



Segunda edición

Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos

ISBN: 1-933095-54-7

© 2010, 2014 Ipas.

Producido en Estados Unidos de América.

Cita sugerida: Ipas. (2014). *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos* (segunda edición). K. L. Turner (Ed.), Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas es una organización sin fines de lucro, que trabaja a nivel mundial para incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho al aborto. Nos esforzamos por eliminar el aborto inseguro, así como las muertes y lesiones causadas por éste, y por ampliar el acceso de las mujeres a servicios de atención integral del aborto, incluidos los servicios de anticoncepción e información y servicios relacionados de salud reproductiva. Procuramos fomentar un ambiente jurídico, político y social que apoye los derechos de las mujeres de tomar sus propias decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva con libertad y seguridad.

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

Créditos por la foto de la portada: ©Richard Lord

Ilustraciones: Stephen C. Edgerton

Las ilustraciones y fotografías utilizadas en esta publicación son para fines ilustrativos únicamente. Cualquier semejanza con alguna persona real, viva o muerta, no es intencional.

Para mayor información o para donar a Ipas:

Ipas

P.O. Box 9990

Chapel Hill, NC 27515 EE.UU.

1-919-967-7052

info@ipas.org

www.ipas.org

Impreso en papel reciclado

Agradecimientos

Esta segunda edición de la Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos fue modificada y actualizada por las siguientes personas, que forman parte del personal y consultores de Ipas:

Katherine L. Turner, EE. UU., redactora y revisora principal

Jennifer Soliman, EE. UU., coordinadora de revisión

Principal equipo de revisión:

Alice Mark, EE. UU.

Amanda Huber, EE. UU.

Bill Powell, EE. UU.

Joan Healy, EE. UU.

Revisoras técnicas:

Alyson Hyman, EE. UU.

Anna de Guzman, EE. UU.

Nadia Shamsuddin, EE. UU.

*El siguiente personal y colegas de Ipas contribuyeron valiosos aportes:**

Alison Edelman, EE. UU.

Mary Fjerstad, EE. UU.

Bhagawati Badal, Nepal

Makgoale Magwentshu,
Sudáfrica

Dalia Brahmi, EE. UU.

Meena Kumari Shrestha, Nepal

Deeb Shrestha Dangol, Nepal

Prativa Koirala, Nepal

Ganesh Bahadur Singh, Nepal

Tarun Poudel, Nepal

Kalpana Khadsaka, Nepal

Manish Aryal, Nepal

Agradecemos al personal de Ipas que contribuyó a la elaboración de la primera edición:

Alfonso Carrera, México	Makgoale Magwentshu, Sudáfrica
Alyson Hyman, EE. UU.	Mary Fjerstad, EE. UU.
Bill Powell, EE. UU.	Mary-Jane Zondo, Sudáfrica
Cansas Mulligan, EE. UU.	Mariana Abernathy, EE. UU.
Ganesh Shrestha, Nepal	Nadia Shamsuddin, EE. UU.
Indira Basnett, Nepal	Phan Bich Thuy, Vietnam
Jennie Orcutt, EE. UU.	Robyn Sneeringer, EE. UU.
Joachim Osur, Kenia	Rodolfo Gómez Ponce de León, Argentina
Joan Healy, EE. UU.	Sangeeta Batra, India
Joseph Mills, Ghana	Sarah Packer, EE. UU.
Josephine Addy, Ghana	Sikiratu Kailani, Nigeria
Karen Trueman, Sudáfrica	Takele Geressu, Etiopía
Kari Koita, Kenia	Tiemoko Ouattara, Burkina Faso
Katherine L. Turner, EE. UU.	Traci Baird, EE. UU.
Karen Padilla, Nicaragua	
Laura Castleman, EE. UU.	

Expresamos nuestro agradecimiento a la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional por contribuir fondos para la elaboración de la primera edición de este material de capacitación mediante una subvención a Ipas.

*Queremos agradecer a las siguientes personas por aportar su tiempo y pericia para la creación del programa de capacitación de Ipas en la prestación de servicios de aborto con medicamentos:**

Ali Samba, Ghana	Lisa Memmel, EE. UU.
Alison Edelman, EE. UU.	Lisa Moreau, EE. UU.
Anne Burke, EE. UU.	Meera Ojha, Nepal
Beth Kruse, EE. UU.	Meera Upadhyay, Nepal
Beverly Winikoff, EE. UU.	Melanie Peña, EE. UU.
Blami Dao, Burkina Faso	Mitchell Creinin, EE. UU.
Caitlin Shannon, EE. UU.	Nitin Joglekar, India
Chanda Karki, Nepal	Nguyen Thi Nhu Ngoc, Vietnam
Christina Wegs, EE. UU.	Paige Layno-Winn, EE. UU.
Danielle Hassoun, Francia	Paul Blumenthal, EE. UU.
Dalia Brahmi, EE. UU.	Phillip Stubblefield, EE. UU.
Fabian Rodríguez, Uruguay	Pramila Pradha, Nepal
George Huggins, EE. UU.	Rodica Comendant, Moldavia
Hela Chelli, Túnez	Selma Hajri, Túnez
Helena Von Herten, Suiza	Shilu Aryal, Nepal
Joe Taylor, Ghana	Suchitra Dalvie, India
Kusum Thapa, Nepal	Swaraj Rajbhandari, Camboya

*El contenido y los protocolos en esta publicación no necesariamente reflejan los puntos de vista y las opiniones de cada persona colaboradora.

Agradecemos en particular a las organizaciones colegas que realizaron la prueba de campo de la primera edición del material de capacitación:

Capacitación en Nepal sobre aborto con medicamentos para capacitadoras y capacitadores principales y la División de Salud Familiar, Gobierno de Nepal

Capacitación de capacitadores en la región de África sobre aborto con medicamentos y el Centro de Formación Internacional y de Investigación (CéFIR), Túnez

Grupo de Trabajo Técnico en Camboya sobre aborto con medicamentos y el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Gobierno de Camboya

Comité de Revisión del Currículo Sudafricano sobre Aborto con Medicamentos

Índice

Agradecimientos	i
Acerca de la Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos	viii
Actualizaciones clínicas	viii
Propósito	viii
Objetivos	viii
Segunda edición	ix
Acerca del programa de capacitación en la prestación de servicios de AM	xii
Participantes	xii
Prerrequisitos	xiii
Duración del programa de capacitación	xiii
Módulo 1: visión general.....	1
Introducción	1
Métodos de aborto.....	2
Acceso	3
Aceptación.....	4
Módulo 2A: aborto inducido con mifepristona y misoprostol.....	7
Visión general	7
Elegibilidad	9
Indicación	9
Contraindicaciones.....	9
Precauciones.....	9
Embarazo ectópico.....	10
Consideraciones especiales.....	10
Mujeres jóvenes.....	10
Asma.....	11
VIH y SIDA.....	11
Lactancia	11
Infecciones de transmisión sexual	11
Obesidad.....	11
Gestación múltiple	11
Regímenes de mifepristona y misoprostol hasta 13 semanas.....	12
Vías de administración de los medicamentos	12
Mifepristona	12
Misoprostol.....	12
Módulo 2B: aborto inducido con misoprostol solo	17
Visión general	17
Elegibilidad	18
Indicación	18
Contraindicaciones.....	19
Precauciones.....	19

Embarazo ectópico	19
Consideraciones especiales.....	20
Mujeres jóvenes.....	20
Asma.....	20
VIH y SIDA	20
Lactancia.....	20
Infecciones de transmisión sexual	21
Obesidad y gestación múltiple	21
Régimen de misoprostol solo hasta 13 semanas.....	21
Vías de administración de misoprostol.....	22
Módulo 3: atención clínica.....	27
Evaluación clínica	27
Determinación de la edad gestacional	28
Fecha de la última menstruación.....	28
Examen pélvico.....	29
Ultrasonido.....	30
Embarazo ectópico.....	30
Antibióticos	31
Inmunoglobulina Rh	31
Proceso de aborto	32
Dolor y cólicos.....	32
Manejo del dolor.....	32
Sangrado vaginal.....	34
Inicio del sangrado.....	34
Duración del sangrado.....	34
Conversación con las mujeres sobre el sangrado y dolor	34
Plazo en que se concluye la expulsión	36
Lo que podría ver la mujer	36
Desechos biológicos	37
Aborto con medicamentos entre las nueve y diez semanas del embarazo.....	37
Aborto con medicamentos de más de 10 semanas.....	37
Posibles efectos secundarios.....	37
Complicaciones.....	38
Anticoncepción postaborto.....	39
Elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos después del AM	40
Resumen de la evidencia	40
Módulo 4: consentimiento informado, información y consejería.....	45
Opciones relacionadas con el embarazo.....	45
Consentimiento informado.....	46
Opciones de procedimientos.....	46
Beneficios y riesgos del AM	49
Beneficios.....	49
Riesgos.....	49
Aborto fallido con medicamentos.....	50
Otros riesgos	50
Posibles defectos congénitos.....	51

Cómo explicar el proceso de AM a las mujeres	51
Consejería centrada en la mujer	54
Módulo 5: cuidados seguimiento	59
Visión general	59
Confirmación de aborto completo	60
Qué esperar en la consulta después del aborto con medicamentos	61
Normal.....	61
Sangrado problemático.....	62
Sangrado abundante persistente	62
Sangrado errático	62
Sangrado tardío	62
Anticoncepción después del AM	63
Palabras reconfortantes y apoyo.....	63
Atención a otras necesidades durante la cita de control.....	63
Alternativas al seguimiento clínico.....	63
Módulo 6: problemas, complicaciones y urgencias	67
Problemas	67
AM fallido	68
Dolor persistente.....	68
Embarazo ectópico.....	69
Complicaciones.....	70
Hemorragia.....	70
Infección	71
Reacciones alérgicas.....	71
Respuesta a urgencias	72
Profesional de la salud de guardia	72
Relación con el centro de referencia.....	72
Referencia y contrarreferencia	73
Simulaciones de urgencias	73
Insumos.....	73
Vínculos con la comunidad.....	73
Módulo 7: prestación de servicios.....	77
Prestación de servicios de aborto con medicamentos centrados en la mujer	77
Unidades y servicios de salud	77
Manejo de medicamentos e insumos.....	78
Conocimientos, actitudes y habilidades del personal.....	79
Información suministrada a las usuarias	79
Gestión de registros	79
Monitoreo y evaluación.....	80
Lugar de administración de las tabletas	80
Uso domiciliario del misoprostol	80
Administración clínica del misoprostol	81
Respuestas a las preguntas de revisión	85

Recursos adicionales	86
Por tema	86
Publicaciones de Ipas relacionadas	90
Otras publicaciones relacionadas	91
Sitios web relacionados	93
Siglas utilizadas en esta guía	94
Glosario	95
Anexos	100
A. Guía de consulta rápida sobre aborto con medicamentos.....	100
B. Ilustración de un embrión de 8 o 9 semanas, a escala.....	102
C. Preguntas y respuestas adicionales sobre el aborto con medicamentos	103
D. Elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos después del AM	109
Referencias bibliográficas	110

CD-Rom del currículo de Ipas de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos y otros recursos: materiales pertinentes a este currículo:

Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos (archivo pdf)

Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos (archivo pdf)

Presentación en PowerPoint de la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* (archivo ppt)

PowerPoint del programa concurso y plugin Flash (archivos ppt y swf)

Aborto con medicamentos en las etapas iniciales del embarazo: información, educación y comunicación (IEC) (materiales y material auxiliar)

Hoja de cálculo de la Guía de Ipas para la gestión de insumos de AM (archivo xls)

La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia y manual de capacitación, segunda edición (archivos pdf y ppt)

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: un juego de herramientas para la capacitación (archivos pdf y ppt)

Capacitación eficaz en salud reproductiva: diseño y ejecución del curso. Manual de referencia y manual de capacitación (archivos pdf y ppt)

Acercas de la Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos

La *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos* es uno de dos documentos que forman parte de los materiales de capacitación de Ipas sobre aborto con medicamentos (AM). La *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos* y su acompañante la *Guía de capacitación* fueron creadas como un suplemento al currículo integral de Ipas para capacitación en la prestación de servicios de aborto, *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia y manual de capacitación, segunda edición*.

- *Guía de estudio sobre el AM*: a ser utilizada para el estudio autodirigido antes de asistir en persona al taller y a la práctica clínica, y como material didáctico para futuras consultas.
- *Guía de capacitación en la prestación de servicios de AM*: a ser utilizada por capacitadoras y capacitadores clínicos para conducir a las y los participantes por el taller seguido de la práctica clínica.

Actualizaciones clínicas

Toda la información clínica en este manual estaba actualizada en el momento en que se publicó. Para obtener orientación clínica actualizada, por favor remítase a la serie de *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*, en el sitio web de Ipas: www.ipas.org.

Propósito

En la *Guía de estudio sobre el AM* se describe el uso de medicamentos para inducir el aborto en el primer trimestre. Su finalidad es preparar a profesionales de la salud para las porciones en persona de desarrollo de habilidades y práctica clínica de los programas de capacitación en la prestación de servicios de AM. Además, puede servir de manual de referencia durante eventos de capacitación y para futuras consultas.

Objetivos

Al concluir la *Guía de estudio sobre el AM*, cada participante podrá:

1. Explicar los regímenes de medicamentos de AM recomendados por Ipas

2. Describir la elegibilidad, contraindicaciones y precauciones
3. Reconocer los efectos secundarios esperados y posibles del AM
4. Explicar la información que debe saber la mujer sobre el AM, incluidos los signos de alarma para buscar atención médica
5. Identificar cuándo las mujeres necesitan atención de urgencia
6. Identificar los requisitos necesarios de personal, de la unidad de salud, de gestión de registros e insumos para establecer servicios de AM en su lugar de trabajo

Cada módulo en la guía de estudio tiene tres secciones: el contenido, las preguntas de revisión y las preguntas de reflexión.

Los módulos ofrecen información sobre AM: regímenes recomendados, elegibilidad, atención clínica, consejería e información y asuntos de prestación de servicios.

La sección de *Revisión* contiene preguntas centradas en puntos clave de aprendizaje. Las respuestas correctas se encuentran en la hoja de respuestas.

La sección de *Reflexión* tiene como finalidad estimular análisis de las prácticas actuales de servicios de AM y cómo aplicar el contenido de la guía de estudio a los lugares donde se ofrecen servicios de AM.

Segunda edición

Esta guía de estudio fue elaborada para capacitar a profesionales de la salud en la prestación de servicios clínicos de alta calidad de aborto con medicamentos (AM) en el primer trimestre, particularmente en ámbitos con recursos limitados. Esta segunda edición se actualizó para reflejar la evidencia más reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2012) y otros importantes documentos fuente. Las actualizaciones contienen evidencias y recomendaciones clínicas actuales respecto a la prestación de servicios de AM adecuados para las mujeres jóvenes y cómo trabajar con las comunidades para mejorar la información, el apoyo social y el acceso.

Este currículo se centra en la prestación de servicios de AM por profesionales de la salud capacitados, que trabajan en unidades de salud en el sistema de salud pública. Cada vez se presta más atención a ampliar el acceso a la información y los medicamentos de AM para las mujeres en comunidades reales y virtuales fuera del sistema de salud oficial, particularmente en lugares donde las mujeres corren graves peligros por carecer de acceso a servicios seguros. Ipas tiene políticas, materiales y programas para apoyar estos esfuerzos. En esta segunda edición, hemos incluido algunas recomendaciones sobre cómo ampliar el acceso y mejorar los vínculos entre las comunidades y las unidades de salud.

Para obtener más información al respecto, por favor remítase a Recursos adicionales, Acceso comunitario.

En esta segunda edición, tratamos las necesidades únicas de las jóvenes en un esfuerzo por ampliar la prestación de servicios de AM y el acceso a estos. Las jóvenes son afectadas de manera desproporcionada por el aborto inseguro. En los países en desarrollo, las niñas de 10 a 19 años de edad tienen por lo menos 2.2 a 4 millones de abortos inseguros; cada año, aproximadamente el 45% de las muertes relacionadas con abortos inseguros ocurren en este grupo etario (OMS 2007). Las jóvenes menores de 20 años constituyen el 70% de todas las hospitalizaciones por complicaciones de abortos inseguros (Plan 2007). Señalamos cuando hay evidencia de diferencias clínicas o de otra índole entre las jóvenes y mujeres adultas. Cuando corresponde, también señalamos cuando se carece de evidencia. A lo largo del presente manual, generalmente nos referimos a las jóvenes (de 10 a 24 años de edad). Cuando la evidencia se aplica específicamente a adolescentes (de 10 a 19 años de edad, según la OMS), utilizamos ese término. Para obtener más información sobre los servicios de aborto para mujeres jóvenes, por favor remítase a Recursos adicionales, Mujeres jóvenes.

Acerca del programa de capacitación en la prestación de servicios de AM

El programa de capacitación de Ipas en la prestación de servicios de AM fue creado para capacitar a profesionales de la salud en la prestación de servicios clínicos de alta calidad de AM en el primer trimestre, particularmente en lugares con recursos limitados. La *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos* y su acompañante la *Guía de capacitación* fueron creadas para acompañar el currículo integral de Ipas para la capacitación en servicios de aborto, *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia y manual de capacitación, segunda edición*. Este programa de capacitación consiste en tres elementos principales:

- Estudio autodirigido
- Taller en persona
- Práctica clínica

En este enfoque de aprendizaje combinado se combina la adquisición de conocimientos esenciales por medio de un estudio autodirigido con el desarrollo de habilidades en un ámbito de taller, cara a cara, para después aplicarlo a situaciones de trabajo mediante la práctica.

Las personas que participen en este programa de capacitación deben concluir el estudio autodirigido utilizando la *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos* antes de asistir al taller y a la práctica. Recomendamos administrar una prueba preliminar antes del taller, que abarque la información incluida en la *Guía de estudio sobre el AM*. Cada participante debe recibir una puntuación del 75% o más en esta prueba para poder participar en el taller y en la práctica. Con este requisito se asegurará que cada participante tenga una base de conocimientos que aplicará mediante la práctica de habilidades durante la capacitación y práctica en persona.

Las personas que no tengan acceso a mifepristona pueden saltar el Módulo 2A, Aborto inducido con mifepristona y misoprostol, y utilizar el Módulo 2B, Aborto inducido con misoprostol solo. Dado que el AM inducido con una combinación de mifepristona y misoprostol es más eficaz que el misoprostol solo, Ipas recomienda ofrecer servicios de AM con la combinación de estos dos medicamentos siempre que sea posible.

Otras opciones de aprendizaje autodirigido se encuentran en la

Universidad de Ipas, que ofrece cursos gratuitos en línea para profesionales de salud reproductiva sobre servicios de aborto seguro y atención postaborto. Estos cursos se pueden utilizar para aprendizaje autodirigido o como elemento en línea de un modelo de aprendizaje combinado. Para ver el catálogo de cursos de la Universidad de Ipas, visite <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/IpasUniversity-course-catalog.aspx>; para inscribirse y tomar cursos, por favor visite www.IpasU.org.

Participantes

Este programa de capacitación está dirigido a profesionales de la salud, incluidas parteras, personal de enfermería y otros profesionales de nivel intermedio, médicos generales, obstetras/ginecólogos y cualquier otro profesional de la salud que esté autorizado para ofrecer servicios clínicos de aborto con medicamentos en el primer trimestre. El contenido se centra en la información básica necesaria para la prestación de servicios pero incluye recursos para estudios adicionales o ampliación de habilidades, acorde a las necesidades de las y los participantes. El contenido se basa en los prerrequisitos de conocimientos, habilidades y formación de las y los participantes en atención integral del aborto, que se mencionan a continuación. En lugares donde las y los participantes no han recibido esta capacitación integral, se debe suplementar el contenido de AM, basándose en el currículo de Ipas *La atención integral del aborto centrada en la mujer*, el cual está incluido en el CD-Rom y disponible en www.ipas.org/resources.

Prerrequisitos

Cada participante en el programa de capacitación en AM debe, como mínimo, ser capaz de:

- Demostrar conocimiento de la anatomía y fisiología del sistema reproductivo de la mujer
- Demostrar habilidades para elaborar la historia clínica y realizar un examen físico
- Determinar con exactitud la edad gestacional de un embarazo en las etapas iniciales
- Reconocer y manejar las complicaciones del aborto o referir a las mujeres para el tratamiento de éstas

Lo *ideal* sería que cada participante ya pudiera:

- Describir los conceptos fundamentales de la atención del aborto centrada en la mujer –elección, calidad y acceso– y la importancia de dar prioridad a las necesidades de cada mujer
- Describir las circunstancias en que el aborto es permitido y aquellas en que es restringido por la ley o por políticas

- Efectuar la aspiración endouterina o referir a la mujer para que reciba esos servicios cuando sea necesario
- Reconocer los signos y síntomas clínicos del embarazo ectópico y brindar el tratamiento correspondiente o referir a la mujer para que reciba tratamiento

Duración del programa de capacitación

A continuación se proporcionan cálculos aproximados; el tiempo real varía:

- Estudio autodirigido: 4 a 6 horas para leer y contestar las preguntas de revisión y reflexión en la *Guía de estudio*.
- Taller: 2 a 4 días según el uso de los módulos y ampliación o reducción del contenido. La agenda del taller debe adaptarse acorde a las necesidades de aprendizaje del grupo de participantes.
- Práctica clínica: 4 a 6 horas para concluir la práctica clínica. Estos cálculos varían considerablemente y dependen mucho del ámbito, la casuística y otras consideraciones que se deben tener en cuenta.

Módulo 1: visión general

Introducción

El aborto con medicamentos (AM), inducido con mifepristona y misoprostol o con misoprostol solo, es una opción segura, eficaz y aceptable para la interrupción del embarazo (RCOG 2004, OMS 2012, Winikoff 2008, von Hertzen 2003, von Hertzen 2007, Hamoda y Templeton 2010). Millones de mujeres en todo el mundo han elegido el AM (también conocido como aborto con medicamentos, aborto farmacológico o la píldora abortiva) y piensan que es una opción muy aceptable. Muchas mujeres describen el AM como un método que se siente más natural y puede tomarse en la casa en privado, por lo cual sienten que tienen más control que con otros métodos.

Es muy frecuente que las mujeres que no tienen acceso a servicios de aborto seguro se vean obligadas a recurrir a prestadores de servicios no calificados, que trabajan en condiciones antihigiénicas, lo cual en muchos casos causa discapacidad y hasta

la muerte. Mundialmente, en el año 2008, ocurrieron 21.6 millones de abortos inseguros, que causaron aproximadamente 47,000 muertes maternas evitables (OMS 2011). En ámbitos con escasos recursos y con acceso limitado a otros métodos de aborto seguro, el AM tiene el potencial de disminuir drásticamente las tasas de morbilidad y mortalidad maternas. En 2003, aproximadamente el 45% de todas las muertes del mundo relacionadas con aborto inseguro ocurrieron entre mujeres jóvenes (OMS 2007), quienes pueden beneficiarse de las numerosas ventajas del método de AM. Por lo tanto, hacemos mención especial de los servicios de AM para las jóvenes siempre que sea apropiado en la presente guía de estudio y esperamos que esto produzca un aumento en el acceso y la prestación de estos servicios para las jóvenes.

En este módulo se expone una visión general de los métodos de aborto en el primer trimestre, se describe cómo el AM tiene el potencial de mejorar el acceso a servicios de aborto seguro y se resumen los hallazgos sobre aceptación del AM. En módulos posteriores se incluyen detalles sobre las tasas de eficacia, regímenes de medicamentos, efectos secundarios, medicamentos para el dolor, seguimiento y complicaciones.

Métodos de aborto

La evacuación endouterina (extracción del contenido del útero) se puede efectuar en el primer trimestre con medicamentos, aspiración por vacío o legrado uterino instrumental (LUI), también conocido como curetaje. Aunque el LUI es común en muchos países, las guías de la OMS establecen que debe emplearse solo cuando no es posible realizar la aspiración por vacío o el AM (OMS 2012). Una reciente declaración de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) apoyó el uso de la aspiración por vacío o de medicamentos en lugar del curetaje para efectuar la evacuación endouterina (FIGO 2011). Por lo tanto, los prestadores y administradores del sistema de salud deberían hacer todos los esfuerzos posibles por sustituir el LUI con aspiración por vacío o AM. Si se están introduciendo los servicios por primera vez, se deben ofrecer los métodos de aspiración por vacío y aborto con medicamentos en lugar de legrado uterino instrumental.

En la aspiración por vacío, el contenido del útero es evacuado con una cánula de plástico o de metal utilizando succión proveniente de un aspirador manual portátil (aspiración manual endouterina) o de una bomba eléctrica (aspiración eléctrica endouterina). La aspiración por vacío es una alternativa importante al AM y, de vez en cuando, el método de respaldo del AM.

El AM, un método aprobado mundialmente, implica el uso de diversos medicamentos para realizar la evacuación endouterina. La OMS estableció en 2003 y reiteró en 2012 que “se ha demostrado que los métodos farmacológicos de aborto son seguros y eficaces” (OMS 2003, OMS 2012). En 2005, la OMS agregó la mifepristona con misoprostol y el misoprostol solo a su Lista Modelo de

Medicamentos Esenciales (OMS 2005). Además, el régimen de mifepristona con misoprostol fue incluido en la Lista Interagencial de Medicamentos Esenciales para Salud Reproductiva, compilada por varios de los organismos de las Naciones Unidas y otras ONG internacionales, específicamente para el aborto con medicamentos en las primeras 9 semanas de gestación (OMS 2006).

Cada vez más se utilizan mifepristona y misoprostol para el AM a nivel mundial (Gynuity Health Projects 2011). También pueden utilizarse otros medicamentos, principalmente el metotrexate, y otras prostaglandinas, como gemeprost. Esta guía de estudio se concentra en el uso del régimen combinado de mifepristona y misoprostol o del régimen de misoprostol solo.

Las adolescentes pueden utilizar los mismos métodos de evacuación endouterina que las mujeres adultas. En un reciente estudio se demostró que entre las adolescentes que buscan un aborto con medicamentos existen tasas similares o menores de resultados adversos que entre las mujeres adultas (Niinimäki 2011).

Acceso

El AM tiene el potencial de mejorar considerablemente el acceso a los servicios de aborto seguro y puede ser particularmente benéfico en lugares donde los servicios de evacuación endouterina son limitados o no están disponibles. En ámbitos con escasos recursos o en comunidades con acceso restringido a los servicios de aborto seguro, el AM ofrece las siguientes ventajas:

- Los servicios de AM son sencillos, fáciles de manejar y los medicamentos no necesitan refrigeración. Posiblemente requieran menos equipo, instalaciones y personal de salud.
- Los servicios de AM quizás sean más accesibles que los de aspiración por vacío porque es posible capacitar a diversas categorías de profesionales de la salud en la prestación de servicios de AM. Las investigaciones han demostrado que, en ámbitos con escasos recursos, diferentes categorías de profesionales de la salud debidamente capacitados pueden administrar medicamentos para inducir el aborto de manera tan segura como las y los profesionales médicos (Warriner, et al 2011). Esto facilita la prestación de servicios en el nivel más local, cerca de donde viven y trabajan las mujeres. Esto puede ser particularmente beneficioso para las jóvenes, quienes tienen menos acceso a los servicios de aborto seguro (Turner 2011).
- En muchos ámbitos, las y los profesionales de la salud pueden proporcionar información a las mujeres sobre las dosis y los regímenes correctos de AM, aunque no estén autorizados para despachar los medicamentos directamente.

- En ámbitos donde el legrado uterino instrumental (LUI) ha sido el método principal de evacuación endouterina, el AM constituye una opción especialmente deseable, ya que elimina la posible necesidad de anestesia general y estancia hospitalaria.
- El AM es la opción más segura y quizás la única opción de aborto disponible en algunas situaciones clínicas (Creinin 1996):
 - Cuando la mujer presenta otras anomalías uterinas que impiden el uso de AMEU o LUI
 - Cuando la dilatación cervical es o sería difícil: por ejemplo, cuando la mujer presenta estenosis cervical.
- El AM puede ser rentable (o más costo-eficaz) comparado con otros métodos. Los costos varían según el precio de los medicamentos, el número de consultas y los protocolos clínicos específicos (Murthy y Creinin 2003, Creinin 2000).

Aceptación

El AM es muy aceptado por las mujeres en una variedad de entornos, incluso en ámbitos con escasos recursos. Los estudios muestran una y otra vez que entre el 85% y el 95% de las mujeres están satisfechas o muy satisfechas con el método, y estarían dispuestas a usarlo de nuevo o a recomendarlo a una amiga que lo necesite (Winikoff 1997, Karki 2009). A las mujeres se les debe dar la opción de elegir de entre varios métodos, siempre que sea posible, y se les debe proporcionar suficiente información para que puedan tomar una decisión informada.

Las mujeres jóvenes en diversos ámbitos tienen similares tasas de alta satisfacción con el AM (Carbonell 2001, Creinin 1996, Mamers 1997, Phelps 2001, Velazco 2000) y el 92% de las jóvenes en los estudios realizados en Cuba recomendarían el método a una amiga (Carbonell 2001, Velazco 2000).

- Las mujeres a menudo mencionan como un beneficio importante el aspecto no quirúrgico del AM, comparado con el procedimiento de aspiración por vacío.
- Algunas mujeres, incluidas las jóvenes, perciben el AM como un método más privado y más natural. Las mujeres pueden tomarse los medicamentos en su casa, por lo cual tienen más control de las condiciones en las que tienen el aborto.

Revisión

Encierre en un círculo *todas* las respuestas correctas. Puede haber más de una respuesta correcta para cada pregunta.

1. ¿Cuáles son los métodos preferidos para la evacuación endouterina en el primer trimestre, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)?
 - a. Aborto con medicamentos
 - b. Legrado uterino instrumental (LUI)
 - c. Aspiración por vacío
 - d. Instilación uterotónica

2. ¿Por qué tiene el AM el potencial de mejorar el acceso a los servicios de aborto seguro, particularmente en lugares donde los servicios de evacuación endouterina son limitados o no existen?
 - a. Es sencillo y fácil de usar.
 - b. Diferentes tipos de profesionales de la salud pueden ser capacitados para suministrar la información y los medicamentos.
 - c. Los medicamentos no necesitan refrigeración.
 - d. El AM puede realizarse solo en unidades de salud.

3. ¿Por qué muchas mujeres piensan que el aborto con medicamentos es más aceptable?
 - a. Se pueden tomar los medicamentos en su casa.
 - b. Debe ser administrado por un/a prestador/a de servicios capacitado/a.
 - c. Puede sentirse como un proceso natural.
 - d. Las y los profesionales de la salud tienen más control del proceso.

Reflexión

Las siguientes preguntas fueron formuladas para ayudarle a pensar en lo que hay actualmente establecido para la prestación de servicios de AM y cómo aplicar el contenido de este módulo en su entorno.

1. ¿Cuáles son las indicaciones actuales para la interrupción legal del embarazo en su país o entorno? ¿Son diferentes para las jóvenes que para las mujeres adultas?
2. ¿Hasta qué grado están disponibles los servicios de aborto seguro y son accesibles para todas las mujeres que tienen derecho a estos según las leyes vigentes en su país o entorno? ¿Son igual de accesibles para las jóvenes que para las mujeres adultas?
3. ¿Cuáles son los métodos de aborto más utilizados por profesionales de la salud en su entorno?
4. ¿Qué investigaciones se han realizado sobre los métodos de aborto preferidos por las mujeres en su entorno? ¿Han explorado las investigaciones las preferencias de las jóvenes comparadas con las de las mujeres adultas?
5. ¿Qué medicamentos están registrados por el gobierno para los servicios de aborto?
6. ¿Existe el uso extraoficial de los medicamentos, como el misoprostol, para el AM?

Módulo 2A: aborto inducido con mifepristona y misoprostol

Este módulo trata sobre el AM con mifepristona y misoprostol. Toda mención del AM en este módulo se refiere al régimen combinado de mifepristona y misoprostol.

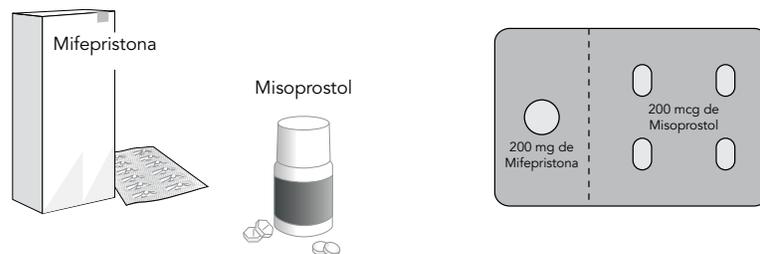
Visión general

La combinación de mifepristona y misoprostol es más eficaz para lograr un aborto completo que el uso de cualquiera de los dos medicamentos por sí solos (Ngoc 2011, Kulier 2011). En el primer trimestre, el régimen combinado de mifepristona y misoprostol produce un aborto completo sin necesidad de efectuar la evacuación por aspiración en más del 95% de los casos.

Mifepristona, creada en Francia e inicialmente conocida como RU-486, fue aprobada por primera vez para uso clínico en 1988. La mifepristona bloquea la acción de la progesterona en el útero, lo cual produce el desprendimiento del embarazo. La mifepristona

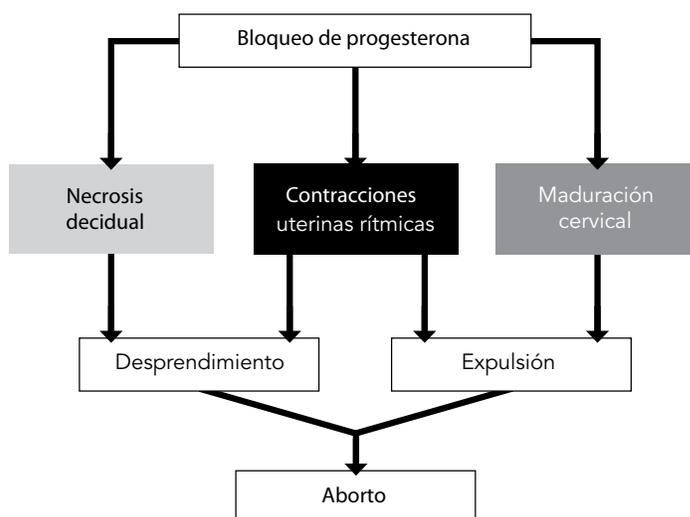
aumenta la sensibilidad uterina a las prostaglandinas (como el misoprostol) y madura el cuello uterino.

Misoprostol, una prostaglandina sintética, estimula la maduración cervical y las contracciones del útero y causa la evacuación endouterina. El misoprostol es barato y está disponible en muchos países para la prevención y el tratamiento de úlceras gástricas. Aunque es estable a temperatura ambiente, su potencia se puede degradar con el tiempo dependiendo de su embalaje o si se expone a altas temperaturas o mucha humedad (Hall 2011). En 2009, el misoprostol fue agregado a la Lista de medicamentos esenciales de la OMS para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo; en 2011, para la prevención de la hemorragia posparto. Además, se puede utilizar para la preparación del cuello uterino antes de la aspiración por vacío y otros procedimientos endouterinos, la inducción del parto y el tratamiento de la hemorragia posparto. Para obtener más información al respecto, por favor remítase a Recursos adicionales, Otros usos del misoprostol.

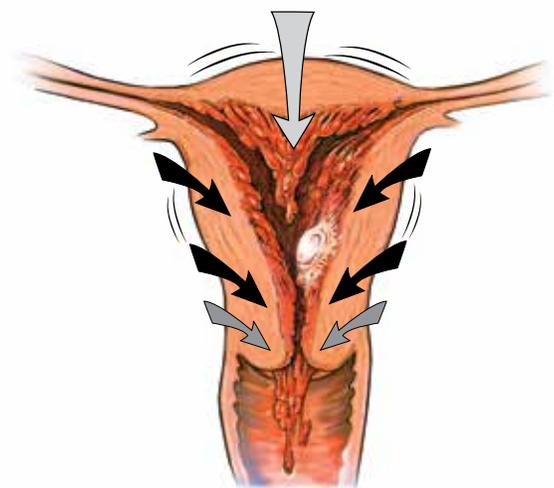


Tabletas para el aborto con medicamentos

La imagen siguiente ilustra los mecanismos de acción combinados de los dos medicamentos. Para obtener más información al respecto, por favor remítase a Recursos adicionales, Mecanismos de acción.



National Abortion Federation, 2005



© Lisa Peñalver
penart1@alaska.com

Elegibilidad

Indicación

- Interrupción del embarazo intrauterino en el primer trimestre

Para obtener información sobre el AM para la interrupción de un embarazo intrauterino en el segundo trimestre, remítase a Recursos adicionales, AM para el aborto en el segundo trimestre.

Contraindicaciones para el AM

Si una mujer presenta estas afecciones específicas, bajo ninguna circunstancia se le debe ofrecer AM. Se debe considerar la AMEU o se debe referir a la mujer a una unidad de salud donde le puedan ofrecer otros servicios.

- Antecedentes de reacción alérgica a uno de los medicamentos utilizados
- Porfiria hereditaria
- Insuficiencia suprarrenal crónica
- Embarazo ectópico sospechado o confirmado

Precauciones para el AM

Si una mujer presenta estas condiciones específicas, el AM tiene mayores riesgos que lo habitual. Se deben considerar riesgos, beneficios y disponibilidad de alternativas al AM. La prestación de servicios de AM podría requerir criterio clínico bien formado, habilidad y capacidad de monitoreo. Posiblemente corresponda referir a la mujer a una unidad de salud de más alto nivel.

- DIU colocado. Evalúe para determinar la presencia de embarazo ectópico. Si la mujer no presenta embarazo ectópico, extraiga el DIU.
- Asma grave no controlada o terapia con corticosteroides de largo plazo. No existe ninguna evidencia respecto al uso de mifepristona en mujeres dependientes de esteroides. Cada profesional de la salud debe usar su criterio clínico si no existen otras opciones para realizar un aborto seguro. Aumentar la dosis de esteroides durante 3 o 4 días y vigilar muy de cerca a la mujer. Aun así, podrían empeorar las afecciones como asma mal controlada.
- Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros. No existe ninguna evidencia respecto al uso del AM en mujeres con trastorno hemorrágico, cardiopatía, anemia grave o problemas graves o inestables de salud. La decisión de ofrecer servicios de aborto con medicamentos a mujeres con estas afecciones depende de las opciones disponibles para la atención segura del aborto, referencias y criterio clínico. Si se administran medicamentos para inducir el aborto, deben administrarse bajo observación de cerca.

Para obtener más información, por favor remítase a Recursos adicionales, Contraindicaciones y precauciones.

Embarazo ectópico

Las mujeres que están embarazadas y tienen antecedentes de embarazo ectópico o cirugía tubárica, o que tienen un DIU colocado, corren un riesgo elevado significativo de embarazo ectópico. Un embarazo ectópico ocurre cuando el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, la mayoría de las veces en una trompa de Falopio. El embarazo ectópico es raro; ocurre en menos del 1% de las mujeres que buscan servicios de aborto (Edwards y Creinin 1997). No diagnosticado, un embarazo ectópico puede causar complicaciones posiblemente mortales por ruptura tubaria y hemorragia interna. Por esta razón, el embarazo ectópico es una causa importante de mortalidad materna en el primer trimestre (Khan 2006, OMS 1985). Por lo tanto, el profesional de la salud debe mantener un alto índice de sospecha de embarazo ectópico y evaluar cuidadosamente el riesgo de la mujer antes de ofrecerle servicios de aborto con medicamentos. No es posible interrumpir un embarazo ectópico con los métodos de evacuación endouterina, ya sea con aspiración por vacío o con AM inducido con misoprostol con o sin mifepristona. A toda mujer con embarazo ectópico sospechado se le debe informar sobre los riesgos, tales como ruptura tubaria, hemorragia y muerte. La ruptura del embarazo ectópico ocurre con más frecuencia en mujeres que tienen limitado contacto con profesionales de la salud y buscan servicios en etapas más avanzadas del embarazo (Obed 2006). La ruptura del embarazo ectópico es una urgencia ginecológica que requiere una intervención quirúrgica inmediata.

Consideraciones especiales

Se puede ofrecer servicios de AM inducido con mifepristona y misoprostol a mujeres en las siguientes categorías:

Mujeres jóvenes

El AM es seguro y eficaz en adolescentes (Phelps 2001). Se ha comprobado que el AM es aun más eficaz en mujeres que no han tenido partos anteriores (Chien 2009, Le Febvre 2008). Se encontró que el AM fallido está asociado independientemente con edad más avanzada de la mujer, antecedentes de abortos espontáneos, embarazos múltiples y consulta de control más temprana (Haimov-Kochman 2007). Un estudio finlandés encontró que las adolescentes tenían menos abortos incompletos, menos necesidad de una (re)evacuación instrumental, menos hemorragias y menos complicaciones que mujeres no adolescentes en proceso de aborto quirúrgico o aborto con medicamentos (Niinimäki 2011).

Asma

Las mujeres que usan inhaladores para el asma, incluidos los corticosteroides inhalados, pueden tener un AM porque los medicamentos en los inhaladores para el asma no se absorben sistémicamente. Aunque algunas prostaglandinas son vasoconstrictoras, el misoprostol es un tipo de prostaglandina que promueve la broncodilatación, disminuye la inflamación y aumenta el flujo de oxígeno (Bernstein y Kandinow 2004).

VIH y SIDA

Las mujeres que viven con VIH y SIDA pueden utilizar el método de AM.

Las mujeres que viven con VIH o SIDA corren riesgo de anemia, especialmente si tienen malaria o están utilizando ciertas terapias antirretrovirales (Gangopadhyay 2011). Como con cualquier mujer, si presenta sangrado abundante, se debe brindar tratamiento de inmediato con aspiración por vacío.

Lactancia

Las mujeres que están amamantando pueden tomar mifepristona y misoprostol para inducir el AM. Se han detectado bajos niveles de misoprostol en la leche materna 30 minutos después de administrar una dosis por vía oral con concentración pico una hora después. Aunque no se han encontrado efectos dañinos en lactantes después de la ingestión materna del misoprostol, las mujeres que están preocupadas pueden amamantar justo antes de tomarse el medicamento o esperar cuatro a cinco horas después de la última dosis del medicamento (Vogel 2004, Abdel-Aleem 2003, Saav 2010).

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Si se determina que la mujer tiene una ITS en el momento que solicita el AM, se puede iniciar el tratamiento de la ITS el mismo día que reciba la mifepristona (Davis y Easterling 2009, Achilles y Reeves 2011).

Obesidad

No hay ninguna diferencia en la eficacia de mifepristona y misoprostol en mujeres obesas comparadas con mujeres que no son obesas (Strafford 2009). Por lo tanto, no es necesario ajustar la dosis de mifepristona o misoprostol.

Gestación múltiple

Una mujer que está cursando un embarazo gemelar o múltiple puede tomar mifepristona y misoprostol usando las dosis estándares de los medicamentos. La tasa de eficacia en mujeres con embarazo múltiple es comparable a aquella en mujeres con embarazo único (Hayes 2011).

Regímenes de mifepristona y misoprostol hasta las primeras 13 semanas

Tabla 2A-1: Regímenes de mifepristona y misoprostol para el aborto con medicamentos hasta las primeras 12 semanas		
Edad gestacional	Dosis de mifepristona	Dosis, vía y tiempo de administración del misoprostol
Hasta las primeras 9 semanas (Kulier 2011)	200 mg por vía oral	Después de 24 a 48 horas, una dosis de 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal
9 a 10 semanas (Winikoff 2012)	200 mg por vía oral	Después de 24 a 48 horas, una dosis de 800 mcg por vía bucal
10 a 13 semanas (Hamoda 2005a, Hamoda 2005b)	200 mg por vía oral	Después de 36 a 48 horas, una dosis de 800 mcg por vía vaginal seguida de 400 mcg por vía vaginal o sublingual cada 3 horas para un máximo de 5 dosis de misoprostol

Se ha comprobado que el AM es seguro y eficaz entre las primeras 9 y 13 semanas de gestación, aunque esto se basa en menos estudios comparado con la evidencia del uso de AM más temprano en el embarazo (Hamoda 2005a, Hamoda 2005b). Las recomendaciones para las primeras 11 a 13 semanas (Winikoff 2012) se basan en números aun más pequeños de mujeres.

Por favor remítase al Anexo A para ver una Guía de consulta rápida sobre los regímenes.

Vías de administración de los medicamentos

Mifepristona

La mifepristona se toma por vía oral (se traga la tableta) el primer día del procedimiento de aborto.

Misoprostol

Hay varias opciones de vías, dosis y tiempo de administración del misoprostol. Durante el primer trimestre, se recomiendan las vías bucal, sublingual o vaginal.

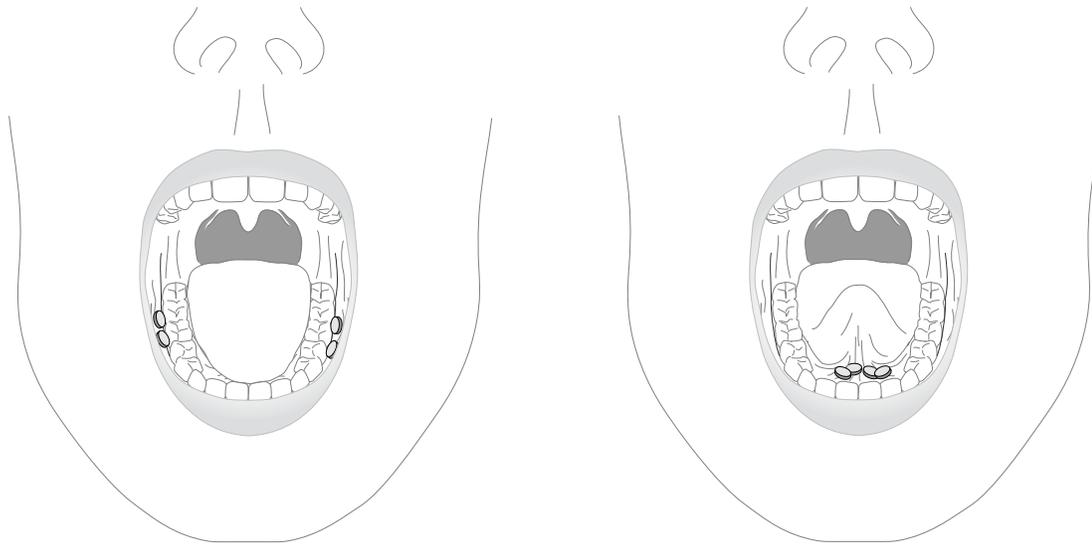
Uso bucal del misoprostol

- Coloque dos tabletas entre el cachete y la encía (cuatro en total)
- Después de 30 minutos, tráguese toda porción restante de las tabletas.

Uso sublingual del misoprostol

- Coloque cuatro tabletas debajo de la lengua.

Después de 30 minutos, tráguese toda porción restante de las tabletas.

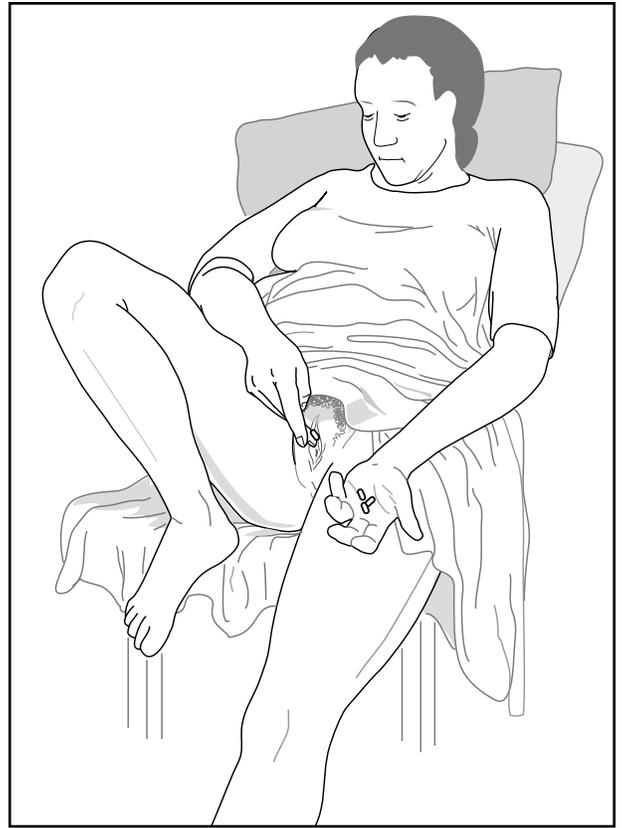
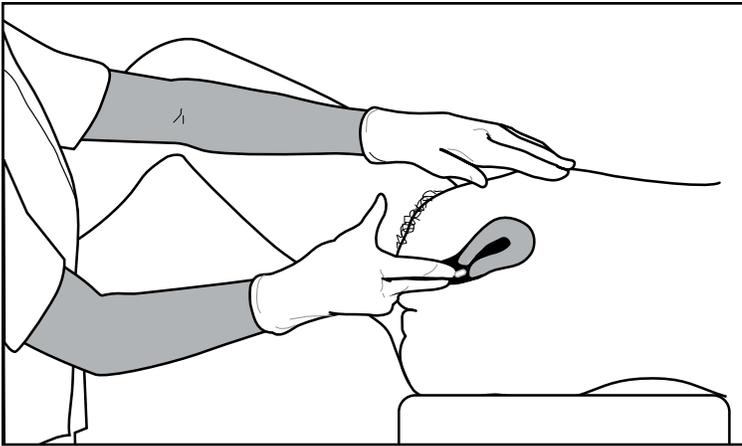


Uso bucal del misoprostol

Uso sublingual del misoprostol

Uso vaginal del misoprostol

- La mujer vacía su vejiga y se acuesta.
- Si un/a profesional de la salud introduce las tabletas, debe lavarse las manos y ponerse guantes de examen limpios.
- Se introducen todas las tabletas de misoprostol.
- Las tabletas deben empujarse lo más profundo posible dentro de la vagina; no necesitan estar en un sitio específico en la vagina.
- A menudo las tabletas no se disuelven, pero el medicamento es absorbido de todas formas.
- Posiblemente haya fragmentos de las tabletas visibles durante muchas horas.
- Después que la mujer permanezca acostada durante 30 minutos, si las tabletas se caen cuando la mujer se levante o vaya al baño, no es necesario reinsertarlas, pues la medicina activa ya ha sido absorbida.



Revisión

Encierre en un círculo *todas* las respuestas correctas.

1. ¿Cómo funciona la mifepristona para inducir el aborto?
 - a. Impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide
 - b. Impide la ovulación
 - c. Causa el desprendimiento del embarazo de la pared uterina y maduración cervical
 - d. Causa un aumento en las hormonas del embarazo

2. ¿Cuáles de las siguientes son contraindicaciones al uso de mifepristona con misoprostol para el AM?
 - a. Vivir con VIH o SIDA
 - b. Alergia a los medicamentos
 - c. Lactancia
 - d. Tener menos de 20 años de edad

3. ¿Cuáles son las vías recomendadas por Ipas para tomar misoprostol?
 - a. Oral
 - b. Vaginal
 - c. Sublingual
 - d. Bucal

4. ¿Cuáles son otros usos ginecológicos u obstétricos del misoprostol?
 - a. Inducción del parto
 - b. Preparación del cuello uterino antes de procedimientos intrauterinos
 - c. Tratamiento de la hemorragia posparto
 - d. Tratamiento del embarazo ectópico

Reflexión

Las siguientes preguntas fueron formuladas para ayudarle a pensar en lo que hay actualmente establecido para la prestación de servicios de AM y cómo aplicar el contenido de este módulo en su entorno.

1. ¿Qué saben las mujeres en su entorno acerca del aborto con medicamentos? Específicamente, ¿qué saben las jóvenes en su entorno acerca del aborto con medicamentos?
2. ¿Actualmente se ofrecen servicios de AM en su entorno? ¿Se ofrecen servicios de AM tanto a jóvenes como a mujeres adultas?
3. ¿Existen protocolos establecidos para el AM en su entorno? En caso afirmativo, ¿cómo se comparan con los protocolos en esta guía de estudio?
4. Si hay protocolos de AM aprobados, ¿qué tan de cerca los sigue el personal de salud?
5. Si no hay protocolos de AM establecidos, ¿cómo determina cada profesional de la salud los protocolos que debe seguir?

Módulo 2B: aborto inducido con misoprostol solo

Este módulo trata exclusivamente sobre el AM con misoprostol solo, para aquellas unidades de salud donde no se dispone de mifepristona. Toda mención del AM en este módulo se refiere al misoprostol solo, a menos que se mencione específicamente el régimen combinado de mifepristona y misoprostol.

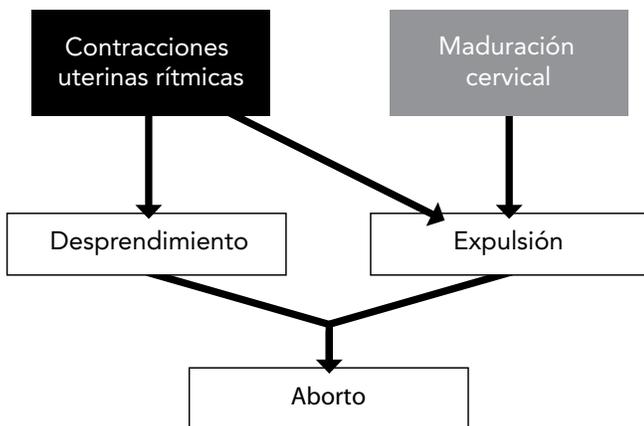
Visión general

El aborto con medicamentos (AM) inducido con misoprostol solo es una opción importante en lugares donde no se dispone de mifepristona. En el primer trimestre, la tasa de aborto completo inducido con misoprostol solo sin necesidad de otra intervención es de aproximadamente el 85% (Carbonell 2001, von Hertzen 2007). La tasa de continuación del embarazo después de un aborto inducido con misoprostol solo es de aproximadamente el 5% (von Hertzen 2007). Por lo general, los abortos inducidos con misoprostol toman más tiempo y tienen una tasa más baja

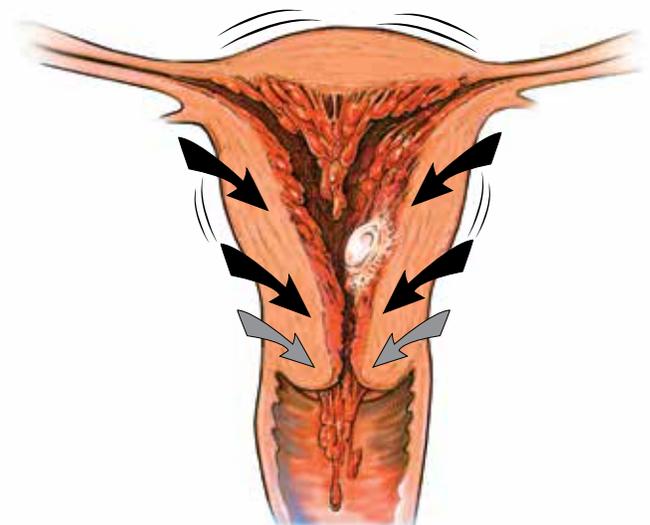
de eficacia que aquellos realizados con el régimen combinado de mifepristona y misoprostol (Kulier 2011, Ngoc 2011). Si se dispone de mifepristona, se recomienda el régimen combinado.

Misoprostol, una prostaglandina sintética, estimula la maduración cervical y las contracciones del útero y causa la evacuación endouterina. Misoprostol es barato y está disponible en muchos países para la prevención y el tratamiento de las úlceras gástricas. Aunque es estable a temperatura ambiente, la eficacia del misoprostol puede degradarse a lo largo del tiempo dependiendo de su embalaje o si se expone a altas temperaturas o humedad (Hall 2011). En 2009, misoprostol fue agregado a la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS para el tratamiento del aborto incompleto y el aborto espontáneo; en 2011, para la prevención de la hemorragia posparto. Además, se puede utilizar para la preparación del cuello uterino antes de la aspiración por vacío y otros procedimientos intrauterinos, la inducción del parto y el tratamiento de la hemorragia posparto. Para obtener más información al respecto, por favor remítase a Recursos adicionales, Otros usos del misoprostol.

La siguiente imagen ilustra el mecanismo de acción. Para obtener más información al respecto, por favor remítase a Recursos adicionales, Mecanismos de acción.



Adaptado de National Abortion Federation



© Lisa Peñalver
penart1@alaska.com

Elegibilidad

Indicación

- Interrupción del embarazo intrauterino en el primer trimestre

Contraindicaciones

Si una mujer presenta estas afecciones específicas, bajo ninguna circunstancia se le debe ofrecer AM. Se debe considerar la AMEU o se debe referir a la mujer a una unidad de salud donde le puedan ofrecer otros servicios.

- Antecedentes de reacción alérgica al misoprostol
- Embarazo ectópico sospechado o confirmado

Para obtener información sobre el AM para la interrupción de un embarazo intrauterino en el segundo trimestre, remítase a Recursos adicionales, AM para el aborto en el segundo trimestre.

Precauciones

Si una mujer presenta estas condiciones específicas, el AM tiene mayores riesgos que lo habitual. Se deben considerar los riesgos, beneficios y disponibilidad de alternativas al AM. La prestación de servicios de AM podría requerir criterio clínico bien formado, habilidad y capacidad de monitoreo. Posiblemente corresponda referir a la mujer a una unidad de salud de más alto nivel.

- DIU colocado. Evalúe para determinar la presencia de embarazo ectópico. Si la mujer no presenta embarazo ectópico, extraiga el DIU.
- Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros. No existe ninguna evidencia respecto al uso del AM en mujeres con trastorno hemorrágico, cardiopatía, anemia grave o problemas graves o inestables de salud. La decisión de proporcionar misoprostol a mujeres con estas afecciones depende de las opciones disponibles para la atención segura del aborto, posibilidades de referencia y criterio clínico. Si se administra misoprostol, debe administrarse bajo cercana observación.

Para obtener más información, por favor remítase a Recursos adicionales, Contraindicaciones y precauciones.

Embarazo ectópico

Las mujeres que están embarazadas y tienen antecedentes de embarazo ectópico o cirugía tubárica, o que tienen un DIU colocado, corren un riesgo elevado significativo de embarazo ectópico. Un embarazo ectópico ocurre cuando el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, la mayoría de las veces en una trompa de Falopio. El embarazo ectópico es raro; ocurre en menos del 1% de las mujeres que buscan servicios de aborto (Edwards y Creinin 1997). No diagnosticado, el embarazo ectópico puede causar complicaciones posiblemente mortales por ruptura tubaria y hemorragia interna. Por esta razón, el embarazo ectópico es una causa importante de mortalidad materna en el primer trimestre (Khan 2006, OMS 1985). Por lo tanto, el profesional de la salud debe mantener un alto índice de sospecha de embarazo ectópico y evaluar cuidadosamente

el riesgo de la mujer antes de ofrecerle servicios de aborto con medicamentos. No es posible interrumpir un embarazo ectópico con los métodos de evacuación endouterina, ya sea con aspiración por vacío o con AM inducido con misoprostol con o sin mifepristona. A toda mujer con embarazo ectópico sospechado se le debe informar sobre los riesgos, tales como ruptura tubaria, hemorragia y muerte. La ruptura del embarazo ectópico ocurre con más frecuencia en mujeres que tienen limitado contacto con profesionales de la salud y buscan servicios en etapas más avanzadas del embarazo (Obed 2006). La ruptura del embarazo ectópico es una urgencia ginecológica que requiere una intervención quirúrgica inmediata.

Consideraciones especiales

Las mujeres en las siguientes categorías pueden usar AM con misoprostol solo:

Mujeres jóvenes

Datos limitados indican que el régimen de misoprostol solo para inducir el aborto tiene tasas similares de eficacia y efectos secundarios para las adolescentes y las mujeres adultas (Carbonell 2001, Velazco 2000).

Asma

Las mujeres con asma pueden tener un aborto inducido con misoprostol solo. Aunque algunas prostaglandinas son vasoconstrictoras, el misoprostol es un tipo de prostaglandina que promueve la broncodilatación, disminuye la inflamación y aumenta el flujo de oxígeno (Bernstein 2004).

VIH y SIDA

Las mujeres que viven con VIH pueden usar el misoprostol.

Las mujeres que viven con VIH corren riesgo de anemia, especialmente si tienen malaria o están utilizando ciertas terapias anti-retrovirales (Gangopadhyay 2011). Como con cualquier mujer, si presenta sangrado abundante, se debe brindar tratamiento de inmediato con aspiración por vacío.

Lactancia

Las mujeres que están amamantando pueden tomar misoprostol para inducir el AM. Se han detectado bajos niveles de misoprostol en la leche materna 30 minutos después de administrar una dosis por vía oral con concentración pico una hora después. Aunque no se han encontrado efectos dañinos en lactantes después de la ingestión materna del misoprostol, las mujeres que están preocupadas pueden amamantar justo antes de tomarse el

medicamento o esperar cuatro a cinco horas después de la última dosis del medicamento (Vogel 2004, Abdel-Aleem 2003).

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Si se determina que la mujer tiene una ITS en el momento que solicita el AM, se puede iniciar el tratamiento de la ITS el mismo día que inicie el uso de misoprostol (Achilles 2011).

Obesidad y gestación múltiple

No existen estudios sobre el AM inducido con misoprostol solo en mujeres obesas o con gestación múltiple. Dado que las tasas de eficacia del régimen combinado de mifepristona y misoprostol son similares en mujeres que no son obesas y en mujeres obesas y mujeres con gestación múltiple, se puede ofrecer AM con misoprostol solo a las mujeres con estas condiciones sin necesidad de cambiar la dosis.

Régimen de misoprostol solo hasta las primeras 13 semanas

Tabla 2B-1: Regímenes de misoprostol solo hasta las primeras 13 semanas (OMS 2012, von Hertzen 2007, Carbonell 1998, 1999a y 2001)

800 mcg de misoprostol (cuatro tabletas de 200 mcg)	Vaginal	Cada 3 a 12 horas para un total máximo de 3 dosis
800 mcg de misoprostol (cuatro tabletas de 200 mcg)	Sublingual	Cada 3 horas para un total máximo de 3 dosis

La dosis sublingual es igual de eficaz que la dosis vaginal hasta las 9 semanas pero está asociada con mayor riesgo de efectos secundarios (von Hertzen 2007). Relativamente pocos estudios han examinado el aborto inducido con misoprostol solo entre las 9 y 13 semanas de gestación.

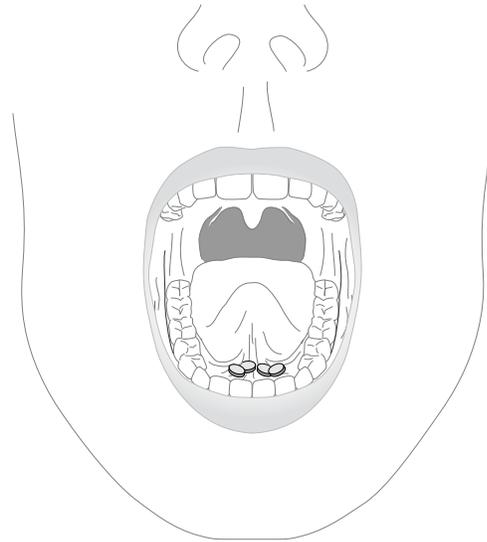
Ver Anexo A para una Guía de consulta rápida sobre los regímenes.

Vías de administración del misoprostol

Ipas recomienda las vías sublingual o vaginal para la administración del misoprostol hasta concluido el primer trimestre.

Uso sublingual del misoprostol

- Coloque cuatro tabletas debajo de la lengua.
- Después de 30 minutos, tráguese toda porción restante de las tabletas.

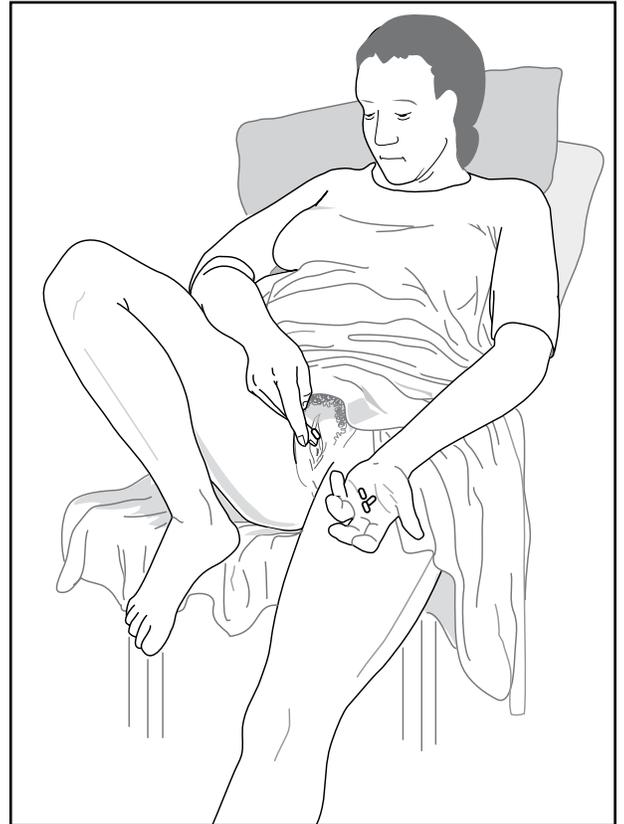
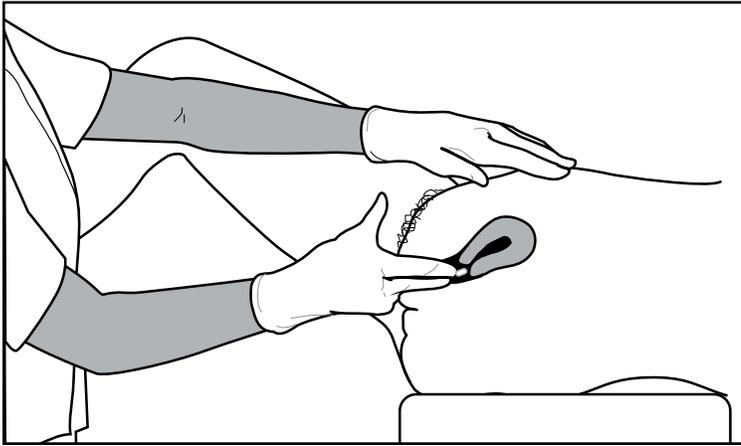


Uso sublingual del misoprostol

Uso vaginal del misoprostol

- La mujer vacía su vejiga y se acuesta.
- Si un/a profesional de la salud introduce las tabletas, debe lavarse las manos y ponerse guantes de examen limpios.
- Se introducen todas las tabletas de misoprostol.
- Las tabletas deben empujarse lo más profundo posible dentro de la vagina; no necesitan estar en un sitio específico en la vagina.
- A menudo las tabletas no se disuelven, pero el medicamento es absorbido de todas formas.
- Posiblemente haya fragmentos de las tabletas visibles durante muchas horas.

- Después que la mujer permanezca acostada durante 30 minutos, si las tabletas se caen cuando la mujer se levante o vaya al baño, no es necesario reinsertarlas, pues la medicina activa ya ha sido absorbida.



Revisión

Encierre en un círculo *todas* las respuestas correctas. Puede haber más de una respuesta correcta para cada pregunta.

1. ¿Cómo funciona el misoprostol para inducir el aborto?
 - a. Impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide
 - b. Impide la ovulación
 - c. Causa maduración cervical y contracciones uterinas
 - d. Causa un aumento en las hormonas del embarazo

2. ¿Cuáles de las siguientes son contraindicaciones al uso de misoprostol solo para el AM?
 - a. Vivir con VIH o SIDA
 - b. Alergia al medicamento
 - c. Lactancia
 - d. Tener menos de 20 años de edad

3. ¿Cuáles son las opciones de vías para la administración del misoprostol hasta 13 semanas en abortos inducidos con misoprostol solo?
 - a. Oral
 - b. Vaginal
 - c. Sublingual
 - d. Bucal

4. ¿Cuáles son otros usos ginecológicos u obstétricos del misoprostol?
 - a. Inducción del parto
 - b. Preparación del cuello uterino antes de procedimientos intrauterinos
 - c. Tratamiento de la hemorragia posparto
 - d. Tratamiento del embarazo ectópico

Reflexión

Las siguientes preguntas fueron formuladas para ayudarle a pensar en lo que hay actualmente establecido para la prestación de servicios de AM y cómo aplicar el contenido de este módulo en su entorno.

1. ¿Qué saben las mujeres en su entorno acerca del aborto con medicamentos? Específicamente, ¿qué saben las jóvenes en su entorno acerca del aborto con medicamentos?
2. ¿Actualmente se ofrecen servicios de AM en su entorno? ¿Se ofrecen servicios de AM tanto a jóvenes como a mujeres adultas?
3. ¿Existen protocolos establecidos para el AM en su entorno? En caso afirmativo, ¿cómo se comparan con los protocolos en esta guía de estudio?
4. Si hay protocolos de AM aprobados, ¿qué tan de cerca los sigue el personal de salud?
5. Si no hay protocolos de AM establecidos, ¿cómo determina cada profesional de la salud los protocolos que debe seguir?
6. ¿Qué servicios de evacuación endouterina de respaldo hay disponibles para las mujeres en caso de que falle el aborto inducido con misoprostol solo? ¿Qué tan accesibles son estos servicios para las jóvenes?

Módulo 3: atención clínica

Evaluación clínica

La evaluación clínica antes del aborto con medicamentos (AM) abarca la determinación de la edad gestacional y evaluación del estado de salud de la mujer en general y cualquier contraindicación o precaución al método de aborto elegido. Al igual que con cualquier otro procedimiento, es necesario que la mujer sepa lo que puede esperar; esto es particularmente cierto con el AM ya que, en muchos casos, la mujer toma el misoprostol sola y el aborto ocurre fuera de la unidad de salud. Para obtener información sobre una evaluación clínica integral para tratar otras inquietudes de salud, por favor remítase a la publicación de Ipas titulada *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición*, módulo de Evaluación clínica.

Determinación de la edad gestacional

Cada profesional de la salud que receta medicamentos para el AM debe tener sólidas habilidades para realizar el examen pélvico y ser competente en el diagnóstico y la determinación de la edad gestacional en las etapas iniciales del embarazo. Tres modalidades utilizadas comúnmente para determinar la edad gestacional son:

- determinar la fecha de la última menstruación (FUM)
- realizar un examen pélvico bimanual para determinar el tamaño uterino
- utilizar el ultrasonido

La edad gestacional se puede calcular con precisión usando la FUM y el examen pélvico (Fielding 2002, Blanchard 2007, Clark 2007a, Clark 2007b, Bracken 2011).

El ultrasonido no es necesario para la prestación de servicios de aborto de rutina. Es improbable que subestimar la edad gestacional sea de importancia clínica, ya que la eficacia y seguridad del AM disminuyen gradualmente a medida que aumenta la edad gestacional (Blanchard 2007, Castleman 2009, Lökeland 2010, Bracken 2011). El ultrasonido se puede utilizar en mujeres cuya edad gestacional no se puede determinar con certeza basándose en su historia clínica y el examen pélvico, o para confirmar un embarazo intrauterino en el caso de sospecha de embarazo ectópico. Aunque no se disponga de servicios de ultrasonido, se puede ofrecer servicios de AM en estos casos.

Fecha de la última menstruación

La FUM se refiere al primer día de la última menstruación. La mujer podría tener dificultad recordando esta fecha. Posiblemente le ayude a la mujer a recordarla si se le hacen preguntas sobre lo que ella estaba haciendo, dónde se encontraba y qué estaba sucediendo en su vida cuando comenzó su última menstruación.

A veces puede ser difícil calcular la FUM por otras razones, por ejemplo:

- Algunas mujeres presentan sangrado durante las etapas iniciales del embarazo, que se confunde con la regla menstrual.
 - Una mujer joven podría experimentar ciclos menstruales irregulares o quizás nunca haya tenido un periodo menstrual antes de quedar embarazada.
- Las mujeres pueden quedar embarazadas mientras amamantan sin tener periodos menstruales regulares.

El uso de la FUM para calcular la edad gestacional puede ser más preciso en mujeres con ciclos regulares que usan métodos basados

en el conocimiento de la fertilidad. No obstante, la FUM no debería ser el único factor para determinar la edad gestacional.

Examen pélvico

Antes de realizar el examen pélvico, el profesional de la salud debe pedirle a la mujer que vacíe su vejiga y debe informarle lo que puede esperar. Esto es de particular importancia si se trata de su primer examen pélvico.

Para evaluar el útero y los anexos, el profesional de la salud coloca dos dedos en la vagina y palpa el abdomen con la otra mano. El tamaño del útero se compara con la historia de amenorrea.

Después de 6 semanas de gestación, el útero aumenta en tamaño aproximadamente 1 centímetro por semana y asume una forma más redondeada.

Evaluar el útero al inicio del embarazo puede ser difícil y requiere capacitación y práctica supervisada. Existen diferentes técnicas de capacitación para enseñarles a las y los profesionales de la salud a determinar con precisión el tamaño uterino. Independientemente de la técnica empleada, los programas de prestación de servicios de AM deben asegurarse de que cada profesional de la salud reciba capacitación adecuada para determinar la edad gestacional. Se ha demostrado que la determinación del tamaño uterino por profesionales de la salud es suficiente para ofrecer AM a mujeres con una gestación de menos de 9 semanas (Blanchard 2007, Mundle 2007). La técnica para determinar el tamaño uterino es la misma en todas las mujeres, incluidas las jóvenes.

Si el útero es **más pequeño** que lo esperado, considere una de las siguientes posibilidades:

- La mujer no está embarazada
- Error en el cálculo de la FUM
- Embarazo ectópico
- Falla de embarazo temprano, por ejemplo: aborto diferido
- Variación normal entre las mujeres a determinada edad gestacional

Si el útero es **más grande** que lo esperado, considere una de las siguientes posibilidades:

- Error en el cálculo de la FUM
- Embarazo múltiple
- Anomalías uterinas, tales como fibromas o útero bicorne
- Neoplasia trofoblástica gestacional / embarazo molar (aunque el útero a veces puede ser más pequeño)

- Variación normal entre las mujeres en determinada edad gestacional

Entre las situaciones que dificultan determinar con precisión el tamaño uterino se encuentran: fibromas, posición del útero en retroversoflexión, obesidad, vejiga llena, o si la mujer contrae sus músculos abdominales (no relaja el abdomen). Si no se sabe con certeza la edad gestacional, o si hay discrepancia entre el tamaño uterino y la edad gestacional determinada por la FUM, puede que sea útil usar el ultrasonido, si es posible, o pedir a otro profesional de la salud que verifique el tamaño uterino por examen bimanual.

Para obtener más información sobre el uso de la historia clínica y el examen pélvico bimanual para confirmar la conclusión del aborto con medicamentos, por favor remítase al Módulo 5: cuidados de seguimiento.

Ultrasonido

El ultrasonido no es necesario para la prestación de servicios de aborto en etapas iniciales del embarazo, pero puede ser útil cuando hay dificultad determinando la edad gestacional basándose en la historia clínica y el examen pélvico (Clark 2007a, Clark 2007b, Fielding 2002, OMS 2012), para determinar la conclusión del aborto y para diagnosticar otras afecciones que requieran tratamiento, como embarazo ectópico. El uso rutinario de ultrasonido podría aumentar el costo del procedimiento y la probabilidad de intervención innecesaria; también podría impedir que algunos prestadores de servicios ofrezcan servicios de AM debido a la falta de equipo (Gynuity 2007). Aunque no se disponga de servicios de ultrasonido, se puede ofrecer servicios de AM.

Para conocer más sobre el ultrasonido, por favor remítase a Recursos adicionales, Ultrasonido.

Embarazo ectópico

Puede sospecharse embarazo ectópico durante la evaluación clínica para el AM debido a la historia clínica, factores de riesgo o examen físico, o durante la consulta de control (Yao y Tulandi 1997, Barnhart 2009). Los síntomas de embarazo ectópico no son específicos y podrían estar asociados con aborto inminente o espontáneo, o con un embarazo intrauterino de desarrollo normal. Aun cuando se realiza un tamizaje (*screening*) cuidadoso, solo la mitad de las mujeres que llegan a la sala de urgencias con un embarazo ectópico presentan factores de riesgo o un examen físico sospechoso (Stovall et al 1990). El ultrasonido y las pruebas seriales de BHCG pueden ayudar con el diagnóstico de embarazo ectópico no roto, pero en los países en desarrollo posiblemente haya acceso limitado a estas pruebas (Obed 2006). La aspiración por vacío puede ayudar con el diagnóstico de embarazo ectópico. Si la mujer presenta factores de riesgo o signos y síntomas de un

embarazo ectópico no roto, la aspiración por vacío y una cuidadosa inspección del tejido pueden confirmar un embarazo intrauterino (Rubin et al 1980).

Tabla 3-1: Embarazo ectópico	
Factores de riesgo de embarazo ectópico	Riesgo de embarazo ectópico en el embarazo actual
Embarazo ectópico anterior	10% al 15%
Historia de cirugía tubaria, incluida la esterilización	25% al 50%
Presencia de dispositivo intrauterino	25% al 50%

Antibióticos

Las tasas de infección después del AM son muy bajas (Shannon 2004). No se recomienda la profilaxis antibiótica para la prestación de servicios de AM de rutina (OMS 2012, Achilles 2011). Entre las posibles desventajas del suministro rutinario de profilaxis antibiótica se encuentran: mayores costos de prestación de servicios, sobreexposición a antibióticos y efectos secundarios o posibles eventos adversos raros de los antibióticos. Estas desventajas pesan más que las posibles ventajas del tratamiento profiláctico porque un alto porcentaje de mujeres recibirían tratamiento innecesario para evitar las pocas infecciones que podrían ocurrir.

Si las guías locales incluyen el uso de profilaxis antibiótica, un régimen comúnmente empleado es 100 mg de doxiciclina por vía oral, dos veces al día durante 7 días (Fjerstad 2009a).

Inmunoglobulina Rh

La falta de inmunoglobulina Rh no debería ser una barrera para ofrecer servicios de aborto. En lugares donde la prevalencia del estado Rh negativo es alta y donde la inmunoglobulina Rh está disponible y a precios razonables, ésta se puede administrar a las mujeres Rh negativas en el momento de tomar la mifepristona o antes de tomar el misoprostol.

No existen datos sobre el riesgo de sensibilización de las mujeres Rh negativas que tienen un AM después de las primeras 9 semanas del embarazo (Fiala 2003). Cuando se realiza el AM durante el plazo que comienza desde las 10 semanas hasta concluidas las 13 semanas, se debe seguir la norma local utilizada para otros tipos de evacuación endouterina (por ejemplo, aborto por aspiración y aborto espontáneo) para realizar la prueba de Rh y

administrar inmunoglobulina anti-Rh a las mujeres Rh negativas no sensibilizadas.

Proceso de aborto

Si la mujer recibe información completa sobre lo que puede esperar, esto la ayuda a estar preparada. También puede ser útil ofrecer palabras reconfortantes y apoyo durante el proceso de aborto, ya sea por el personal en la unidad de salud o por una persona en la casa.

Al tomar mifepristona (para inducir el aborto con mifepristona y misoprostol), la mayoría de las mujeres no sienten ningún cambio después de tomarse las tabletas. Aproximadamente entre el 8 y el 25 por ciento de las mujeres presentan manchado o sangrado después de ingerir la mifepristona y antes de tomarse el misoprostol (Schaff 2001, Schaff 2002).

Una vez que la mujer se toma el misoprostol, el proceso de AM puede sentirse como una regla intensa o similar a un aborto espontáneo. Los efectos esperados —sangrado vaginal y cólicos— son normales y deben distinguirse de los efectos secundarios de los medicamentos o de los signos de alarma de verdaderas complicaciones.

Dolor y cólicos

La mayoría de las mujeres sienten dolor en el abdomen bajo y cólicos durante el aborto con medicamentos porque las contracciones uterinas son necesarias para expulsar el contenido del útero (Honkannen 2004). Por lo general, los cólicos comienzan entre una y tres horas después de tomar el misoprostol. A medida que el útero se contrae y su contenido es expulsado por el cuello uterino, las mujeres generalmente sienten cólicos, de algún grado, que disminuyen poco después de expulsar el contenido uterino (Paul 2007). La experiencia de dolor de cada mujer es muy personal, por lo cual es imposible prever cuánto dolor sentirá cada mujer. Sin embargo, hay algunos factores predictivos de dolor asociados con el aborto con medicamentos que se aplican en general. Edad más avanzada, antecedentes de parto y un mayor número de partos anteriores, todos estos están asociados con menos dolor durante el aborto con medicamentos (Hamoda 2004, Suhonen 2011). Las jóvenes y las mujeres que nunca han estado embarazadas tienden a sentir más dolor. Las mujeres con reglas dolorosas también pueden experimentar más dolor durante el aborto con medicamentos independientemente de otros factores tales como su edad o su historia reproductiva (Suhonen 2011).

Manejo del dolor

La mayoría de las mujeres encuentran que el dolor relacionado con el AM es manejable, especialmente si están preparadas para

los distintos niveles de dolor que podrían sentir y si se toman los medicamentos para el dolor según se les aconseje. Las mujeres deberían recibir medicamentos para el dolor o una receta en la primera consulta clínica.

Aún no se ha establecido el mejor régimen para el control del dolor durante el AM (Jackson y Kapp 2011). Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el ibuprofeno, son más eficaces que el acetaminofén (o paracetamol) (Livshits 2009). Sin embargo, el acetaminofén puede disminuir la dosis de narcóticos que utiliza la mujer durante el AM (Jackson y Kapp 2011). Para evitar hepatotoxicidad, la dosis de acetaminofén no debe sobrepasar 4 gramos en un plazo de 24 horas (Creinin 2009). El ibuprofeno se puede administrar con misoprostol (Avraham 2012) o una vez que empiecen los cólicos (Livshits 2009). El ibuprofeno no disminuye la eficacia del aborto con medicamentos. Los analgésicos narcóticos son otra opción para el control del dolor, aunque se desconoce cuál es el medicamento, la dosis y el tiempo de administración óptimos. Una posible estrategia es suministrar a las mujeres AINE y analgésicos narcóticos y aconsejarles que comiencen tomando AINE, ya sea con el misoprostol o una vez que se inicien los cólicos, y alternen los dos medicamentos si continúan sintiendo dolor intenso.

Además del manejo farmacológico, otras modalidades que podrían ayudar a las mujeres con el manejo del dolor durante un aborto con medicamentos son: consejería completa, un ambiente de apoyo y la aplicación de una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente en el abdomen bajo. La música y las imágenes guiadas son eficaces para el manejo del dolor durante el aborto quirúrgico y también pueden ser útiles para el aborto con medicamentos (Renner 2009). Estos métodos son complementarios pero no adecuados sustitutos para el manejo del dolor con medicamentos.

Las investigaciones indican que las experiencias de las jóvenes con el aborto con medicamentos son similares a las de mujeres adultas. Sin embargo, la percepción del dolor parece estar relacionada con la edad. Se ha encontrado que la percepción del dolor y el uso de analgesia son más altos entre jóvenes que entre mujeres adultas (Hamoda 2004, Ingham y Lee 2008, Velazco 2000, Westhoff 2000a y 2000b). La paridad más baja también ha estado asociada con mayor percepción del dolor y/o necesidad de analgesia (Bartley 2000, Hamoda 2004, Honkanen 2004, Suhonen 2003, Teal 2007, Westhoff 2000a, Westhoff 2000b). Cada profesional de la salud debería ser consciente de que las jóvenes posiblemente sean más propensas a sentir dolor, y debe tomar las medidas necesarias para disminuir el dolor y mejorar la experiencia de aborto de la joven.

Sangrado vaginal

Inicio del sangrado

El sangrado vaginal, a menudo acompañado de la expulsión de coágulos, generalmente es más abundante que el de la menstruación pero a veces puede ser menos abundante. Con el régimen combinado, el sangrado casi siempre empieza en un plazo de tres horas después de tomar el misoprostol (Creinin 2003) y tiende a disminuir después de la expulsión de los restos ovulares (Paul 2007).

Duración del sangrado

En uno de los pocos estudios importantes que han analizado los patrones de sangrado de mujeres que eligieron AM o aspiración, el sangrado abundante, sangrado como el de la menstruación y manchado duraron significativamente más en las mujeres en proceso de AM (Harper 1998). A pesar de la mayor duración de sangrado, las mujeres que tuvieron un AM no presentaron una disminución clínicamente significativa de hemoglobina (>2g/dL) comparadas con las mujeres que tuvieron un aborto por aspiración. Lo más importante de este estudio es que las mujeres que tenían las expectativas apropiadas respecto a la duración y el nivel de sangrado quedaron satisfechas con su experiencia con el AM.

Después del AM inducido con mifepristona y misoprostol, la duración promedio del sangrado es de aproximadamente 14 días (Spitz 1998, Davis 2000). Un 20% de las mujeres en proceso de AM continuaron sangrando o manchando durante 35 a 42 días, durante los cuales posiblemente se inició la primera menstruación postaborto (Davis 2000).

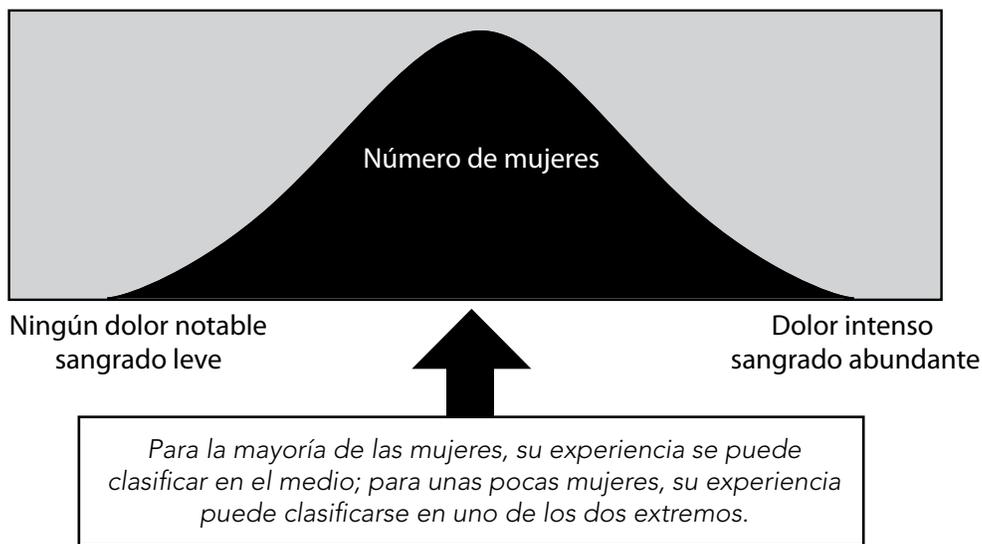
Existe menos evidencia sobre la duración del sangrado después del AM inducido con misoprostol solo, aunque parece ser similar al AM con mifepristona y misoprostol. En el estudio más extenso de aborto inducido con misoprostol solo, la duración media del sangrado fue de aproximadamente 11.5 días, que es similar a los regímenes combinados (von Hertzen 2007).

Conversación con las mujeres sobre el sangrado y dolor

Las y los profesionales de la salud que están empezando a ofrecer servicios de AM, al igual que las mujeres, tendrán preguntas sobre cómo distinguir un sangrado y dolor esperados de sangrado y dolor anormales. A todas las mujeres se les debe proporcionar información sobre el sangrado y el dolor que podrían experimentar durante el aborto con medicamentos, a la vez que se tiene en cuenta los factores que podrían aumentar o disminuir el riesgo de presentar estos síntomas. Describir de manera precisa las

sensaciones que podría sentir la mujer durante el aborto con medicamentos, puede ser útil para aliviar la ansiedad y los temores que agravarían el dolor (Kruse 2000). La curva de campana (Figura 1) podría ser útil tanto para profesionales de la salud como para pacientes, pues les ayudaría a entender una variedad de síntomas que podrían presentar las mujeres. Cada profesional de la salud puede utilizar la curva de campana para explicar que la mayoría de las mujeres se pueden clasificar en el medio de la curva, ya que presentan síntomas con una duración o intensidad promedio. Sin embargo, algunas mujeres podrían clasificarse en cualquiera de los dos extremos de la curva y experimentarán más o menos síntomas que la mayoría de las mujeres. No todas las mujeres entenderán la imagen de la curva de campana, pero a todas se les debe informar de la variedad de síntomas que podrían experimentar de una manera que puedan entender.

Figura 1: La curva de campana



Aunque algunas mujeres no sienten dolor y otras sienten dolor intenso, la mayoría de las mujeres se pueden clasificar en el medio de la experiencia. Asimismo, casi todas las mujeres presentan sangrado que dura aproximadamente dos semanas, pero algunas tendrán más y otras menos.

Una mujer puede tener dudas sobre cuándo puede empezar a sangrar y cómo mantener su privacidad y obtener apoyo durante el proceso de aborto. Su prestador/a de servicios de salud debe estar preparado o preparada para apoyarla para considerar y decidir el lugar más privado y cómodo para tener el aborto y determinar quién en su familia o red social sería la persona de confianza más indicada para brindarle apoyo durante todo el proceso.

Plazo en que se concluye la expulsión

Con el régimen de mifepristona y misoprostol antes de concluidas las primeras 9 semanas de gestación, se encontró que la media de tiempo desde el uso del misoprostol hasta la expulsión fue de tres horas para las mujeres que usaron el misoprostol por vía sublingual y de cuatro horas para las mujeres que usaron el misoprostol por vía vaginal (von Hertzen 2010). La vía bucal muestra un plazo similar al de la vía vaginal (Meckstroth 2006, Schaff 2005).

En casos de aborto inducido con misoprostol solo, el plazo promedio en que se concluye la expulsión es de siete a ocho horas después de la primera dosis de misoprostol (Salakos 2005, von Hertzen 2007). De las expulsiones que ocurren, el 80% ocurre a las 24 horas y el 95% a las 48 horas (Faundes 2007). La expulsión es más rápida si el intervalo de dosis es más corto (cada 3 horas) (von Hertzen 2007).

Por lo general, las mujeres continúan sintiéndose mejor después del día en que toman el misoprostol. Las mujeres pueden reanudar sus rutinas habituales a los pocos días de haber tomado el misoprostol. Las náuseas y vómito, que se asocian tanto con el uso de misoprostol como con los síntomas del embarazo, generalmente se resuelven en uno o dos días después de administrado el misoprostol, al igual que los cólicos, que son parte del proceso de AM y no un síntoma del embarazo (Bracken 2006).

Lo que podría ver la mujer

La mayoría de las mujeres no ven el embrión expulsado sino sangre y coágulos, algunos de los cuales pueden ser grandes. De vez en cuando, las mujeres con embarazos entre 8 y 9 semanas podrían ver un embrión reconocible, aunque generalmente no es visible.

Si a la mujer le preocupa lo que podría ver, especialmente después de las primeras 8 semanas del embarazo, un dibujo tamaño natural de un embrión de 8 a 9 semanas podría ayudarla a estar preparada. Un embrión a las 9 semanas tiene un largo de aproximadamente 2.3 cm, menos de una pulgada (Callen 2008). Las mujeres que tienen un AM entre las 10 y 13 semanas del embarazo tienen mayor probabilidad de ver un embrión reconocible, aunque éste podría estar envuelto en un coágulo de sangre o en restos ovulares y posiblemente no lo vean a menos que lo busquen. El embrión a las 12 semanas tiene un largo de aproximadamente 7.5 cm, casi tres pulgadas (Mayo Clinic 2009).

Se recomienda tener a mano imágenes con tamaños exactos de cómo se vería el embrión o feto, por si éstas ayudarían a las mujeres a saber qué podrían ver. Por favor remítase al Anexo B para ver una ilustración tamaño natural (a escala) de un embrión de 8 a 9 semanas.

Desechos biológicos

Las mujeres pueden simplemente desechar todo lo expulsado por el inodoro (excusado) o envolver las toallas higiénicas en una bolsa y tirarlas como harían después de la regla.

Aborto con medicamentos entre las nueve y diez semanas del embarazo

Dado que la tasa de eficacia del aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol es la misma entre las ocho y nueve semanas y las nueve y diez semanas del embarazo sin un aumento en los eventos adversos, en algunos ámbitos podría ser apropiado ofrecer a las mujeres con embarazo de hasta diez semanas de gestación una dosis única de misoprostol por vía bucal para tomar en la casa, en vez de repetidas dosis en la unidad de salud (Boersma 2011, Winikoff 2012). En el único estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos, que demostró que el uso domiciliario del misoprostol puede extenderse a diez semanas, se utilizó el ultrasonido para determinar la elegibilidad gestacional. Los programas que utilizan esta modalidad en diferentes condiciones deberían monitorear sus resultados para garantizar éxito.

Aborto con medicamentos de más de 10 semanas

Las mujeres con embarazo de más de diez semanas de gestación pueden tomar la mifepristona en su casa pero deben regresar a la unidad de salud para tomarse el misoprostol y permanecer ahí hasta concluido el aborto (OMS 2012). Cada mujer que usa misoprostol solo debe tomarse todo el régimen en la unidad de salud. Durante su estancia, debe recibir medicamentos para el dolor, los cuales pueden administrarse con la primera dosis de misoprostol, antes que la mujer comience a sentir dolor, y pueden repetirse con la frecuencia que sea necesaria. Al repetir la dosis de misoprostol aumenta la tasa de eficacia del aborto después de las primeras nueve semanas. Se debe administrar la dosis repetida de misoprostol en el momento correcto. Si se aumenta el intervalo entre dosis, las tasas de eficacia disminuyen y se alarga el plazo de expulsión. Aunque la mujer tenga dolor o cólicos, su prestador/a de servicios debe administrarle la próxima dosis de misoprostol hasta que la mujer expulse el embarazo. Los restos ovulares expulsados deben ser examinados por un/a profesional de la salud para confirmar la conclusión del aborto.

Posibles efectos secundarios

Los siguientes efectos secundarios se asocian con el uso de misoprostol y se aplican a las mujeres que tienen un aborto inducido ya sea con mifepristona y misoprostol o con misoprostol solo:

- Náuseas
- Vómito
- Diarrea
- Fiebre, calor o escalofríos
- Dolores de cabeza
- Debilidad
- Mareos

Algunos de estos síntomas pueden ser causados por el embarazo en sí en vez del AM. Estos síntomas de embarazo pueden disminuir después que se inicia el AM (Honkanen 2004). Entre los síntomas que aumentan después de tomar misoprostol se encuentran fiebre y diarrea temporales (Honkanen 2004), así como náuseas y vómito (Faundes 2007).

Más del 50% de las mujeres en ensayos clínicos de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo presentan efectos secundarios gastrointestinales, tales como náuseas, vómito y diarrea. Comúnmente se observan fiebre y escalofríos después de administrado el misoprostol, pero estos por lo general son de corta duración y pueden resolverse con antipiréticos. Los dolores de cabeza, debilidad y mareos también son comunes. La mayoría de estos efectos secundarios son leves y autolimitados y pueden tratarse en la casa. Sin embargo, se debe evaluar a las mujeres que se quejan de efectos secundarios prolongados o graves que continúan ocurriendo 24 horas después de la última dosis de medicamentos. Para obtener más información al respecto, por favor remítase a Complicaciones.

Complicaciones

Los efectos secundarios y las complicaciones a menudo suceden en un continuum. Por ejemplo, todas las mujeres experimentarán sangrado; algunas, sangrado prolongado que es una molestia pero no dañino; y muy pocas mujeres, sangrado abundante que requiere otra intervención médica o quirúrgica. Cuando se brinda consejería a las mujeres antes del aborto con medicamentos, es importante proporcionarles información sobre cómo distinguir entre un efecto secundario que puede tratarse en la casa con cuidados y apoyo y una complicación que necesita atención médica. La mujer debe comunicarse con su prestador/a de servicios de inmediato si presenta:

- **Sangrado excesivo** que empapa más de dos toallas higiénicas por hora durante dos horas consecutivas, especialmente si es acompañado de mareos prolongados, debilidad y fatiga en aumento

- **Fiebre** que ocurre cualquier día después del día de haberse tomado el misoprostol
- **Secreción vaginal con olor inusual o fétido**, especialmente si es acompañada de dolor abdominal o cólicos intensos
- **Dolor abdominal intenso** que ocurre cualquier día después del día de tomar el misoprostol
- **Malestar intenso**, con o sin fiebre, y persistentes náuseas graves o vómito después del día en que se toma el misoprostol

Las mujeres deben regresar a la unidad de salud antes de la cita de control (si hay una programada) si presentan poco o ningún sangrado durante uno o dos días después de tomar el misoprostol. No es una urgencia, sino motivo para buscar cuidados de seguimiento temprano. La experiencia anecdótica de un sangrado muy leve indica que podría tratarse de continuación del embarazo, o que el tratamiento está funcionando pero el embarazo tenía muy pocas semanas de gestación.

Las mujeres que presentan complicaciones del AM necesitan claras explicaciones de la situación, basadas en evidencia, y deben incluirse en la toma de decisiones sobre sus opciones de tratamiento. Los temores de complicaciones, quizás empeorados por el dolor, pueden aumentar el estrés psicológico que podría acompañar el proceso de aborto. La mayoría de las mujeres manejan mejor la situación cuando reciben información exacta y completa y se les da la oportunidad de hacer preguntas y expresar sus sentimientos. Para obtener más información, por favor remítase al módulo de Complicaciones de la publicación de Ipas titulada *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición*.

Anticoncepción postaborto

Después del AM, la mujer puede tener coito vaginal si no le resulta incómodo. Si está tratando de evitar volver a quedar embarazada, ella y su pareja deben esperar hasta que el método anticonceptivo que eligió entre en efecto o utilizar un método provisional que sea eficaz de inmediato, tales como condones o espermicidas.

Tabla 3-2: Cuándo iniciar el uso de un anticonceptivo después del AM	
Método anticonceptivo	Tiempo de inicio
Píldoras anticonceptivas, anillo y parche anticonceptivos	Día 1 del régimen de AM
Implante	Día 1 del régimen de AM
Inyección	Día 1 del régimen de AM
DIU	Tan pronto como se tenga certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada
Esterilización	Tan pronto como se tenga certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada
Planificación familiar natural	Después de una menstruación postaborto en una mujer con historia de reglas regulares

Si la mujer desea usar un método anticonceptivo, debe recibir el método que ella elija e iniciarlo lo antes posible. En promedio, una mujer ovula en un plazo de 20 días después de un aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol, pero puede ovular tan pronto como a los ocho días (Schreiber 2011). Por lo tanto, toda mujer que desee aplazar la concepción debe salir de la unidad de salud con un método anticonceptivo eficaz. Si la mujer desea usar un método de acción prolongada o esterilización, pero no es posible proporcionarle estos métodos, se le debe dar un método provisional y una referencia a un servicio correspondiente.

Elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos después del AM

En general, todos los métodos anticonceptivos modernos se pueden utilizar inmediatamente después del AM en el primer trimestre, siempre y cuando no haya contraindicaciones.

Resumen de la evidencia

La anticoncepción puede iniciarse con la primera tableta del aborto con medicamentos (OMS 2012). Esta recomendación se basa en opinión de expertos. La necesidad inmediata de la mujer de usar un método anticonceptivo confiable después del AM, combinada con el riesgo de que la demora en proporcionar un método anticonceptivo disminuye la aceptación, apoyan enfáticamente la recomendación de iniciar estos métodos de inmediato.

El DIU puede colocarse tan pronto haya certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada (Betstadt 2011, OMS 2012). Al aplazar la inserción del DIU, se pone a la mujer en riesgo de tener un embarazo no deseado, ya que las tasas de citas de control son bajas (Bednarek 2011, Stanek 2009).

La planificación familiar natural, o el método basado en el conocimiento de la fertilidad, debe usarse solo después que la mujer haya tenido por lo menos una menstruación postaborto y solo si tuvo ciclos menstruales regulares antes del aborto (OMS 2009a).

Para obtener más información sobre la elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos después del AM, por favor remítase a Recursos adicionales, Anticoncepción después del AM.

Revisión

Encierre en un círculo *todas* las respuestas correctas. Puede haber más de una respuesta correcta para cada pregunta.

1. ¿Cuál de las siguientes declaraciones es correcta?
 - a. Las náuseas y vómito son muy raros después de tomar misoprostol.
 - b. Todas las mujeres presentan efectos secundarios gastrointestinales después de tomar misoprostol.
 - c. El sangrado no es un efecto secundario, sino un efecto esperado después de tomar misoprostol.
 - d. La experiencia de cólicos o dolor después de tomar misoprostol es similar para todas las mujeres.

2. ¿Cuáles son los signos de alarma de complicaciones?
 - a. Sangrado excesivo que empapa más de dos toallas higiénicas por hora durante dos horas consecutivas
 - b. Fiebre que ocurre cualquier día después del día en que se toma el misoprostol
 - c. Secreción vaginal con olor inusual o fétido
 - d. Náuseas y vómito leves

3. ¿Cuáles métodos anticonceptivos pueden iniciarse el día que se tome el misoprostol?
 - a. Anticonceptivos orales
 - b. Inyectables
 - c. DIU
 - d. Implantes

Reflexión

Las siguientes preguntas fueron formuladas para ayudarle a pensar en lo que hay actualmente establecido para la atención clínica de AM y cómo aplicar el contenido de este módulo en su entorno.

1. ¿Qué métodos para determinar la edad gestacional serán los más eficaces y factibles en su entorno?
2. Piense sobre cómo practicará explicándoles a las mujeres la variedad de efectos esperados y efectos secundarios y cómo distinguir los efectos secundarios de las complicaciones. ¿Cómo puede asegurarse de que las mujeres hayan entendido esta información?
3. ¿Qué dificultades prevé usted para explicar los regímenes de AM a las mujeres, incluidas las jóvenes? ¿Cómo puede explicar los regímenes de una manera que las mujeres puedan entender con facilidad y cómo puede asegurarse de que los hayan entendido?
4. ¿Cuáles son los protocolos y las prácticas locales para el desecho del feto en aborto espontáneo temprano, aborto o muerte fetal y cómo podrían estos afectar el desecho de los restos ovulares del AM?
5. ¿Cuáles son las opciones anticonceptivas actualmente disponibles para las mujeres después de un aborto? ¿Qué asuntos de personal, logística y de otra índole deben tratarse para ayudar a las mujeres a recibir métodos anticonceptivos cuando reciben servicios de AM? ¿Cuáles son las necesidades especiales de las mujeres jóvenes de anticoncepción después del AM que deben atenderse?

Módulo 4: consentimiento informado, información y consejería

Opciones relacionadas con el embarazo

Una mujer que busca servicios de aborto, por lo general, ha considerado cuidadosamente sus opciones y decisión antes de buscar asistencia (Rowlands 2008); por lo tanto, la consejería sobre las opciones relacionadas con el embarazo no debería ser obligatoria o constituir una barrera para recibir servicios de aborto. Si la mujer tiene preguntas sobre sus opciones con relación a su embarazo, el profesional de la salud puede discutir las con ella. Las opciones relacionadas con el embarazo son:

- Llevar el embarazo a término y criar el hijo o darlo en adopción
- Interrumpir el embarazo

Al proporcionar toda información que necesite la mujer y apoyar su decisión en cuanto a su embarazo, el profesional de la salud puede ayudarla a sentirse segura y tranquila de que está tomando

la mejor decisión para sí misma y para otras personas importantes en su vida.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es un proceso mediante el cual la mujer recibe la información que necesita para tomar una decisión voluntaria de someterse al procedimiento de aborto. Para asegurarse de que la mujer dé su consentimiento informado para el aborto, el profesional de la salud debe hablar con ella y confirmar que haya entendido:

- los beneficios y riesgos del aborto y sus alternativas
- las consecuencias de no recibir servicios de aborto
- los detalles del procedimiento planeado, una vez que se haya determinado el método

El profesional de la salud debe explicar en palabras sencillas esta información y asegurarse de que la mujer la haya entendido. La privacidad y confidencialidad son críticas para el proceso de consentimiento informado. Además, el profesional de la salud debe asegurarse de que la mujer haya dado su consentimiento voluntariamente y de que nadie la esté presionando u obligando a consentir en tener el aborto.

Las mujeres jóvenes son capaces de tomar la decisión de interrumpir un embarazo. Dado que a menudo no reciben información adecuada o son el blanco específico de información errónea sobre sexualidad, embarazo y aborto, posiblemente necesiten mayor información para ayudarlas en la toma de decisiones y el proceso de consentimiento informado. Las jóvenes tienen diversos niveles de madurez, que no siempre corresponden a su edad cronológica. Las y los profesionales de la salud deben escuchar a las jóvenes y conversar con ellas para determinar cuánto apoyo necesitan. Con información correcta y apoyo, las jóvenes son capaces y tienen el derecho de tomar decisiones relacionadas con su salud y dar su consentimiento informado por sí mismas (Lansdown 2005). Para obtener más información sobre consejería y servicios de aborto para mujeres jóvenes, por favor remítase a Recursos adicionales, Mujeres jóvenes.

Opciones de procedimientos

Una vez que la mujer ha tomado la decisión de interrumpir su embarazo, el profesional de la salud hablará con ella sobre las opciones de procedimientos de aborto disponibles en esa unidad de salud, que sean adecuadas para el cuadro clínico de la mujer. Debe discutir los posibles beneficios, riesgos y qué esperar con cada procedimiento. El profesional de la salud puede ayudar a la mujer a explorar sus opciones y a elegir el mejor procedimiento para ella al revisar la información en la Tabla 3. Siempre y

cuando los diferentes métodos estén clínicamente indicados, el profesional de la salud debe evitar introducir en la discusión sus propias preferencias de método y apoyar la decisión de la mujer. Después que se hayan contestado todas las preguntas de la mujer sobre las opciones de procedimientos y que la mujer haya elegido un procedimiento, el profesional de la salud obtiene su consentimiento para el procedimiento.

Tabla 4-1: Aspiración por vacío y aborto con medicamentos en el primer trimestre

	Aspiración por vacío	AM con mifepristona y misoprostol	AM con misoprostol solo
¿Qué es?	Un procedimiento que utiliza instrumentos de succión eléctrica o manual para la evacuación endouterina.	Medicamentos que al tomarse juntos causan que el útero expulse el embarazo.	Un medicamento que causa que el útero expulse el embarazo.
¿Cómo funciona?	El embarazo es extraído del útero a través de un tubo conectado a un aspirador manual o a una bomba eléctrica.	La mifepristona causa que el embarazo se desprenda del útero. El misoprostol causa contracciones que expulsan el embarazo.	El misoprostol causa contracciones que expulsan el embarazo
¿Cuándo se puede realizar?	Desde la detección del embarazo hasta las 13 semanas (a lo largo del primer trimestre).	Desde la detección del embarazo hasta las 13 semanas (a lo largo del primer trimestre).	Desde la detección del embarazo hasta las 13 semanas (a lo largo del primer trimestre).
¿Dónde se puede realizar?	En una unidad de salud.	La mifepristona (primera tableta) generalmente es administrada en la unidad de salud. El misoprostol (segunda serie de tabletas) se puede tomar en la unidad de salud o en la casa si la mujer tiene menos de 10 semanas de embarazo. Las mujeres entre 10 y 13 semanas de embarazo deben tomar misoprostol en la unidad de salud.	El misoprostol se puede tomar en la unidad de salud o en la casa si la mujer tiene menos de 9 semanas de embarazo. Las mujeres entre 9 y 13 semanas de embarazo deben tomar misoprostol en la unidad de salud.
¿Cuán eficaz es?	Su eficacia es del 97% al 99.5%	Su eficacia es del 95% al 98%	Su eficacia es del 83% al 87%
¿Cuáles son los efectos secundarios?	Sangrado y cólicos.	Sangrado y cólicos son efectos secundarios esperados. Los posibles efectos secundarios son: náuseas, vómito, diarrea, fiebre, escalofríos o mareos.	Sangrado y cólicos son efectos secundarios esperados. Los posibles efectos secundarios son: náuseas, vómito, diarrea, fiebre, escalofríos o mareos.
¿Cuáles son las posibles complicaciones?	Algunas complicaciones raras son: lesión al útero o al cuello uterino, sangrado excesivo, infección y acumulación de sangre en el útero. La aspiración manual endouterina (AMEU) fallida ocurre en menos del 1% de las mujeres, especialmente cuando es efectuada por un prestador de servicios calificado.	Algunas complicaciones raras son: sangrado excesivo e infección. El AM fallido ocurre en el 5% de las mujeres y la continuación del embarazo ocurre en menos del 1% de las mujeres.	Algunas complicaciones raras son: sangrado excesivo e infección. El AM fallido ocurre en el 15% de las mujeres y la continuación del embarazo ocurre en el 4% al 6% de las mujeres.
¿Cómo se efectúa generalmente?	El embarazo es extraído del útero a través de un tubo conectado a un aspirador manual o a una bomba eléctrica. El procedimiento dura entre 2 y 10 minutos. La conclusión del procedimiento es confirmada inmediatamente, en una sola consulta.	La mifepristona se toma por la boca (se traga). Uno o dos días después, se coloca el misoprostol debajo de la lengua, en el cachete o en la vagina y, después, el aborto generalmente ocurre en un plazo de 4 a 6 horas, pero se puede tardar varios días.	El misoprostol se coloca debajo de la lengua o en la vagina y, después, el aborto generalmente ocurre en un plazo de 24 horas, pero se puede tardar varios días.
¿Qué se debe hacer en caso de aborto fallido?	Se repite el procedimiento.	El embarazo es extraído con aspiración por vacío. Si no hay servicios de aspiración disponibles, se puede ofrecer una segunda dosis de misoprostol con seguimiento de cerca.	El embarazo es extraído con aspiración por vacío.

Beneficios y riesgos del AM

Beneficios

Los beneficios del AM son la interrupción segura y eficaz del embarazo sin la necesidad de utilizar procedimientos instrumentales. Para algunas mujeres, tener un aborto con tabletas en vez de instrumental les permite más privacidad y se siente como un proceso más natural. Algunas mujeres informan a su familia que están pasando por una menstruación abundante o un aborto espontáneo durante el proceso de AM. Si la mujer desea tener más apoyo, puede optar por que su familia o amistades la acompañen.

Riesgos (Ver también el Módulo seis, Complicaciones)

Todo procedimiento médico tiene sus riesgos, que deben sopesarse contra el riesgo de no tener el procedimiento. Llevar el embarazo a término implica un riesgo más alto de morbilidad y mortalidad que la interrupción segura y temprana del embarazo (Raymond y Grimes 2012). El riesgo de muerte por AM es más o menos igual al riesgo de muerte por aborto espontáneo (Grimes 2005). Tanto la aspiración por vacío como el AM son muy seguros, pero tienen algunos riesgos. La aspiración por vacío y el AM, ambos pueden causar sangrado abundante o infección. Con ambos métodos de evacuación endouterina hay riesgo de aborto incompleto. Con ambos tipos de procedimientos existe el riesgo de que si el procedimiento inicial no es exitoso, las mujeres podrían necesitar servicios adicionales para finalizar el aborto. En el caso de la aspiración por vacío, hay riesgo de lesión uterina por el instrumental y, si se utiliza anestesia, riesgo asociado con la propia anestesia. En el caso del AM, hay riesgo de efectos secundarios de los medicamentos.

Tabla 4-2: Tasas de aborto fallido y continuación del embarazo después del aborto con medicamentos

	Aborto fallido	Continuación del embarazo
Mifepristona-misoprostol		
<9 semanas (von Hertzen 2010, Winikoff 2008, Tang 2003)	3%	<1%
9 a 10 semanas con una dosis única de misoprostol por vía bucal (Winikoff 2012)	7%	3%
10 a 13 semanas con dosis repetidas de misoprostol (Hamoda 2005a y 2005b, Ashok 2002b)	3% al 5%	1% al 2%
Misoprostol solo		
<9 semanas (von Hertzen 2007)	15% al 17%	4% al 6%
9 a 13 semanas (Carbonell 1998, 1999a, 2008)	13% al 17%	7% al 8%

Aborto fallido con medicamentos

En el caso de un aborto fallido con medicamentos, la mujer podría necesitar una aspiración u otro procedimiento para tratar el sangrado abundante o problemático, o para interrumpir el embarazo que continúa. La continuación del embarazo es una preocupación con el aborto con medicamentos debido a la exposición del feto al misoprostol y al efecto que éste podría tener sobre el feto si la mujer decide continuar el embarazo. Las tasas de aborto fallido y continuación del embarazo son significativamente más altas en abortos inducidos con misoprostol solo comparadas con las del régimen combinado de mifepristona-misoprostol y pueden aumentar levemente con gestaciones más avanzadas (ver Tabla 4). En el Módulo 5 se resumen los pasos para confirmar un aborto completo.

Las mujeres que tienen un AM deben entender que existe la posibilidad de que el AM no interrumpa el embarazo. A las mujeres con un embarazo que continúa después de una exposición temprana al misoprostol se les debe ofrecer información y evacuación endouterina, ya que corren un riesgo levemente mayor de defectos congénitos. Cada profesional de la salud debe respetar la decisión informada de la mujer al respecto.

Otros riesgos

Otros riesgos raros son: sangrado excesivo que requiere tratamiento urgente, transfusión, infección pélvica, reacciones alérgicas y muerte.

- Se ha informado que el riesgo de sangrado abundante que requiere tratamiento de urgencia varía entre dos mujeres de cada 10,000 a una de cada 100 (Ashok 1998, Hausknecht 2003, Schaff 1997). Esta gran variación en tasas se atribuye a las diferencias en edad gestacional y a la definición de sangrado abundante.
- Se ha informado que el riesgo de infección grave es menos del 1% (Shannon 2004).
- No hay evidencias sobre la tasa de reacciones alérgicas, pero casi todas se han resuelto sin tratamiento o han sido tratadas con antihistamínicos, como Benadryl®.
- El riesgo de muerte es sumamente raro. Por ejemplo, se calcula que la tasa de mortalidad por AM con mifepristona y misoprostol en el primer trimestre es de aproximadamente siete mujeres por cada millón (Grimes 2005, Raymond y Grimes 2012).

Futuros embarazos

Al parecer el AM no tiene ningún impacto en la futura salud reproductiva (Hogue 2009). Al revisar los registros de 2710 mujeres en Dinamarca que habían tenido un AM anterior, no se encontró ninguna evidencia de que el AM anterior aumentara el riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, parto prematuro o bajo peso al nacer (Virk 2007).

Posibles defectos congénitos

El riesgo de defectos congénitos es de menos de 10 defectos por cada 1000 embarazos que continúan después del uso de misoprostol durante el primer trimestre (Population Council 2002). Los defectos congénitos más comunes relacionados con el misoprostol son el síndrome de Moebius (parálisis de los nervios faciales con anomalías asociadas) y defectos distales de las extremidades (dal Pizzol 2006). No se ha comprobado que la mifepristona cause malformaciones fetales. Para ver una revisión completa de la evidencia de asociación entre el misoprostol y los defectos congénitos, por favor remítase a Recursos adicionales, Riesgos de defectos congénitos con el AM.

Cómo explicar el proceso de AM a las mujeres

Usando palabras sencillas, no técnicas, el personal de salud debe ayudar a la mujer a entender todo el proceso antes de que tome los medicamentos. El profesional de la salud debería preguntarle a la mujer si ella vino acompañada y si preferiría recibir consejería sola o si le gustaría que su acompañante también oiga la información sobre el AM. En caso afirmativo, invite al acompañante a participar en la conversación.

Antes de salir de la unidad de salud, la mujer debe recibir instrucciones sobre la experiencia habitual de AM, qué tabletas tomar, cuándo y cómo tomarlas, cuándo acudir a la consulta de seguimiento y cuándo y dónde buscar atención médica de urgencia si surgen problemas. Dado que probablemente ella no esté familiarizada con algunos términos (como sublingual o bucal), el profesional de la salud debería usar palabras sencillas (tales como “debajo de la lengua” y “dentro del cachete”) e incluso puede proporcionar dibujos para ayudarla visualmente a entender cómo se debe tomar los medicamentos, ya sea en su casa o en la unidad de salud. Por favor remítase a los Módulos 2a y 2b para ver ilustraciones de las vías.

Cuando se brinda consejería a una joven, es de particular importancia utilizar palabras sencillas, no clínicas, para asegurarse de que ella entienda. Las mujeres jóvenes posiblemente usen palabras diferentes a las que utiliza el personal de salud (de Bruyn y France 2001). Por lo general, las jóvenes han tenido pocas oportunidades de aprender sobre salud sexual y reproductiva; por ello, necesitan mayor información y que se les repita la información con más frecuencia que muchas mujeres adultas. Además, es posible que se sientan menos cómodas y necesiten que se establezca una relación de comunicación empática más cuidadosa. Debido a todos estos factores, las sesiones de consejería de mujeres jóvenes podrían durar más que las de mujeres adultas (de Bruyn y Packer 2004).

Aunque no es necesaria una consulta de control de rutina después de un aborto con medicamentos inducido con mifepristona seguida de misoprostol, debido a la tasa más baja de eficacia, se recomienda un seguimiento de rutina después de un aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo (OMS 2012). Una mujer que se toma el medicamento en su casa debe recibir una explicación de cómo reconocer los signos de expulsión (sangrado y cólicos) que ocurren con un aborto con medicamentos completo. En general, las mujeres que creen haber tenido un aborto con medicamentos completo no necesitan más atención médica (Rossi 2004, Perriera 2010). No obstante, si la mujer se toma el medicamento y presenta sangrado mínimo o ningún sangrado, o si aún se siente embarazada, debe regresar a la unidad de salud para que el profesional de la salud verifique si ella tuvo un aborto completo o si es necesario efectuar otro procedimiento para finalizar el aborto. Si a la mujer le preocupa un sangrado continuo o algún otro problema, puede regresar en cualquier momento. Si la mujer desea saber con certeza si logró abortar, puede regresar en una o dos semanas para confirmar que tuvo un aborto completo.

A menudo resulta útil proporcionar un panfleto, una tarjeta o una hoja que resuman estos puntos. Si la mujer no puede leer, quizás le sea útil llevarse instrucciones por escrito para que otra persona se las lea si tiene preguntas. Además, puede ser muy útil proporcionar recursos con dibujos a las mujeres que no saben leer, como guías ilustradas que resuman el régimen, los efectos secundarios y las posibles complicaciones del AM. Para ver imágenes relacionadas con el AM, por favor remítase a los materiales de información, educación y comunicación (IEC) y material auxiliar en el *CD-ROM de la Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos*.

Lista de verificación de aborto completo (basada en Perriera 2010)

Pregúntele a la mujer las siguientes preguntas y marque la casilla correspondiente

	Sí	No
1. ¿Tuvo usted cólicos después de tomarse todas las tabletas de aborto con medicamentos?		
2. ¿Tuvo sangrado por lo menos igual de abundante que su regla habitual después de tomarse todas las tabletas de aborto con medicamentos?		
3. ¿Expulsó coágulos de sangre o restos ovulares después de tomarse todas las tabletas de aborto con medicamentos?		
4. ¿Desaparecieron sus síntomas de embarazo?		
5. ¿Cree estar embarazada todavía?		
6. ¿Tiene un sangrado abundante hoy?		
7. ¿Tiene fiebre hoy?		
8. ¿Tiene dolor o cólicos intensos hoy?		

Si hay por lo menos una marca en la sección sombreada, la mujer debería acudir a un/a profesional de la salud. Es posible que aún esté embarazada o que necesite más atención médica.

Si no hay marcas en la sección sombreada, es muy probable que tuvo un aborto con medicamentos completo. Debería usar un método anticonceptivo para evitar un embarazo no deseado.

La información sobre el AM proporcionada a las mujeres debe abarcar:

- elegibilidad y eficacia
- régimen y protocolos (incluso una discusión sobre la toma del misoprostol en la casa en vez de en la unidad de salud, si ambas opciones son posibles)
- lo que ella puede esperar
- cuánto tiempo dura el proceso generalmente

- los signos de un aborto completo
- los efectos esperados, posibles efectos secundarios y complicaciones
- signos de alarma para buscar ayuda
- garantizar acceso a los cuidados de emergencia
- necesidades anticonceptivas
- cuándo y dónde obtener cuidados de seguimiento si es necesario

Ver Anexo C, Preguntas y respuestas adicionales sobre el aborto con medicamentos, para otras preguntas que las mujeres y profesionales de la salud podrían hacer respecto al AM.

En lugares con teléfonos, se debe proporcionar datos de contacto a la mujer, de manera que ella pueda llamar en cualquier momento si tiene preguntas o inquietudes. En muchos lugares, regresar a la unidad de salud quizás sea la única manera de que la mujer pueda obtener información y que el profesional de la salud pueda evaluar su situación. Si la mujer vive lejos de la unidad de salud, se le pueden dar referencias de antemano a servicios que queden cerca de su hogar. La inclusión de enfermeras u otros trabajadores u organizaciones de salud comunitaria puede ser una buena fuente de apoyo e información para las mujeres, siempre y cuando reciban información completa sobre la consejería y los servicios de AM. Ver Módulo seis: problemas, complicaciones y urgencias, para mayor información sobre los sistemas de respuesta a urgencias, y el módulo Vínculos comunitarios de la publicación de Ipas titulada *La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición*, para mayor información sobre cómo trabajar con la comunidad.

Consejería centrada en la mujer

La experiencia de una mujer durante un aborto es tanto física como psicológica. Cada profesional de la salud debería estar preparado para ofrecer apoyo empático y, si la mujer desea recibirla, consejería centrada en las necesidades de la mujer. El apoyo psicológico e interacciones respetuosas y empáticas con las mujeres, podrían mejorar la experiencia y los resultados de aborto y hacerlas sentir que pueden confiar en los profesionales de la salud y buscar la atención médica que puedan necesitar en el futuro (Hall 1988).

Las actitudes y creencias de cada profesional de la salud afectan sus interacciones con las mujeres y la consejería que les brindan y pueden tener considerable influencia. Es posible que subconscientemente tenga creencias sobre quién debería controlar la experiencia de aborto o sobre la capacidad de la mujer para determinar qué está sucediendo en su cuerpo. A diferencia de

la aspiración por vacío y, según el protocolo, el AM puede dar más control sobre el aborto a la mujer, en vez del profesional de la salud. En muchos protocolos aprobados, ella puede iniciar y manejar el proceso de aborto en su casa o en otro lugar fuera de la unidad de salud, donde le resulte más conveniente y más cómodo. Si un/a profesional de la salud no está de acuerdo, ya sea consciente o subconscientemente, en que la mujer maneje el proceso de aborto por sí misma, esto podría afectar de manera negativa la prestación de servicios de AM e incluso causar que se oponga a ofrecer servicios de AM.

La prestación de servicios centrada en la mujer significa que cada profesional de la salud que ofrece servicios de aborto debería:

- Identificar sus creencias y valores personales respecto al aborto, en particular el AM;
- Separar sus creencias y valores de los de sus pacientes y centrarse en las necesidades de éstas;
- Mostrar respeto a todas las mujeres, independientemente de su edad, estado civil y decisiones y comportamientos relacionados con su salud sexual y reproductiva;
- Tratar a las mujeres con empatía, entender sus sentimientos y perspectivas y comunicar ese entendimiento.

La aclaración de valores puede ayudar a cada profesional de la salud a identificar sus creencias y valores, explorar las consecuencias de sus acciones, aprender a separar sus valores de los de sus pacientes y ofrecer servicios de una manera que muestre respeto por los derechos y las decisiones de la mujer (Turner 2008). La administración y el personal de mentoría de la unidad de salud pueden ayudar a establecer y mantener un ambiente de sensibilidad y respeto por las necesidades de las mujeres utilizando una variedad de métodos, tales como aclaración de valores y otros tipos de capacitación, tutoría clínica, supervisión capacitante, retroalimentación de colegas, evaluaciones anónimas y encuestas dirigidas a las usuarias. Para obtener más información sobre la consejería centrada en la mujer y la aclaración de valores, por favor remítase a Recursos adicionales, Consejería y aclaración de valores.

Revisión

Encierre en un círculo *todas* las respuestas correctas. Puede haber más de una respuesta correcta para cada pregunta.

1. Cuando se explica el proceso de AM a las mujeres es importante:
 - a. Utilizar términos técnicos
 - b. Asegurarse de que las mujeres entiendan todo el proceso antes de que se tomen los medicamentos
 - c. Usar palabras no técnicas e imágenes, si es necesario, que ayuden con la explicación
 - d. Evitar hablar sobre las complicaciones, ya que éstas son raras
2. Como parte del proceso de consentimiento informado para el AM, debe asegurarse de que cada mujer entienda:
 - a. Los beneficios y riesgos del aborto y las alternativas
 - b. Que se le debe efectuar un ultrasonido antes del AM
 - c. A quién más debe consultar antes de tomar su decisión
 - d. Todo el proceso de AM
3. La información sobre el AM proporcionada a las mujeres debe abarcar:
 - a. El grado de sangrado normal que se puede esperar
 - b. Los posibles efectos secundarios después de tomar misoprostol
 - c. Los signos de alarma por los cuales la mujer debe comunicarse con su prestador/a de servicios
 - d. Realizarse la prueba de embarazo antes de la cita de control
4. El profesional de la salud debe informar a cada mujer que si el AM falla:
 - a. Está obligada a finalizar el aborto.
 - b. Posiblemente necesite aspiración por vacío para finalizar el aborto.
 - c. Si decide continuar el embarazo, corre un riesgo levemente mayor de defectos congénitos.
 - d. Debe volver a iniciar todo el régimen.

Reflexión

Las siguientes preguntas fueron formuladas para ayudarle a pensar en lo que hay actualmente establecido para el proceso de consentimiento informado, información y consejería sobre AM y cómo aplicar el contenido de este módulo en su entorno.

1. Si ya se están ofreciendo servicios de AM en su entorno, ¿qué tan bien puede comunicarse usted con las mujeres respecto al AM? ¿Qué tan bien puede comunicarse con las jóvenes en particular? ¿Qué puede hacer usted para mejorar sus habilidades?
2. Si ya se están ofreciendo servicios de AM en su entorno, ¿qué retos ha enfrentado usted para obtener el consentimiento informado y proporcionar información y consejería? ¿Se proporcionan de una manera respetuosa que atienda las necesidades de las mujeres?
3. Si recién se empezó a ofrecer servicios de AM, ¿cómo se asegurará usted de que el personal de salud esté bien capacitado para proporcionar información y consejería y obtener el consentimiento informado? ¿Qué esfuerzos específicos deberían realizarse para atender las necesidades de las jóvenes?
4. ¿Cómo puede usted evaluar y, si es necesario, mejorar la calidad de la información y consejería sobre AM proporcionadas a las mujeres?
5. ¿Con qué trabajadores y organizaciones de salud comunitaria puede colaborar usted para brindar apoyo e información a las mujeres sobre el AM cerca de los lugares donde ellas viven y trabajan?

Módulo 5: cuidados de seguimiento

Visión general

Debido a la alta tasa de eficacia y baja tasa de complicaciones, no es necesario dar seguimiento clínico de rutina después de un aborto con medicamentos sin complicaciones inducido con mifepristona seguida de misoprostol (OMS 2012). Se debe informar a las mujeres que hay cuidados de seguimiento disponibles para tratar complicaciones o la continuación de un embarazo o un embarazo ectópico, para suministrar un método anticonceptivo, o para abordar preguntas o inquietudes relacionadas con el proceso de AM, si los necesita o desea. Debido a las tasas más elevadas de continuación del embarazo cuando se usa misoprostol solo, se recomienda el seguimiento de rutina con este régimen. Con cualquiera de los dos regímenes, se debe informar a las mujeres sobre los riesgos y síntomas de un aborto incompleto y continuación del embarazo y se les debe proporcionar instrucciones sobre cuándo y dónde obtener cuidados o asistencia de seguimiento. Si la mujer prefiere asistir a una cita de control

porque quiere confirmar que tuvo un aborto completo o desea un seguimiento individualizado y más personalizado, se le debe programar una cita.

Confirmación de aborto completo

Las mujeres y los profesionales de la salud son muy confiables al determinar la finalización del AM después del régimen de mifepristona seguida de misoprostol. En múltiples estudios, las mujeres que creían que habían tenido un aborto completo tenían razón en más del 99% de los casos (Rossi 2004, Perriera 2010, Cameron 2012, Jackson 2012).

Sin embargo, las mujeres son menos confiables determinando si no tuvieron un aborto completo o si el embarazo continúa. Muchas, pero no todas, pueden reconocer la continuación del embarazo por los síntomas nada más. En un estudio de mujeres tratadas con mifepristona y misoprostol para el aborto en el primer trimestre, dos terceras partes de las mujeres con continuación del embarazo reconocieron que aún estaban embarazadas por los síntomas nada más; la otra tercera parte no lo reconoció (Jackson 2012).

El riesgo de continuación del embarazo en gestaciones inferiores a 9 semanas es menos del 1% después del régimen combinado de mifepristona y misoprostol (von Hertzen 2010, Winikoff 2008, Tang 2003) y entre el 4% y el 6% después del régimen de misoprostol solo (von Hertzen 2007). No obstante, la importancia de que la mujer no reconozca la continuación del embarazo es significativa. Si ocurre un AM fallido y continuación del embarazo, hay un riesgo levemente mayor de defectos congénitos debido a la exposición al misoprostol. Si la mujer se demora en identificar la continuación del embarazo y desea interrumpirlo, la edad gestacional más avanzada podría limitar su acceso a los servicios de aborto seguro. Para revisar las tasas de eficacia del aborto con medicamentos, por favor remítase al Módulo 4: consentimiento informado, información y consejería.

Cuando es necesario o se desea, se puede confirmar aborto completo durante la consulta de control aproximadamente dos semanas después del aborto con medicamentos. Por lo general, la confirmación es posible mediante la revisión de la historia de síntomas y un examen pélvico. Podría ser útil realizar una prueba de embarazo y/o ultrasonido (si está disponible o por referencia) si la mujer no está segura si expulsó su embarazo. El uso de material auxiliar que requiere menos recursos para determinar AM completo, tales como diarios de los síntomas y cuestionarios, es un área de investigación en curso. Además de confirmar la finalización del aborto, el profesional de la salud puede ofrecer un método anticonceptivo, si la mujer así lo desea, tratar problemas y contestar cualquier otra pregunta que pueda tener la mujer.

Pasos para confirmar aborto completo

1. Preguntarle a la mujer si se sintió como si hubiera expulsado el embarazo. ¿Tuvo sangrado abundante y cólicos después de tomar el misoprostol? ¿Expulsó restos ovulares o coágulos?
2. Preguntarle a la mujer si en algún momento se sintió embarazada y si aún se siente embarazada. Revisar los síntomas de embarazo que presentó antes y después del aborto. Por ejemplo, si la mujer tuvo náuseas matinales y sensibilidad en los senos, ¿desaparecieron?
3. Determinar cómo se tomó cada medicamento. Por ejemplo, preguntar: “¿Me podría decir cómo y cuándo se tomó cada tableta?”.
4. Realizar el examen pélvico. Compararlo con las notas del examen realizado antes del AM.
 - Si la mujer tenía hasta 7 semanas de embarazo en el momento de la evaluación clínica, el útero no debería sentirse con persistencia de embarazo en la cita de control a las dos semanas de tomar los medicamentos para inducir el AM.
 - Si la mujer tenía 8 semanas o más de embarazo, el útero debería ser más pequeño a las dos semanas de tomar los medicamentos para inducir el AM.
5. Lo más probable es que el aborto haya finalizado si la mujer cree que tuvo un aborto completo. Las indicaciones clínicas de que lo más probable es que el aborto haya finalizado son: la mujer ya no presenta síntomas de embarazo, su patrón de sangrado es normal y el tamaño del útero es no gestante o más pequeño que antes.
6. Si aún hay dudas, se debe realizar un ultrasonido, o referir a otros servicios donde la puedan realizar, para determinar la existencia de un saco gestacional o embarazo viable.

Qué esperar en la consulta después del AM

Cuando las mujeres regresan para una consulta de control o porque tienen problemas después del AM, las y los profesionales de la salud comúnmente se encuentran con una de las siguientes posibilidades:

Normal

Éste es el resultado más común si la mujer tomó los medicamentos según le indicaron. Por lo general, la mujer presenta considerables cólicos y sangrado durante aproximadamente un día después de tomar el misoprostol, pero estos disminuyen durante la próxima

semana. A las dos semanas de haber tomado los medicamentos, los cólicos generalmente han desaparecido y un 60% de las mujeres aún presentan sangrado ligero o manchado (Davis 2000). Las mujeres que presentaban síntomas de embarazo antes del AM no deberían tenerlos cuando asistan a la cita de control.

Sangrado problemático

Algunas mujeres informan un sangrado incómodo o problemático en la cita de control, a pesar de que el embarazo no continúa, los síntomas de embarazo han sido resueltos y el tamaño del útero es más pequeño. A estas mujeres se les debe ofrecer tratamiento adicional si corresponde, como se describe a continuación.

Los diferentes patrones de sangrado problemático son:

Sangrado abundante y persistente: La mujer presenta sangrado como el de una regla abundante de manera continua desde haber tomado el misoprostol. Si la mujer presenta síntomas clínicos de hipovolemia o anemia severa secundaria debido al sangrado (fatiga, debilidad especialmente al ponerse de pie, pulso acelerado, mareos) y/o si la hemoglobina o el hematocrito (si hay pruebas disponibles) han bajado considerablemente del valor inicial, se debe realizar la aspiración por vacío. Si el sangrado actual no es abundante pero es algo prolongado o errático y el estado clínico de la mujer es estable y ella se siente bien, se puede ofrecer una dosis repetida de misoprostol siempre y cuando la mujer esté dispuesta a regresar en uno a tres días para la evaluación. Suministrar una segunda dosis de misoprostol para mejorar la contractibilidad del útero es una práctica común, aunque la evidencia no aclara si disminuye los días de sangrado (von Hertzen 2003, Mittal 2005). Se debe recomendar enfáticamente la ingesta de líquidos (hidratación oral) y alimentos ricos en hierro o suplementos de hierro.

Sangrado errático: Algunas mujeres tienen días de muy poco o ningún sangrado seguidos irregularmente de sangrado abundante o demasiado profuso. Si la mujer presenta síntomas de anemia, el profesional de la salud debería realizar una aspiración por vacío. Se debe recomendar enfáticamente la ingesta de líquidos (hidratación oral) y alimentos ricos en hierro o suplementos de hierro.

Hemorragia: (Ver Hemorragia en el Módulo seis: problemas, complicaciones y urgencias.)

Sangrado tardío: Muy rara vez, después de varias semanas de poco o ningún sangrado y ninguna otra complicación, la mujer presenta sangrado abundante repentino. Se le debe brindar tratamiento acorde a la gravedad del cuadro clínico.

Un sangrado problemático, junto con la continuación del embarazo, es señal de AM incompleto y la mujer podría necesitar más tratamiento. Si la mujer presenta un sangrado problemático, pero no grave, el profesional de la salud debe hablar con ella sobre

sus opciones de tratamiento, por ejemplo: 1) esperar y observar durante varias semanas; 2) repetir la dosis de misoprostol para estimular las contracciones uterinas (como se mencionó anteriormente); y 3) realizar la aspiración por vacío. A veces la mujer está cansada del sangrado persistente y solicita aspiración por vacío aunque ésta no sea clínicamente necesaria; se le debe ofrecer esta opción, si es posible.

Continuación del embarazo o embarazo ectópico

Por favor remítase al Módulo seis: problemas, complicaciones y urgencias

Anticoncepción después del AM

Es posible que la mujer regrese para una consulta de control si el método anticonceptivo que eligió, como un DIU, no se pudo proporcionar en el momento de iniciar los medicamentos para el AM, o porque ella aún no había elegido un método. El profesional de la salud debe evaluar sus deseos de fertilidad, proporcionarle información sobre el retorno de la menstruación y brindar consejería y servicios de anticoncepción, según sea necesario.

Palabras reconfortantes y apoyo

Pregúntele a la mujer cómo se siente y bríndele apoyo emocional, si es necesario. Conteste todas las preguntas que pueda tener y trate sus inquietudes.

Atención a otras necesidades durante la cita de control

Cuando la mujer regresa a la unidad de salud para la cita de control, es otra oportunidad de atender cualquier otra necesidad que pueda tener y brindarle atención integral. Evalúe y discuta cualquier otra necesidad de salud física o emocional, si así lo desea la mujer, y dé referencias a otros servicios según sea necesario.

Alternativas al seguimiento clínico

Si la mujer y su prestador/a de servicios están de acuerdo, el/la prestador/a de servicios puede ofrecer estar disponible por teléfono para proporcionar información y apoyo y ayudar a la mujer a determinar si tuvo un AM completo, según sea necesario. En las unidades de salud donde se ofrece esta opción, se debería establecer un protocolo para el seguimiento telefónico y proporcionar a las mujeres un número telefónico de la unidad de salud o prestador/a de servicios. Además, las unidades de salud pueden emplear profesionales de extensión comunitaria, tales como enfermeras en salud comunitaria, a quienes puedan acudir las mujeres para recibir apoyo durante el AM y atención para sus necesidades de anticoncepción y otras necesidades

de salud reproductiva. Se debe tomar en consideración los costos y beneficios de estas alternativas al seguimiento clínico. Posiblemente sean más aplicables en ámbitos donde se utiliza el régimen de misoprostol solo, donde las tasas de aborto completo son más bajas y más mujeres podrían necesitar cuidados de seguimiento, que para las mujeres que usan mifepristona y misoprostol. Todo contacto por teléfono iniciado por un/a prestador/a de servicios o profesionales de extensión comunitaria debe ocurrir solo si la mujer da su consentimiento de antemano y debe llevarse a cabo con mucho cuidado para mantener la privacidad de la mujer.

Revisión

Encierre en un círculo *todas* las respuestas correctas. Puede haber más de una respuesta correcta para cada pregunta.

1. Si la mujer necesita o desea recibir cuidados de seguimiento para asegurarse de haber tenido un AM completo, ¿cuál es el mejor momento para que regrese después de tomar el misoprostol?
 - a. Una semana
 - b. Dos semanas
 - c. Dos meses
 - d. No se le debe ofrecer cuidados de seguimiento porque nunca son necesarios.

2. ¿Cuáles son algunos de los patrones de sangrado que el profesional de la salud puede esperar ver en una mujer que busca cuidados de seguimiento?
 - a. Normal
 - b. Errático
 - c. Tardío
 - d. Ninguno

3. Lo más probable es que la mujer haya tenido un aborto completo si:
 - a. Sus síntomas de embarazo desaparecieron
 - b. La hemoglobina o el hematocrito bajaron considerablemente
 - c. El tamaño del útero es más pequeño que antes
 - d. El patrón de sangrado es normal

Reflexión

Las siguientes preguntas fueron formuladas para ayudarle a pensar en lo que hay actualmente establecido para la prestación de servicios de AM y cómo aplicar el contenido de este módulo en su entorno.

1. Si ya se están ofreciendo servicios de AM en su unidad de salud, ¿qué protocolos utiliza usted para la atención de seguimiento?
2. Si se están empezando a ofrecer servicios de AM en su unidad de salud, ¿qué protocolos de seguimiento piensa utilizar? ¿Se utilizan estos mismos para las jóvenes?
3. ¿Cómo confirmaría un AM si la mujer regresa para una consulta de control?
4. ¿Cuáles son sus inquietudes en cuanto a la prestación de servicios de seguimiento y cuáles son algunas de las maneras que usted podría tratar esas inquietudes? ¿Son similares o diferentes para las jóvenes?

Módulo 6: problemas, complicaciones y urgencias

El aborto con medicamentos (AM) produce muy pocas complicaciones graves. Por favor remítase al Módulo 3: atención clínica, *Signos de alarma de complicaciones*, para ver los signos y síntomas de alarma que deberían indicarle a la mujer que se dirija a su prestador/a de servicios o busque atención médica.

Problemas

La mayoría de las mujeres que tienen un AM no presentan problemas o complicaciones. Si ocurren problemas después del AM, estos varían de menores a verdaderas urgencias. Las complicaciones graves son raras, pero a veces pueden evitarse si se interviene en el momento adecuado con el tratamiento correspondiente. Es posible reducir los problemas si las mujeres saben qué pueden esperar y cuándo deben buscar asistencia, y si se brinda la atención necesaria de manera oportuna.

AM fallido

El AM fallido se define como situaciones que requieren una intervención para extraer el contenido uterino ante la continuación de un embarazo o para síntomas inaceptables como hemorragia (Winikoff 1996).

La continuación del embarazo ocurre en menos del 1% de las mujeres que toman mifepristona y misoprostol y en aproximadamente el 4% al 6% de las mujeres que usan misoprostol solo para una gestación de hasta nueve semanas (Ver Tabla 4-2 en el Módulo 4). La continuación del embarazo se sospecha ante la falta de sangrado vaginal, síntomas de embarazo persistentes y/o tamaño uterino en aumento.

AM hasta las primeras 9 semanas desde la fecha de la última menstruación (FUM)

- Mifepristona y misoprostol
 - El tratamiento estándar para un embarazo que continúa es aspiración por vacío. Tomar una dosis repetida de misoprostol para un embarazo que continúa es una opción menos estudiada. En un ensayo clínico, solo una tercera parte de las mujeres con menos de nueve semanas de embarazo que tuvieron un embarazo que continuó después de tomar mifepristona y misoprostol y tomaron una segunda dosis de misoprostol tuvieron un aborto completo (Reeves 2008). Aunque no es una recomendación de primera línea, en lugares con acceso limitado a servicios seguros de evacuación endouterina, se puede considerar la administración de una segunda dosis de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal con seguimiento de cerca.
- Misoprostol solo
 - Cuando el embarazo continúa después de tomar misoprostol solo para inducir el aborto, se recomienda la aspiración por vacío.

AM entre las 9 y 13 semanas

Se recomienda la evacuación endouterina para embarazos que continúan después del régimen de AM entre las 9 y 13 semanas de gestación.

Dolor persistente

Si la mujer presenta dolor intenso que persiste durante más de 4 a 6 horas después de tomar misoprostol, o si ella informa dolor intenso que no se alivia con ibuprofeno y narcóticos leves, considere las posibilidades de:

- Restos ovulares atrapados en el orificio cervical. En caso afirmativo, a veces se pueden tomar con un instrumento como pinzas de anillos y extraerse con cuidado.
- Embarazo ectópico
- Infección del tracto genital superior
- Poca tolerancia al dolor

Se debe examinar a toda mujer con dolor intenso o prolongado para asegurarse de que no presente una de estas condiciones. Además, se debe realizar una historia clínica cuidadosa y realizar exámenes de laboratorio completos, examen físico y examen pélvico bimanual y brindar tratamiento o referencias según sea necesario.

Embarazo ectópico

Antes de recibir AM, cada mujer debe ser evaluada para determinar la posibilidad de embarazo ectópico. (Por favor remítase a los módulos 2A, 2B y 3 para obtener más información sobre el embarazo ectópico). Si una mujer que tiene un embarazo ectópico recibe AM, el régimen de mifepristona y misoprostol no interrumpirá el embarazo ectópico. Una mujer con embarazo ectópico temprano no siempre presenta síntomas. Si presenta signos o síntomas, estos podrían ser:

- Sangrado vaginal mínimo después de tomar los medicamentos para inducir el aborto
- Tamaño uterino menor que lo esperado
- Un repentino dolor o cólicos intensos y persistentes en el abdomen bajo, inicialmente en un solo lado y después generalizados, que pueden ser acompañados de:
 - Sangrado vaginal irregular o manchado
 - Masa anexial palpable
- Desmayo, dolor de hombro, latidos acelerados o mareos (debido al sangrado interno). El sangrado interno no necesariamente es acompañado de sangrado vaginal.

Um embarazo ectópico roto es una urgencia ginecológica que puede poner en riesgo la vida de la mujer y requiere una intervención quirúrgica inmediata. Una mujer con sospecha de embarazo ectópico debe ser tratada o trasladada lo antes posible a una unidad de salud donde se pueda confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento. Mediante el diagnóstico y tratamiento temprano del embarazo ectópico se puede salvar la vida de la mujer y ayudar a conservar su futura fertilidad.

Complicaciones

Hemorragia

Rara vez se presenta una hemorragia aguda que requiere transfusión después del AM (OMS 2000). En ensayos clínicos con mifepristona y misoprostol, el riesgo de sangrado que requiere una transfusión varía entre el 0.1% y el 0.4% (Creinin y Gemzell-Danielsson 2009). Con regímenes de misoprostol solo, la tasa de hemorragia que requiere transfusión es menos del 1% (von Hertzen 2007). La variación en las tasas refleja las diferencias en cómo los estudios definieron sangrado abundante.

Las indicaciones de que el sangrado requiere atención inmediata son:

- Sangrado abundante demasiado profuso
- Sangrado como el de una menstruación abundante, que persiste durante semanas y causa considerable anemia e hipovolemia
- Apariencia pálida acompañada de debilidad, agitación o desorientación
- Hipotensión o la mujer se siente mareada al ponerse de pie
- Pulso acelerado, especialmente cuando está asociado con hipotensión

Otros signos y síntomas preocupantes son palidez cutaneomucosa, especialmente en párpados, boca, palmas de las manos o puntas de los dedos; mareos y desmayo; y disminución en la producción de orina.

Una hemorragia grave y un sangrado abundante prolongado requieren atención inmediata. Se debe iniciar terapia de apoyo, que incluya reposición de líquidos por vía intravenosa, transfusión sanguínea y administración de oxígeno. La aspiración por vacío es el tratamiento de primera elección para una hemorragia; esto permite las contracciones del útero y la disminución del sangrado.

Aunque no se han realizado estudios de su eficacia en mujeres con sangrado después de un aborto con medicamentos, las terapias que pueden administrarse para el tratamiento de sangrado o para estabilizar a la paciente para su traslado, que se han utilizado después de una aspiración por vacío o de una hemorragia posparto, son (Lichtenberg y Grimes 2009, OMS 2009b):

- Vasopresina, 10 unidades en 20 ml de solución cristaloides inyectada por vía transcervical en el miometrio
- Metilergometrina, 0.2 mg por vía intramuscular o intracervical

- Oxitocina, 20 unidades en 1 litro por vía IV a razón de 60 gotas por minuto
- Misoprostol, 200 a 800 mcg por vía oral, rectal o sublingual
- Taponamiento intrauterino con gasa estéril o 30 a 75 ml por globo sonda de foley

Si estas medidas parecen ser necesarias pero no están disponibles, refiera a la mujer de inmediato a una unidad de salud de más alto nivel.

Infección

El AM rara vez está asociado con infección. En un estudio publicado se encontró que la frecuencia de la infección después del AM fue menos del uno por ciento (Shannon 2004). Además, este estudio analizó infecciones que eran suficientemente leves para ser tratadas con medicamentos orales ambulatoriamente; el índice de infecciones graves es mucho más bajo. Solo cuatro de las 46,400 mujeres (el 0.009%) en este estudio necesitaron hospitalización debido a la infección. No se recomienda la profilaxis antibiótica para la prestación de servicios de rutina de AM (OMS 2012, Achilles 2011).

En un análisis retrospectivo de 227,823 abortos inducidos con medicamentos, se encontró una disminución considerable en la tasa de infecciones serias cuando se cambió la vía de administración del misoprostol de la vía vaginal por la vía bucal. Sin embargo, este cambio se acompañó por una de dos medidas para disminuir la tasa de infecciones: realizar pruebas rutinarias de clamidia y tratar los resultados positivos, o administrar antibióticos profilácticos de manera rutinaria (100 mg de doxiciclina por vía oral, durante siete días) (Fjerstad 2009a).

Después de la administración del misoprostol, la mujer de vez en cuando presenta una fiebre baja pasajera. Si fiebre de 38 °C (100.4 °F) o más alta persiste durante 24 horas después de administrado el misoprostol, o si la mujer presenta fiebre cualquier día después de tomar el misoprostol, debe ser evaluada por un profesional de la salud. Si la mujer presenta signos y síntomas de infección uterina, se debe iniciar tratamiento de antibióticos de amplio espectro. En el caso sumamente raro de infección grave o sepsis, la mujer debe ser hospitalizada para recibir tratamiento.

Si la mujer parece estar enferma con dolor abdominal, náuseas o vómito, independientemente o no de que presente fiebre, realice diagnósticos de laboratorio completos para infección o refiérala a otro servicio donde puedan realizarlos. Es posible que la mujer presente algunas infecciones raras, o incluso sepsis, sin fiebre.

Reacciones alérgicas

Aunque las reacciones alérgicas a la mifepristona y el misoprostol

son raras, de vez en cuando son reportadas. Estas reacciones han sido acompañadas de inflamación de las manos o los pies, urticaria o sibilancia (Davey 2006). Las reacciones alérgicas se pueden manejar de manera convencional, por ejemplo con un antihistamínico.

Una reacción alérgica grave es muy rara, pero puede ocurrir con cualquier medicina, alimento o sustancia. Las mujeres que presentan disnea o repentina inflamación de las vías respiratorias, o cualquier otra reacción grave o fuera de lo común, deben recibir tratamiento de urgencia.

Respuesta a urgencias

En raras situaciones, podría ser necesario utilizar el sistema de respuesta a urgencias. Si se trata de una urgencia, a veces es necesario trasladar a la mujer a un centro de más alto nivel donde pueda recibir atención. Al formular planes de contingencia de antemano para tratar dichas situaciones, se evita la confusión y se facilita la atención adecuada en casos de extrema urgencia.

Ejemplos de planes de respuesta a urgencias son:

Profesional de la salud de guardia

Asegurar que una persona con conocimientos clínicos esté disponible 24 horas al día para contestar las preguntas de las mujeres y brindar atención o referencias. Este profesional de la salud puede realizar un triage de las mujeres que necesitan mayor apoyo emocional o instrucciones más detalladas y las que necesitan evaluación clínica o atención de urgencia. Dado que muchas mujeres se toman el misoprostol en la casa, posiblemente necesiten apoyo emocional y saber que el proceso es normal y que se terminará en unas pocas horas, o puede que tengan un problema que requiere atención médica inmediata.

Relación con el centro de referencia

Es importante establecer un acuerdo (como un memorándum de entendimiento) respecto al traslado de la mujer al centro de referencia, si es necesario; es preferible utilizar el que sea más accesible.

Si es posible, las y los profesionales de la salud pueden establecer una relación con el personal de la sala de urgencias y ginecólogos en el hospital de referencia. Puede ser útil ofrecer una sesión informativa para el personal de los hospitales de referencia. La sesión podría abarcar el AM, el mecanismo de acción de los medicamentos, el continuum de los efectos esperados y los efectos secundarios, los tipos de complicaciones que podrían surgir y cómo realizar el triage de una mujer con una urgencia de AM. Invite al personal del hospital a la unidad de salud donde se ofrecen servicios de AM.

Referencia y contrarreferencia

Si la mujer será trasladada al hospital de referencia, el profesional de salud debe notificar al hospital para informar sobre el traslado, los motivos para la referencia, la historia clínica de la mujer, las medidas tomadas en la unidad de salud y el estado clínico actual de la mujer.

Genere un mecanismo para recibir registros o informes verbales de una mujer que recibió atención de urgencia en el hospital de manera que el personal de la unidad de salud pueda mantenerse al tanto de dichos casos y su resultado y proporcionar los cuidados de seguimiento necesarios.

Simulaciones de urgencias

De manera rutinaria, el personal de la unidad de salud debe revisar y practicar cómo manejará urgencias para que todas las personas conozcan su función y los protocolos. El personal debe practicar cómo tratar hemorragia y shock, cómo iniciar líquidos intravenosos y cómo dar oxígeno (si está disponible) y reanimación cardiopulmonar.

Insumos

Tenga a mano un carrito o contenedor para urgencias, con todos los medicamentos e insumos que podrían ser de utilidad en una urgencia. Tenga una lista de verificación mensual del contenido del carrito para asegurarse de que esté abastecido y que los insumos y medicamentos no hayan caducado.

Vínculos con las comunidades

El personal de salud puede trabajar con líderes y organizaciones de la comunidad, en particular con grupos de mujeres, para informarlos respecto a los signos y síntomas de las complicaciones del aborto con medicamentos que requieren atención médica con prontitud, así como sobre cómo y dónde las mujeres pueden recibir atención de urgencia. Las comunidades pueden evitar demoras en el traslado de las mujeres con urgencias a los servicios de salud: por ejemplo, por medio de sistemas comunitarios de transporte en casos de urgencias. El personal de la unidad de salud puede capacitar a las trabajadoras y los trabajadores o voluntarios en salud comunitaria para que refieran a las mujeres en situaciones de urgencia a los servicios de salud, den seguimiento a las mujeres después que reciban los servicios y vinculen a las mujeres con servicios de planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva.

Revisión

Encierre en un círculo *todas* las respuestas correctas. Puede haber más de una respuesta correcta para cada pregunta.

1. ¿Cuáles son las posibles complicaciones del AM?
 - a. Infección
 - b. Perforación uterina
 - c. Hemorragia
 - d. Vómito

2. ¿Cuál de las siguientes declaraciones es cierta con relación al embarazo ectópico?
 - a. Todas las mujeres con embarazo ectópico presentan los signos y síntomas clásicos, tales como sangrado, dolor abdominal y masa palpable.
 - b. No es posible interrumpir un embarazo ectópico con mifepristona y misoprostol.
 - c. Una mujer con embarazo ectópico temprano no siempre presenta síntomas.
 - d. Si la mujer presenta dolor persistente, se debe considerar la posibilidad de embarazo ectópico.

3. ¿Qué se debe hacer si se sospecha infección pélvica después del AM?
 - a. Tranquilizar a la mujer
 - b. Tratarla acorde a la gravedad y el tipo de infección
 - c. Administrar un medicamento antifúngico vaginal
 - d. Tratar solo si presenta fiebre también

Reflexión

Las siguientes preguntas fueron formuladas para ayudarle a pensar en lo que hay actualmente establecido para la prestación de servicios de AM y cómo aplicar el contenido de este módulo en su entorno.

1. En su unidad de salud, ¿cuál es o será su protocolo para referencias de urgencia cuando sean necesarias?
2. ¿Cómo se capacitará a todo el personal para que reconozca las complicaciones y las trate o pueda referir a la mujer a otros servicios donde puedan tratarlas?
3. ¿De qué manera se anotarán las complicaciones en sus registros clínicos?
4. ¿Qué inquietudes tiene usted respecto a problemas, complicaciones y urgencias relacionados con el AM en su unidad de salud? ¿Qué inquietudes especiales tiene respecto a problemas, complicaciones y urgencias relacionados con el AM para mujeres jóvenes? ¿Cómo piensa tratar esas preocupaciones?

Módulo 7: prestación de servicios

Prestación de servicios de aborto con medicamentos centrados en la mujer

Para la prestación de servicios de aborto con medicamentos (AM) centrados en la mujer y de alta calidad, se debe asegurar varios elementos en el sistema de salud. Las unidades de salud, insumos, personal, sistemas de referencia y mecanismos de garantía de la calidad, todos estos contribuyen a la prestación de servicios, como se menciona en detalle a continuación.

Unidades y servicios de salud

- Horas y días accesibles de los servicios, incluidos los horarios que son convenientes para las jóvenes
- Áreas privadas para proporcionar información y consejería (privacidad visual y auditiva)

- Prácticas e insumos para la prevención de infecciones (por ejemplo, guantes limpios para realizar el examen pélvico)
- Suficientes inodoros (excusados) que puedan utilizar las mujeres si permanecen en la unidad de salud después de tomar misoprostol
- Sistema de referencia eficaz para complicaciones y otras necesidades de salud reproductiva
- Servicios integrados de planificación familiar, que incluyen servicios de anticoncepción

Manejo de medicamentos e insumos

- Disponibilidad de misoprostol y, donde sea posible, mifepristona
- Sistemas para la adquisición de medicamentos
- Almacenamiento adecuado
- Manejo del dolor y otros medicamentos, según sea necesario
- Toallas higiénicas o algodón hidrófilo
- Métodos anticonceptivos
- Agua potable limpia (para tomarse la mifepristona donde esté disponible)

Reabastecimiento continuo

Para poder ofrecer servicios de aborto con medicamentos, las unidades de salud deben tener un reabastecimiento continuo de los medicamentos o poder dirigir a las mujeres a una farmacia cercana que siempre esté abastecida. En muchos casos, los sectores nacionales de salud pública aún no han creado nuevos sistemas o mejorado los sistemas actuales a fin de garantizar la disponibilidad de los medicamentos para inducir el aborto cuando y donde se necesitan. Las debilidades en las cadenas nacionales de distribución y suministro en salud pública impactan el reabastecimiento. La fuerza de infraestructura de las cadenas de distribución y suministro de medicamentos para inducir el aborto también se ve afectada por otros factores, tales como el posible uso del misoprostol para múltiples indicaciones de salud reproductiva, la relativamente corta vida útil de los medicamentos para inducir el aborto y la posibilidad de degradación del misoprostol debido a calor y humedad excesivos. Debido al uso creciente del método de aborto con medicamentos, podría haber desabastecimiento si cada unidad de salud no maneja bien su inventario. El personal de la unidad de salud debe monitorear el uso de los medicamentos, crear metas del inventario e identificar fuentes de financiación y proveedores confiables. Para ver herramientas para calcular los niveles recomendados de inventario, por favor remítase a Recursos adicionales, Reabastecimiento continuo.

Conocimientos, actitudes y habilidades del personal

- *Conocimiento de:* regímenes de AM, evaluación clínica, determinación de la edad gestacional, elementos de la consejería sobre el AM, consentimiento informado, proceso para administrar medicamentos, manejo de efectos secundarios y signos de alarma que indican que es necesario brindar cuidados de seguimiento
- *Actitudes que son:* positivas, útiles y no discriminatorias hacia las mujeres que buscan servicios de aborto y usan el método de AM, incluidas las jóvenes tanto casadas como solteras
- *Habilidades para:* realizar la evaluación clínica, proporcionar información sobre el AM (que incluya consejería anticonceptiva y obtener el consentimiento informado), despachar los medicamentos para el AM, realizar el seguimiento, determinar si finalizó el aborto cuando sea necesario y brindar atención de urgencia o dar referencias a otros servicios donde se la puedan brindar

Información suministrada a las usuarias

- Información clara y sencilla para ayudar a la mujer a tomar decisiones informadas sobre el AM
- Formularios de consentimiento
- Información sencilla sobre qué puede esperar y cuándo y dónde debe buscar cuidados de seguimiento y atención de urgencia, si es necesario
- Información, métodos o referencias anticonceptivos

Gestión de registros

- Normas claras en cuanto a la información que se debe anotar
- Gestión de registros que proteja la privacidad de las mujeres (por ejemplo, las listas de nombres de mujeres que obtienen referencias a otros servicios de salud reproductiva no deberían ser visibles a nadie más que no sea el personal de salud)
- Registros o libros de registros clínicos mensuales
- Expedientes de las pacientes
- Formularios de referencia y formularios para notificar eventos adversos

Monitoreo y evaluación

- Un plan de monitoreo y evaluación con definiciones claras de los servicios a ser evaluados, fuentes de información e indicadores para medición
- Mecanismos para obtener retroalimentación de las mujeres
- Documentación y revisión de complicaciones graves (eventos adversos) que ocurren con el AM

Existen muchos recursos para establecer servicios de aborto en una unidad de salud. Para obtener más información sobre el monitoreo y la evaluación, por favor remítase a Recursos adicionales, Monitoreo para mejorar los servicios.

Lugar de administración de las tabletas

La mifepristona se puede tomar en la unidad de salud o en la casa si es más conveniente para la mujer. El misoprostol se debe tomar uno o dos días después de la mifepristona.

Cuando se utilizaron medicamentos por primera vez para inducir el aborto, las mujeres se tomaban el misoprostol en la unidad de salud, donde muchas de ellas permanecían hasta que abortaban. Durante varios años desde ese entonces, la mayoría de las y los profesionales de la salud les dan a las mujeres con embarazos de hasta 9 semanas desde la fecha de la última menstruación (FUM) la opción de tomar misoprostol en la unidad de salud o en la casa. En un reciente estudio, no se demostró ninguna diferencia en tasas de eficacia, continuación del embarazo y eventos adversos en mujeres con 8 a 9 semanas de gestación y mujeres con 9 a 10 semanas. Por lo tanto, en algunos lugares se puede dar a las mujeres con embarazo entre 9 y 10 semanas de gestación la opción de tomar el misoprostol por vía bucal en su casa (Winikoff, 2012). Para el AM entre las primeras 10 y 13 semanas de embarazo, el misoprostol debe administrarse exclusivamente en la unidad de salud.

Uso domiciliario del misoprostol

Múltiples estudios realizados en diferentes países han demostrado que tomarse el misoprostol en la casa como parte del régimen combinado de mifepristona y misoprostol es seguro, eficaz y muy aceptado por las mujeres en proceso de AM hasta las 9 semanas desde la FUM (Fiala 2004, Elul 2001, Guengant 1999). Aunque los estudios no han evaluado específicamente la seguridad, eficacia y aceptabilidad del uso domiciliario de los regímenes de misoprostol solo, en algunos estudios se ha incluido la opción de uso domiciliario (von Hertzen 2007).

Muchas mujeres prefieren tomarse el misoprostol en la casa, en un entorno con personas y pertenencias personales familiares. Así también pueden economizar dinero en costos de transporte

y tiempo. A su vez, la unidad de salud se ahorra recursos de personal.

Toda mujer que realice el aborto en su casa debe recibir lo siguiente:

- Tabletas de misoprostol o una receta para éstas
- Información detallada sobre cómo tomarse el misoprostol
- Medicamentos para el dolor, como ibuprofeno y/o narcóticos leves con instrucciones sobre cómo tomarlos (ver detalles sobre el manejo del dolor en el Módulo 3: atención clínica)
- Información escrita e ilustrada sobre el proceso de AM, efectos secundarios y signos de alarma; qué signos son indicio de aborto completo; y datos de contacto para el seguimiento, si la mujer así lo desea
- Información sobre a quién contactar (y el número telefónico, si es posible) en caso de tener preguntas, problemas, complicaciones o la posibilidad de un AM incompleto
- Otros artículos opcionales: toallas higiénicas, algodón hidrófilo, información y métodos anticonceptivos

En muchas unidades de salud se suministra esta información y estos insumos en un paquete para llevarse a la casa. También es útil hablar con cada mujer sobre su situación específica. Por ejemplo, preguntarle si ella desea que su pareja u otra persona de apoyo la acompañe cuando se tome el misoprostol y en las horas posteriores cuando es probable que comience a sangrar. Si tiene hijos, ¿ha hecho arreglos para el cuidado de sus hijos por si necesita guardar reposo? ¿Tiene inquietudes en cuanto a ver y desechar el embrión después de expulsarlo?

Una conversación sobre qué tomar en consideración puede ayudar a las mujeres a estar lo más preparadas posible para tener el aborto con medicamentos en su casa.

Administración clínica del misoprostol

Siempre que sea posible, se debe ofrecer a la mujer la opción de tomarse el misoprostol en la casa o en la unidad de salud, ya que diferentes mujeres tienen diferentes necesidades y deseos. Para algunas mujeres, su casa quizás sea un lugar más privado pero para otras, la unidad de salud les permite más privacidad. Si la mujer decide colocarse el misoprostol por vía vaginal en la unidad de salud, se le debe ofrecer la opción de introducir el misoprostol por sí misma o de que lo introduzca su prestador/a de servicios. Otras opciones son tomar el misoprostol por vía bucal o sublingual.

Después de colocar el misoprostol, la mujer puede esperar en la unidad de salud durante aproximadamente 4 a 6 horas, según el

tiempo necesario para expulsar el contenido uterino. Si la mujer no lo ha expulsado durante ese tiempo, puede permanecer más tiempo esperando la expulsión, o puede regresar a su casa si tiene transporte y luego buscar cuidados de seguimiento si es necesario.

Algunas unidades de salud tienen cuartos con camas o cubículos con cortinas o, aun más común, un cuarto con varias camillas o sillas reclinables y un inodoro cercano. Debería haber suficientes inodoros para el máximo número de mujeres que reciban misoprostol en determinado momento. No es necesario restringir a las mujeres a las camas, sino que se les debe permitir que caminen por la unidad de salud según deseen. Si hay espacio y se puede garantizar la confidencialidad de todas las mujeres que reciben servicios, también se debe considerar permitir que cada mujer sea acompañada por su pareja u otra persona de apoyo durante este tiempo. Un profesional de la salud o personal de consejería debería estar disponible para contestar preguntas y tratar cualquier problema clínico.

El personal debe suministrar botellas, bolsas o paños de agua caliente (si es posible) para aliviar las molestias producidas por los cólicos, así como medicamentos para el dolor. Para obtener más información sobre el manejo del dolor, por favor remítase al Módulo 3: atención clínica.

Un profesional de la salud debe observar los restos ovulares expulsados para confirmar aborto completo.

Si la mujer deja la unidad de salud antes de abortar, su prestador/a de servicios debe:

- Asegurarse de que ella tenga las instrucciones y los insumos necesarios para abortar en su casa
- Suministrarle medicamentos para el dolor para llevarse a la casa
- Repasar las instrucciones y proporcionar información sobre los signos de un AM completo, así como sobre los signos de alarma de complicaciones o un AM incompleto que indiquen que la mujer debe comunicarse con la unidad de salud
- Proporcionarle los números telefónicos de profesionales de la salud o unidades de salud cuando sea posible
- Suministrar un método anticonceptivo, si la mujer desea recibir uno
- Informarle que puede regresar a la unidad de salud en cualquier momento si desea recibir cuidados de seguimiento. Si ella desea saber con certeza que tuvo un aborto completo, debe regresar después de dos semanas.

Revisión

Encierre en un círculo *todas* las respuestas correctas. Puede haber más de una respuesta correcta para cada pregunta.

1. ¿Cuáles son los elementos que deben asegurarse para promover los servicios de AM centrados en la mujer?
 - a. Suministro de información sencilla y clara para las usuarias
 - b. Medicamentos e insumos para la prestación de servicios de AM
 - c. Sistema de monitoreo y evaluación
 - d. Ofrecer a las mujeres la opción de escoger entre el AM y la AMEU cuando sea posible

2. ¿Qué significa permitir que la mujer se tome el misoprostol en su casa?
 - a. El AM no será tan seguro
 - b. Puede estar acompañada de familiares o amistades para que le brinden apoyo, si así lo desea
 - c. Puede tener sus pertenencias personales con ella
 - d. El AM posiblemente no sea tan eficaz como en la unidad de salud

3. ¿Qué se debe proporcionar a toda mujer en proceso de AM?
 - a. Datos de contacto en caso de que tenga preguntas o urgencias
 - b. Información sobre los signos de alarma
 - c. Procedimiento de esterilización
 - d. Manejo del dolor

Reflexión

Conteste las siguientes preguntas recopilando información sobre la situación en su entorno.

1. ¿Qué medicamentos debe mantener en existencia para poder ofrecer servicios de AM? (Tome en cuenta el régimen de AM que usará, así como los medicamentos para el manejo del dolor y otros medicamentos.)
2. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la administración del misoprostol en la unidad de salud comparada con la administración domiciliaria en su entorno?
3. ¿Cuáles son los costos de los diferentes medicamentos tanto para la unidad de salud como para la mujer?
4. ¿Dónde obtendrá los medicamentos; cómo los manejará y almacenará?
5. ¿Qué medidas debe tomar para lograr que sus servicios de AM estén centrados en la mujer? ¿De qué manera son estas medidas similares o diferentes para las jóvenes?
6. Piense en todas las diferentes barreras a los servicios de AM que podrían enfrentar las mujeres, incluidas las jóvenes. ¿Cómo las eliminaría?

Respuestas a las preguntas de revisión

Módulo 1: visión general

1. a, c
2. a, b, c
3. a, c

Módulo 2A: aborto inducido con mifepristona y misoprostol

1. c
2. b
3. b, c, d
4. a, b, c

Módulo 2B: aborto inducido con misoprostol solo

1. c
2. b
3. b, c
4. a, b, c

Módulo 3: atención clínica

1. c
2. a, b, c
3. a, b, d

Módulo 4: consentimiento informado, información y consejería

1. b, c
2. a, d
3. a, b, c
4. b, c

Módulo 5: cuidados de seguimiento

1. b
2. a, b, c, d
3. a, c, d

Módulo 6: problemas, complicaciones y urgencias

1. a, c
2. b, c, d
3. b

Módulo 7: prestación de servicios

1. a, b, c, d
2. b, c
3. a, b, d

Recursos adicionales

Esta guía de estudio fue elaborada para tratar a fondo asuntos relacionados con la prestación de servicios clínicos de alta calidad de AM en el primer trimestre, particularmente en ámbitos con recursos limitados. Para obtener más información sobre una variedad de asuntos relacionados con el aborto, en específico el AM, por favor remítase a estos recursos adicionales.

Por tema

Promoción y defensa (advocacy)

Prestadores de servicios como promotores de la atención segura del aborto: manual de capacitación. <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Prestadores-de-servicios-como-promotores-de-la-atencion-segura-del-aborto--Manual-de-capac.aspx>

Antibióticos

Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H. A. A. M. y Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, CD005217. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005217.pub2/abstract>

Riesgos de defectos congénitos con el AM

Population Council (2003). *Misoprostol and Teratogenicity: Reviewing the Evidence: Report of a Meeting at the Population Council* (Meeting Report). Nueva York: Population Council. <http://gynuity.org/resources/info/misoprostol-and-teratogenicity-reviewing-the-evidence>

Acceso comunitario

Sneeringer, Robyn K, Deborah L Billings, Bela Ganatra, Traci L Baird. 2012. Roles of pharmacists in expanding access to safe and effective medical abortion in developing countries: A review of the literature. *Journal of Public Health Policy* (2012) 33, 218–229. doi:10.1057/jphp.2012.11; publicado en línea el 8 de marzo de 2012. www.palgrave-journals.com/jphp/journal/v33/n2/full/jphp201211a.html

Sparking Dialogue: Initiating Community Conversations on Safe Abortion. www.ipas.org/publications/en/SPARKDIA_E05_en.pdf

Complicaciones

La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición, módulo de Complicaciones. En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o en línea en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-del-aborto-centrada-en-la-mujer--Manual-de-referencia.aspx>

Shannon, C., Brothers, L. P., Philip, N. M. y Winikoff, B. (2004). Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 70(3), 183-190. Disponible en línea por un precio: [www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(04\)00128-3/abstract](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(04)00128-3/abstract)

Anticoncepción después del AM

La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición, módulo Servicios de anticoncepción. En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o en línea en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-del-aborto-centrada-en-la-mujer-Manual-de-referencia.aspx>

Mejores prácticas con relación al aborto con medicamentos: el inicio de la anticoncepción después de un aborto con medicamentos inducido en el primer trimestre. En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o en línea en: www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Mejores-practicas-con-relacion-al-aborto-con-medicamentos--El-inicio-de-la-anticoncepcion-.aspx

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2009. *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, cuarta edición.* Ginebra: OMS.

Contraindicaciones y precauciones

Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception*, 74(1), 16-20. Disponible en línea por un precio: [www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(06\)00080-1/abstract](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(06)00080-1/abstract)

Sitruk-Ware, R. (2006). Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception*, 74(1), 48-55. Disponible en línea por un precio: [www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(06\)00096-5/abstract](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(06)00096-5/abstract)

Sitruk-Ware, R. y Spitz, I. M. (2003). Pharmacological properties of mifepristone: toxicology and safety in animal and human studies. *Contraception*, 68(6), 409-420. Disponible en línea por un precio: [www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(03\)00171-9/abstract](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(03)00171-9/abstract)

Consejería

La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición, módulo Consejería. En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o en línea en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-del-aborto-centrada-en-la-mujer-Manual-de-referencia.aspx>

Uso domiciliario

Ngo, Thoai D., Min Hae Park, Haleema Shakur y Caroline Free.(2011) Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 89 (5). pp. 360-70. ISSN 0042-9686 DOI: 10.2471/BLT.10.084046. www.who.int/bulletin/volumes/89/5/10-084046/en/

AM para el aborto en el primer trimestre: información general

Tang, O. S., Miao, B. Y., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2002). Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 17(3), 654-658. <http://humrep.oxfordjournals.org/content/17/3/654.long>

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. y Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (11), CD002855. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002855.pub4/abstract>

Say, L., Kulier, R., Gülmezoglu, M. y Campana, A. (2005). Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD003037. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003037.pub2/abstract>

AM para el aborto en el segundo trimestre

Guía clínica para la atención integral del aborto en el segundo trimestre, segunda edición. 2007. <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Guia-clinica-para-la-atencion-integral-del-aborto-en-el-segundo-trimestre--Segunda-edicion.aspx>

Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F. y Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD005216. www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD005216.pdf

Mecanismos de acción

Mahajan, D. K. y London, S. N. (1997). Mifepristone (RU486): a review. *Fertility and sterility*, 68(6), 967-976. Disponible en línea por un precio: [www.fertstert.org/article/S0015-0282\(97\)00189-1/abstract](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(97)00189-1/abstract)

Tang, O. S., Gemzell-Danielsson, K. y Ho, P. C. (2007). Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 99 Suppl 2, S160-167. www.misoprostol.org/File/IJGO_pharm_Tang.pdf

Misoprostol, otros usos

Weeks, A. ed. (2007). Misoprostol for reproductive health: dosage recommendations. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 99 Suppl 2. http://www.misoprostol.org/File/IJGO_Foreword_Shaw.pdf *Misoprostol in Obstetrics and Gynecology*: www.misoprostol.org

Monitoreo para mejorar los servicios

La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición. En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o en línea en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-del-aborto-centrada-en-la-mujer--Manual-de-referencia.aspx>

Control del dolor

Jackson, E. y Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 83(2), 116-126. Disponible en línea por un precio: [www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(10\)00412-9/abstract](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(10)00412-9/abstract)

Reabastecimiento continuo

Hoja de cálculo de la Guía de Ipas para la gestión de insumos de aborto con medicamentos (AM). En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o en línea en <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/MA-Supply-Guidance-Spreadsheet.aspx>

Guía de Ipas para la gestión de insumos de aborto con medicamentos (AM). En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos o en línea en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Guia-de-IPas-para-la-gestion-de-insumos-de-aborto-con-medicamentos--AM-.aspx>. O utilizar en línea en <http://www.ipas.org/es-MX/What-We-Do/Comprehensive-Abortion-Care/Elements-of-Comprehensive-Abortion-Care/Medical-Abortion--MA-/Medical-Abortion--MA--Supply-Guidance.aspx>

Capacitación

Capacitación eficaz en salud reproductiva: diseño y ejecución del curso. Manual de referencia. En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o en línea en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Capacitacion-eficaz-en-salud-reproductiva--diseno-y-ejecucion-del-curso--Manual-de-referen-2.aspx>

Capacitación eficaz en salud reproductiva: diseño y ejecución del curso. Manual del capacitador. En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o en línea en www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Capacitacion-eficaz-en-salud-reproductiva--diseno-y-ejecucion-del-curso--Manual-del-capaci-2.aspx

Ultrasonido

Ultrasound in Abortion Care: CME Education and Ultrasound Training Program. Mark Deutchman, Matthew F. Reeves, Mary Fjerstad y Mary Andrews; Nueva York, NY: Affiliates Risk Management Services; Planned Parenthood Consortium of Abortion Providers, 2007. NOTA: Este programa se puede pedir utilizando el formulario incluido en el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o enviando un mensaje electrónico a arms@armsinc.org para obtener y/o enviar el formulario.

Grossman, D. y Grindlay, K. (2011). Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*, 83(6), 504-510. Disponible en línea por un precio: [www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(10\)00520-2/abstract](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(10)00520-2/abstract)

Aclaración de valores

Transformación de actitudes respecto al aborto: un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Un-juego-de-herramientas-para-la-aclaracio.aspx>

Transformación de actitudes respecto al aborto: actividades de aclaración de valores adaptadas para las mujeres jóvenes <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Actividades-de-aclaracion-de-valores-adapt.aspx>

Mujeres jóvenes

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: un juego de herramientas para la capacitación. En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o en línea en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Servicios-de-aborto-para-las-mujeres-jovenes--Un-juego-de-herramientas-para-la-capacitacio.aspx>

Transformación de actitudes respecto al aborto: actividades de aclaración de valores adaptadas para las mujeres jóvenes <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Actividades-de-aclaracion-de-valores-adapt.aspx>

Publicaciones de Ipas relacionadas

Transformación de actitudes respecto al aborto: un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Un-juego-de-herramientas-para-la-aclaracio.aspx>

Transformación de actitudes respecto al aborto: actividades de aclaración de valores adaptadas para las mujeres jóvenes <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto--Actividades-de-aclaracion-de-valores-adapt.aspx>

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: un juego de herramientas para la capacitación. <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Servicios-de-aborto-para-las-mujeres-jovenes--Un-juego-de-herramientas-para-la-capacitacio.aspx>

Mejores prácticas con relación al aborto con medicamentos: el inicio de la anticoncepción después de un aborto con medicamentos inducido en el primer trimestre. www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Mejores-practicas-con-relacion-al-aborto-con-medicamentos--El-inicio-de-la-anticoncepcion-.aspx

Aborto con medicamentos en el primer trimestre: Mifepristona y misoprostol - gestograma <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Aborto-con-medicamentos-en-el-primer-trimestre--Mifepristona-y-misoprostol--rueda.aspx>

Aborto con medicamentos en el primer trimestre: Misoprostol solo - gestograma <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Aborto-con-medicamentos-en-el-primer-trimestre--Misoprostol-solo--rueda.aspx>

Information and Training Guide for Medical Abortion Counseling www.ipas.org/Resources/Ipas%20Publications/Information-and-training-guide-for-medical-abortion-counseling.aspx

Hoja de cálculo de la Guía de Ipas para la gestión de insumos de aborto con medicamentos (AM). <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/MA-Supply-Guidance-Spreadsheet.aspx>

Guía de Ipas para la gestión de insumos de aborto con medicamentos (AM). <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Guia-de-Ipas-para-la-gestion-de-insumos-de-aborto-con-medicamentos--AM-.aspx>

Aborto con medicamentos en las etapas iniciales del embarazo: materiales de información, educación y comunicación (IEC) y material auxiliar <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Aborto-con-medicamentos-en-las-etapas-iniciales-del-embarazo--Materiales-de-informacion--e.aspx>

Guía de capacitación en aborto con medicamentos. <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Guia-de-capacitacion-en-aborto-con-medicamentos.aspx>

Misoprostol and Medical Abortion in Africa

www.ipas.org/Resources/Ipas%20Publications/Misoprostol-and-medical-abortion-in-Africa.aspx

Misoprostol and Medical Abortion in Latin America and the Caribbean

www.ipas.org/Resources/Ipas%20Publications/Misoprostol-and-medical-abortion-in-Latin-America-and-the-Caribbean.aspx

Misoprostol for Incomplete Abortions: Training Guide

<http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Misoprostol-for-treatment-of-incomplete-abortions--Training-guide.aspx>

Uso de misoprostol en la atención postaborto: un juego de herramientas para la prestación de servicios.

http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/MPACTKS11.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=MPACTKS11

Protocolos para el aborto con medicamentos [ficha de dosis]

<http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Protocolos-para-el-aborto-con-medicamentos--dosage-card-.aspx>

La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición.

En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o en línea en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-del-aborto-centrada-en-la-mujer--Manual-de-referencia.aspx>

La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual del capacitador, segunda edición.

En el CD-ROM de recursos de capacitación en AM en la *Guía de capacitación en la prestación de servicios de aborto con medicamentos* o en línea en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-del-aborto-centrada-en-la-mujer--Manual-del-capacitador.aspx>

La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia, segunda edición

<http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/La-atencion-postaborto-centrada-en-la-mujer--Manual-de-referencia.aspx>

Otras publicaciones relacionadas

Early Abortion Training Workbook, 3ra ed. Goodman S, Wolfe M y the TEACH Trainers Collaborative Working Group. San Francisco (CA, USA): UCSF Bixby Center for Reproductive Health Research & Policy, 2007.

www.ansirh.org/training/workbook.php

First-Trimester abortion Guidelines and Protocols. Surgical and Medical Procedures (IPPF)

www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/First+trimester+abortion+guidelines+and+protocols.htm

Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico (OMS)

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243594842_spa.pdf

Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A., Stubblefield, P. G. y Creinin, M. D. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford: Wiley-
<http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444313031>

Misoprostol for Reproductive Health: Dosage Recommendations, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement, December 2007. Todos los artículos están disponibles en línea en www.misoprostol.org

Medication Abortion: A Guide for Health Professionals (Ibis Reproductive Health) www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication_abortion_A_guide_for_health_professionals_English.pdf

Misoprostol Use in Obstetrics and Gynecology (PATH) www.path.org/publications/details.php?i=1005

Providing Medical Abortion in Low-Resource Settings: An Introductory Guidebook, 2da ed. (Gynuity) (Gynuity Health Projects) <http://gynuity.org/resources/info/medical-abortion-guidebook>

Organización Mundial de la Salud (2012). Aborto sin riesgos: *Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (segunda edición). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/index.html

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline no. 7. London: RCOG Press. www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/care-women-requesting-induced-abortion

Ultrasound in Abortion Care (Planned Parenthood Consortium of Abortion Providers) [disponible por medio de Affiliates Risk Management Services, Inc., arms@armsinc.org]

Sitios web relacionados

Gynuity Health Projects: www.gynuity.org

Ibis: www.medicationabortion.com

Consortio Internacional de Aborto con Medicamentos (International Consortium for Medical Abortion): www.medicalabortionconsortium.org

International Planned Parenthood Federation: www.ippf.org

Ipas: www.ipas.org

Marie Stopes International: www.mariestopes.org/What_we_do/Safe_abortion_%5E_post_abortion_care.aspx

Misoprostol en Obstetricia y Ginecología: www.misoprostol.org

National Abortion Federation: www.prochoice.org/about_abortion/facts/medical_abortion.html

Women on Web: www.womenonweb.org

Actualizaciones y cursos de Ipas en línea sobre atención clínica y prestación de servicios

Actualizaciones clínicas en salud reproductiva: una serie creada para proporcionar recomendaciones actualizadas, basadas en evidencia, y protocolos clínicos. Disponible en el sitio web de Ipas: www.ipas.org.

Universidad de Ipas (IpasU): La Universidad de Ipas ofrece cursos gratuitos, en línea, a petición para profesionales de la salud reproductiva sobre servicios de aborto seguro y atención postaborto. Disponible en www.ipasU.org.

Asuntos de aborto con medicamentos: un boletín informativo semestral, creado para intercambiar perspectivas mundiales respecto al acceso, noticias e investigaciones relacionados con el aborto con medicamentos. Suscríbese en línea en: www.ipas.org/en/Pages/Newsletters.aspx

Asuntos de prestación de servicios: En este boletín informativo semestral se proporcionan noticias y actualizaciones técnicas, que incluyen estrategias y herramientas de capacitación y prestación de servicios, recomendaciones clínicas, intervenciones programáticas y resultados de investigación, para profesionales de la salud, capacitadores, administradores, especialistas técnicos y otras personas que pueden influir de manera positiva en la prestación de servicios de atención integral del aborto. Suscríbese en línea en: www.ipas.org/en/Pages/Newsletters.aspx

Siglas utilizadas en esta guía

AE – anticoncepción de emergencia

AEEU – aspiración eléctrica endouterina

AINE – antiinflamatorios no esteroideos

AM – aborto con medicamentos

AMEU – aspiración manual endouterina

AV – aspiración por vacío

BHCG – gonadotropina coriónica humana beta

°C – grados Celsius

cm – centímetros

DIU – dispositivo intrauterino

°F – grados Fahrenheit

FIGO – Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

FUM – fecha de la última menstruación

IEC – información, educación y comunicación

ITS – infección de transmisión sexual

IV – intravenosa

mcg – también µg, microgramo

mg – miligramo

ml – mililitro

OMS – Organización Mundial de la Salud

SIDA – síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SR – salud reproductiva

VIH – virus de inmunodeficiencia humana

Glosario

Aborto: La interrupción y expulsión del embrión antes del nacimiento.

Aborto completo: El contenido uterino es expulsado o extraído por completo sin necesidad de mayor intervención o tratamiento. Un aborto con medicamentos es completo si el embrión y el saco gestacional son expulsados y la mujer no necesita una intervención por sangrado problemático. En un ultrasonido, es normal que la decidua y los restos endometriales se desprendan después del aborto con medicamentos; esto no requiere más tratamiento.

Aborto con medicamentos: El uso de uno o más medicamentos para la interrupción del embarazo. Estos medicamentos interrumpen el embarazo, que es expulsado por el útero en un proceso similar al de un aborto espontáneo. El aborto con medicamentos a veces es llamado aborto farmacológico, aborto farmacéutico o la píldora abortiva. El aborto con medicamentos no incluye la anticoncepción de emergencia (AE), también conocida como la "píldora del día siguiente", la cual impide que ocurra el embarazo.

Aborto diferido: Un embarazo fallido en sus etapas iniciales; el embarazo termina pero los restos ovulares no han sido expulsados del útero. Un aborto diferido se puede tratar con manejo expectante, con misoprostol o con aspiración por vacío.

Aborto espontáneo: Pérdida del embarazo; la interrupción natural no intencional de un embarazo que no es viable. El aborto espontáneo ocurre en por lo menos el 15% al 20% de todos los embarazos reconocidos y generalmente se produce antes de la decimo tercera semana del embarazo.

Aborto incompleto: Un aborto, ya sea espontáneo o inducido, en el cual parte de los restos ovulares fueron expulsados y otros permanecen en el útero.

Aborto inseguro: "Un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos (OMS 1992).

Administración domiciliaria: Autoadministración de un medicamento o químico fuera del ámbito clínico, generalmente en la casa de la mujer o en otro lugar seguro.

Adolescentes: Personas entre 10 y 19 años de edad.

Amenorrea: La falta de menstruación.

Anticoncepción/Anticonceptivo: Todo comportamiento, dispositivo, medicamento o procedimiento utilizado para evitar el embarazo.

Anticoncepción de emergencia (AE): Píldoras hormonales utilizadas para evitar el embarazo después de tener coito vaginal sin protección. Se debe iniciar en un plazo de 120 horas (cinco días) después del coito, pero es más eficaz si se utiliza lo antes posible después de tener coito sin protección. El DIU que contiene cobre también se puede utilizar como AE, si se introduce en un plazo de cinco días después de tener coito sin protección.

Aspiración eléctrica endouterina (AEEU): El uso de una bomba eléctrica, que crea succión para realizar la evacuación endouterina. El tubo está conectado por un extremo a la bomba eléctrica y por el otro a la cánula, que se introduce por el cuello uterino hacia el interior del útero.

Aspiración manual endouterina (AMEU): Un procedimiento de aborto en las etapas iniciales del embarazo, que se efectúa en la unidad de salud y consiste en vaciar el útero con la succión delicada de una jeringa manual.

Aspiración por vacío: Un procedimiento en el que un tubo de succión conectado a una bomba de aspiración eléctrica o manual se introduce en el cuello uterino hasta el interior del útero para extraer su contenido.

Atención integral del aborto (AIA): Servicios completos de aborto, que incluyen el tratamiento del aborto incompleto y una variedad de opciones de aborto que abarcan diferentes edades gestacionales, así como información y consejería antes y después del aborto, cuidados de seguimiento y servicios de referencia, incluidos los servicios de anticoncepción (ver *La atención del aborto centrada en la mujer*).

Atención integral del aborto centrada en la mujer: Un enfoque integral para proporcionar servicios de aborto, que toma en cuenta los diversos factores que influyen en las necesidades de salud de una mujer, tanto física como mental, así como en su capacidad para obtener servicios y sus circunstancias personales. El modelo de atención del aborto centrada en la mujer comprende tres elementos fundamentales: libre elección, acceso y calidad (ver Atención integral del aborto).

Atención postaborto (APA): La atención postaborto se refiere a un conjunto específico de servicios ofrecidos a mujeres que presentan complicaciones del aborto, ya sea espontáneo o inducido, tales como retención de los restos ovulares, hemorragia e infección. La APA consiste en varios elementos: (1) evacuación endouterina con medicamentos o aspiración por vacío (2) consejería para identificar y atender las necesidades de salud psicológica y física de las mujeres y otras inquietudes; (3) suministro de información y métodos anticonceptivos para las mujeres que desean aplazar o limitar futuros embarazos; (4) servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud que, de preferencia, deben proporcionarse en la unidad de salud o mediante referencias a otras unidades de salud accesibles en las redes de prestadores de servicios; y (5) alianzas entre la comunidad y profesionales de la salud para ayudar a evitar embarazos no deseados y abortos inseguros y para movilizar los recursos a fin de ayudar a las mujeres a recibir atención adecuada y oportuna para las complicaciones del aborto.

Broncodilatación: Aumento del diámetro de los bronquios, que conducen a los pulmones.

Concepción: El momento en que el preembrión se implanta en el revestimiento del útero y comienza el embarazo. También se utiliza para describir la fecundación del óvulo.

Consentimiento informado: Decisión voluntaria de aceptar o no aceptar un servicio de salud después de recibir información adecuada sobre los riesgos y beneficios del procedimiento, así como información sobre otras opciones disponibles.

Contracciones: Las capas de los músculos del útero se tensionan en un patrón sincrónico y rítmico. Las contracciones ocurren durante el aborto con medicamentos, el aborto espontáneo y el parto y después de la aspiración por vacío. Estas contracciones ayudan en la expulsión del contenido del útero, causan que el útero se encoja a su tamaño antes del embarazo y también aprietan firmemente los vasos sanguíneos entrelazados y, por ende, impiden una hemorragia.

Contraindicaciones para el AM: Si la mujer presenta estas afecciones específicas, bajo ninguna circunstancia se le debe ofrecer AM. Se debe considerar la AMEU o se debe referir a la mujer a una unidad de salud donde le puedan ofrecer otros servicios.

Cuello uterino: Un pequeño canal que forma la abertura a la cavidad del útero.

Dispositivo intrauterino (DIU): Anticonceptivo reversible de acción prolongada. El DIU es un pequeño dispositivo de plástico, que puede contener cobre o una hormona, el cual es introducido en el útero por un/a profesional de la salud para evitar el embarazo.

Dosis: Administración de un agente terapéutico en cantidades prescritas.

Edad gestacional: La duración del embarazo calculada a partir del primer día del último ciclo menstrual. Por lo general, se mide en semanas.

Efectos secundarios: Una reacción, especialmente una indeseable, al uso de un medicamento o una terapia. Los efectos secundarios más comunes del aborto con medicamentos son causados por el misoprostol. Además de cólicos y sangrado (que son efectos esperados), otros efectos secundarios son: dolores de cabeza, náuseas, vómito, diarrea, fiebre, escalofríos o fatiga.

Embarazo ectópico: Un embarazo ectópico ocurre cuando el óvulo fecundado se adhiere fuera del útero, casi siempre en una trompa de Falopio. Un embarazo ectópico puede poner en peligro la vida de la madre.

Evento adverso (EA): Un suceso adverso o con grave daño a la salud, que ocurre en una paciente que recibe tratamiento (medicamentos, aplicación de un dispositivo médico, etc.) relacionado con el tratamiento o en un plazo predeterminado después de concluido su tratamiento. Los eventos adversos deben notificarse conforme al protocolo establecido y deben considerarse como oportunidades para analizar lo que sucedió, aprender del evento y mejorar los sistemas de salud.

Examen bimanual: Examen físico (con dos manos) del tamaño, la forma y la posición del útero. Se utiliza para comparar el tamaño del útero con la historia de amenorrea.

Feto: Después de 10 semanas desde la última regla menstrual, al embarazo se le llama feto; antes de 10 semanas, es conocido como embrión.

FUM: Fecha de la última menstruación; la edad gestacional se calcula a partir del primer día de la última menstruación.

Gestación múltiple: Un embarazo con más de un feto. Mellizos, trillizos y cuatrillizos son ejemplos de gestación múltiple.

HCG: Hormona normalmente producida durante el embarazo. Se puede realizar la prueba de HCG en la orina o en la sangre (suero hCG).

Hemorragia: Pérdida de sangre excesiva.

Ibuprofeno: Un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) utilizado comúnmente para tratar dolor, inflamación y fiebre.

Inmunoglobulina Rh: Sustancia administrada para evitar que una mujer que tiene sangre Rh negativa produzca anticuerpos en la sangre de un feto Rh positivo si hay transferencia entre la sangre materna y la sangre fetal. Si la madre con sangre Rh negativa es expuesta a la sangre de un feto Rh positivo, es posible que no se sensibilice. Si se sensibiliza, la salud de sus futuros bebés podría correr peligro porque los anticuerpos Rh cruzan la placenta y pueden causar la destrucción de los glóbulos rojos del feto.

Manejo del dolor: El uso de medicamentos, apoyo psicológico y otros medios para disminuir la reacción de la paciente al dolor.

Métodos hormonales: Métodos anticonceptivos que utilizan hormonas para la prevención del embarazo, tales como los implantes, el DIU que contiene levonorgestrel, el parche, la píldora, el anillo y la inyección.

Mifepristona: Originalmente conocida como RU-486, la mifepristona bloquea la acción de la progesterona en el útero, lo cual detiene el crecimiento del feto y produce desprendimiento del embarazo. Además, sensibiliza al útero a las prostaglandinas, aumenta el impacto del misoprostol y ayuda a madurar el cuello uterino.

Misoprostol: Un análogo de prostaglandina administrado a diferentes intervalos para madurar el cuello uterino, estimular las contracciones uterinas y causar la expulsión del contenido uterino.

Mola hidatiforme: Crecimiento anormal intrauterino de tejido placentario, que ocurre cuando el feto no puede formarse por completo en el útero. Un embarazo molar puede ser completo (sin tejido fetal) o parcial (tejido fetal anormal) pero no es viable. El tratamiento consiste en su extracción y un estudio patológico para determinar el diagnóstico definitivo. Es necesario dar seguimiento para verificar que no se haya desarrollado neoplasia trofoblástica gestacional o coriocarcinoma.

Morbilidad materna: Grave enfermedad, discapacidad o lesión física a mujeres, causadas por complicaciones relacionadas con el embarazo.

Mortalidad materna: Defunción de la mujer durante el embarazo o en un plazo de 42 días después del embarazo (ya sea un aborto o nacimiento) causada por el embarazo o su manejo o relacionada con estos.

Mujeres jóvenes: Personas entre 10 y 24 años de edad.

Perforación uterina: Cuando la pared del útero es perforada por un instrumento médico durante un procedimiento.

Píldora de aborto: Término popular para la mifepristona, un medicamento utilizado para la interrupción del embarazo. A veces se utiliza para describir el proceso de aborto con medicamentos para interrumpir el embarazo y expulsar el contenido uterino.

Políticas: Declaraciones, planes, prácticas y reglamentos adoptados por un gobierno o una organización, que fueron formulados para guiar o controlar el comportamiento institucional y comunitario.

Precaución: Si la mujer presenta estas condiciones específicas, el AM tiene mayores riesgos habituales. Se deben considerar los riesgos y beneficios del AM, así como las alternativas. La prestación de servicios de AM posiblemente requiera un mayor grado de criterio clínico formado, habilidad o destreza y capacidad de monitoreo. Quizás sea necesario referir a la mujer a una unidad de salud de más alto nivel.

Primer trimestre: Los primeros tres meses del embarazo.

Progesterona: Hormona producida en los ovarios de la mujer, que es importante en la regulación de la pubertad, la menstruación y el embarazo.

Prostaglandina: Una de varias sustancias similares a las hormonas, que participa en una gran variedad de funciones corporales como la contracción y relajación de los músculos lisos, la dilatación y constricción de los vasos sanguíneos, el control de la tensión arterial y la modulación de la inflamación. El misoprostol es una prostaglandina sintética (fabricada por seres humanos), que se utiliza para inducir las contracciones uterinas para el parto o el aborto.

Régimen: Plan o comportamiento regulado o tratamiento diseñado para dar un resultado específico.

Régimenes combinados: El régimen combinado para el aborto con medicamentos es la mifepristona y el misoprostol empleados juntos.

RU-486: Nombre dado a la mifepristona durante la creación del producto y a veces aún empleado para referirse a este medicamento (ver "Mifepristona").

Saco gestacional: Una estructura que se desarrolla en el útero en las etapas iniciales del embarazo, la primera formación de una estructura embrionaria. En un ultrasonido, el saco gestacional debería ser visible a las cinco semanas de embarazo. En las etapas iniciales del embarazo, el saco gestacional es el primer indicio de un embarazo intrauterino visible por ultrasonido. Un saco de yolk dentro del saco gestacional confirma el embarazo intrauterino.

Salud reproductiva: Un estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos.

Seguimiento: La consulta, llamada telefónica u otro mecanismo mediante el cual el profesional de la salud confirma que la mujer tuvo un aborto completo y en que se verifican sus progresos y se atienden sus necesidades.

Segundo trimestre: Los segundos 3 meses del embarazo.

Sonografía: Imagen del embrión o feto en el útero, que es producida por la tecnología de visualización llamada ultrasonografía (ver Ultrasonido).

Tampón: Rollo firme de algodón absorbente u otra fibra, que se usa dentro de la vagina para absorber el flujo menstrual.

Teratogenicidad: Tener la capacidad para causar defectos en un feto en desarrollo. Un teratógeno es un agente (por ejemplo, un químico o un medicamento) que puede interrumpir el desarrollo del embrión o el feto al detener el embarazo o producir una malformación congénita (o defecto congénito).

Toalla higiénica: Una "toalla" absorbente fabricada de algodón o fibras similares, que se usa contra la vulva para absorber el flujo menstrual.

Trimestre: Los nueve meses de embarazo tradicionalmente se dividen en tres trimestres: períodos de aproximadamente tres meses cada uno durante los cuales se producen las diferentes fases del desarrollo fetal.

Ultrasonido: Tecnología médica que crea una imagen al rebotar las ondas sonoras en los órganos internos (ver Sonografía).

Útero: El órgano reproductivo muscular, con forma de pera, donde se desarrolla un embarazo. También se llama la "matriz".

Anexo A: Guía de consulta rápida sobre el aborto con medicamentos

Indicación

Interrupción del embarazo en el primer trimestre

Contraindicaciones

- Antecedentes de reacción alérgica a uno de los medicamentos utilizados
- Porfiria hereditaria (contraindicación para mifepristona)
- Insuficiencia suprarrenal crónica (contraindicación para mifepristona)
- Embarazo ectópico confirmado o sospechado

Precauciones

- DIU colocado. Evaluar por la presencia de embarazo ectópico. Si no lo presenta, extraer el DIU.
- Asma grave incontrolada o terapia corticosteroidea a largo plazo (precaución para mifepristona). No existe ninguna evidencia respecto al uso de la mifepristona en mujeres dependientes de esteroides. Cada profesional de la salud debe usar su criterio clínico si no existe ninguna otra opción para realizar un aborto seguro. Aumentar la dosis de esteroides durante tres o cuatro días y monitorear a la mujer muy de cerca. Las afecciones como asma mal controlada aún podrían empeorar.
- Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros. No existe ninguna evidencia del uso de AM en mujeres con trastorno hemorrágico, cardiopatía, anemia grave o problemas de salud graves o salud inestable. La decisión de ofrecer el método de aborto con medicamentos a mujeres que presentan estas afecciones depende de las opciones disponibles para realizar un aborto seguro, del sistema de referencias y del criterio clínico. Si se ofrece el método de aborto con medicamentos, los medicamentos deben suministrarse bajo observación de cerca.

Los medicamentos para el aborto con medicamentos (AM) pueden administrarse a mujeres jóvenes y mujeres con: asma que usan inhaladores (no esteroides sistémicos), VIH y SIDA, que están amamantando bebés o con ITS (tratar concurrentemente cuando se inicie el AM).

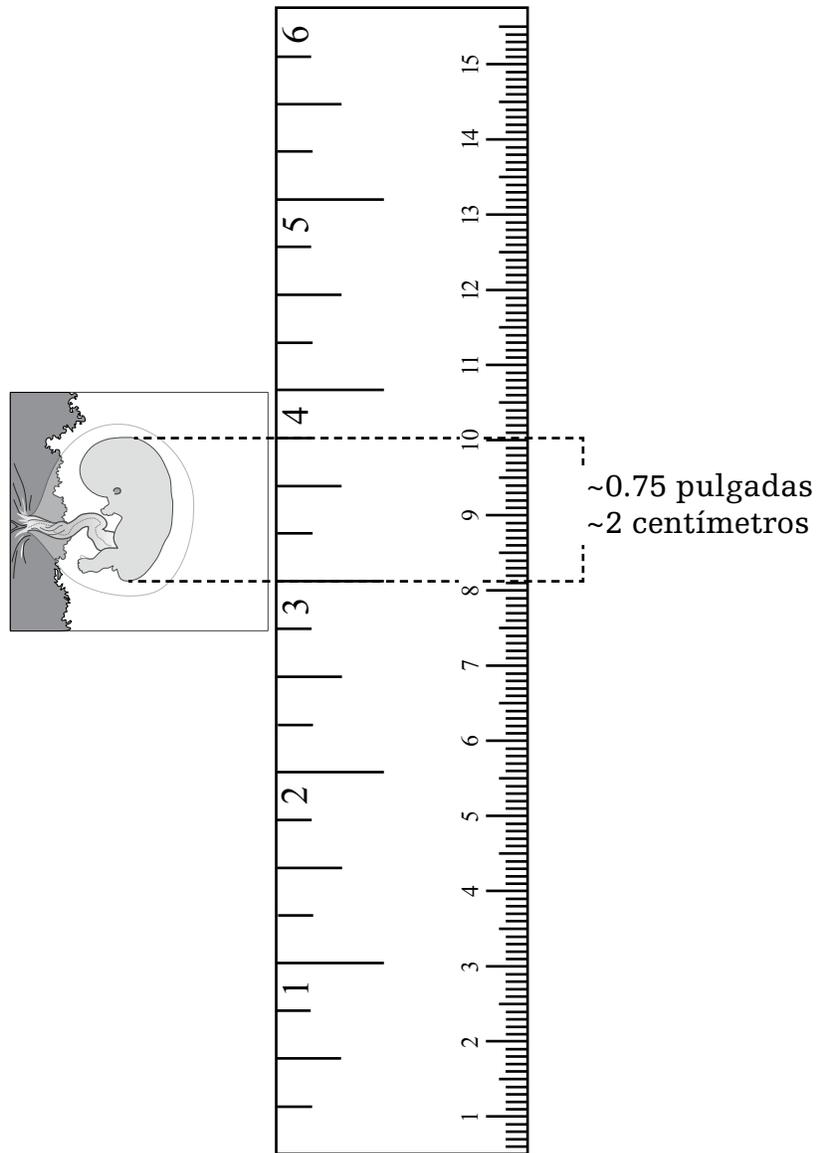
La dosis es la misma para mujeres obesas y mujeres con gestación múltiple que usan el régimen combinado de mifepristona y misoprostol. A falta de datos sobre el aborto inducido con misoprostol solo, la dosis debería ser la misma para ellas también.

Regímenes

Tabla 2A-1: Regímenes de mifepristona y misoprostol para el aborto con medicamentos hasta 13 semanas		
Edad gestacional	Dosis de mifepristona	Dosis, vía y tiempo de administración de misoprostol
Hasta 9 semanas	200 mg por vía oral	Después de 24 a 48 horas, una dosis de 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal
9 a 10 semanas (Winikoff 2012)	200 mg por vía oral	Después de 24 a 48 horas, una dosis de 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal
10 a 13 semanas (Hamoda 2005a, Hamoda 2005b)	200 mg por vía oral	Después de 36 a 48 horas, una dosis de 800 mcg por vía vaginal seguida de 400 mcg por vía vaginal o sublingual cada 3 horas para un total máximo de 5 dosis de misoprostol

Tabla 2B-1: Regímenes de misoprostol solo hasta 13 semanas (OMS 2012, von Hertzen 2007, Carbonell 1998, 1999a y 2001)		
800 mcg de misoprostol (cuatro tabletas de 200 mcg)	Vaginal	Cada 3 a 12 horas para un total máximo de 3 dosis
800 mcg de misoprostol (cuatro tabletas de 200 mcg)	Sublingual	Cada 3 horas para un total máximo de 3 dosis

Anexo B: ilustración de un embrión de 8 o 9 semanas, a escala



Anexo C: Preguntas y respuestas adicionales sobre el aborto con medicamentos

Información general

- *¿Cuáles la diferencia entre el aborto con medicamentos (AM) y la anticoncepción de emergencia (AE)?*

El AM detiene el crecimiento de un embrión implantado y causa la expulsión del contenido uterino; la AE impide que ocurra el embarazo en primer lugar, la mayor parte del tiempo inhibiendo la ovulación. La AE se debe tomar en un plazo de 120 horas (5 días) después de tener relaciones sexuales sin protección (pero cuanto antes se tome, mejor), mientras que el AM se puede realizar para abortar un embarazo en el primer y segundo trimestre. En resumen, la AE no es abortiva y se debe tomar a los pocos días después de tener relaciones sexuales sin protección para evitar el embarazo, mientras que el AM es la interrupción de un embarazo ya en curso.

- *¿Quién puede suministrar los medicamentos para el AM?*

Cualquier profesional de la salud capacitado puede suministrar los medicamentos para el AM siempre y cuando pueda calcular la edad gestacional aproximada, determinar si la mujer es elegible y dar seguimiento en caso de una urgencia. Los prestadores de servicios de AM no tienen que proporcionar servicios de aspiración por vacío, pero deben ser capaces de manejar o referir a la mujer en el caso poco común de un AM fallido, en la rara eventualidad de que ocurra una complicación.

Elegibilidad

- *¿Es el AM seguro y eficaz en adolescentes?*

Sí, el AM es seguro y eficaz en adolescentes (Phelps 2001) y se ha comprobado que es aun más eficaz en mujeres que nunca han dado a luz (ver a continuación).

- *¿Es el AM menos eficaz en mujeres que nunca han tenido hijos (mujeres nulíparas)?*

El AM es eficaz en mujeres de cualquier paridad, especialmente en mujeres nulíparas. En un estudio retrospectivo del AM hasta los 49 días, se encontró que la tasa de eficacia fue más alta en mujeres nulíparas que en aquéllas que habían dado a luz anteriormente (mujeres paras) (Lefebvre 2008, Chien 2009).

- *¿Se puede utilizar el régimen de AM con misoprostol solo en mujeres obesas; en caso afirmativo, se debe aumentar la dosis?*

En un estudio retrospectivo se mostró que el AM con mifepristona y misoprostol en mujeres obesas tiene las mismas tasas de eficacia que en mujeres que no son obesas y que no es necesario aumentar la dosis (Strafford 2009). Es justo suponer que no es necesario cambiar la dosis en abortos con misoprostol solo, pero no se han realizado estudios para confirmarlo.

- *¿Deben las mujeres que han tenido cesáreas tomar precauciones cuando realizan el AM antes de las 13 semanas?*

No. Las mujeres que han tenido cesáreas son elegibles para el AM. En un estudio de AM hasta los 56 días desde la FUM, se encontraron tasas más altas de aborto fallido entre las mujeres que habían tenido cesáreas (Chien 2009). Este estudio fue realizado con la vía oral menos eficaz de 400 µg de misoprostol. Existen pocos datos sobre la seguridad del AM en mujeres con antecedentes de cesárea antes de las 13 semanas, pero en un reciente estudio del aborto inducido en el segundo trimestre (hasta las 26 semanas) con misoprostol, se encontró que el riesgo de ruptura uterina era menos del 0.3 por ciento (similar al parto vaginal después de una cesárea) (Goyal 2009); por lo tanto, se puede suponer que el riesgo de ruptura uterina es mucho menor en abortos antes de las 13 semanas. A esta edad gestacional, se puede recomendar el AM para mujeres con antecedentes de cesárea.

- *Si una mujer ya ha tenido un AM, ¿será menos eficaz el próximo AM?*

Antecedentes de aborto inducido no es un factor de riesgo de AM fallido (Haimov, 2007). Una mujer que ya ha tenido un AM puede elegir tener un AM de nuevo si es elegible.

- *¿Debe la mujer tener acceso a un teléfono para poder realizar el AM?*

No. Se han proporcionado servicios de AM en comunidades donde no hay ni un solo teléfono; en estos casos, la mujer debe ser trasladada en un vehículo a un establecimiento médico si surge algún problema grave.

Consejos prácticos

- *¿Se debe repetir la dosis de mifepristona si la mujer vomita?*

Si la mujer no ha vomitado la mifepristona durante los primeros 30 minutos, no necesita otra dosis de mifepristona. Si la vomita en 30 minutos, se le debe administrar otra tableta de 200 mg de mifepristona. Si se sabe que la mujer tiene problemas de vómito frecuente durante el embarazo, para evitar que vomite la mifepristona, puede que sea útil darle un antiemético o un refrigerio liviano (tostadas o galletas) para asentarle el estómago antes de administrarle la mifepristona.

- *¿Qué consejos prácticos pueden ayudar a las mujeres que se están preparando para tener un AM?*

En la prestación de servicios de AM es importante dar a la mujer expectativas claras sobre el dolor y el sangrado. Las y los profesionales de la salud informan que las mujeres que están bien hidratadas se sienten mejor y toleran mejor los efectos secundarios del misoprostol. Aconseje a las mujeres en proceso de tener un AM que tomen muchas bebidas no alcohólicas durante todo el proceso.

- *¿Es necesario que la mujer esté acompañada de un adulto cuando se tome el misoprostol?*

Lo ideal sería que la mujer tenga a una amiga, a su pareja o a un miembro de la familia en la casa o cerca el día que se tome el misoprostol. Sin embargo, algunas mujeres prefieren estar solas y no quieren estar acompañadas después que se toman el misoprostol o pasan por el proceso de expulsar el contenido uterino. Si la mujer está sola, se recomienda enfáticamente que tenga acceso a un teléfono en caso que necesite ayuda, o por lo menos que tenga alguien que pueda ver cómo se encuentra a lo largo del día.

- *¿Pueden usar tampones las mujeres que están en proceso de AM?*
Una vez que haya parado el sangrado abundante uno o dos días después de tomar el misoprostol, la mujer puede usar tampones. Básicamente, puede usar tampones cuando se sienta bien para hacerlo, pero durante el día que se tome el misoprostol, es más fácil determinar la cantidad de sangrado si no usa tampones.
- *¿Pueden tomar un baño las mujeres que están en proceso de AM?*
Las mujeres pueden bañarse durante el AM, pero no deben introducirse el misoprostol en la vagina mientras se encuentran en la tina.
- *¿Se debe evitar ciertos alimentos durante el AM?*
Durante el AM, la mujer puede comer cualquier alimento que desee, siempre y cuando no cause náuseas o vómito. Esto no interferirá con los medicamentos.
- *¿Existe un lugar correcto o incorrecto para introducir el misoprostol en la vagina?*
El medicamento en misoprostol será absorbido si se coloca en cualquier lugar en la vagina. Se recomienda que la mujer se acueste durante 30 minutos después de colocarse las tabletas en la vagina para que éstas no se caigan. Ver "Uso vaginal del misoprostol" en el Módulo 2A o 2B.
- *¿Qué tal si la mujer introduce el misoprostol por vía vaginal o se lo toma por vía bucal o sublingual y las tabletas no se disuelven?*
Se le debe asegurar a la mujer que la medicina activa en el misoprostol será absorbida en un plazo de 30 minutos. El ingrediente activo de misoprostol será absorbido de la tableta a través de la membrana mucosa de la vagina, el cachete o debajo de la lengua al torrente sanguíneo de la mujer. Es posible que la capa exterior de la tableta no se disuelva; eso no es un problema. Si la mujer se introdujo el misoprostol en la vagina, siempre y cuando éste haya permanecido en la vagina durante 30 minutos, la medicina activa se habrá absorbido. Si la mujer se levanta y orina, por ejemplo, y las capas de las tabletas se salen, no es necesario que las vuelva a colocar en la vagina. Asimismo, si se coloca el misoprostol en el cachete (bucal) o debajo de la lengua (sublingual), aunque no se hayan disuelto las tabletas, la medicina activa ha sido absorbida y la mujer debe tragarse los fragmentos restantes de las tabletas 30 minutos después.
- *¿Por cuánto tiempo debe descansar la mujer después de tomarse el misoprostol?*
Esto depende de la mujer y sus otras responsabilidades y problemas médicos (como anemia). Por lo general, la mujer puede reanudar sus actividades normales tan pronto como el día después de tomarse el misoprostol, aunque es probable que continúe sangrando durante varios días o varias semanas. No debe participar en actividad física pesada (como levantar cosas pesadas o hacer ejercicio vigoroso) durante una semana después del AM.
- *Algunas mujeres informan a su familia que están pasando por una pérdida de embarazo, no un aborto. ¿Podrá su familia notar la diferencia?*
El AM es básicamente una pérdida de embarazo inducida con medicinas; por lo tanto, a menos que la mujer revele que se ha tomado medicinas, su familia y otras personas no podrán notar la diferencia entre una pérdida de embarazo y un aborto con medicamentos. La mujer debe

tener en cuenta que cuando se administra el medicamento por vía vaginal, es posible que permanezcan fragmentos de las tabletas en la vagina.

- *¿Pueden las mujeres jóvenes tener un AM?*

El AM es seguro y eficaz en adolescentes. Posiblemente sea un poco más eficaz en mujeres que nunca antes han dado a luz, lo cual es el caso para muchas jóvenes.

- *¿Es posible que una adolescente o una mujer simplemente diga que está pasando por una regla menstrual abundante (de manera que su familia no se entere de que estaba embarazada)?*

Si la mujer no quiere decirle a su familia que está teniendo un aborto con medicamentos, puede explicarle que está pasando por una regla abundante. Algunas mujeres jóvenes que viven con su familia y tienen un AM le dicen a la familia que están pasando por una regla abundante, si dicen algo, de manera que la familia no se entere de que está embarazada. Sin embargo, se les debe aconsejar que su plan de mantener en secreto el aborto y el embarazo quizás no funcione si presentan un sangrado muy abundante que requiere tratamiento de urgencia, lo cual no es común pero puede ocurrir. Si el sangrado es considerablemente más abundante que el de la menstruación, quizás sea difícil para la mujer ocultarlo a su familia, en particular si solo tiene acceso a instalaciones sanitarias comunales. Si alguien nota el sangrado excesivo, una mujer casada aún podría decir que está pasando por una pérdida de embarazo en las etapas iniciales, pero una adolescente o mujer soltera quizás desee, o incluso necesite, por su propia seguridad, evitar admitir que está embarazada. Por esta razón, se debe informar de antemano a las mujeres sobre la posibilidad de sangrado abundante de manera que puedan estar preparadas.

- *¿Puede la mujer tener un AM si está embarazada con gemelos?*

Sí. Una mujer que está embarazada con mellizos u otra gestación múltiple puede tomar mifepristona y misoprostol usando las dosis estándares de esos medicamentos. La tasa de eficacia es similar a la de embarazos únicos.

Seguimiento

- *¿Por que ya no se recomienda el seguimiento de rutina para el AM?*

Ya no se recomienda el seguimiento de rutina porque la tasa de eficacia del régimen combinado de mifepristona y misoprostol es muy alta. La mayoría de las mujeres pueden determinar si tuvieron un aborto completo. Sin embargo, se puede ofrecer seguimiento de rutina si la mujer desea saber con certeza que expulsó el contenido uterino. El seguimiento debe estar disponible para mujeres que presentan complicaciones o AM fallido. Para profesionales de la salud que utilizan misoprostol solo, se recomienda el seguimiento, ya que las tasas de eficacia son considerablemente más bajas.

- *Si a la mujer se le realiza un ultrasonido durante la cita de control, ¿qué tal si se observa un saco vacío (no un embarazo que continúa) durante la consulta?*

Si se observa un saco gestacional vacío en el ultrasonido de seguimiento, se puede realizar el manejo expectante (esperar y observar) u ofrecer una dosis adicional de misoprostol. En un pequeño estudio de 800 µg de misoprostol por vía vaginal administrado para el AM hasta los 63 días después de la FUM, se encontró que más de la mitad de las mujeres expulsaron el saco gestacional una semana después de la dosis repetida de misoprostol (Reeves 2008). Se debe

tomar en cuenta los deseos de la mujer de evitar una intervención quirúrgica e instrumentación. Posiblemente sea necesario efectuar la aspiración endouterina si la mujer tiene síntomas de coagulopatía.

- *Si la mujer aún está embarazada en la cita de control, ¿se puede repetir la dosis de mifepristona y misoprostol?*

Si la mujer aún está embarazada en la cita de control, esto es considerado un AM fallido y la práctica estándar es referirla para una aspiración endouterina. En estudios de la administración de una dosis repetida de misoprostol una semana después del AM en los casos de continuación del embarazo, se encontró que la eficacia de ésta es limitada (un 30%) pero que es otra opción que se puede considerar para evitar la aspiración endouterina (Reeves 2008). Repetir todo el régimen de mifepristona y misoprostol es algo que no se ha estudiado y no se recomienda.

- *¿Cuándo regresa la menstruación después del AM?*

En un estudio se encontró que la menstruación generalmente regresa unos 33 días después del AM (Davis 2000).

- *¿Recibirán las y los profesionales de la salud muchas llamadas telefónicas fuera del horario laboral cuando proporcionen servicios de AM?*

Las y los profesionales de la salud reciben menos llamadas después de horas a medida que van adquiriendo más experiencia con el AM. Esto se debe simplemente a que aprenden a comunicarse con más claridad y eficiencia con las mujeres sobre lo que pueden esperar durante el proceso de AM. La cantidad de llamadas recibidas fuera del horario laboral depende de la calidad de la consejería y la orientación proporcionada a la mujer en la consulta inicial de AM. Las preguntas de las mujeres les permiten a las y los profesionales de la salud mejorar la consejería al recordar que deben tratar estas inquietudes en consultas posteriores.

- *¿Qué tal si en la cita de control la mujer presenta continuación del embarazo y se niega a interrumpirlo?*

Un/a profesional de la salud no puede obligar a la mujer a interrumpir su embarazo, pero debe informarla acerca del posible riesgo de defectos congénitos si continúa con ese embarazo. En la consulta inicial, parte de la consejería es determinar si la mujer está decidida a tomar los pasos necesarios para interrumpir su embarazo, incluso aspiración por vacío si es necesario. Ver "Posibles defectos congénitos" en el Módulo cuatro.

- *¿Qué tal si el profesional de la salud observa repetidos procedimientos fallidos de AM?*

El primer paso para evaluar lo que se percibe ser una alta tasa de AM fallido es determinar la tasa real con el paso del tiempo y determinar si el fracaso es continuación del embarazo o intervención por otras razones.

Un tipo de fracaso ocurre cuando la mujer ya no está embarazada pero, según el criterio del profesional de la salud, aún se aconseja una evacuación endouterina. Si esto ocurre con frecuencia, se debe realizar una revisión de garantía de la calidad para determinar si estas intervenciones eran médicamente necesarias. Se puede comparar las tasas de intervención de diferentes profesionales de la salud (con continuación de embarazo estudiada aparte)

para ver si existe una gran variación en las tasas de intervención y determinar por qué la tasa de intervención de un profesional de la salud es más alta que las otras. En un grupo de profesionales de la salud experimentados que utilizaron un régimen muy eficaz, la tasa de intervención, sin incluir la intervención por continuación del embarazo, fue del 1% al 2% (Fjerstad 2009, Raghavan 2009). Las y los profesionales de la salud inexperimentados con el AM tienden a intervenir más al principio porque no confían en poder efectuar el método, no se sienten seguros de la duración del sangrado de la mujer después del AM, o simplemente porque creen que una evacuación endouterina resolvería todo posible problema. A medida que las y los profesionales de la salud van adquiriendo experiencia y confianza con el AM, las tasas de eficacia aumentan y las intervenciones innecesarias disminuyen (Borgatta 2000, Suhonen 2003). Básicamente, la intervención no es necesaria siempre y cuando la mujer se sienta bien y no tenga un embarazo viable (en desarrollo).

Si se determina que la tasa de continuación del embarazo (que es un resultado biológico y no depende del criterio del profesional de la salud o la posibilidad de intervenir en exceso) es más alta que la esperada, entonces se necesita otro análisis y otra respuesta. Es posible que la continuación del embarazo sea una mera casualidad, o que los lotes de medicamentos utilizados hayan sido defectuosos o hayan caducado, o que las mujeres no se hayan tomado los medicamentos debidamente. Revise las fechas de caducidad y las condiciones de almacenamiento del misoprostol, confirme que las mujeres se tomaron los medicamentos según las indicaciones y contacte al fabricante si tiene preguntas o inquietudes.

La mifepristona es un medicamento muy estable con una larga vida útil. Existen muchos informes anecdóticos sobre los lotes de misoprostol que tuvieron altas tasas de fracaso. Dado que misoprostol es higroscópico (es decir, que atrae humedad), puede ser ineficaz si permanece en frascos abiertos durante mucho tiempo, especialmente en ambientes húmedos o calientes. Las y los profesionales de la salud han informado grupos inesperados de fracaso, pero cuando usaron un nuevo lote o un nuevo frasco de misoprostol, las tasas de fracaso volvieron a bajar a la línea base habitual. El misoprostol siempre se debe guardar en un área fresca de la unidad de salud donde no haya humedad.

- *¿Cuáles son los efectos psicológicos después del AM?*

Las investigaciones sobre la salud mental de las mujeres después de un aborto son polémicas, ya que a menudo están motivadas por cuestiones de política y son propensas a sesgos. En el año 2008, tras un extenso estudio de la evidencia, la Asociación Psicológica Americana concluyó que, en general, las mujeres que interrumpen un embarazo no planeado y no deseado no corren mayor riesgo de tener problemas de salud mental comparadas con otras mujeres. Sin embargo, cada mujer puede correr mayor riesgo de tener problemas de salud mental después, en particular las mujeres que sufren estigma, maltrato, poco apoyo social o depresión o ansiedad preexistente. A estas mujeres se les debe brindar apoyo a lo largo del proceso de aborto y después de éste (Major et al 2009).

Anexo D: elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos después del AM

En general, todos los métodos anticonceptivos modernos pueden utilizarse inmediatamente después de un AM en el primer trimestre, siempre y cuando no haya contraindicaciones.

Cuándo iniciar la anticoncepción después del AM	
Método anticonceptivo	Tiempo de inicio
Anticonceptivos orales, anillo y parche anti-conceptivos	Día 1 del régimen de AM
Implantes	Día 1 del régimen de AM
Inyección	Día 1 del régimen de AM
DIU	Tan pronto se tenga certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada
Esterilización	Tan pronto se tenga certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada
Planificación familiar natural	Después de una menstruación postaborto en una mujer con historia de reglas regulares

Referencias bibliográficas

- Abdel-Aleem, H., Villar, J., Gülmezoglu, A. M., Mostafa, S. A., Youssef, A. A., Shokry, M., et al. (2003). The pharmacokinetics of the prostaglandin E1 analogue misoprostol in plasma and colostrum after postpartum oral administration. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 108(1), 25-28.
- Achilles, S. L. y Reeves, M. F. (2011). Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102. *Contraception*, 83(4), 295-309.
- Ashok, P. W., Kidd, A., Flett, G. M., Fitzmaurice, A., Graham, W. y Templeton, A. (2002). A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation. *Human Reproduction*, 17(1), 92-98.
- Ashok, P. W., Penney, G. C., Flett, G. M. y Templeton, A. (1998). An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 13(10), 2962-2965.
- Avraham, S., Gat, I., Duvdevani, N. R., Haas, J., Frenkel, Y. y Seidman, D. S. (2012). Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: a double-blind, randomized, controlled study. *Fertility and sterility*, 97(3), 612-615.
- Barnhart, K. T. (2009). Ectopic Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 361(4), 379-387.
- Bartley, J., Tong, S., Everington, D. y Baird, D. T. (2000). Parity is a major determinant of success rate in medical abortion: a retrospective analysis of 3161 consecutive cases of early medical abortion treated with reduced doses of mifepristone and vaginal gemeprost. *Contraception*, 62(6), 297-303.
- Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E. y Jensen, J. T. (2011). Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2208-2217.
- Bernstein, P. y Kandinos, L. (2004). Use of misoprostol for labor induction in patients with asthma: Medscape.
- Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T. y Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*, 83(6), 517-521.
- Blanchard, K., Cooper, D., Dickson, K., Cullingworth, L., Mavimbela, N., von Mollendorf, C., et al. (2007). A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. *BJOG*, 114(5), 569-575.
- Boersma, A. A., Meyboom-de Jong, B. y Kleiverda, G. (2011). Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a general practice in Curacao. *European Journal of Contraception and Reproductive Healthcare*, 16(2), 61-66.
- Borgatta, L., Burnhill, M., Haskell, S., Nichols, M. y Leonhardt, K. (2000). Instituting medical abortion services: changes in outcome and acceptability related to provider experience. *Journal of the American Medical Womens Association*, 55(3 Suppl), 173-176.
- Bracken, H., Clark, W., Lichtenberg, E. S., Schweikert, S. M., Tanenhaus, J., Barajas, A., et al. (2011). Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. *BJOG*, 118(1), 17-23.

- Bracken, H., Gliozheni, O., Kati, K., Manoku, N., Moisiu, R., Shannon, C., et al. (2006). Mifepristone medical abortion in Albania: results from a pilot clinical research study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 11(1), 38-46.
- Briozzo, L., Vidiella, G., Rodríguez, F., Gorgoroso, M., Faúndes, A. y Pons, J. E. (2006). A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 95(2), 221-226.
- Callen, P. W. (2008). *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology* (5th ed. ed.). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.
- Cameron, S. T., Glasier, A., Dewart, H., Johnstone, A. y Burnside, A. (2012). Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: a service evaluation. *Contraception*, 86(1), 67-73.
- Carbonell Esteve, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R. y Sanchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*, 57(5), 329-333.
- Carbonell, J. L., Rodríguez, J., Velazco, A., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., et al. (2003). Oral and vaginal misoprostol 800 microg every 8 h for early abortion. *Contraception*, 67(6), 457-462.
- Carbonell, J. L., Torres, M. A., Reyes, R., Ortega, L., García-Gallego, F. y Sánchez, C. (2008). Second-trimester pregnancy termination with 600-microg vs. 400-microg vaginal misoprostol and systematic curettage postexpulsion: a randomized trial. *Contraception*, 77(1), 50-55.
- Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Tanda, R. y Sánchez, C. (1999). Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 4(1), 35-40.
- Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., et al. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39-45.
- Castleman, L., Winikoff, B. y Blumenthal, P. (2009). Providing abortion in low resource settings. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield y M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. second edition. (pp. 319-334). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Chien, L. W., Liu, W. M., Tzeng, C. R. y Au, H. K. (2009). Effect of previous live birth and prior route of delivery on the outcome of early medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 113(3), 669-674.
- Clark, W., Panton, T., Hann, L. y Gold, M. (2007). Medication abortion employing routine sequential measurements of serum hCG and sonography only when indicated. *Contraception*, 75(2), 131-135.
- Clark, W. H., Gold, M., Grossman, D. y Winikoff, B. (2007). Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception*, 75(4), 245-250.
- Creinin, M. D. (1996). Medically induced abortion in a woman with a large myomatous uterus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(5), 1379-1380.
- Creinin, M. D. (2000). Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 62(3), 117-124.

- Creinin, M. D. (2003). Current medical abortion care. *Current Women's Health Reports*, 3(6), 461-469.
- Creinin, M. D. y Burke, A. E. (1996). Methotrexate and misoprostol for early abortion: a multicenter trial. Acceptability. *Contraception*, 54(1), 19-22.
- Creinin, M. D. y Danielsson, K. G. (2009). Medical abortion in early pregnancy. En M. Paul et al. (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care* (2nd ed., pp. 111-134). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- da Silva Dal Pizzol, T., Knop, F. P. y Mengue, S. S. (2006). Prenatal exposure to misoprostol and congenital anomalies: systematic review and meta-analysis. *Reproductive Toxicology*, 22(4), 666-671.
- Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception*, 74(1), 16-20.
- Davis, A. y Easterling, T. (2009). Medical Evaluation and Management. En M. Paul, S. E. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (Eds.), *Management of Unintended Pregnancy and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. West Sussex, Reino Unido: Wiley-Blackwell.
- Davis, A., Westhoff, C. y De Nonno, L. (2000). Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *Journal of the American Medical Women's Association*, 55(3 Suppl), 141-144.
- de Bruyn, M. y France, N. (2002). *Género o sexo: ¿A quién le importa? Módulo de capacitación en género y salud reproductiva dirigido a adolescentes y personas que trabajan con jóvenes*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- de Bruyn, M. y Packer, S. (2004). *Adolescents, unwanted pregnancy, and abortion: Policies, counseling, and clinical care*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- de Mora, R. (2011). Eliminating maternal deaths from unsafe abortion in Uruguay: The experience of iniciativas sanitarias. UNFPA News: UNFPA.
- Edwards, J. y Creinin, M. D. (1997). Surgical abortion for gestations less than 6 weeks. *Current Problems in Obstetrics, Gynecology, and Fertility*, 20, 11.
- Elul, B., Hajri, S., Ngoc, N. N., Ellertson, C., Slama, C. B., Pearlman, E., et al. (2001). Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet*, 357(9266), 1402-1405.
- Faundes, A., Fiala, C., Tang, O. S. y Velasco, A. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 99(Suppl 2), S172-S177.
- Fiala, C., Fux, M. y Gemzell Danielsson, K. (2003). Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(10), 892-903.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2011). *Consensus statement on uterine evacuation*. Londres, Reino Unido: FIGO.
- Fiala, C., Winikoff, B., Helström, L., Hellborg, M. y Gemzell-Danielsson, K. (2004). Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*, 70(5), 387-392.

- Fielding, S. L., Schaff, E. A. y Nam, N. Y. (2002). Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception*, 66(1), 27-31.
- Fjerstad, M., Trussell, J., Sivin, I., Lichtenberg, E. S. y Cullins, V. (2009). Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 361(2), 145-151.
- Gangopadhyay, R., Karoshi, M. y Keith, L. (2011). Anemia and pregnancy: a link to maternal chronic diseases. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 115 Suppl 1, S11-15.
- Grimes, D. A. (2005). Risks of mifepristone abortion in context. *Contraception*, 71(3), 161.
- Grossman, D. y Grindlay, K. (2011). Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*, 83(6), 504-510.
- Guengant, J. P., Bangou, J., Elul, B. y Ellertson, C. (1999). Mifepristone-misoprostol medical abortion: home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception*, 60(3), 167-172.
- Gülmezoglu, A. M. y Organización Mundial de la Salud. (2009). *WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Gynuity Health Projects (2011). Map of misoprostol approval. Nueva York: Gynuity.
- Gynuity Health Projects (2012). Map of mifepristone approvals. Nueva York: Gynuity.
- Gynuity Health Projects (2012). Medical Abortion: Program Brief (pp. 5). Nueva York, NY: Gynuity.
- Haimov-Kochman, R., Arbel, R., Sciaky-Tamir, Y., Brzezinski, A., Laufer, N. y Yagel, S. (2007). Risk factors for unsuccessful medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(4), 462-466.
- Hall, J. A., Roter, D. L. y Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26(7), 657-675.
- Hall, P. (2011). What do we know about the quality of misoprostol products? RHSC Membership Meeting: Addis Abeba. Ponencia no publicada. Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC).
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. y Templeton, A. (2004). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG*, 111(9), 996-1000.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. y Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: a review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, 71(5), 327-332.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. y Templeton, A. (2005). A randomized trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion at 13-20 weeks gestation. *Human Reproduction*, 20(8), 2348-2354.
- Hamoda, H. y Templeton, A. (2010). Medical and surgical options for induced abortion in first trimester. Best Practices and Research. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24(4), 503-516.
- Harper, C., Winikoff, B., Ellertson, C. y Coyaji, K. (1998). Blood loss with mifepristone—misoprostol abortion: measures from a trial in China, Cuba and India. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 63(1), 39-49.

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

Hayes, J. L., Achilles, S. L., Creinin, M. D. y Reeves, M. F. (2011). Outcomes of medical abortion through 63 days in women with twin gestations. *Contraception*, 84(5), 505-507.

Hogue, C., Boardman, L. y Stotland, N. (2009). Answering questions about long-term outcomes. En M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield y M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care* (pp. 252-263). Sussex, Reino Unido: Wiley-Blackwell.

Honkanen, H., Piaggio, G., Herten, H., Bártfai, G., Erdenetungalag, R., Gemzell-Danielsson, K., et al. (2004). WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *BJOG*, 111(7), 715-725.

Hyman, A. G. y Castleman, L. (2006). *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ingham, R. y Lee, E. (2008). *Evaluation of early medical abortion (EMA) pilot sites: Final report*. Londres, Reino Unido: Departamento de Salud.

Ipas. (2013). *La atención integral del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia* (segunda ed.). K.L Turner y A. Huber (Eds.). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Jackson, A. V., Dayananda, I., Fortin, J. M., Fitzmaurice, G. y Goldberg, A. B. (2012). Can women accurately assess the outcome of medical abortion based on symptoms alone? *Contraception*, 85(2), 192-197.

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

Karki, C., Pokharel, H., Kushwaha, A., Manandhar, D., Bracken, H. y Winikoff, B. (2009). Acceptability and feasibility of medical abortion in Nepal. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 106(1), 39-42.

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

Kruse, B., Poppema, S., Creinin, M. D. y Paul, M. (2000). Management of side effects and complications in medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(2 Suppl), S65-75.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. y Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11), CD002855.

Lansdown, G. y Centre., U. I. R. (2005). *La evolución de las facultades del niño*. Florencia, Italia: Save the Children : UNICEF.

Lefebvre, P., Cotte, M., Monniez, N. y Norel, G. (2008). The role of parity in medical abortion up to 49 days of amenorrhoea. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(4), 404-411.

- Lichtenberg, S. y Grimes, D. A. (2009). Surgical complications: Prevention and management. En M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (Eds.), *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care* (pp. 224-251). West Sussex, Reino Unido: Wiley-Blackwell.
- Livshits, A., Machtiger, R., David, L. B., Spira, M., Moshe-Zahav, A. y Seidman, D. S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertility and sterility*, 91(5), 1877-1880.
- Løkeland, M., Iversen, O. E., Dahle, G. S., Nappen, M. H., Ertzeid, L. y Bjørge, L. (2010). Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstetrics and Gynecology*, 115(5), 962-968.
- Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H. A. A. M. y Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, CD005217.
- Mahajan, D. K. y London, S. N. (1997). Mifepristone (RU486): a review. *Fertility and sterility*, 68(6), 967-976.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F. y West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863-890.
- Mamers, P. M., Lavelle, A. L., Evans, A. J., Bell, S. M., Rusden, J. R. y Healy, D. L. (1997). Women's satisfaction with medical abortion with RU486. *Medical Journal of Australia*, 167(6), 316-317.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2012). *Fetal Development: What happens during the first trimester?* Fuente: <http://www.mayoclinic.com/print/prenatal-care/PR00112/METHOD=print>
- Meckstroth, K. R., Whitaker, A. K., Bertisch, S., Goldberg, A. B. y Darney, P. D. (2006). Misoprostol administered by epithelial routes: Drug absorption and uterine response. *Obstetrics and Gynecology*, 108(3 Pt 1), 582-590.
- Mittal, S., Agarwal, S., Kumar, S. y Batra, A. (2005). Comparison of oral versus vaginal misoprostol & continued use of misoprostol after mifepristone for early medical abortion. *Indian Journal of Medical Research*, 122(2), 132-136.
- Mundle, S., Elul, B., Anand, A., Kalyanwala, S. y Ughade, S. (2007). Increasing access to safe abortion services in rural India: experiences with medical abortion in a primary health center. *Contraception*, 76(1), 66-70.
- Murthy, A. y Creinin, M. D. (2003). Pharmacoeconomics of medical abortion: a review of cost in the United States, Europe and Asia. *Expert Opinion in Pharmacotherapy*, 4(4), 503-513.
- Ngo, T. D., Park, M. H., Shakur, H. y Free, C. (2011). Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(5), 360-370.
- Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., et al. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception*, 83(5), 410-417.

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

Obed, S. (2006). Diagnosis of Unruptured Ectopic Pregnancy is Still Uncommon in Ghana. *Ghana medical journal*, 40(1), 3-7.

Organización Mundial de la Salud. (1985). A multinational case-control study of ectopic pregnancy. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. *Clinical Reproduction and Fertility*, 3(2), 131-143.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (cuarta edición)*. Fuente: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/es/f

Organización Mundial de la Salud (2011). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud (segunda edición)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, Ahman, E., Shah, I. y Butler, P. (2007). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, Federación Internacional de Planificación de la Familia, John Snow Inc., PATH, Population Services International, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial. (2006). *Interagency Guidelines: Interagency List of Essential Medicines for Reproductive Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A., Stubblefield, P. G. y Creinin, M. D. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. West Sussex, Reino Unido: Wiley-Blackwell.

Paul, M. y Stewart, F. H. (2007). Abortion. En R. A. Hatcher, J. Trussel, A. L. Nelson, Willard Cates, Jr., F. H. Stewart y D. Kowall (Eds.), *Contraceptive Technology* (pp. 637-672). Nueva York, NY: Ardent Media, Inc.

Perriera, L. K., Reeves, M. F., Chen, B. A., Hohmann, H. L., Hayes, J. y Creinin, M. D. (2010). Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*, 81(2), 143-149.

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

Plan International. (2007). *Because I am a girl: The state of the world's girls 2007*. Londres: Plan International.

- Population Council (2003). *Misoprostol and Teratogenicity: Reviewing the Evidence: Report of a Meeting at the Population Council* (Meeting Report). Nueva York: Population Council.
- Program for Appropriate Technology in Health (PATH) e Ipas. (2005). *Sparking dialogue: Initiating community conversations on safe abortion*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Raymond, E. G. y Grimes, D. A. (2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 119(2 Pt 1), 215-219.
- Reeves, M. F., Kudva, A. y Creinin, M. D. (2008). Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception*, 78(4), 332-335.
- Renner, R. M., Jensen, J. T., Nichols, M. D. y Edelman, A. (2009). Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), CD006712.
- Rossi, B., Creinin, M. D. y Meyn, L. A. (2004). Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. *Contraception*, 70(4), 313-317.
- Rowlands, S. (2008). The decision to opt for abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 34(3), 175-180.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline no. 7*. Londres: RCOG Press.
- Rubin, G. L., Cates, W., Gold, J., Rochat, R. W. y Tyler, C. W. (1980). Fatal ectopic pregnancy after attempted legally induced abortion. *JAMA*, 244(15), 1705-1708.
- Sääv, I., Fiala, C., Hämäläinen, J. M., Heikinheimo, O. y Gemzell-Danielsson, K. (2010). Medical abortion in lactating women--low levels of mifepristone in breast milk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(5), 618-622.
- Salakos, N., Kountouris, A., Botsis, D., Rizos, D., Gregoriou, O., Detsis, G., et al. (2005). First-trimester pregnancy termination with 800 microg of vaginal misoprostol every 12 h. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10(4), 249-254.
- Say, L., Kulier, R., Gülmezoglu, M. y Campana, A. (2005). Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), CD003037.
- Schaff, E. A., DiCenzo, R. y Fielding, S. L. (2005). Comparison of misoprostol plasma concentrations following buccal and sublingual administration. *Contraception*, 71(1), 22-25.
- Schaff, E. A., Fielding, S. L. y Westhoff, C. (2001). Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion. *Contraception*, 64(2), 81-85.
- Schaff, E. A., Fielding, S. L. y Westhoff, C. (2002). Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception*, 66(4), 247-250.
- Schaff, E. A., Stadalius, L. S., Eisinger, S. H. y Franks, P. (1997). Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice*, 44(4), 353-360.
- Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S. y Creinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 84(3), 230-233.

Shannon, C., Brothers, L. P., Philip, N. M. y Winikoff, B. (2004). Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 70(3), 183-190.

Shaw, D. (2007). Misoprostol for reproductive health: Dosage recommendations. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 99 Suppl 2, S155.

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

Sitruk-Ware, R. y Spitz, I. M. (2003). Pharmacological properties of mifepristone: toxicology and safety in animal and human studies. *Contraception*, 68(6), 409-420.

Sneeringer, R. K., Billings, D. L., Ganatra, B. y Baird, T. L. (2012). Roles of pharmacists in expanding access to safe and effective medical abortion in developing countries: a review of the literature. *Journal of Public Health Policy*, 33(2), 218-229.

Spitz, I. M., Bardin, C. W., Benton, L. y Robbins, A. (1998). Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine*, 338(18), 1241-1247.

Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T. y Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception*, 79(3), 216-220.

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

Strafford, M. A., Mottl-Santiago, J., Savla, A., Soodoo, N. y Borgatta, L. (2009). Relationship of obesity to outcome of medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(5), e34-36.

Suhonen, S., Heikinheimo, O., Tikka, M. y Haukkamaa, M. (2003). The learning curve is rapid in medical termination of pregnancy--first-year results from the Helsinki area. *Contraception*, 67(3), 223-227.

Suhonen, S., Tikka, M., Kivinen, S. y Kauppila, T. (2011). Pain during medical abortion: predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception*, 83(4), 357-361.

Swica, Y., Chong, E., Middleton, T., Prine, L., Gold, M., Schreiber, C. A., et al. (2012). Acceptability of home use of mifepristone for medical abortion. *Contraception*.

Tang, O. S., Gemzell-Danielsson, K. y Ho, P. C. (2007). Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 99 Suppl 2, S160-167.

Tang, O. S., Lau, W. N., Ng, E. H., Lee, S. W. y Ho, P. C. (2003). A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal with sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction*, 18(1), 176-181.

Tang, O. S., Miao, B. Y., Lee, S. W. y Ho, P. C. (2002). Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 17(3), 654-658.

Teal, S. B., Dempsey-Fanning, A. y Westhoff, C. (2007). Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*, 75(3), 224-229.

- Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Turner, K. L., Hyman, A. G. y Gabriel, M. C. (2008). Clarifying values and transforming attitudes to improve access to second trimester abortion. *Reproductive Health Matters*, 16(31 Suppl), 108-116.
- Turner, K. L. y Page, K. C. (2009). *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Turner, K. L., Weiss, E. y Gulati-Partee, G. (2010). *Prestadores de servicios como promotores de la atención segura del aborto: Manual de capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., Chami, S., et al. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5(4), 227-233.
- Virk, J., Zhang, J. y Olsen, J. (2007). Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 357(7), 648-653.
- Vogel, D., Burkhardt, T., Rentsch, K., Schweer, H., Watzer, B., Zimmermann, R., et al. (2004). Misoprostol versus methylergometrine: pharmacokinetics in human milk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(6), 2168-2173.
- von Hertzen, H., Honkanen, H., Piaggio, G., Bartfai, G., Erdenetungalag, R., Gemzell-Danielsson, K., et al. (2003). WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG*, 110(9), 808-818.
- von Hertzen, H., Huong, N. T., Piaggio, G., Bayalag, M., Cabezas, E., Fang, A. H., et al. (2010). Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial. *BJOG*, 117(10), 1186-1196.
- von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T. M., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., et al. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 369(9577), 1938-1946.
- Warriner, I. K., Wang, D., Huong, N. T. M., Thapa, K., Tamang, A., Shah, I., et al. (2011). Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 377(9772), 1155-1161.
- Westhoff, C., Dasmahapatra, R. y Schaff, E. (2000). Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception*, 62(6), 311-314.
- Westhoff, C., Dasmahapatra, R., Winikoff, B. y Clarke, S. (2000). Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception*, 61(3), 225-229.
- Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F. y Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), CD005216.
- Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C., et al. (2012). Extending Outpatient Medical Abortion Services through 70 Days of Gestational Age. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 1070-1076.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Creinin, M. D., Crowden, W. A., Goldberg, A. B., Gonzales, J., et al. (2008). Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 112(6), 1303-1310.

Winikoff, B., Ellertson, C. y Clark, S. (1996). Analysis of failure in medical abortion. *Contraception*, 54(6), 323-327.

Winikoff, B., Sivin, I., Coyaji, K. J., Cabezas, E., Xiao, B., Gu, S., et al. (1997). Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176(2), 431-437.

