

# GUÍA DEFINITIVA

**DEL ABORTO SEGURO EN CASA**

**aun en la clandestinidad**



**MEDICINA<sup>POR</sup><sub>EL</sub>  
DERECHO  
A  
DECIDIR**



**@medprochoice**

# INFORMACIÓN GENERAL

El aborto inducido con métodos modernos es seguro, las complicaciones graves y la mortalidad son raras<sup>1,2</sup>. El aborto con medicamentos guiado por personal capacitado que no es médico puede ser tan eficaz y aceptable como el brindado por médicos<sup>3</sup>. Dar información científica a distancia<sup>4</sup> sobre el aborto y ofrecer varias opciones de seguimiento puede reducir los riesgos del aborto inseguro en un contexto legalmente restrictivo<sup>5</sup>.



## 1. ES VÁLIDO, SEGURO Y EFICAZ<sup>6,7</sup>

El uso informal de medicamentos para abortar ha reducido los riesgos asociados con los abortos inseguros<sup>2</sup>.



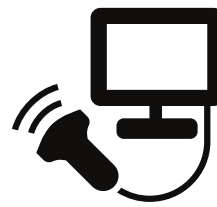
## 2. NO DEJA SECUELAS

No hay asociación entre el aborto y el embarazo ectópico posterior, placenta previa, infertilidad, cáncer de mama o problemas psicológicos<sup>1</sup>.



## 3. LA EDAD EXACTA NO IMPORTA

Sólo se debe saber que la gestación se encuentra dentro del rango adecuado<sup>1</sup>.



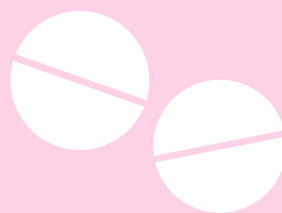
## 4. NO NECESITAS ULTRASONIDO

La ecografía no se debe hacer siempre, sólo en algunos casos<sup>1</sup>. **Sólo necesitas** una prueba de embarazo positiva (de orina o sangre) + tu Fecha de Última Menstruación (FUM)<sup>1</sup>.



## NO PIERDAS TIEMPO

Cuanto antes se realice un aborto es probable que sea más seguro<sup>1</sup>.



## MIFE + MISO\* ¡SIEMPRE!

Cuando ambos medicamentos estén disponibles deben usarse en combinación<sup>2</sup>.

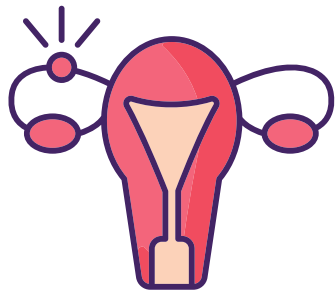
\*Durante el resto del manual nos referiremos únicamente como MIFE y MISO para mifepristona y misoprostol respectivamente. Las tabletas de MIFE son de 200 miligramos (mg) y las de MISO son de 200 mcg (microgramos)

@medprochoice

# CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS<sup>8</sup>

**Nunca tomes MIFE o MISO si no sientes seguridad de que abortar es la mejor decisión.**

## NUNCA ABORTAR SI...



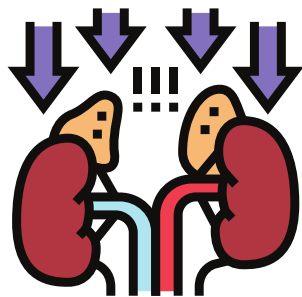
Tienes un embarazo ectópico (sospechoso o confirmado)\*



Padeces alergia al MISO o MIFE\*\*

## NUNCA TOMAR MIFE SI HAY...

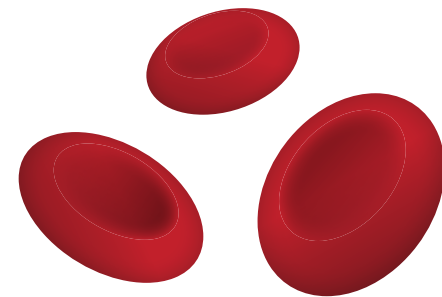
(Son situaciones raras y **sí puedes tomar MISO SOLO**)



Insuficiencia suprarrenal crónica



Asma no controlada



Porfiria hereditaria

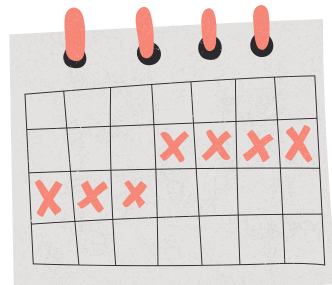
\*Más adelante veremos los datos para sospechar embarazo ectópico. La confirmación sólo se puede hacer por ultrasonido.

\*\* No importan los antecedentes de alergia a otro medicamento.

# CONTRAINDICACIONES RELATIVAS<sup>8</sup>

Para abortar es necesario prestar atención a los datos de alarma

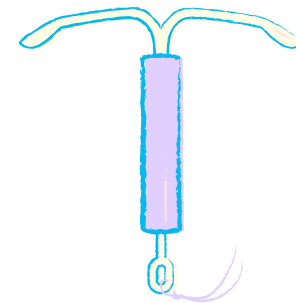
## ATENCIÓN SI...



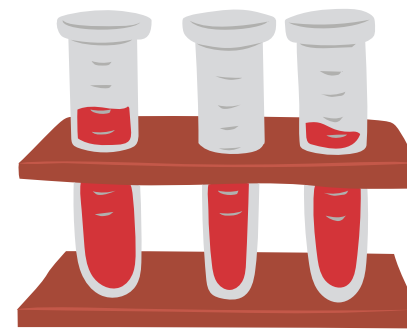
No tienes la edad gestacional confirmada\*



Estás en tratamiento crónico con esteroides sistémicos (se debe ajustar la dosis)



Tienes un DIU colocado (se puede abortar sin retirar)



Padeces trastornos hemorrágicos o toma de anticoagulantes (vigilar sangrado abundante\*\*)

\*Si no se sabe la edad aproximada, se corre el riesgo de dar menor o mayor dosis de la necesaria, sin daños a la salud, sólo de fallo del proceso.

\*\*Sangrado abundante: empapar dos o más toallas por hora durante dos horas<sup>9</sup>.

@medprochoice

# ¿QUÉ DEBO DE HACER ANTES DEL PROCESO?

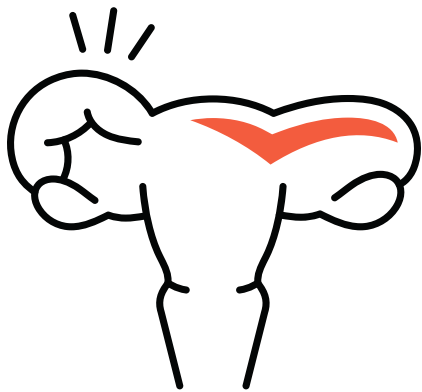


## 1. Confirmar las semanas de gestación (SdG)

Se calcula si se conoce **con seguridad** la fecha de última menstruación (FUM)<sup>10,11</sup>.

**No es necesario que se posponga el aborto** hasta confirmar el embarazo por ultrasonido (USG) en casos de <6SdG<sup>10,11</sup>.

**SI NO SE SABE LA FUM ES NECESARIO EL USG<sup>8,12</sup>.**



## 2. Descartar embarazo ectópico (EE)

**Se debe realizar** en embarazos >6 SdG con factores de riesgo<sup>8,12</sup>.

**Si se descarta el riesgo** de embarazo ectópico no se necesita USG en embarazos >6 SdG<sup>13</sup>.



## RECUERDA QUE...

**NO HAY EVIDENCIA** de que el USG de rutina mejore la eficacia o la seguridad<sup>8,14</sup>.

# ¿CÓMO CONFIRMO LA EDAD GESTACIONAL?<sup>8</sup>

Semanas completas de gestación basadas en tu FUM, por ejemplo, si pasaron 43 días desde tu FUM; tienes 6 semanas.

Semanas completas	0	1	2	3	4	5
Días desde la FUM	0-6	7-13	14-20	21-27	28-34	35-41

Semanas completas	6	7	8	9	10	11
Días desde la FUM	42-48	49-55	56-62	63-69	70-76	77-83

Semanas completas	12	13	14	15	16	17
Días desde la FUM	84-90	91-97	98-104	105-111	112-118	119-125

Semanas completas	18	19	20	21	22	23
Días desde la FUM	126-132	133-139	140-146	147-153	154-160	161-167

@medprochoice

# ABORTAR EN CASA ES SEGURO Y EFICAZ

## AÚN SIN ULTRASONIDO (USG) PREVIO PORQUE

La telemedicina ha demostrado ser tan eficaz, segura y aceptable como la atención presencial<sup>15</sup>.

EL USG POSTABORTO TAMPOCO SE RECOMIENDA DE FORMA RUTINARIA<sup>16</sup>.

### LOS EMBARAZOS ECTÓPICOS (EE) SON RAROS EN LAS PERSONAS QUE DESEAN ABORTAR<sup>15</sup>

No es necesario descartar EE si **no hay factores de riesgo**<sup>17</sup>. Siempre existe la posibilidad de EE, aunque sea poco probable<sup>18</sup>.

#### FACTORES DE RIESGO DE EE<sup>18</sup>.

(ES NECESARIO UN USG)

- Embarazo ectópico previo
- Presencia de DIU
- Sangrado vaginal o manchado desde su FUM
- Dolor pélvico de un lado
- Enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis o salpingitis
- Ligadura de trompas/tubaria
- Embarazo concebido con técnicas de reproducción asistida

#### CRITERIOS PARA ABORTAR SIN USG<sup>19</sup>.

(NO HAY RIESGO DE EE)<sup>13</sup>.

- ✓ Tienes una prueba de embarazo en orina positiva hace menos de seis semanas
- ✓ Estás segura en la fecha de tu última menstruación (FUM)
- ✓ Se extrajo el DIU o implante en las últimas 8 semanas o antes
- ✓ Los dos meses antes de la FUM tuviste ciclos regulares

# ANTES DE COMENZAR...

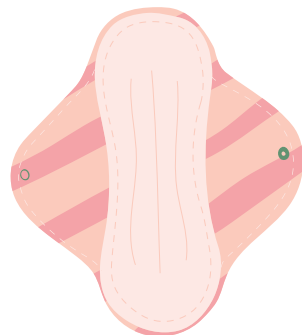
## RECUERDA QUE...



Puedes comer y beber lo que quieras antes, después y durante del procedimiento. El alcohol se puede consumir 6 horas después de la última dosis de MISO.



Puedes hacer la actividad física que quieras; antes, durante y después del procedimiento.



Se recomienda usar toallas sanitarias/compresas durante el procedimiento. **No se recomienda** utilizar tampones o copa menstrual (aumenta el riesgo de infección).



Puedes retomar la actividad sexual cuando dejes de sangrar.

@medprochoice

# ¿QUÉ MEDICAMENTOS DEBO TOMAR?

Depende de dos criterios: las semanas de gestación (SdG) y los medicamentos usados (Misoprostol con o sin Mifepristona)

## SÓLO MISO



**6 - 13 SdG**: Sólo utilizarse **si no hay** mifepristona, pues no es tan efectivo (véase más adelante).



**13 - 24 SdG**: Mientras más avanzado es un embarazo, más sensible es al MISO y las dosis son más pequeñas (véase más adelante).

## MIFE + MISO



**<13 SDG**: Efectividad del 99,8% de MIFE 200 mg + MISO 800 mcg en embarazos <9 SdG<sup>8</sup>.



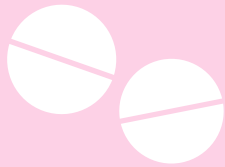
**13 - 24 SdG**: Tiempo de aborto más largo, pero tiempo de inducción más corto (véase más adelante).

@medprochoice

# ¿CÓMO DEBO TOMAR EL MEDICAMENTO?

## MIFEPRISTONA (MIFE)

Antagonista del receptor de progesterona que prepara al útero y al cérvix para la actividad del MISO<sup>20</sup>. Es un fármaco benigno con pocos efectos secundarios<sup>21</sup> que permite un aborto no invasivo<sup>22</sup>.



La combinación de **MIFE + MISO** es el régimen más eficaz<sup>23</sup> para el 1er<sup>24</sup> y 2do trimestre<sup>22</sup>.



Ahorra tiempo y causa menos efectos adversos que el régimen de MISO SOLO<sup>25</sup>.



**Se debe tragar 24 a 48 hrs antes de consumir el MISO\***, además permite la interrupción muy temprana del embarazo<sup>26</sup>.



La combinación MIFE + MISO puede ser más efectiva que un aborto quirúrgico<sup>27</sup>.

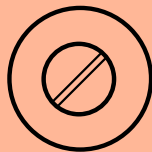
\*No hay diferencia entre administrar el MISO 24 o 48 hrs después, es igual de efectivo<sup>28</sup>, pero siempre debe haber un periodo de espera mínimo de 24 h.

@medprochoice

# ¿CÓMO DEBO TOMAR EL MEDICAMENTO?

## MISOPROSTOL (MISO)

El MISO es un análogo de prostaglandinas que activa la contracción del útero y la dilatación del cérvix en todas las etapas del parto<sup>29</sup>. Es seguro y es fácil de usar<sup>30</sup>.

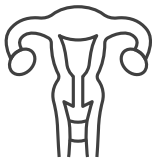


**Generalmente** los esquemas de MISO SOLO requieren más dosis<sup>28</sup> y no son tan efectivos<sup>8</sup> (tasa de fallo del 15-5%)<sup>31</sup>. Tiempo total de aborto más corto<sup>32</sup>.



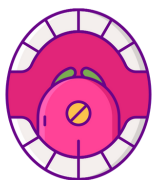
### VÍA BUCAL: ENTRE ENCÍAS Y MEJILLA - (VB)

Tiene la misma respuesta uterina y los mismos efectos secundarios de la vía vaginal, con una concentración máxima más baja<sup>28</sup>.



### VÍA VAGINAL (VV)

Tiene menos efectos adversos como náusea, vómito, o diarrea y provoca contracciones uterinas más prolongadas<sup>22</sup>. **Pueden quedar restos de las pastillas, así que evita esta vía si vives en un país con una ley de aborto muy restrictiva.**



### LA VÍA SUBLINGUAL: DEBAJO DE LA LENGUA (SL)

Se asocia con inicio de acción más rápido, tiempo más corto hasta la concentración máxima (30 min), concentración máxima más alta y mayor biodisponibilidad que otras vías<sup>33</sup>, seguida de la administración vaginal<sup>28</sup>.

**Son igual de efectivas todas las vías no orales (SL, VB, VV) Con respecto al número de dosis, tiempo de aborto, efectos secundarios y tasa de intervención quirúrgica<sup>28</sup>.**



**NUNCA** se recomienda vía oral (tragada con agua) para el MISO. La administración oral tiene una biodisponibilidad 3x menor que otras vías<sup>34</sup>.

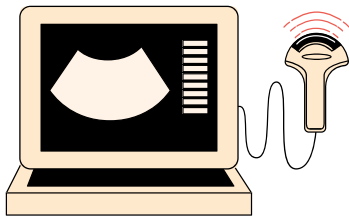
@medprochoice

# INTERRUPCIÓN MUY TEMPRANA DEL EMBARAZO (IMTE): <6SDG

No hay límite de edad gestacional más bajo <sup>35</sup>, el aborto con medicamentos antes de las 6 SdG está respaldado <sup>35,36,37,38</sup>. Es igual de efectiva con autoadministración que de forma intrahospitalaria, porque lo que ahorra tiempo y costos<sup>39</sup>.

## NUNCA USAR MISO SOLO

### RÉGIMEN MIFE + MISO<sup>26</sup>



Nunca requiere ultrasonido para confirmar que el embarazo es intrauterino<sup>24,26</sup>.



Tiene el potencial de detectar embarazos anormales (ectópicos o molares) tempranos y prevenir sus complicaciones<sup>26</sup>.



Causa **menos** sangrado, complicaciones y dolor<sup>26</sup>.

@medprochoice

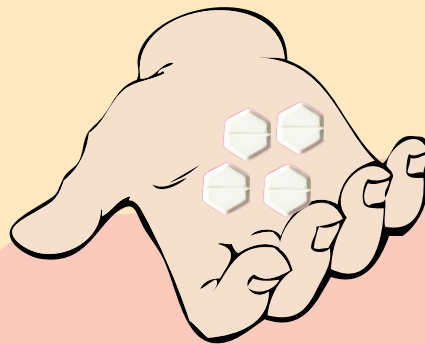
# ABORTO EN CASA CON MIFE + MISO EN EL PRIMER TRIMESTRE (INCLUÍDA LA IMTE)<sup>8</sup>

## DÍA 1



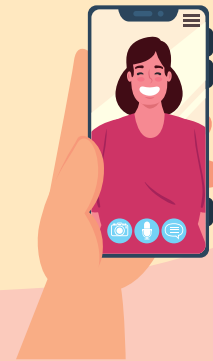
Una tableta de MIFE 200 mg por vía oral (VO), se traga con agua.

## DÍA 2-3



24-48 hrs después se colocan (VV, SL o VB)\* 800 mcg de MISO (4 tabletas)\*\*

## DÍA 7-14



Hacer un seguimiento con personal calificado para verificar la expulsión, si es completa no se requiere otro seguimiento

\* **OPCIÓN 1: Vía sublingual:** debajo de la lengua (SL): 800 mcg (4 tabletas) de MISO 20 min bajo la lengua.

**OPCIÓN 2: Vía bucal (VB):** 4 tabletas de MISO (800 mcg) entre mejillas y encías durante 30 min.

**OPCIÓN 3: Vía vaginal (VV):** 800 mcg (4 tabletas) de MISO en la vagina, y te recuestas 30-60 min.

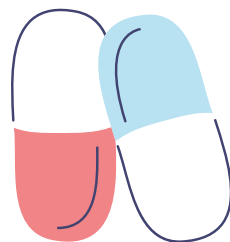
\*\* Se pueden tomar 400 mcg (dos tabletas) de miso extra 4 hrs después si no se completa<sup>40</sup>.

# ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE (13-24 SDG)

Es el uso de medicamentos que inducen la expulsión del feto. Muy pocos abortos ocurren en el 2do trimestre (2T), pero el acceso a un aborto seguro sigue siendo indispensable de la atención integral de la salud reproductiva<sup>7</sup>.



El apoyo remoto para abortos en el 2T por personal calificado no médico puede ser seguro en un contexto legalmente restrictivo<sup>7,41,42</sup>.



Los medicamentos para el aborto son seguros y efectivos en el 2T<sup>7,43</sup>. De hecho, si se hace de manera segura, el aborto en el 2T es más seguro que el parto<sup>44</sup>.



Puede ser preferible a cirugía (D&E\*), pero puede tardar más de 24 horas<sup>32</sup>.

## RÉGIMEN MIFE + MISO

### Tiempo de inducción\*\* promedio:

Entre las 13-17 SdG el tiempo promedio entre la primera dosis y el aborto es menor a 8 horas. Arriba de las 17 SdG el promedio es de 10 a 15 horas<sup>45</sup>.

La mayoría no requiere oxitocina u otro medicamento para completar el proceso<sup>34</sup> y no tiene efectos adversos graves<sup>45</sup>.

A mayor edad gestacional más largo el tiempo de inducción, más dosis de MISO necesarias y más uso de analgésicos<sup>45</sup>.

En promedio: Se requieren cuatro dosis de MISO en esquemas MIFE + MISO<sup>45</sup>, pero no se deben restringir las dosis.

\*Dilatación y evacuación

\*\*Véase más adelante la definición de tiempo de inducción

# ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE (13-24 SDG)

## RÉGIMEN MIFE + MISO

La tasa de éxito de los esquemas MIFE + MISO a las 15 h desde el inicio de la inducción del 96,7%<sup>45</sup>.

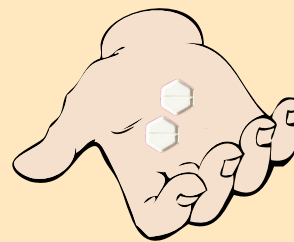
Tiempo de inducción más corto, sin añadir efectos adversos<sup>32</sup>, reduce las complicaciones<sup>34</sup>, menor dosis total de MISO<sup>28</sup> y duele menos<sup>7</sup>. La dosis recomendada y respaldada es:

### DÍA 1



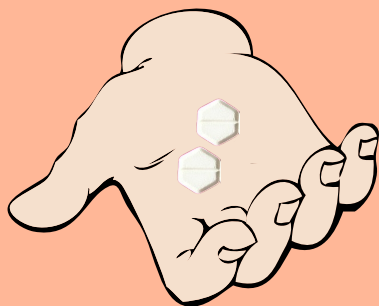
Una tableta de MIFE 200 mg por vía oral (VO), se traga con agua.

### DÍA 2-3



24 o 48 hrs después MISO (400 mcg) SL, VB o VV c/ 3-4 h hasta la expulsión del feto<sup>28,37</sup>.

## RÉGIMEN MISO SOLO



La dosis recomendada y respaldada es<sup>28,37</sup> de MISO 400 mcg (dos tabletas) VV ° SL ° VB cada 3 horas hasta la expulsión del la placenta<sup>32</sup>.

# ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE (13-24 SDG)

Para realizarlo se necesita conocimiento en protocolos de medicación, empatía y planes de emergencia; mas no requiere capacitación clínica avanzada o habilidades quirúrgicas<sup>7</sup>.

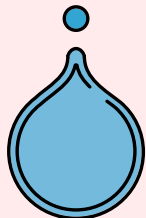
## EN AMBOS CASOS (MIFE + MISO Y MISO SOLO)



- **Las complicaciones importantes** son raras<sup>46</sup>, de aproximadamente 0,4 al 0,6%<sup>28</sup>.



- **El tiempo de inducción:** el tiempo desde la primera dosis de MISO hasta la expulsión fetal<sup>31</sup>, es cuando ocurren más síntomas<sup>34</sup>.



1. Primero se "rompe la fuente" y sale el líquido amniótico (es agua). **Una vez que sale el líquido se considera un embarazo inviable, a partir de este punto estás ante un aborto inevitable<sup>47</sup>.**



2. Después sale el producto y queda colgando el cordón umbilical, aproximadamente 30 minutos después sale la placenta pegada al resto del cordón umbilical. **Para este punto debes seguir consumiendo el MISO.**



3. Posterior a la expulsión de la placenta **inicia el sangrado** y ya **no es necesario seguir consumiendo MISO.**

@medprochoice

# ABORTO CON MISO SOLO<sup>48</sup>

## IMTE

### Embarazos <6 SdG

**No se recomienda** el uso de MISO SOLO antes de este periodo.

## 1er trimestre

### Embarazos 6 - 13 SdG

Se recomiendan 3 dosis, pero no es la dosis máxima ni es obligatoria.

#### **DOSIS:**

800 mcg (4 tab) SL, VB\* o VV cada 3 hr hasta la expulsión.

## 2do trimestre

### Embarazos 13-24 SdG

Limitar la cantidad de dosis podría aumentar las complicaciones. **TOMAR LAS NECESARIAS HASTA EXPULSIÓN.**

#### **DOSIS:**

400 mcg (2 tab) vía SL, VB o VV cada 3 hrs hasta la expulsión de la placenta.

## 2do trimestre

### Cesárea previa

El MISO se puede usar en personas con cesárea previa u otra cicatriz uterina<sup>48,12</sup>.

\*La vía bucal (VB) es entre la encía y la mejilla. Diferente a la vía ORAL que es tragada.

# TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

FIGO, RCOG y CNGOF\* recomiendan el uso de AINEs (como Ibuprofeno o Naproxeno, que son de venta libre<sup>49</sup>) ya que se ha demostrado que son efectivos y no tienen un impacto negativo en la eficacia del aborto con medicamentos<sup>9</sup>.



**El dolor durante el aborto es normal** se debe a procesos naturales como contracciones uterinas, paso del producto por el conducto cervical o la dilatación del cérvix<sup>50</sup>. **Si no se maneja de forma adecuada** el dolor intenso puede orillar a la búsqueda de atención innecesaria<sup>33</sup>.

**El dolor es más fuerte justo después de tomar MISO, y justo antes de la expulsión, aproximadamente 4 hrs después del MISO (en esquemas MIFE+MISO).**



**Si NO has tenido partos** hay más riesgo de experimentar dolor intenso<sup>51</sup>.



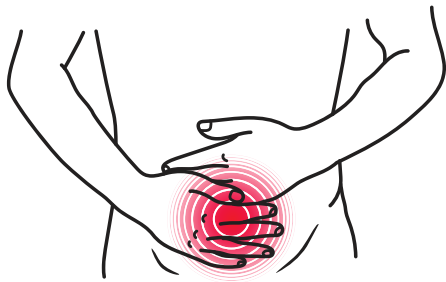
**Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE)** no afectan la acción del MISO<sup>51</sup>.

\*Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia; Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos; y Colegio Nacional de Ginecólogos y Obstetras Franceses

# TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

## EL DOLOR SIGUE SIENDO EL PRINCIPAL EFECTO SECUNDARIO DEL ABORTO CON MISO<sup>51</sup>.

Los siguientes son los síntomas **más comunes** causados por MISO<sup>52</sup>, 2-4 hrs después de la toma<sup>49</sup>.



Dolor pélvico



Náuseas y/o vómitos



Fiebre y/o escalofríos



Dolor de cabeza



Mareos



Diarrea

La gravedad de los síntomas son en su mayoría de leves a moderados<sup>52</sup>.

@medprochoice

# ¿QUÉ PUEDO CONSUMIR PARA EL DOLOR?

**LA COMBINACIÓN** de metoclopramida + tramadol o ibuprofeno (de al menos 400 mg) simultáneos al MISO y repetidos a las 4 h es el esquema más efectivo para reducir el dolor<sup>53</sup>.

## IBUPROFENO

600-800 mg VO cada 8 hrs<sup>54</sup>.

No tome más de 2,4 g (2400 mg) en 24 horas. El ibuprofeno debe ser de al menos 400 mg<sup>53</sup>.

## PARACETAMOL

500 mg-1 g VO cada 4-6 hrs<sup>54</sup>.

No consumas más de 4 g (8 tabletas) en 24 hrs.

## OPIOIDES LEVES

Son muy eficientes para tratar el dolor<sup>24</sup>.

Ej: **Tramadol** (Sus efectos secundarios más comunes (2-8%) son náuseas, mareos, somnolencia y vómitos)<sup>33</sup>.

## LOPERAMIDA O DIMENHIDRINATO

Para los síntomas digestivos<sup>49</sup>.

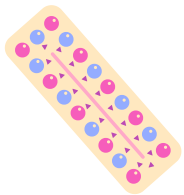


**Todas las medidas no farmacológicas para calmar el dolor sirven durante el procedimiento, por ejemplo: tomar infusiones, ponerse compresas calientes, hacer yoga, etc.** Muchas personas consumen marihuana durante el aborto con medicamentos en el **1er trimestre** y les resulta útil para controlar el dolor<sup>55</sup>.

# CUIDADOS POST ABORTO

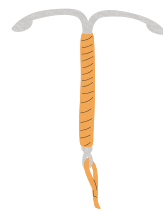
La autoevaluación después a un aborto con medicamentos no es diferente de la evaluación clínica en términos de efectividad y seguridad<sup>37</sup>.

Para embarazos <10 SdG existe la opción de autoevaluación de forma remota 7-14 días después, valorando solo los síntomas<sup>12,56,57</sup>.



## Anticonceptivos hormonales:

Todos pueden iniciarse el día que se toma la mifepristona<sup>58</sup>.



## Anticonceptivos intrauterinos (DIU cobre u hormonal):

Deben iniciarse cuando se confirme la expulsión del saco por USG<sup>58,59</sup>.



## La expulsión de restos con medicamentos:

Se hace solo en ciertos casos y no de forma rutinaria<sup>58</sup>, en caso de aborto incompleto el uso de MISO es igual de efectivo que el AMEU<sup>60</sup>.



**El ultrasonido de rutina** no se recomienda pues puede aumentar el número de complicaciones por sobre diagnóstico (falso positivo)<sup>61</sup>.

- **No se necesita** para los esquemas de **MIFE + MISO**, solo si hay molestias<sup>62,63</sup>. Es tan eficaz que casi nunca es necesaria una prueba para confirmar su éxito<sup>64</sup>.
- **El seguimiento presencial** es recomendado por la OMS solo para los esquemas de **MISO SOLO**<sup>62</sup>. Ya que por lo general es costoso e innecesario en los esquemas de MIFE + MISO (ya que casi todos los abortos son exitosos)<sup>64</sup>.

# CUIDADOS POST ABORTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que no se requiere un seguimiento de rutina después de un aborto con medicamentos con MIFE y MISO<sup>65</sup>.

## AUTOEVALUACIÓN

La b-hCG\* va a seguir en tu sangre hasta ¡1 mes o más!<sup>12</sup> Así que las pruebas seguirán siendo positivas



Las pacientes pueden hacer una **autoevaluación** controlando la reducción de los síntomas de embarazo, aunque esto puede no ser suficiente para proporcionar tranquilidad<sup>64</sup>.

Las pacientes pueden saber con gran precisión si el aborto con MIFE y MISO fue exitoso (si se ha expulsado el embarazo)<sup>65</sup>.

### SI USASTE MIFE

Y la b-hCG disminuye en >90% siete días después de la toma es un aborto exitoso<sup>65</sup>.

### SÓLO SE NECESITA USG

**Si el diagnóstico no es claro<sup>65</sup>.**

Si se expulsa el saco gestacional, los hallazgos por USG no se tratan, salvo que haya síntomas<sup>8</sup>.

### SI A LOS 14-21 DÍAS

En la b-hCG hay un valor <900 UI se confirma el aborto en embarazos <9 SdG<sup>65</sup>.

### EL SEGUIMIENTO

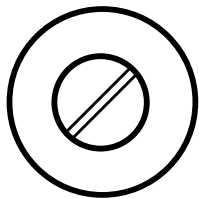
**Solo con b-hCG sérica** no aumenta las complicaciones comparada con el seguimiento con USG<sup>66</sup>.

- Los entuertos (espasmos dolorosos en el útero) son normales y pueden durar varios días tras un aborto; puedes tomar cualquier analgésico<sup>67</sup>.
- Es normal que te salga leche, por la bajada de hormonas, sobre todo si tenías más 10 semanas<sup>67</sup>.

\*La hormona gonadotropina coriónica humana fracción beta, es la hormona del embarazo.

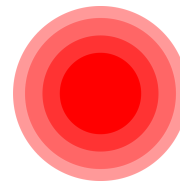
# CUIDADOS POST ABORTO

## ¿EN QUÉ CASOS ES NECESARIO EL SEGUIMIENTO?



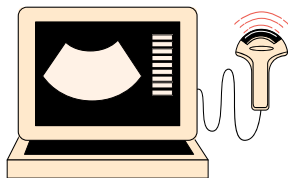
### MISO SOLO

Si se usa este regimen se necesita seguimiento médico<sup>65</sup>.



### SI HAY DOLOR

en los senos que no cede con analgésicos, náuseas matutinas, dolor abdominal severo o sangrado severo<sup>\*36</sup>.



## NO TE PREOCUPES SI EN EL USG SE ENCUENTRAN<sup>68,69</sup>:

- **Aumento del grosor endometrial**, no es indicativo de aspirado por si solo, pues es normal<sup>8,12,16</sup>.
- **Restos en el útero**, son un hallazgo común, no se da tratamiento si no hay síntomas<sup>8,12</sup>.
- **También son comunes** el tejido hiperecoico y el flujo Doppler color\*\*, por lo tanto, tampoco ameritan tratamiento<sup>8</sup>.

\*Se considera sangrado severo a aquel mayor al flujo menstrual que dura más de 3 h<sup>36</sup>.

\*\* "Hiper ecoico" y "flujo Doppler color" es terminología ultrasonográfica para referirse a ciertas características.

# CONFIRMACIÓN DE ABORTO

La evaluación a distancia se puede realizar una semana (7 días) después del proceso usando esta serie de preguntas que pueden confirmar el aborto exitoso (con respuesta positiva a, al menos, una de ellas)<sup>5</sup>.

**¿TUVO...** dolor y sangrado más intenso de lo normal?

**¿EXPULSÓ...** coágulos de sangre y/o tejido?

**¿SU SANGRADO...** actualmente es menor que el día más abundante de su período?

**¿HAN DESAPARECIDO...** los síntomas del embarazo (náuseas, hinchazón de los senos)?

## OTROS CRITERIOS DE CONFIRMACIÓN

Tanto el USG como las mediciones seriadas de la fracción Beta de Gonadotropina Coriónica Humana (b-hCG) proporcionan evidencia definitiva del aborto, pero la b-hCG en serie es más precisa para confirmar el éxito<sup>8</sup>.

### TAMBIÉN SON CONFIRMATORIOS:

- Sentir el paso del producto con o sin sangrado abundante junto con el cese de los calambres y el dolor abdominal<sup>70</sup>.
- Se considera aborto completo si la b-hCG disminuye >80% en la repetición entre los días 7-14<sup>71</sup> o cuando hay sangrado similar al flujo menstrual normal<sup>36</sup>.
- Prueba de orina negativa\*, ultrasonido, visualización del feto o saco<sup>72</sup> o diagnóstico de aborto completo por personal médico<sup>19,28</sup>.
- Si se contaba con medida previa al aborto una sola repetición de b-hCG el día 5 puede ser útil<sup>18,71</sup> ya que se comparan y se demuestra la disminución de la hormona<sup>65</sup>.



**No hay evidencia** de que el USG de rutina sea superior a otras modalidades de seguimiento<sup>8</sup>, pues el seguimiento a distancia no aumenta las intervenciones o consultas de urgencia en comparación con la ecografía<sup>66</sup>.

\*Las pruebas de orina, de alta y de baja sensibilidad, pueden tener resultados positivos cuando el aborto ha sido exitoso (resultado positivo falso)<sup>65</sup>.

@medprochoice

# POSIBLES COMPLICACIONES<sup>25</sup>

Las complicaciones después de un aborto con medicamentos, como hemorragia, hospitalización, dolor persistente, infección o sangrado abundante prolongado, son raras y ocurren en no más de una fracción de los pacientes<sup>73</sup>. Los medicamentos abortivos NO aumentan el riesgo de infección.

## HEMORRAGIA

(ES RARO - 0,14%)

Puede ser por aborto incompleto u otras complicaciones

### **ACUDE A URGENCIAS SI:**

Empapas dos toallas sanitarias normales por hora durante dos horas consecutivas.

## INFECCIÓN

(ES MUY RARO - 0,01-0,5%)

**No se deben usar antibióticos para prevenir infecciones antes del aborto con medicamentos.**

### **SIGNOS DE INFECCIÓN:**

Fiebre >38°C durante >4 hr;  
sudoración; flujo verdoso; taquicardia

### **SÍNTOMAS DE INFECCIÓN:**

Dolor abdominal severo; malestar general  
**24 hr después del proceso.**

**NO SE PUEDE DEMOSTRAR POR MEDIO DE NINGÚN ESTUDIO QUE TOMASTE MEDICAMENTO PARA ABORTAR\***

\* No existen ningún estudio en sangre, orina o alguna otra muestra que pueda comprobar el consumo de MIFE o MISO.

**@medprochoice**

# OTROS CRITERIOS DE POSIBLES COMPLICACIONES<sup>8</sup>

## Signos y síntomas comunes que también sugieren una infección:

- Dolor abdominal o pélvico
- Flujo vaginal o cervical maloliente
- Sangrado o manchado vaginal prolongado
- Fiebre o escalofríos (más de 24 horas después del MISO)
- Sensibilidad uterina o anexial (masa en el tejido cerca del útero; por lo general en los ovarios o las trompas de falopio)
- Recuento elevado de glóbulos blancos o leucocitos

## Signos que advierten una complicación después del procedimiento:

### Signos:

- Dolor intenso NO CONTROLADO por analgésicos
- Malestar parecido al de la gripe (debilidad, palidez, náuseas, vómitos y diarrea)
- Continuación de los síntomas de embarazo
- Síntomas depresivos y pensamientos suicidas\*

### Síntomas:

- Dolor intenso NO CONTROLADO con analgésicos comunes.
- Aturdimiento, desmayo, fiebre de 38°C durante más de 6 horas, flujo vaginal maloliente y anormal, ausencia de menstruación durante 8 semanas después del procedimiento.

\*El aborto inducido por sí mismo no es un factor de riesgo para estos síntomas, hacerlo en la clandestinidad puede ocasionarlos

# BIBLIOGRAFÍA

1. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2016) Best practice in comprehensive postabortion care. Best Practice Paper No. 3
2. Kapp, N., & Lohr, P. A. (2020). Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, 37-44.
3. Sjöström, S., Dragoman, M., Fønhus, M. S., Ganatra, B., & Gemzell-Danielsson, K. (2017). Effectiveness, safety, and acceptability of first-trimester medical termination of pregnancy performed by non-doctor providers: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(13), 1928-1940.
4. Hyland, P., Raymond, E. G., & Chong, E. (2018). A direct-to-patient telemedicine abortion service in Australia: Retrospective analysis of the first 18 months. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 58(3), 335-340.
5. Grossman, D., Baum, S. E., Andjelic, D., Tatum, C., Torres, G., Fuentes, L., & Friedman, J. (2018). A harm-reduction model of abortion counseling about misoprostol use in Peru with telephone and in-person follow-up: A cohort study. *PLoS One*, 13(1), e0189195.
6. Moseson, H., Jayaweera, R., Raifman, S., Keefe-Oates, B., Filippa, S., Motana, R., ... & Gerdtz, C. (2020). Self-managed medication abortion outcomes: results from a prospective pilot study. *Reproductive Health*, 17(1), 1-12.
7. Gerdtz, C., Jayaweera, R. T., Baum, S. E., & Hudaya, I. (2018). Second-trimester medication abortion outside the clinic setting: an analysis of electronic client records from a safe abortion hotline in Indonesia. *BMJ sexual & reproductive health*, 44(4), 286-291.
8. Costescu, D., Guilbert, E., Bernardin, J., Black, A., Dunn, S., Fitzsimmons, B., ... & Wiebe, E. (2016). Medical abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(4), 366-389.
9. Kemppainen, V., Mentula, M., Palkama, V., & Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(12), 1603-1610.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Great Britain). (2011). *The care of women requesting induced abortion*. RCOG press.
11. Guilbert, E. R., Hayden, A. S., Jones, H. E., White, K. O. C., Lichtenberg, E. S., Paul, M., & Norman, W. V. (2016). First-trimester medical abortion practices in Canada: National survey. *Canadian Family Physician*, 62(4), e201-e208.
12. Beaman, J., Prifti, C., Schwarz, E. B., & Sobota, M. (2020). Medication to manage abortion and miscarriage. *Journal of general internal medicine*, 35, 2398-2405.
13. Gill, R., & Norman, W. V. (2018). Telemedicine and medical abortion: dispelling safety myths, with facts. *Mhealth*, 4.
14. Reynolds-Wright, J. J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E., & Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ sexual & reproductive health*, 47(4), 246-251.
15. Aiken, A. R., Lohr, P. A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.
16. Wylomanski, S., & Winer, N. (2016). Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG?. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(10), 1477-1489.
17. Duncan, C. I., Reynolds-Wright, J. J., & Cameron, S. T. (2020). Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic
18. Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lord, J., & Hasler, E. (2020). Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 99(4), 451-458.

# BIBLIOGRAFÍA

19. Raymond, E. G., Tan, Y. L., Comendant, R., Sagaidac, I., Hodorozea, S., Grant, M., ... & Winikoff, B. (2018). Simplified medical abortion screening: a demonstration project. *Contraception*, 97(4), 292-296.
20. Schreiber, C. A., Creinin, M. D., Atrio, J., Sonalkar, S., Ratcliffe, S. J., & Barnhart, K. T. (2018). Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *New England Journal of Medicine*, 378(23), 2161-2170.
21. Abbas, D. F., Blum, J., Ngoc, N. T. N., Nga, N. T. B., Chi, H. T. K., Martin, R., & Winikoff, B. (2016). Simultaneous administration compared with a 24-hour mifepristone-misoprostol interval in second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 1077-1083.
22. Nissi, R., Santala, M., Immonen, E., & Talvensaari-Mattila, A. (2016). Mifepristone and misoprostol is safe and effective method in the second-trimester pregnancy termination. *Archives of gynecology and obstetrics*, 294(6), 1243-1247.
23. Au, H. K., Liu, C. F., Tzeng, C. R., & Chien, L. W. (2016). Association between ultrasonographic parameters of Cesarean scar defect and outcome of early termination of pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 47(4), 506-510.
24. Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M., Agostini, A., Lertxundi, R., & Gemzell-Danielsson, K. (2018). Pain management for up to 9 weeks medical abortion—An international survey among abortion providers. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 225, 181-184.
25. Shochet, T., Dragoman, M., Blum, J., Abbas, D., Louie, K., Platais, I., ... & Winikoff, B. (2019). Could second-trimester medical abortion be offered as a day service? Assessing the feasibility of a 1-day outpatient procedure using pooled data from six clinical studies. *Contraception*, 99(5), 288-292.
26. Bizjak, I., Fiala, C., Berggren, L., Hognert, H., Sääv, I., Bring, J., & Gemzell-Danielsson, K. (2017). Efficacy and safety of very early medical termination of pregnancy: a cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(13), 1993-1999.
27. Fiala, C., Cameron, S., Carmo-Bombas, T. A., Gemzell-Danielsson, K., Parachini, M., & Shojai, R. (2012). *Early Medical Abortion; A Practical Guide For Healthcare Professionals*.
28. Lerma K, Blumenthal PD, Current and potential methods for second trimester abortion, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.05.006>
29. Audet, M., White, K. L., Breton, B., Zarzycka, B., Han, G. W., Lu, Y., ... & Stevens, R. C. (2019). Crystal structure of misoprostol bound to the labor inducer prostaglandin E 2 receptor. *Nature chemical biology*, 15(1), 11-17.
30. Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R., & Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 76-80.
31. Bettahar, K., Pinton, A., Boisrame, T., Cavillon, V., Wylomanski, S., Nisand, I., & Hassoun, D. (2016). Medical induced abortion. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 45(10), 1490-1514.
32. Costescu, D., & Guilbert, É. (2018). No. 360-induced abortion: surgical abortion and second trimester medical methods. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(6), 750-783.
33. Dragoman, M. V., Grossman, D., Kapp, N., Huong, N. M., Habib, N., Dung, D. L., & Tamang, A. (2016). Two prophylactic medication approaches in addition to a pain control regimen for early medical abortion < 63 days' gestation with mifepristone and misoprostol: study protocol for a randomized, controlled trial. *Reproductive health*, 13(1), 1-10.
34. Lerma, K., & Shaw, K. A. (2017). Update on second trimester medical abortion. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 29(6), 413-418.
35. Fiala, C., Bombas, T., Parachini, M., Agostini, A., Lertxundi, R., Lubusky, M., ... & Danielsson, K. G. (2020). Management of very early medical abortion—An international survey among providers. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 246, 169-176.

# BIBLIOGRAFÍA

36. Song, L. P., Tang, S. Y., Li, C. L., Zhou, L. J. G. Y. K., & Mo, X. T. (2018). Early medical abortion with self-administered low-dose mifepristone in combination with misoprostol. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(9), 1705-1711.
37. Mählck, C. G., & Bäckström, T. (2017). Follow-up after early medical abortion: Comparing clinical assessment with self-assessment in a rural hospital in northern Norway. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 213, 1-3.
38. Kapp, N., Baldwin, M. K., & Rodriguez, M. I. (2018). Efficacy of medical abortion prior to 6 gestational weeks: a systematic review. *Contraception*, 97(2), 90-99.
39. Li, C. L., Song, L. P., Tang, S. Y., Zhou, L. J. G. Y. K., He, H., Mo, X. T., & Liao, Y. M. (2017). Efficacy, safety, and acceptability of low-dose mifepristone and self-administered misoprostol for ultra-early medical abortion: a randomized controlled trial. *Reproductive Sciences*, 24(5), 731-737.
40. Pykett R, Smith SC. (2017) Termination of pregnancy, *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2017.04.007>
41. Shochet, T., Dragoman, M., Blum, J., Abbas, D., Louie, K., Platais, I., ... & Winikoff, B. (2019). Could second-trimester medical abortion be offered as a day service? Assessing the feasibility of a 1-day outpatient procedure using pooled data from six clinical studies. *Contraception*, 99(5), 288-292.
42. Moseson, H., Bullard, K. A., Cisternas, C., Grosso, B., Vera, V., & Gerds, C. (2020). Effectiveness of self-managed medication abortion between 13 and 24 weeks gestation: a retrospective review of case records from accompaniment groups in Argentina, Chile, and Ecuador. *Contraception*, 102(2), 91-98.
43. Hyland, P., Raymond, E. G., & Chong, E. (2018). A direct-to-patient telemedicine abortion service in Australia: Retrospective analysis of the first 18 months. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 58(3), 335-340.
44. Goldstone, P., Walker, C., & Hawtin, K. (2017). Efficacy and safety of mifepristone-buccal misoprostol for early medical abortion in an Australian clinical setting. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 57(3), 366-371.
45. Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R., & Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 76-80.
46. Constant, D., Harries, J., Malaba, T., Myer, L., Patel, M., Petro, G., & Grossman, D. (2016). Clinical outcomes and women's experiences before and after the introduction of mifepristone into second-trimester medical abortion services in South Africa. *PLoS One*, 11(9), e0161843.
47. García-Regalado, J., Brugada-Molina, R., Montalvo-Aguilar, M. E., Carlos Martínez-Pantoja, A., Alejandro Gómez-Lucas, S., Augusto González-López, C., ... & González-Mora, A. (2020). Tuberculosis miliar en una paciente con aborto posterior a fertilización in vitro. *Medicina Interna de México*, 36(6).
48. Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, K., ... & Visser, G. H. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 138(3), 363-366.
49. Mazza, D., Burton, G., Wilson, S., Boulton, E., Fairweather, J., & Black, K. I. (2020). Medical abortion. *Australian Journal of General Practice*, 49(6), 324-330.
50. Georgsson, S., & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 3006-3017.

# BIBLIOGRAFÍA

51. Cavet, S., Fiala, C., Scemama, A., & Partouche, H. (2017). Assessment of pain during medical abortion with home use of misoprostol. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(3), 207-211.
52. Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 9, 48-54.
53. Dragoman, M. V., Grossman, D., Nguyen, M. H., Habib, N., Kapp, N., Tamang, A., ... & Gulmezoglu, M. (2021). Two prophylactic pain management regimens for medical abortions ≤ 63 days' gestation with mifepristone and misoprostol: A multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *Contraception*, 103(3), 163-170.
54. British Pregnancy Advisory Service (2015) Pain control. Medical Abortion.
55. Louie, K., Chong, E., Ginde, S., Kuehl, L., Washington, S., Gatter, M., & Winikoff, B. (2016). A survey study of marijuana use for pain management during first-trimester medical abortion. *Contraception*, 94(4), 394.
56. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2019) Abortion care. NICE guideline
57. Raymond, E., Chong, E., Winikoff, B., Platais, I., Mary, M., Lotarevich, T., ... & Priegue, E. (2019). TelAbortion: evaluation of a direct to patient telemedicine abortion service in the United States. *Contraception*, 100(3), 173-177.
58. The National Abortion Federation (2020) Clinical Policy Guidelines for Abortion Care
59. Sedlecky, K., & Stanković, Z. (2016). Contraception for adolescents after abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(1), 4-14.
60. Huber, D., Curtis, C., Irani, L., Pappa, S., & Arrington, L. (2016). Postabortion care: 20 years of strong evidence on emergency treatment, family planning, and other programming components. *Global Health: Science and Practice*, 4(3), 481-494.
61. Kohn, J. E., Snow, J. L., Simons, H. R., Seymour, J. W., Thompson, T. A., & Grossman, D. (2019). Medication abortion provided through telemedicine in four US states. *Obstetrics & Gynecology*, 134(2), 343-350.
62. Wang, Y., & Yang, Q. (2021). Post Abortion Care and Management After Induced Abortion During the COVID-19 Pandemic: A Chinese Expert Consensus. *Advances in Therapy*, 1-13.
63. Berer, M., & Hoggart, L. (2018). Medical abortion pills have the potential to change everything about abortion. *Contraception*, 97(2), 79-81.
64. Chong, E., Sheldon, W. R., Lopez-Green, D., Gonzalez H, C., Castillo, B. H., Ogando, M. G., ... & Blum, J. (2020). Feasibility of Multilevel Pregnancy Tests for Telemedicine Abortion Service Follow-Up: A Pilot Study. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(Supplement 1), 67-75.
65. Ipas. (2021). *Clinical Updates in Reproductive Health*. N. Kapp (Ed.). Chapel Hill, NC: Ipas
66. Lundstedt, S., & Morris, C. (2016). What is the best way to confirm a medication abortion is complete?. *Evidence-Based Practice*, 19(10), 29-30.
67. CARVAJAL, A. RALPH, C. (2019). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Novena Edición.
68. ESHRE Capri Workshop Group. (2017). Induced abortion. *Human reproduction (Oxford, England)*, 32(6), 1160-1169.
69. Cameron, S., Rowlands, S., & Gemzell-Danielsson, K. (2019). Self-assessment of success of early medical abortion using a self-performed urine pregnancy test. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(4), 319-321.
70. Tamang, A., Puri, M., Masud, S., Karki, D. K., Khadka, D., Singh, M., ... & Gajurel, S. (2018). Medical abortion can be provided safely and effectively by pharmacy workers trained within a harm reduction framework: Nepal. *Contraception*, 97(2), 137-143.

# BIBLIOGRAFÍA

71. Pocius, K. D., Bartz, D., Maurer, R., Stenquist, A., Fortin, J., & Goldberg, A. B. (2017). Serum human chorionic gonadotropin (hCG) trend within the first few days after medical abortion: a prospective study. *Contraception*, 95(3), 263-268.
72. Johnson Jr, B. R., Maksutova, E., Boobekova, A., Davletova, A., Kazakbaeva, C., Kondrateva, Y., ... & Jo, A. H. S. (2018). Provision of medical abortion by midlevel healthcare providers in Kyrgyzstan: testing an intervention to expand safe abortion services to underserved rural and periurban areas. *Contraception*, 97(2), 160-166.
73. Reynolds-Wright, J. J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E., & Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ sexual & reproductive health*, 47(4), 246-251.

## CRÉDITOS

Investigación realizada por la médica cirujana Maria Aïssata Si González

Diseñado por Mikaela Rosas

**@medprochoice**