptaciones, como cambiar a servicios de telemedicina y medicamentos abortivos de aplicación temprana, mientras que en los países que no liberalizan las políticas de acceso al aborto se enfrentaban aún más obstáculos.^{xiii}

En general, sin importar el lugar, redireccionar los recursos hacia la respuesta al brote, en combinación con el estigma del aborto y las políticas restrictivas o ambiguas sobre el aborto, limitaron aún más el acceso a servicios de aborto durante los brotes de enfermedades contagiosas. Por estas razones, es fundamental que los gobiernos, las organizaciones de sociedad civil y los donantes den prioridad a los servicios de SSR dentro de la preparación de respuesta a brotes y garanticen el acceso al PSIM y los SAS, cuando ocurra un brote de una enfermedad contagiosa.

Consideraciones de la política:

Las [directrices de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) son claras en su recién publicada *Guía de atención del aborto*: “Fortalecer el acceso a la atención integral del aborto dentro del sistema de salud es fundamental para cumplir las metas de desarrollo sostenibles (MDS) relacionadas con una buena salud y bienestar (SDG3) y la igualdad de género (SDG5)”.^{xiv} Además, después de la pandemia de COVID-19 y otros brotes de enfermedades, la OMS ha incluido la atención integral del aborto como parte de su lista de servicios esenciales en sus directrices recientes, como la guía interna *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID 19*.^{xv}

De manera similar, como ya se destacó antes, [el PSIM de SSR en emergencias](#), un conjunto estandarizado de actividades y servicios prioritarios para salvar vidas que previenen el exceso de morbilidad, mortalidad y discapacidad en las poblaciones afectadas por una crisis, incluye los SAS como prioridad. La versión más reciente del PSIM, compuesta de seis objetivos fundamentales y publicada en 2018, incorpora los SAS en su segundo objetivo, que es prevenir y tratar las consecuencias de la violencia de género. La priorización de los SAS dentro de este

objetivo reconoce que las mujeres y las niñas que se encuentran en escenarios de ayuda humanitaria pueden tener un mayor riesgo de tener un embarazo no deseado y un aborto inseguro, lo que lleva a una mayor necesidad de acceso a los SAS. El capítulo del PSIM 2018 también destaca los SAS como “otra prioridad” y afirma que “también es importante asegurar que haya servicios de aborto seguro, hasta donde la ley lo permita, en centros de salud y hospitales”.^{xvi}

Es importante destacar que, si bien el aborto en una o más circunstancias es legal en la mayoría de los países, hay considerables variaciones en las circunstancias específicas bajo las cuales una persona puede tener acceso a un aborto. Además, “casi en todos los países donde el aborto es legal, el aborto se regula en forma diferente a otras formas de atención médica. A diferencia de otros servicios de salud, el aborto comúnmente se regula de acuerdo con diferentes grados de la ley penal, además de las regulaciones de las leyes de atención médica”.^{xvii} Por lo tanto, los obstáculos legales, que generalmente no están basados en evidencias, amplifican aún más los riesgos que enfrentan las mujeres y niñas embarazadas que necesitan una atención médica de alta calidad.

Los actores de la salud en brotes de enfermedades contagiosas deben hacer todos los esfuerzos posibles para garantizar el acceso a servicios de aborto seguro acordes a la evidencia global y a las prácticas recomendadas.

Mantener la seguridad y continuidad de la atención integral del aborto durante los brotes de enfermedades contagiosas.

Los SAS son servicios esenciales de atención médica y de aplicación urgente, así que el acceso a estos servicios debe mantenerse aunque la atención médica no esencial o electiva se interrumpa durante una fase aguda de un brote. Dado que la edad gestacional limita ciertos métodos de atención de un aborto, las demoras en el acceso a la atención médica debe minimizarse hasta donde sea posible. Sin embargo, asegurar la continuidad de los SAS durante un brote de una enfermedad contagiosa requiere más que mantener los servicios existentes. Los servicios e intervenciones de aborto seguro deben adaptarse en forma proactiva para responder a un sistema de salud cambiante, a la reasignación de recursos y a las preferencias y experiencias de las clientes.

Cómo lograr que los servicios de aborto en centros de salud sean seguros:

Los servicios de aborto en centros de salud deben ampliarse y adaptarse durante los brotes de enfermedades contagiosas para minimizar las interacciones innecesarias entre el proveedor y la cliente, así como para mejorar la prevención y control de infecciones para reducir la probabilidad de una transmisión nosocomial. La interacción directa entre el proveedor y la cliente debe minimizarse y solo se debe pedir a las clientes que acudan al centro de salud si los beneficios son muy superiores a los riesgos de contraer la enfermedad. Específicamente:

- **Los medicamentos abortivos deberían ser la primera opción de tratamiento** de SAS hasta las 12 semanas de gestación para minimizar el contacto del proveedor con sangre, fluidos y gotículas de respiración durante un brote. Si la cliente prefiere una aspiración endouterina en vez de medicamentos para abortar, se puede practicar en un centro médico siempre y cuando dicho centro tenga procedimientos y medidas adecuadas de prevención y control de infecciones. Las mujeres y las niñas pueden tener sus propias razones para preferir un método en vez de otro (cuestiones de privacidad y seguridad, antecedentes, etc.), y dichas razones deben ser respetadas siempre al máximo posible.
- **Las consultas, asesorías y revisiones del proveedor deben ser confidenciales y sin juicios y deben hacerse por teléfono o video** siempre que sea posible. Si no es posible examinar al paciente por teléfono o video, las consultas deberán realizarse usando medidas apropiadas de prevención y control de infecciones (mantener distancia social, aumentar la ventilación, etc.).
- **Las clientes que reciban medicamentos abortivos deberán recibir una dosis adicional de misoprostol** en caso de que el aborto no ocurra dentro de las 4 horas siguientes a la primera dosis. Esto reduce la necesidad de más consultas en caso de que la dosis inicial no tenga el resultado deseado.
- **Se debe recetar a las clientes un método de control del dolor suficiente** tomando en cuenta que tal vez no haya farmacias públicas abiertas o que no se tenga acceso a ellas. Además, un estado mental de estrés e incertidumbre puede aumentar el dolor percibido en las clientes.
- **Las mujeres deberán recibir su método anticonceptivo preferido** al mismo tiempo que el medicamento abortivo cuando sea posible (por ejemplo, píldoras, inyecciones, implantes, etc.), además de un método de refuerzo, como condones, cuando se requiera una remisión a otra ubicación (por ejemplo, para aplicar un dispositivo intrauterino o hacer una ligadura de trompas).

Aumentar el acceso al aborto autogestionado:

Cuando se interrumpen o se limitan los servicios de aborto en centros médicos y/o se prestan en circunstancias que causan que las clientes teman a los centros médicos, los programas deben adaptarse para que haya servicios de aborto seguro disponibles en forma autogestionada, de acuerdo con la [evidencia mundial](#). El aborto autogestionado se refiere a que la propia cliente maneje su propio aborto en forma segura usando misoprostol, con o sin mifepristona, y fuera del contexto del sistema de salud formal. Cuando se realiza de acuerdo con las recomendaciones y dentro de los límites de edad gestacional, el aborto autogestionado es seguro y eficaz. Debe considerarse lo siguiente cuando se trabaja para aumentar el acceso al aborto autogestionado seguro:

- **Iniciar programas de atención del aborto autogestionado en tiempos estables como parte de los esfuerzos de preparación** para que los programas puedan extenderse con más facilidad y éxito durante los brotes de enfermedades contagiosas.
- **La información sobre el aborto autogestionado seguro debe distribuirse discretamente por diversos canales** que coincidan con las preferencias de las

mujeres, adolescentes y niñas de cada contexto. Aunque algunos aspectos de los programas son parecidos a la entrega de medicamentos abortivos antes descrita, es posible que una persona que busque abortar no tenga contacto directo con un proveedor de atención clínica durante el proceso del aborto autogestionado. En vez de esto, la persona puede recibir información en línea sobre cómo abortar en forma segura llamando a una línea telefónica sin costo, a través de medios impresos o de asesores no clínicos capacitados. Las clientes que busquen abortar deben recibir información correcta sobre la dosis adecuada y los horarios en que debe administrarla, cómo controlar el dolor, los efectos secundarios esperados, señales de peligro y dónde puede recibir atención de emergencia en el improbable caso de una complicación.

- **Marque en un mapa la disponibilidad de misoprostol y mifepristona de alta calidad.** Estos productos pueden conseguirse en muchas farmacias, por correo postal y/o a través de medios de distribución comunitaria, dependiendo del contexto. En algunos casos, los implementadores necesitarán tener acceso a medicamentos de calidad y aumentar la disponibilidad de misoprostol y/o mifepristona en el mercado a través de asociaciones con farmacéuticos para que el aborto autogestionado sea accesible.

Integrar las necesidades de SSR dentro de la respuesta a los brotes de enfermedades contagiosas

Revisión, clasificación y pruebas:

Es común que los centros de salud implementen un sistema de revisión y clasificación durante los brotes de enfermedades contagiosas en el que la revisión usualmente ocurre a la entrada del centro de salud. Al establecer dichos espacios de revisión, deberá protegerse la privacidad de las mujeres y las niñas que entren al centro y facilitar la discusión de información más detallada.^{xviii}

- **La clasificación debe estar diseñada de tal forma que permita una consulta confidencial y privacidad** ante otros pacientes y miembros del personal y el personal debe estar bien capacitado en cómo responder en forma apropiada y considerada al respecto, incluso cuando las mujeres y niñas embarazadas solicitan acceso a los SAS. El personal deberá poder informar a mujeres y niñas sobre los SAS disponibles cuando sea apropiado y asegurarse de que se les proporcione información correcta y relevante.
- **Se debe asesorar a las mujeres sobre todas las opciones de embarazo, incluso de los SAS, al realizar pruebas de embarazo como parte del proceso de clasificación y revisión.**

La gestión de casos y los centros de tratamiento:

- **Coordinarse con los actores de SSR para asegurarse de que haya vías de remisión establecidas** entre los centros de atención médica para mantener la

disponibilidad de los SAS. Las mujeres y niñas embarazadas que sean admitidas en los centros de salud y de tratamiento durante un brote de una enfermedad contagiosa y deseen tener acceso a los SAS, deberán ser remitidas al lugar adecuado y recibir tratamiento cuando sea clínicamente apropiado. Esta recomendación es válida para quienes se consideren como no contagiosos o posiblemente contagiosos (por ejemplo, quienes estén en cuarentena, se hayan hecho la prueba, hayan iniciado el tratamiento o sospechen haberse contagiado). Si el centro que admite al paciente no tiene la capacidad de proporcionar SAS, entonces se recomienda que haya una vía de remisión en funciones para asegurar el acceso a SAS.

- **La gestión de casos y los centros de tratamiento que atiendan a mujeres embarazadas deben tener, por lo menos, personal capacitado para atender complicaciones de un aborto**, como hemorragias o retenciones. Hasta donde sea posible, estos centros deben tener personal capacitado e insumos suficientes para practicar abortos en el primero y el segundo trimestre; si no, deben contar con una vía de remisión rápida y segura disponible. Cuando haya capacidades e insumos disponibles para ofrecer procedimientos de aborto seguro con instrumentos, como la dilación y la evacuación, los procesos deberán implementarse con respecto a las guías de prevención y control de infecciones (PCI) para el patógeno de la enfermedad contagiosa. Los brotes de enfermedades contagiosas que causan enfermedades graves a mujeres y niñas embarazadas también pueden provocar abortos espontáneos o amenazas de aborto que requieran SAS o PAC para proteger la vida o la salud de las mujeres afectadas y, en tales casos, es posible que no haya tiempo suficiente para transferir a la cliente a otro centro. Dependiendo del patógeno y de las formas de transmisión, es probable que se necesite ampliar las medidas de PCI para proporcionar servicios de aborto seguro a las clientes en estas circunstancias.
- **Cuando el patógeno causante de enfermedades está asociado a resultados fetales no deseados, anomalías neonatales y/o enfermedades maternas graves, las mujeres embarazadas deben recibir información correcta sobre sus opciones y tener acceso a SAS.** Se les debe apoyar en las decisiones que tomen sobre la continuación o la terminación del embarazo. Por ejemplo, el síndrome congénito por virus del Zika se refiere a un rango de manifestaciones, además de la microcefalia congénita, que se ha informado que siguen tras la exposición al virus del Zika en el útero. En estos casos, se recomienda remitir a la paciente a especialistas en medicina fetal, si los hay, y si se confirma que hay una anomalía importante en el cerebro o microcefalia por la presencia de la infección del virus del Zika, se deberá deliberar la opción de terminar el embarazo con la paciente, sin importar el tiempo de gestación.^{xix} De manera similar, aunque los datos son limitados, los informes de los brotes de ébola indican que las tasas de abortos espontáneos son altas entre las mujeres embarazadas que se contagian de ébola y que los neonatos nacidos de mujeres con ébola a menudo son prematuros y tienen una alta tasa de mortalidad.^{xx} Es importante reconocer que la evidencia es limitada y específica al contexto; no hay suficiente evidencia actualmente para determinar cómo afecta un aborto inducido o la inducción del parto en un caso de EVE aguda.^{xxi} Sin embargo, la OMS recomienda claramente que las mujeres que se han recuperado de una EVE y deseen terminar con su embarazo deben recibir información

precisa sobre sus opciones, tener acceso a SAS y recibir apoyo en su decisión.^{xxii} Dado que el embarazo sigue siendo positivo a ébola después de que la embarazada se recupera, es más seguro practicar un aborto en un centro de tratamiento del ébola en vez de hacerlo en casa o en un centro de atención médica básica.

Comunicación de riesgos y participación de la comunidad (RCCE):

Es fundamental que los proveedores trabajen mano a mano con las comunidades y los asociados, incluyendo aquellos dentro del sector de la SSR, para entender las creencias e inquietudes de salud que tiene la comunidad y colaborar con ellos en el desarrollo e implementación de mensajes, entrega de materiales y desarrollo de actividades. Las inquietudes por un brote pueden basarse en estigmas contra el aborto que magnifican la pérdida del embarazo e inhiben la búsqueda de atención médica. Si las preguntas e inquietudes de una comunidad se abordan de una forma ineficaz, la gente puede buscar llenar esas faltas de conocimiento con información que tenga sentido para ellos, pero que pueden ser rumores o información falsa, lo cual puede tener consecuencias nocivas en el contexto de la atención del aborto. Por lo tanto, para facilitar los SAS, es esencial asegurar que haya claridad y congruencia en los mensajes relacionados con la SSR y el brote.

- **Los sub-grupos de RCCE involucrados en la respuesta al brote deberán coordinarse estrechamente con el grupo de SSR (que suele estar compuesto por proveedores de SSR y socios), el grupo de salud, el subgrupo de violencia de género y otros cuerpos coordinadores para asegurarse de que los mensajes sobre la SSR y el brote de la enfermedad contagiosa en cuestión estén coordinados y bien integrados.** Esta disposición abarca los mensajes que incluyen información sobre todas las opciones de embarazo, incluso los SAS.
- **Dado el contexto, elija con cuidado los canales más apropiados para transmitir información sobre la SSR y el brote de la enfermedad contagiosa.** En algunos casos, la difusión boca a boca, las conversaciones individuales o la distribución discreta de materiales por escrito pueden ser más eficaces y aceptables que las sesiones de información grupales o la transmisión por medios masivos. Estas estrategias pueden resultar particularmente útiles durante un brote de una enfermedad contagiosa, cuando a veces se ve al personal de respuesta externo con recelo.

Listas de Verificación Rápida de Referencias para Preparación y Respuesta

Lista de verificación para preparación:

Impartir capacitación de repaso basada en competencias sobre la atención integral del aborto usando medicamentos y aspiración manual endouterina.	
Asegúrese de incluir lo siguiente en los planes de contingencia para brotes: (1) Capacitar a proveedores de la comunidad en la administración temprana de medicamentos abortivos y cómo asesorar a las mujeres para un aborto autogestionado; (2) Proporcionar medicamentos y métodos anticonceptivos post-aborto a los proveedores; (3) Planificar cómo examinar a las clientes por vía remota o por teléfono, y (4) Establecer vías de remisión para la atención del aborto, en particular para la atención después del primer trimestre, si no está disponible en el sitio o en la comunidad.	
Abogar por los cambios de tareas de atención de abortos y el desarrollo de directrices comunitarias y de autocuidado sobre los medicamentos para abortar. Cuando los servicios de aborto estén restringidos, abogar por la ampliación de las indicaciones para tener servicios de aborto voluntario seguro.	
Procurar y pre-adjudicar insumos para realizar abortos en los centros médicos y autogestionados (incluyendo paquetes de medicamentos y materiales informativos, educativos y de comunicación que detallen las instrucciones de uso).	
Abogar activamente y asegurarse de que los servicios de SSR formen parte de los planes de transición y recuperación a través del grupo de trabajo de SSR, los mecanismos de coordinación de preparación para el brote y otros mecanismos de coordinación relacionados.	

Lista de revisión de respuestas:

Proporcionar medicamentos para el aborto como opción de primera línea; cuando se requiera una aspiración manual endouterina, seguir las guías estándar para el EPP y las medidas de PCI.	
La administración de medicamentos o expectante (“observar y esperar”) deben ser las opciones de primera línea para los abortos incompletos. Cuando la paciente se considere estable y sea seguro que vuelva a su casa, el tratamiento puede continuar fuera del centro de salud. Se deberá proporcionar un número telefónico y recomendaciones a seguir en caso de complicaciones.	
Suspender el seguimiento de rutina en los centros de salud y establecer un apoyo de seguimiento vía remota por teléfono cuando sea lo indicado.	
Proporcionar anticonceptivos post- aborto en la consulta, si la paciente lo desea.	
Garantizar la privacidad y la confidencialidad en las ubicaciones de revisión y clasificación.	
Establecer vías de remisión para la atención integral del aborto entre los centros médicos y de tratamiento.	
Asegurar (como mínimo) que los centros de tratamiento estén equipados para atender complicaciones del aborto y cuenten con la presencia de personal capacitado e insumos suficientes (sería lo ideal) para atender abortos en el primero y el segundo trimestre, cuando sea posible.	
En contextos donde la mifepristona no esté disponible y los centros de salud se vuelvan inaccesibles, se debe considerar aplicar regímenes solo a base de misoprostol para realizar un aborto autogestionado.	
Distribuya información acerca del aborto autogestionado seguro y asegúrese de que se puedan hacer regímenes combinados o solo con misoprostol a nivel comunitario.	
Distribuir los suministros necesarios según se requiera.	

Recursos Adicionales

- [Abortion Care Guideline](#) (Directrices sobre la atención para el aborto, OMS)
- [Chapter 8: Comprehensive Abortion Care](#) (Atención integral del aborto, capítulo 8; Manual de campo interinstitucional sobre la SSR en crisis, IAWG)
- [Chapter 3: Minimum Initial Services Package for SRH in Emergencies](#) (Paquete de servicios iniciales mínimos de SSR en emergencias, capítulo 3; Manual de campo interinstitucional sobre la SSR en crisis, IAWG)
- [COVID-19 Infection and Abortion Care](#) (La infección de COVID-19 y la atención del aborto, RCOG)
- [Guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision](#) (Directrices sobre intervenciones autogestionadas para la salud y el bienestar, revisión 2022; OMS)
- [Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease](#) (Directrices para gestionar la atención de mujeres embarazadas y en período de lactancia en el contexto de la enfermedad del virus del ébola, OMS)
- [How to Use the Abortion Pill](#) (Cómo usar las pastillas para abortar, MSF)
- [Medical Abortion Commodities Database](#) (Base de datos de productos de aborto médico)
- [How to buy abortion pills that are safe and effective, FAQs](#) (Cómo comprar pastillas para abortar que sean seguras y eficaces - Preguntas frecuentes) (Ipas)
- [Abortion Attitude Transformation: A values clarification toolkit for humanitarian audiences](#) (Transformación de actitudes respecto al aborto: un juego de herramientas para la aclaración de valores para públicos humanitarios, Ipas)
- [Abortion clinical training tools](#) (Herramientas de capacitación para abortos clínicos, Ipas)
- [Improving Access to Abortion in Crisis Settings: A legal risk management tool for organizations and providers](#) (Mejoría del acceso al aborto en situaciones de crisis: una herramienta de gestión de riesgos legales para organizaciones y proveedores, Ipas)
- [Trauma-informed care for abortion providers treating sexual violence survivors in humanitarian settings](#) (Atención informada sobre el trauma para proveedores de servicios de aborto que tratan a sobrevivientes de violencia sexual en escenarios de ayuda humanitaria, Ipas)

ⁱ Casey, S.E., Chynoweth, S.K., Cornier, N. *et al.* Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies. *Confl Health* 9 (Suppl 1), S3 (2015). <https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-S3>

ⁱⁱ Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, Beyrer C, Singh S. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Curr.* 2014 Mar 18;6:

DOI: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7

ⁱⁱⁱ Carmen D Zorrilla, Inés García García, Lourdes García Fragoso, Alberto De La Vega, Zika Virus Infection in Pregnancy: Maternal, Fetal, and Neonatal Considerations, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 216, Issue suppl_10, 15 December 2017, Pages S891–S896, <https://doi.org/10.1093/infdis/jix448>
^{iv} Megan E Foeller, Carolina Carvalho Ribeiro do Valle, Timothy M Foeller, Olufemi T Oladapo, Elin Roos, Anna E Thorson, Pregnancy and breastfeeding in the context of Ebola: a systematic review, *The Lancet Infectious Diseases*, Volume 20, Issue 7, 2020, Pages e149-e158, ISSN 1473-3099, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30194-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30194-8).

^v Medecins Sans Frontiers. Chapter 5.7: Cholera in Pregnancy. Managment of a Cholera Outbreak. <https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/CHOL/english/5-7-cholera-and-pregnancy-32409726.html>

-
- ^{vi} Nzelle D Kayem, Charlotte Benson, Christina Y L Aye, Sarah Barker, Mariana Tome, Stephen Kennedy, Proochista Ariana, Peter Horby. Lassa fever in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, Volume 114, Issue 5, May 2020, Pages 385–396, <https://doi.org/10.1093/trstmh/traa011>.
- ^{vii} World Health Organization. Hepatitis E. 24 June 2022 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-e#:~:text=Pregnant%20women%20with%20hepatitis%20E,hepatitis%20E%20in%20third%20trimester>
- ^{viii} Metz TD, et al. Association of SARS-CoV-2 infection with serious maternal morbidity and mortality from obstetric complications. *Journal of the American Medical Association*. 2022.
- ^{ix} McKay G, Black B, Mbambu Kahamba S, Wheeler E, Mearns S, Janvrin A. Not All That Bleeds Is Ebola: How has the DRC Ebola outbreak impacted Sexual and Reproductive Health in North-Kivu? New York, USA: The International Rescue Committee 2019. <https://www.rescue.org/sites/default/files/document/4416/srhebolareport1172020.pdf>
- ^x Catterson, Kit. 2020. “The Effects of COVID-19 on Sexual and Reproductive Health: A Case Study of Six Countries.” Global COVID-19 Situation Analysis Project, USAID. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9%20The%20effects%20of%20COVID-19%20on%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health.pdf>.
- ^{xi} Ipas. COVID-19 restrictions compromised abortion access for 1.85 million women in India. June 11, 2020. <https://www.ipas.org/news/covid-19-restrictions-compromised-abortion-access-for-1-85-million-women-in-india/>
- ^{xii} Ipas. Impact of COVID-19 Lockdown on Access to Safe Abortion in Nigeria. 2021. <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2021/09/Impact-of-COVID-19-Lockdown-on-Access-to-Safe-Abortion-in-Nigeria-NGCOVIDE21.pdf>
- ^{xiii} Neva Bojovic, Jovana Stanisljevic, Guido Giunti, The impact of COVID-19 on abortion access: Insights from the European Union and the United Kingdom, *Health Policy*, Volume 125, Issue 7, 2021, Pages 841-858, ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.005>.
- ^{xiv} World Health Organization. Abortion Care Guideline. 8 March 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.
- ^{xv} World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance, 1 June 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>
- ^{xvi} Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Inter-Agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. 2018. <https://iawgfieldmanual.com>
- ^{xvii} World Health Organization. Abortion Care Guideline. 8 March 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.
- ^{xviii} International Rescue Committee, READY Initiative. Sexual and Reproductive Health and Rights during Infectious Disease Outbreaks: Operational Guidance for Humanitarian and Fragile Settings. 2022. <https://www.rescue.org/report/sexual-and-reproductive-health-and-rights-during-infectious-disease-outbreaks-operational-2>
- ^{xix} Royal College of Obstetrics and Gynecology. Zika Virus Infection and Pregnancy. 19 February 2017.
- ^{xx} US Centers for Disease Control and Prevention. Care of a Neonate Born to a Mother who is Confirmed to have Ebola, is a Person under Investigation, or has been Exposed to Ebola. 30 May 2018. <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/clinicians/evd/neonatal-care.html#:~:text=While%20data%20are%20limited%2C%20reports%20from%20Ebola%20outbreaks,clinical%20signs%20at%20presentation%20of%20Ebola%20in%20neonates.>
- ^{xxi} World Health Organization. Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease. 16 February 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001381>.
- ^{xxii} World Health Organization. Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease. 16 February 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001381>.