

# Declaración del IMAP sobre aborto con medicamentos

Más de la mitad de todos los embarazos a nivel mundial no son planeados, y uno de cada cuatro, o 56 millones de embarazos al año, resultan en un aborto.

## Introducción

Esta declaración fue elaborada por el Grupo Internacional de Asesoría Médica (IMAP, por sus siglas en inglés) y aprobada en septiembre de 2018.

El acceso a la anticoncepción y a la atención integral y segura del aborto sigue siendo desigual en todo el mundo, y las complicaciones derivadas del aborto continúan teniendo un impacto significativo en la morbilidad y mortalidad materna. Más de la mitad de todos los embarazos en el mundo son no planeados, y uno de cada cuatro, es decir, 56 millones por año, resultan en un aborto.<sup>1</sup> De estos, se estima que 25.2 millones son abortos inseguros, que, en su gran mayoría (97%), ocurren en países de ingresos bajos o medios, los cuales tienen más probabilidades de tener leyes de aborto restrictivas, una alta necesidad insatisfecha de anticonceptivos, escasez de prestadores de servicios de salud capacitados y acceso limitado a servicios de salud de calidad.<sup>2</sup>

La falta de acceso a la atención segura del aborto se ve exacerbada en muchos contextos por el estigma, la falta de conocimiento sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR),<sup>3</sup> y lo que la Comisión de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de Guttmacher-Lancet denomina "una discriminación persistente contra las mujeres y las niñas, y la falta de voluntad para abordar las cuestiones relacionadas con la sexualidad de manera abierta e integral".<sup>4</sup> En este contexto, los grupos particularmente vulnerables son las adolescentes; las mujeres con discapacidad; las trabajadoras sexuales; y las mujeres afectadas por el matrimonio forzado, la violencia doméstica, el abuso o violación, la mutilación genital femenina y la trata de personas.

La IPPF está bien posicionada para trabajar con sus Asociaciones Miembro y sus socios a fin de incrementar aún más el acceso a la atención segura del aborto y la anticoncepción, y acelerar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El aborto con medicamentos, a su

vez, tiene el potencial de aumentar el acceso a la atención segura y de contribuir a la autonomía y la toma de decisiones de las mujeres con respecto a sus opciones y derechos reproductivos. Es hora de implementar servicios de interrupción del embarazo basados en la evidencia, que promuevan, protejan y cumplan con los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, en todos los lugares.

## Propósito de esta declaración

El propósito de esta declaración es apoyar y guiar a las Asociaciones Miembro de la IPPF y a otras organizaciones de mujeres y vinculadas a la SDSR, incluidas aquellas que proporcionan información y servicios, que se dedican a la incidencia, y/o que están asociadas con el gobierno y otros actores clave. Está diseñada para crear conciencia sobre el aborto con medicamentos y proporcionar a los prestadores de servicios y activistas información y herramientas para fortalecer la prestación de estos servicios.

El objetivo de esta declaración es apoyar y complementar el informe Visión 2020 de la IPPF sobre aborto médico, "Ellas a cargo: el aborto con medicamentos y la vida de las mujeres – Un llamado a la acción". Este documento presenta una reflexión sobre experiencias y modelos para el trabajo en aborto con medicamentos, así como recomendaciones internacionales. Se pretende, por último, que este documento sirva como guía de referencia en este tema.

## Audiencia

Esta declaración está dirigida a personal de servicios de salud, programas y gerencia, activistas y voluntarios de las Asociaciones Miembro de la IPPF y del secretariado, así como de otras organizaciones de mujeres y de SDSR.

La transferencia de funciones en la atención segura del aborto a prestadores de servicios no médicos ha demostrado eficacia en función de los costos, aún en contextos de altos ingresos. En los últimos años, se han dejado atrás métodos anticuados y a menudo inseguros para el aborto o el uso intensivo de recursos, para pasar a la oferta de un servicio sencillo, seguro, costoefectivo y asequible, incluso en entornos con acceso restrictivo.

## Desarrollos recientes en la atención del aborto

El creciente uso del aborto con medicamentos ha revolucionado el acceso a los servicios seguros. La investigación ha llevado a métodos de aborto con medicamentos cada vez menos medicalizados, de bajo costo, seguros y eficaces. La atención segura del aborto ha pasado de los establecimientos de salud terciarios y secundarios al nivel de atención primaria, y es administrada cada vez más por profesionales de la salud de nivel intermedio, incluyendo enfermeros(as) y parteras(as), o por las propias mujeres en sus hogares.

La transferencia de funciones en la atención segura del aborto a personal no médico, ha demostrado ser eficaz en función de los costos, aún en contextos de altos ingresos.<sup>5</sup> Un número creciente de los abortos se realizan en etapas más tempranas, incluso inmediatamente después de una prueba de embarazo positiva, con un menor riesgo de complicaciones para la mujer.<sup>6</sup> En los últimos años, se han dejado atrás métodos anticuados y a menudo inseguros para el aborto y la atención basada en el uso intensivo de recursos, para pasar a la oferta de un servicio sencillo, seguro, costoefectivo y asequible, incluso en entornos con acceso restrictivo.<sup>7,8</sup>

Aunque persisten las barreras de acceso, en países como Nepal, Etiopía y Sudáfrica se ha registrado una marcada disminución de las muertes relacionadas con el aborto en los últimos 20 años. Esta reducción de la mortalidad materna se ha vinculado no solo a la legalización, sino también a una proporción cada vez mayor de abortos con medicamentos y a la participación de los profesionales de la salud de nivel intermedio en la atención del aborto.<sup>9,10,11,12</sup> En Suecia, aproximadamente el 93% de todos los abortos inducidos son con medicamentos y a menudo son administrados por parteras(os). De estos, el 55 por ciento se realiza antes de las siete semanas de gestación y el 84 por ciento antes de las nueve semanas.<sup>13</sup> La mayoría de los abortos implican solo una visita a una clínica ambulatoria, seguida de la autoadministración de misoprostol en el hogar y una autoevaluación para confirmar la interrupción del embarazo, con la ayuda de una prueba de baja sensibilidad para detección de GCH en orina.<sup>14,15</sup>

En los lugares donde el aborto está limitado por la ley, el enfoque de reducción de riesgos y daños puede ser utilizado para las mujeres\* con embarazos no deseados, a fin de reducir el número de abortos inseguros. Este enfoque incluye la atención previa al aborto y la atención posaborto. Una mujer con un embarazo no deseado es asesorada en el punto de servicio, recibiendo información sobre el uso del

misoprostol, de acuerdo con las dosis recomendadas internacionalmente. La mujer también recibe asesoramiento sobre anticoncepción y apoyo para elegir un método que sea seguro, efectivo y adecuado para sus circunstancias particulares. Después, la mujer tiene el aborto en su casa, y se le aconseja que regrese para el seguimiento. Las mujeres generalmente acceden a estos servicios a través del boca a boca, por recomendación de otras mujeres, o por referencia del personal de atención primaria.<sup>16</sup>

Además, existen varios servicios en línea (telemedicina) con personal médico calificado cuyo objetivo es informar y apoyar a las mujeres que necesitan un aborto. Estos avances fortalecen la autonomía de las mujeres y les brindan alternativas seguras y accesibles a quienes viven en países con acceso limitado o nulo a servicios de aborto seguro.<sup>17,18,19,20</sup>

## ¿Qué es el aborto con medicamentos?

El aborto con medicamentos es la interrupción del embarazo principalmente mediante el uso de fármacos. Se puede utilizar como una alternativa al aborto quirúrgico, que requiere admisión en una clínica y un proveedor con capacitación quirúrgica básica.

El aborto con medicamentos, con la combinación de mifepristona y misoprostol, o con misoprostol solo, puede utilizarse para inducir el aborto a cualquier edad gestacional, y es una alternativa al aborto quirúrgico que se ofrece en el primer nivel de atención. El misoprostol solo, es menos efectivo que el régimen combinado para lograr un aborto completo.<sup>21</sup>

La mifepristona, un esteroide antiprogesterona, provoca que el cuello uterino se reblandezca y dilate, aumenta la contractibilidad uterina y aumenta la sensibilidad a las prostaglandinas. El misoprostol, un análogo sintético de la prostaglandina natural E1, causa contracciones uterinas, resultando en el desprendimiento del saco gestacional del revestimiento uterino y la expulsión del embarazo.

Su eficacia depende de la dosis y de la vía de administración.<sup>22</sup>

\* IPPF reconoce que el aborto puede ser requerido no solo por las mujeres, sino también por las adolescentes, las personas transgénero y hombres trans con potencial para tener hijos.

El aborto con medicamentos es la interrupción del embarazo principalmente mediante el uso de fármacos. . . Casi todas las mujeres son elegibles para el aborto con medicamentos, independientemente de la edad, el número de partos y las condiciones de salud subyacentes.

## ¿Quién puede usar el aborto con medicamentos?

Casi todas las mujeres son elegibles para el aborto con medicamentos –siempre y cuando se usen los servicios apropiados para la edad gestacional–, sin importar su edad, el número de partos anteriores ni las condiciones de salud subyacentes. La cesárea previa o los embarazos múltiples no son contraindicaciones para el aborto con medicamentos. Las contraindicaciones deben ser revisadas antes del tratamiento, aunque son poco frecuentes. Pueden incluir alergia a la mifepristona o al misoprostol, insuficiencia suprarrenal crónica o tratamiento prolongado con corticosteroides orales, porfiria y embarazo ectópico. Se debe tener precaución con las mujeres con trastornos de coagulación o con las que toman medicamentos anticoagulantes.

## Seguridad y efectividad del aborto con medicamentos

La seguridad y efectividad de la mifepristona y el misoprostol para el aborto están respaldadas por amplia investigación,<sup>23</sup> y ambos están incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS, en la que también se recomienda el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, la hemorragia posparto y la inducción del trabajo de parto.<sup>24</sup>

El aborto con medicamentos es eficaz para inducir el aborto. La eficacia del aborto con medicamentos es muy alta, pero disminuye con el aumento de la edad gestacional. El aborto completo (sin necesidad de extracción quirúrgica de una placenta incompleta) se produce en el 95 al 99% de los casos hasta las 12 semanas de edad gestacional y en el 92% de los casos en el segundo trimestre.<sup>25,26,27</sup> En el caso de una placenta incompleta, esta se puede extraer fácilmente por aspiración manual endouterina. La continuación del embarazo ocurre en el 0.5 al 2.9% de los embarazos en el primer trimestre.<sup>28</sup>

El aborto con medicamentos es seguro. El riesgo de complicaciones después de un aborto con medicamentos realizado de acuerdo con los lineamientos establecidos, como hemorragia

grave u hospitalización, es inferior al uno por ciento.<sup>29,30</sup> La evidencia muestra que el aborto con medicamentos sin complicaciones no afecta la fertilidad futura, y que el aborto inducido no tiene un impacto negativo en la salud mental ni aumenta el riesgo de cáncer de mama.<sup>31,32</sup> Las mujeres que experimenten fiebre alta, secreción anormal, dolor severo o sangrado profuso en cualquier momento del proceso deben buscar atención médica.

Como sucede con todos los medicamentos, la mifepristona y el misoprostol tienen efectos secundarios. Los efectos secundarios del misoprostol pueden incluir náuseas, diarrea, fiebre, sarpullido, mal sabor y adormecimiento. La hiperestimulación uterina puede ocurrir a finales del segundo trimestre. A las mujeres se les debe informar sobre estos efectos secundarios; pero también se les debe decir que suelen ser de corta duración, que dependen en parte de la dosis y la vía de administración –con síntomas mayores cuando la administración es oral, sublingual o bucal en comparación con la vaginal–, y que usualmente no aumentan la necesidad de hospitalización.<sup>33</sup>

## Atención previa al aborto

Siempre que sea posible, se deben usar pruebas altamente sensibles para confirmar el embarazo. La edad gestacional debe ser determinada para elegir el método más apropiado de aborto. Esto se puede hacer evaluando el tiempo desde la fecha de la última menstruación (FUM) en combinación con un examen pélvico bimanual. Un ultrasonido puede complementar el examen, pero no se requiere rutinariamente, a menos que haya una discrepancia entre el tamaño uterino al momento de la palpación y la edad gestacional por FUM.<sup>34</sup> Si se sospecha un embarazo ectópico, la mujer debe ser monitoreada o referida a instalaciones con servicios de laboratorio y quirúrgicos. La profilaxis Rh no es necesaria para un aborto médico sin intervención quirúrgica antes de las 12 semanas de gestación.<sup>35</sup> Si es posible, se debe retirar el DIU antes del aborto con medicamentos. El dolor debe tratarse con antiinflamatorios no esteroideos como ibuprofeno o diclofenaco, y medicamentos más potentes para el dolor, según sea necesario.

La seguridad y eficacia de la mifepristona y el misoprostol para el aborto están respaldadas por amplia investigación, y ambos están incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS, en la que también se recomienda el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, la hemorragia posparto y la inducción del trabajo de parto.

## Aborto con medicamentos – el tratamiento

Hasta las nueve semanas de gestación, el aborto con medicamentos se realiza idealmente mediante la ingesta oral de 200 mg de mifepristona, seguida 24 a 48 horas más tarde por la administración vaginal, sublingual o bucal de 800 mcg de misoprostol. Un intervalo de mifepristona a misoprostol más corto disminuye la efectividad. En caso de hemorragia escasa, se puede administrar otra dosis de 400 mcg de misoprostol después de tres a cuatro horas por cualquier vía de administración.

Por encima de las nueve semanas de gestación, se aplica el mismo régimen anterior para la mifepristona, seguido de 800 mcg de misoprostol administrado por vía vaginal (o sublingual), entre 36 y 48 horas más tarde. El tratamiento continúa con hasta cuatro dosis repetidas de 400mcg de misoprostol administradas por vía vaginal o sublingual, cada tres horas, hasta que ocurra la expulsión del embarazo. Si el sangrado vaginal ha comenzado, se debe evitar la administración vaginal debido a la disminución de la absorción de misoprostol.<sup>36</sup>

El útero se vuelve cada vez más sensible a las prostaglandinas con el aumento de la edad gestacional,<sup>37</sup> lo que significa que la dosis de misoprostol debe reducirse cuando se induce el aborto por trastornos maternos o fetales a finales del segundo (>23 semanas de gestación) y en el tercer trimestre. Después del aborto con medicamentos en el segundo trimestre, se recomienda la evacuación quirúrgica de posibles restos del embarazo.

Diferentes regímenes de dosis y vías de administración son seguros y efectivos para el aborto con medicamentos.

Véase: [www.figo.org/news/misoprostol-dosage-chart-new-release-0015613](http://www.figo.org/news/misoprostol-dosage-chart-new-release-0015613), <https://www.ipas.org/clinical-updates/static/-updates/static/CURHE18.pdf>.

La ovulación puede reanudarse incluso una semana después del aborto. En caso de que no se inicie la anticoncepción en el momento del aborto, es fundamental que las mujeres estén bien informadas sobre dónde y cuándo obtener el método de su elección.

## Atención posaborto y anticoncepción

La evaluación del resultado del aborto puede realizarse en la clínica mediante una valoración de los síntomas del embarazo combinada con un examen pélvico, una ecografía (si está disponible) o análisis de niveles de GCH.<sup>38</sup> Sin embargo, no es necesaria una visita de seguimiento después de un aborto con medicamentos sin complicaciones. La valoración de un aborto completo se la pueden realizar las propias mujeres, tanto en entornos de altos como de bajos recursos, utilizando una prueba urinaria de GCH de baja sensibilidad, si tal prueba se les puede proporcionar.<sup>39,40</sup>

La ovulación puede reanudarse incluso una semana después del aborto; por lo tanto, se debe proporcionar el asesoramiento sobre anticoncepción con anterioridad, para que la usuaria comience de inmediato su uso. Para el aborto con medicamentos que se espera ocurra en el hogar, pueden iniciarse muchas formas de anticoncepción con la primera píldora de mifepristona, sin que ello afecte al éxito del procedimiento.<sup>41,42,43,44</sup> Esto incluye las píldoras hormonales combinadas o de sólo progestinas, así como implantes subdérmicos. Si no hay evidencia de infección, los anticonceptivos inyectables y los dispositivos intrauterinos en el primer trimestre pueden iniciarse tan pronto como se expulse el embarazo.<sup>45,46</sup>

En caso de que no se inicie la anticoncepción al momento del aborto, es importante que las mujeres estén informadas sobre dónde y cuándo obtener el método de su elección.

## Disponibilidad y calidad de los medicamentos

La marca original de misoprostol Cytotec® todavía no está autorizada para el aborto con medicamentos, pero su uso fuera de las indicaciones aprobadas es ampliamente aceptado como una manera de asegurar el uso de medicamentos de calidad garantizada. Hoy en día existen muchas formulaciones genéricas de misoprostol, y tanto la mifepristona como el misoprostol están ampliamente disponibles para su compra en línea sin receta médica. El misoprostol que se compra en línea de fuentes confiables, puede variar en la cantidad de medicamento activo, pero no se ha demostrado que contenga sustancias peligrosas o ineficaces.<sup>47</sup> La disminución del contenido activo está parcialmente relacionada con empaques deteriorados, puesto que el misoprostol es vulnerable a la degradación cuando no está debidamente sellado.<sup>48</sup>

La atención segura del aborto debe proveerse como parte de la prestación integral e integrada de servicios de salud sexual y reproductiva, y como un componente indispensable del Paquete Integrado de Servicios Esenciales de la IPPF (IPES).

## Beneficios del aborto con medicamentos

- El aborto con medicamentos es un método seguro, efectivo, altamente aceptado y asequible. Las contraindicaciones para el tratamiento son raras y los efectos adversos suelen autolimitarse.
- El aborto con medicamentos puede autoadministrarse de manera segura y eficaz en el hogar hasta las 10 semanas de edad gestacional.<sup>49</sup> Tener un aborto en la privacidad de su hogar aumenta la autonomía de las mujeres y reduce el estigma asociado con el aborto inducido.
- El aborto con medicamentos es un método menos costoso y menos invasivo que los métodos quirúrgicos y no requiere capacitación especializada.
- La evaluación de la terminación del aborto después de un procedimiento con medicamentos puede ser realizada por las propias mujeres utilizando una prueba urinaria de GCH de baja sensibilidad.<sup>50,51</sup>

## Recomendaciones para las Asociaciones Miembro y otras organizaciones

### PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Las Asociaciones Miembro deben procurar proporcionar acceso temprano a la atención segura del aborto, con métodos médicos o quirúrgicos, de acuerdo con la elección de la mujer. La atención segura del aborto debe ser proporcionada como parte de la prestación integral e integrada de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), y como un componente indispensable del Paquete Integrado de Servicios Esenciales de la IPPF (IPES, por sus siglas en inglés).

Las Asociaciones Miembro deben incluir el aborto con medicamentos en sus servicios como un derecho reproductivo fundamental. Para apoyar un mayor acceso a este procedimiento, las Asociaciones Miembro deben asegurarse de que:

- Los prestadores de servicios de SSR eduquen, asesoren y apoyen rutinariamente a las mujeres que eligen el aborto con medicamentos, incluyendo para la autoadministración.
- La información sobre el aborto con medicamentos esté disponible para que las mujeres la lean y entiendan, incluidas las instrucciones para su uso en el hogar.
- Los prestadores de servicios de SSR, incluidos los de nivel medio, reciban capacitación y se

actualicen sobre los últimos lineamientos de dosificación para el aborto con medicamentos, y proporcionen estos servicios a aquellas mujeres que los necesiten.

- Todos los establecimientos de salud estén equipados para proporcionar servicios de aborto con medicamentos como método de elección para las mujeres.
- El misoprostol y la mifepristona, cuando estén disponibles, se almacenen en todos los establecimientos de salud que proporcionan atención segura del aborto, como parte de los medicamentos esenciales. También deben incluirse anticonceptivos, para el inicio inmediato de la anticoncepción posaborto.
- Esté permitido compartir tareas entre una amplia gama de profesionales de la salud, incluidas parteras(os), enfermeras(os), y auxiliares de enfermería, para la prestación de servicios de aborto. Deben asegurar el apoyo a las mujeres que opten por autogestionar algunos aspectos de su aborto con medicamentos, de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

Con el fin de incrementar la autonomía y posibilidades de elección para las mujeres, las Asociaciones Miembro pueden optar por proporcionar información sobre la compra y la autoadministración de misoprostol; sobre cómo se puede realizar de manera segura el aborto con medicamentos en el hogar, incluidos los regímenes de dosis recomendadas, los límites de edad gestacional, las contraindicaciones, cuándo buscar atención clínica y la autoevaluación de la terminación del aborto; y sobre la adopción de la anticoncepción posaborto. Las Asociaciones Miembro también pueden conectar a las mujeres que están considerando obtener el misoprostol en línea o de venta libre con fuentes confiables para su adquisición y proporcionarles información de contacto para servicios de telemedicina calificados que proporcionen medicamentos para el aborto y orientación clínica integral, tales como: [www.womenonweb.org](http://www.womenonweb.org) [www.womenhelp.org](http://www.womenhelp.org) [www.safe2choose.org](http://www.safe2choose.org)

Las Asociaciones Miembro deben proporcionar una amplia gama de anticonceptivos, incluida la anticoncepción reversible de larga duración (LARC por su sigla en inglés), y trabajar para subsidiar estos anticonceptivos para todas las mujeres; capacitar y actualizar a los prestadores de servicios de salud en técnicas de inserción y extracción, y hacer que la consejería anticonceptiva sea parte integral de la atención segura del aborto. De conformidad con el IPES, las usuarias de atención posaborto también deben ser remitidas a otros servicios de SSR, incluidos los de violencia sexual y basada en género, infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH.

Las Asociaciones Miembro pueden hacer incidencia política con los gobiernos para que desarrollen e implementen leyes, políticas y normas que amplíen significativamente el acceso a la atención segura del aborto para todas las mujeres, especialmente para aquellas rezagadas por los sistemas de salud.

Las Asociaciones Miembro deben proporcionar apoyo específico a las personas jóvenes en el contexto de la atención segura del aborto y hacer que el tema del aborto forme parte de sus programas educativos y de difusión. Una persona joven que busca un aborto puede ser una persona que necesita protección o que corre el riesgo de sufrir daños, y los prestadores de servicios de salud deben seguir los procedimientos locales de protección infantil y hacer una evaluación de las necesidades.

También se debe hacer una consideración especial al proporcionar servicios de aborto con medicamentos a otros grupos vulnerables, incluidas las mujeres con discapacidad; las trabajadoras sexuales; las mujeres sometidas a matrimonio forzado, violencia doméstica, abuso o violación, y mutilación genital femenina; las personas transgénero y los hombres trans; y las mujeres objeto de trata. Con base en el IPES, deben existir mecanismos para los servicios clínicos, psicosociales y de protección para estos grupos.

#### PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA INCIDENCIA

Las Asociaciones Miembro pueden:

- Hacer incidencia política con los gobiernos para que desarrollen e implementen leyes, políticas y normas que amplíen significativamente el acceso a la atención segura del aborto para todas las mujeres, especialmente para aquellas rezagadas por los sistemas de salud.
- Presionar a los gobiernos para que eliminen el aborto del código penal y pongan fin a las sanciones penales para las mujeres que utilizan el aborto con medicamentos por su cuenta. Los reglamentos y las normas de los sistemas de salud deben dejar claro que la autoadministración está permitida.
- Colaborar con las partes interesadas en los niveles nacionales y subnacionales, como los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil, para superar las barreras estructurales, sociales y culturales, incluido el estigma, la falta de formación de los proveedores y la negación de la atención.
- Trabajar con grupos activistas para reducir las percepciones negativas del aborto, logrando que el acceso temprano a servicios de interrupción y atención posaborto, y a consejería anticonceptiva, sean considerados como una parte esencial de los servicios de salud para las mujeres.
- Incidir por la delegación de funciones a los profesionales de la salud de nivel intermedio, incluidas las enfermeras(os) y parteras(os), en los servicios de aborto; y por el uso de los servicios de telemedicina para el aborto con medicamentos.
- Crear conciencia dentro de los sistemas y servicios de salud de que la atención segura del aborto puede ser una plataforma para llegar a las mujeres, que permite mejorar los derechos y la salud reproductiva a nivel general.
- Difundir información sobre el uso seguro del misoprostol para el aborto, que incluya los regímenes de dosis recomendadas.
- Trabajar en el registro de los medicamentos para el aborto seguro, garantizar el acceso a mifepristona y misoprostol sujetos a controles de calidad y asegurar precios asequibles en lugares donde el misoprostol no está registrado para el tratamiento del aborto.
- Aumentar el conocimiento sobre el acceso al misoprostol de calidad, accediendo a información sobre disponibilidad y calidad de los medicamentos para el aborto en cada país, en la base de datos de la IPPF sobre productos para el aborto con medicamentos ([www.MedAb.org](http://www.MedAb.org)) –una herramienta gratuita en la que se pueden realizar búsquedas sobre la disponibilidad de mifepristona, misoprostol y del combo, por país.
- Abogar por la inclusión de la mifepristona y el misoprostol en las listas de medicamentos esenciales a nivel nacional.
- Abogar por la disponibilidad de servicios integrales de aborto, incluidos los servicios de aborto con medicamentos en los centros de prestación de servicios que atienden a las mujeres en contextos de crisis humanitarias, con el fin de abordar importantes necesidades no satisfechas de salud reproductiva de estas mujeres y las consecuencias de la violencia basada en género.

La IPPF, como prestadora de servicios a nivel mundial y como líder en la defensa y promoción de la atención de la salud sexual y reproductiva, se compromete a mantener su promesa de proporcionar servicios integrales de aborto con perspectiva de género y de derechos humanos, así como a trabajar en colaboración con otras entidades para asegurar que se establezcan las condiciones y estructuras que ayuden a las mujeres a acceder a servicios de aborto seguro de la mejor manera posible para sus vidas.

## Referencias

- Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR, Jr, Tuncalp O, et al (2017) Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 390, pp. 2372-2381.
- Ibid.
- Gemzell-Danielsson K, Cleeve A (2017) Estimating abortion safety: advancements and challenges. *Lancet*. 390, pp. 2333-2334.
- Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, et al (2018) Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 391, pp. 2642-2692.
- Sjostrom S, Kopp Kallner H, Simeonova E, Madestam A, Gemzell-Danielsson K (2016) Medical Abortion Provided by Nurse-Midwives or Physicians in a High Resource Setting: A Cost-Effectiveness Analysis. *PLoS One*. 11, e0158645.
- Bizjak I, Fiala C, Berggren L, Hognert H, Saav I, et al (2017) Efficacy and safety of very early medical termination of pregnancy: a cohort study. *BJOG*. 124, pp. 1993-1999.
- Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K (2008) An historical overview of second trimester abortion methods. *Reprod Health Matters*. 16, pp. 196-204.
- Iyengar K, Paul M, Iyengar SD, Klingberg-Allvin M, Essen B, et al (2015) Self-assessment of the outcome of early medical abortion versus clinic follow-up in India: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Global Health*. 3, E537-E545.
- Afework MF, Yeneneh H, Seid A, Belete S, Yimer B, et al (2015) Acceptability of the Involvement of Health Extension Workers (HEWs) in Medical Abortion (MA): The Perspectives of Clients, Service Providers and Trained HEWs In East Shoa and Arsi Zones, Oromiya Region, Ethiopia. *Ethiop Med J*. 53, pp. 25-34.
- Berhan Y, Berhan A (2014) Causes of maternal mortality in Ethiopia: a significant decline in abortion related death. *Ethiop J Health Sci*. 24, Suppl, pp. 15-28.
- Henderson JT, Puri M, Blum M, Harper CC, Rana A, et al (2013) Effects of abortion legalization in Nepal, 2001–2010. *PLoS One*. 8, e64775.
- Benson J, Andersen K, Samandari G (2011) Reductions in abortion-related mortality following policy reform: evidence from Romania, South Africa and Bangladesh. *Reprod Health*. 8, p. 39.
- Socialstyrelsen (2018) Statistik om aborter. Disponible en: <<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-5-17>>
- Kopp Kallner H, Gomperts R, Salomonsson E, Johansson M, Marions L, et al (2015) The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. *BJOG*. 122, pp. 510-517.
- Oppegaard KS, Qvigstad E, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, et al (2015) Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: A multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet*. 385, pp. 698-704.
- Briozzo L, Vidiella G, Rodriguez F, Gorgoroso M, Faundes A, et al (2006) A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 95, pp. 221-226.
- Aiken A, Gomperts R, Trussell J (2017) Experiences and characteristics of women seeking and completing at-home medical termination of pregnancy through online telemedicine in Ireland and Northern Ireland: a population-based analysis. *BJOG*. 124(8), pp. 1208-1215.
- Aiken ARA, Digol I, Trussell J, Gomperts R (2017) Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *BMJ*. 357, j2011.
- Gomperts R, van der Vleuten K, Jelinska K, da Costa CV, Gemzell-Danielsson K, et al (2014) Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil. *Contraception*. 89, pp. 129-133.
- Hyland P, Raymond EG, Chong E (2018) A direct-to-patient telemedicine abortion service in Australia: Retrospective analysis of the first 18 months. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 58(3), pp. 335-340.
- Kulier R, Kapp N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, et al (2011) Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. CD002855.
- Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC (2007) Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynaecol Obstet*. 99, Suppl 2, S160-167.
- Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B (2013) First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception*. 87, pp. 26-37.
- Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, et al. (2017) FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet*. 138, pp. 363-366.
- Raymond EG, et al (2013) Op. cit.

## Referencias

26. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A (2005) A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG*. 112, pp. 1102-1108.
27. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A (2005) A randomized trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion at 13-20 weeks gestation. *Hum Reprod*. 20, pp. 2348-2354.
28. Chen MJ, Creinin MD (2015) Mifepristone With Buccal Misoprostol for Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstet Gynecol*. 126, pp. 12-21.
29. Raymond EG, et al (2013) Op. cit.
30. UpadhyayUD, DesaiS, ZlidarV, Weitz TA, Grossman D, et al (2015) Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstet Gynecol*. 125, pp. 175-183.
31. GuoJ, HuangY, YangL, XieZ, SongS, et al (2015) Association between abortion and breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis based on prospective studies. *Cancer Causes Control*. 26, pp. 811-819.
32. Steinberg JR, McCulloch CE, Adler NE (2014) Abortion and mental health: findings from The National Comorbidity Survey-Replication. *Obstet Gynecol*. 123, pp. 263-270.
33. Elati A, Weeks A (2012) Risk of fever after misoprostol for the prevention of postpartum hemorrhage: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 120, pp. 1140-1148.
34. Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Segunda edición Nueva York: OMS.
35. Fiala C, Fux M, Gemzell Danielsson K (2003) Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 82, pp. 892-903.
36. TangOS, Gemzell-DanielssonK, HoPC (2007) Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynaecol Obstet*. 99, Suppl 2, S160-167.
37. Kither H, Kitson S, Crosbie E, Wan L (2016) *Eureka: Obstetrics & Gynaecology*. UK: JP Medical Ltd. P. 144.
38. GrossmanD, GrindlayK (2011) Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*. 83, pp. 504-510.
39. lyengar K, et al (2015) Op. cit.
40. OppegaardKS, et al (2015) Op. cit.
41. Raymond EG, Weaver MA, Louie KS, Tan YL, Bousiequez M, et al (2016a) Effects of Depot Medroxyprogesterone Acetate Injection Timing on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 128, pp. 739-745.
42. TangOS, XuJ, ChengL, LeeSW, HoPC (2002) The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Hum Reprod*. 17, pp. 99-102.
43. HognertH, KoppKallnerH, CameronS, Nyrelli C, Jawad I, et al (2016) Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion – a randomized controlled equivalence trial. *Hum Reprod*. 31, pp. 2484-2490.
44. RaymondEG, WeaverMA, TanYL, Louie KS, Bousiequez M, et al (2016b) Effect of Immediate Compared With Delayed Insertion of Etonogestrel Implants on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 127, pp. 306-312.
45. Raymond EG, et al (2016a) Op. cit.
46. Korjamo R, Mentula M, Heikinheimo O (2017) Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy – 1 year continuation rates: a randomised controlled trial. *BJOG*. 124, pp. 1957-1964.
47. Murtagh C, Wells E, Raymond EG, Coeytaux F, Winikoff B (2018) Exploring the feasibility of obtaining mifepristone and misoprostol from the internet. *Contraception*. 97, pp. 287-291.
48. Berard V, Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, et al (2014) Instability of misoprostol tablets stored outside the blister: a potential serious concern for clinical outcome in medical abortion. *PLoS One*. 9, e112401.
49. Bracken H, Dabash R, Tsertsvadze G, Posohova S, Shah M, et al (2014) A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: a prospective comparative open-label trial. *Contraception*. 89, pp. 181-186.
50. lyengarK, et al (2015) Op. cit.
51. Oppegaard KS, et al (2015) Op. cit.

## Agradecimientos

Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a Margit Endler por redactar esta declaración, y a la Profesora Kristina Gemzell Danielsson y a la Dra. Raffaella Schiavon Ermani por proporcionar aportes técnicos y orientación como revisoras principales. También estamos agradecidos con nuestros colegas de IPPF Manuelle Hurwitz, Heidi Quinn, Dr. Pío Iván Gómez, Darcy Weaver y Anamaria Bejar por revisar el documento, y con la Dra. Sarah Onyango por la revisión y la coordinación del proceso. Finalmente, agradecemos el apoyo del Grupo Internacional de Asesoría Médica (IMAP, por sus siglas en inglés) de la IPPF: el Dr. Ian Askew, el Dr. Neelam Bhardwaj, la Dra. France Anne Donnay, la Profesora Kristina Gemzell Danielsson, la Dra. Raffaella Schiavon Ermani, el Profesor Oladapo Alabi Ladipo, el Profesor Michael Mbizvo y la Profesora Hextan Yuen Sheung Ngan por la valiosa y oportuna orientación y las revisiones ofrecidas durante el proceso de desarrollo.

## ¿QUIÉNES SOMOS?

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) es un proveedor de servicios global e importante defensor de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Somos un movimiento internacional de organizaciones nacionales que trabajan con y para las comunidades y los individuos.



IPPF  
4 Newhams Row  
London SE1 3UZ  
Reino Unido

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

UK Registered Charity No. 229476

Publicada en octubre de 2018