

## Guía Médica y para la Prestación de Servicios

### Contenido

- Introducción
- Sección 1

Información básica sobre Medabon®

- Sección 2

Elegibilidad para el uso de Medabon®

- Sección 3

Prescripción y administración de Medabon®

- Sección 4

Seguimiento

- Referencias
- Documentos relacionados

### Introducción

El Medabon® es un producto combinado para el aborto con medicamentos en embarazos de hasta nueve semanas de gestación, o hasta de 63 días contados a partir del primer día de la última menstruación (FUM). El aborto con medicamentos es un proceso en el que se administran medicamentos para interrumpir un embarazo, en lugar de una intervención quirúrgica.\* También se le da el nombre de aborto médico, aborto medicamentoso, aborto farmacológico, píldora abortiva, o aborto no quirúrgico. El término “aborto médico” no significa que un médico deba participar en el proceso o que el procedimiento se realice por necesidad médica.

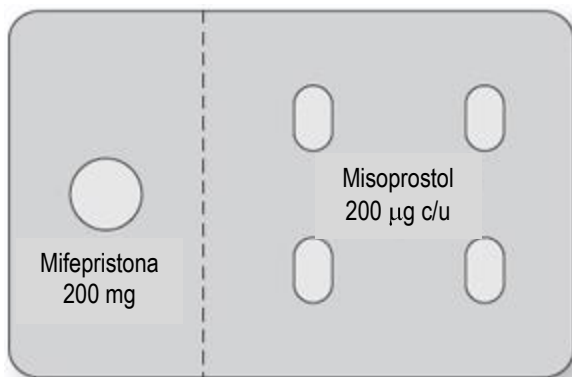
El aborto con medicamentos ha sido utilizado por millones de mujeres en todo el mundo. En 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer recomendaciones actualizadas sobre el aborto con medicamentos basadas en la evidencia disponible.<sup>1</sup> De acuerdo con estas recomendaciones, el aborto con medicamentos es seguro y eficaz en gestaciones de hasta 9 semanas. El régimen más efectivo y seguro para el aborto con medicamentos requiere el uso de dos medicamentos: mifepristona y misoprostol. El paquete de Medabon® contiene los dos medicamentos.

Este documento sobre Medabon® tiene 4 secciones que corresponden aproximadamente al proceso del aborto con medicamentos desde la perspectiva del trabajador de la salud: información básica, elegibilidad, administración y seguimiento. El protocolo en la página 9 presenta un panorama general del proceso del aborto con medicamentos mediante el uso de Medabon®. Este documento ha sido desarrollado para un público con conocimientos médicos básicos. El nivel de detalles técnicos y el lenguaje pueden ser adaptados para el personal de salud encargado de la implementación de servicios en contextos específicos.

\* El término “aborto quirúrgico” se emplea con frecuencia para indicar procedimientos como la aspiración al vacío (eléctrica o manual) y el legrado uterino, también conocido como dilatación y curetaje (DyC) o raspado uterino.

## 1. Información básica sobre Medabon®

La mifepristona y el misoprostol están registrados por separado en muchos países. El Medabon® tiene la ventaja de haber registrado los dos medicamentos y haberlos incluido en un solo empaque para su uso en el aborto con medicamentos.



La mifepristona bloquea los receptores de la progesterona e induce cambios en el revestimiento del endometrio –impide que el revestimiento endometrial sostenga el embrión en crecimiento–; produce maduración y dilatación del cérvix; e incrementa la sensibilidad del útero a las prostaglandinas (como el misoprostol).<sup>2</sup>

Por su eficacia, seguridad, bajo costo y amplia disponibilidad, el misoprostol es el análogo prostaglandínico de elección para ser usado con la mifepristona.<sup>3</sup> El misoprostol produce la maduración del cérvix e incrementa la contractilidad uterina. Las contracciones expulsan el embarazo.

## Dosificación y régimen

El régimen de Medabon® consiste en administrar una tableta de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguida, uno o dos días más tarde (24-48 horas), por cuatro tabletas de 200 µg de misoprostol. Este régimen es el recomendado por la OMS como método seguro y eficaz para el aborto con medicamentos.<sup>1</sup>

El aborto con medicamentos con Medabon® usualmente requiere tres pasos:

1. Administración de mifepristona.
2. Administración de misoprostol uno o dos días más tarde.
3. Visita de seguimiento una o dos semanas (usualmente 10-14 días) después de la administración de la mifepristona para confirmar que el aborto se ha completado.

### Administración del misoprostol

Las mujeres tienen varias alternativas acerca de cuándo y cómo emplear el misoprostol.\* Los proveedores deben considerar estas alternativas con cada una de las mujeres que emplee Medabon®, para que las mujeres puedan elegir el régimen que más se acomode a sus necesidades y preferencias.

#### Administración del MISOSPROSTOL

(El día 1 es el día en que se administra la mifepristona)

Vía de administración	Intervalo de administración
Vaginal (800 µg)	Día 2 o 3
Sublingual (800 µg)	(24-48 horas después de la mifepristona)

El Medabon® está registrado para uso vaginal o sublingual del misoprostol. Ver en la página 8 las instrucciones completas sobre la administración del misoprostol, incluyendo las vías vaginal y sublingual. Existe evidencia adicional que indica que el uso de misoprostol bucal (i.e. absorción de las tabletas entre la mejilla y la encía) también es eficaz y es ampliamente utilizado en algunos países;<sup>8-10</sup> sin embargo el Medabon® no está actualmente registrado para esta vía de administración.

\* El registro inicial y el etiquetado del Medabon® recomienda que el misoprostol se emplee por vía vaginal 36-48 horas después de administrada la mifepristona. Sin embargo, Concept Foundation ha tenido acceso a datos que indican que el misoprostol se puede administrar por vía sublingual en forma segura y eficaz,<sup>4,5</sup> y que el misoprostol se puede administrar tanto por la vía vaginal como por la vía sublingual 24-48 horas después de administrada la mifepristona.<sup>6-7</sup> Estos cambios han sido considerados para solicitudes regulatorias y eventualmente para los prospectos que acompañan al Medabon®. A pesar de este etiquetado original, los proveedores pueden, a gusto, seguir los regímenes basados en la evidencia e indicados en esta guía.

## **. Efectividad**

La efectividad del aborto con medicamentos se define como la terminación del embarazo sin necesidad de otro método de evacuación uterina como la aspiración al vacío o el legrado. Se ha observado que empleando el régimen de Medabon® se logra el aborto completo en aproximadamente 98% de los casos, y menos del 1% de las mujeres continúa presentando un embarazo viable después de utilizar el régimen.<sup>5,11</sup>

La tasa de abortos completos con el régimen de Medabon® puede variar dependiendo del proveedor. A medida que aumenta la experiencia del proveedor, es probable que se sienta más cómodo con el método y menos propenso a realizar intervenciones innecesarias. El cumplimiento de los regímenes indicados en esta guía ayudará a garantizar tasas de éxito más altas. Por ejemplo, el cumplimiento del intervalo sugerido entre la administración del misoprostol y la consulta de seguimiento ayudará a garantizar que se ha dado el tiempo suficiente para que el aborto sea completo y hará que las intervenciones innecesarias sean menos frecuentes. Sin embargo, las mujeres deben solicitar atención médica de seguimiento con anterioridad si tienen problemas o inquietudes.

## **Efectos esperados**

El sangrado vaginal y los cólicos son normales y esperados. El proceso del aborto con medicamentos se puede experimentar como un período menstrual abundante, doloroso y prolongado, o similar a un aborto espontáneo.

El sangrado vaginal está, a menudo, acompañado por el paso de coágulos; y es por lo general más abundante que un período menstrual. El sangrado a veces se inicia después de haber tomado la mifepristona, pero es más común que se presente de una a tres horas después de haberse administrado el misoprostol. La cantidad y duración del sangrado son variables: el sangrado es usualmente abundante durante varias horas a lo largo del proceso del aborto y va disminuyendo con el tiempo, pudiendo durar hasta dos o tres semanas. Los cólicos normalmente son más severos en las horas que siguen a la administración del misoprostol y disminuyen una vez que se ha expulsado el embarazo.<sup>12</sup>

Después de expulsado el embarazo, que puede no ser diferenciado de la sangre y/o los coágulos, es muy probable que la mujer experimente una disminución paulatina del sangrado y los coágulos hasta que el sangrado cesa por completo.

## **Efectos secundarios**

Las contracciones uterinas puede ser dolorosas y algunas mujeres pueden experimentar efectos secundarios que incluyen náusea, vómito, diarrea, cefalea, escalofríos, temblor y fiebre transitoria de

menos de un día de duración. El Medabon® no tiene efectos secundarios a largo plazo, ni afecta los futuros embarazos.<sup>13</sup>

### Puntos clave del Medabon®

- El Medabon® contiene dos medicamentos: mifepristona y misoprostol.
- El régimen de Medabon® está de acuerdo con las recomendaciones actuales (hasta junio de 2009) de la OMS para el aborto con medicamentos<sup>1</sup>: una tableta de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguida, 24-48 horas más tarde, por cuatro tabletas de 200 µg de misoprostol. Las cuatro tabletas de misoprostol se pueden administrar por vía vaginal o sublingual.
- El Medabon® está registrado para ser empleado en embarazos de hasta nueve semanas (63 días) contadas a partir de la FUM de la mujer.
- Se ha observado que el aborto con medicamentos empleando mifepristona y misoprostol tiene una efectividad del 98% en embarazos hasta de nueve semanas (63 días) a partir de la FUM.<sup>5</sup>

## 2. Elegibilidad para el uso de Medabon®

### Contraindicaciones

Existen muy pocas situaciones que contraindican absolutamente el uso de Medabon®.

#### Las mujeres no pueden tomar Medabon® si:

- Son alérgicas a cualquiera de los medicamentos utilizados (mifepristona, misoprostol o cualquier otra prostaglandina).
- Tienen porfiria hereditaria, desorden de la sangre poco común.<sup>14</sup>
- Tienen una alteración hemorrágica o están en tratamiento con anticoagulantes, a menos que haya servicios de transfusión disponibles (existe evidencia muy limitada de la prestación de aborto con medicamentos en estos casos ).
- Tienen confirmado o se sospecha de un embarazo ectópico.

### Precauciones

Las mujeres que presenten alguna de las siguientes condiciones deben ser tratadas individualmente con cautela y de acuerdo con su situación:

- Terapia actual sistémica y a largo plazo con corticoides para el asma y otras patologías.<sup>15,16</sup> Por el contrario los medicamentos para el asma contenidos en inhaladores no se absorben sistémicamente y las mujeres que los utilizan pueden emplear Medabon®.
- Insuficiencia suprarrenal crónica. Es posible que las mujeres con insuficiencia suprarrenal aguda puedan presentar deshidratación, presión arterial baja, o shock después de tomar mifepristona. Las mujeres con insuficiencia suprarrenal crónica deben tomar una dosis mayor de glucocorticoides cuando empleen mifepristona y deben ser cuidadosamente monitoreadas para detectar signos y síntomas de shock.<sup>15,16</sup>

**Nota:** Las mujeres con múltiples gestaciones o las mujeres obesas pueden utilizar Medabon® en dosis similares a las de otras mujeres. Además, las mujeres que han utilizado Medabon® en el pasado, pueden utilizarlo nuevamente sin que se afecte la efectividad.

### Consideraciones especiales

Existe poca evidencia sobre el aborto con medicamentos en mujeres con las siguientes condiciones: anemia severa (hemoglobina <9 g/dl), enfermedad clínica, problemas que afecten la estabilidad de su salud, o sepsis. El que se realice o no un aborto con medicamentos en estas mujeres depende de las alternativas disponibles de servicios de aborto seguro, sistemas de referencia y criterio clínico.

Las siguientes mujeres pueden emplear Medabon®; pero pueden requerir información adicional o atención clínica especial:

- **Mujeres que están lactando:** El misoprostol pasa a la leche materna poco después de haber sido administrado, y es probable que la mifepristona también lo haga. No existe evidencia que sugiera que estos medicamentos sean perjudiciales para el lactante. Las mujeres que están preocupadas por los efectos del misoprostol en el lactante, pueden tomar el medicamento inmediatamente después de haber dado de lactar.<sup>19</sup>
- **Mujeres con un dispositivo intrauterino (DIU):** Las mujeres con un DIU pueden ser tratadas con Medabon®, siempre y cuando el DIU se retire previamente. Ver página 11 para mayor información sobre el reinicio de la anticoncepción después de emplear Medabon®.
- **Mujeres con infecciones de transmisión sexual (ITSs):** Las mujeres con diagnóstico confirmado de una ITS deben tratarse simultáneamente con el inicio del aborto con medicamentos. Las mujeres con sospecha de una ITS deben ser evaluadas o referidas y tratadas en forma adecuada dentro del sistema de salud; sin embargo, el tratamiento de una ITS sospechada no debe demorar la realización del aborto.

Teniendo en cuenta que el Medabon® solamente está registrado para embarazos de hasta nueve semanas, la posibilidad de sensibilización Rh es muy baja. En la actualidad no hay suficiente evidencia para recomendar a favor o en contra el análisis de factor Rh durante las primeras 9 semanas de embarazo.<sup>20</sup> Deben seguirse los estándares de cada país dependiendo de la

prevalencia de sangre RhD-negativa en la población y la capacidad de suministrar inmunoglobulina Rh. .

### Confirmación del embarazo y la edad gestacional

El Medabon® está registrado para ser empleado en embarazos de hasta nueve semanas; esto significa que la mujer puede emplear Medabon® hasta 63 días contados a partir del primer día de su último período menstrual (FUM). La edad gestacional se puede confirmar usualmente haciendo la historia clínica de la mujer y practicando un examen físico. Si no hay signos claros de embarazo, puede ser necesario realizar una prueba de embarazo en orina o en sangre para confirmarlo. El ultrasonido no es necesario y no debe ser exigencia previa para el aborto en entornos donde no esté disponible o donde haga que el procedimiento sea excesivamente costoso.<sup>1,21</sup> Cuando se cuenta con ultrasonido, puede ser útil para determinar la edad gestacional en casos de existir discrepancias al determinarla, o para confirmar un embarazo intrauterino.

### Elección de aborto con medicamentos o aspiración al vacío

Las mujeres consideran tanto el aborto con medicamentos como la aspiración al vacío como métodos aceptables.<sup>22,23,24</sup> Las mujeres tienden a encontrar aceptable un método si lo han elegido ellas mismas.<sup>25,26</sup>

Las mujeres eligen el aborto con medicamentos o la aspiración al vacío por diversas razones que reflejan circunstancias especiales de cada mujer y su contexto cultural. Los elementos que tienen en cuenta las mujeres para elegir entre los métodos disponibles incluyen: edad gestacional, duración del proceso de aborto, sitio en que tiene lugar el aborto, y experiencia que esperan tener.<sup>23</sup>

Tanto el aborto con medicamentos como la aspiración al vacío son métodos seguros, efectivos y con bajas tasas de complicaciones.<sup>11,27</sup> Por lo mismo, son muy pocas las situaciones en que existe una clara preferencia por alguno de los métodos.

#### Posibles razones para recomendar el **aborto con medicamentos**

- Obesidad severa. Un procedimiento quirúrgico puede ser técnicamente más complicado.<sup>1</sup>
- Malformaciones uterinas, miomatosis uterina, o estenosis cervical preestablecida.
- Deseo de evitar un procedimiento invasivo.

#### Posibles razones para recomendar un **aborto quirúrgico** (usualmente aspiración al vacío):

- Contraindicaciones para el aborto con medicamentos.
- Limitaciones de tiempo y lugar que impidan el seguimiento para confirmar que el aborto se ha completado.

- Decisión libre e informada de la mujer para ser esterilizada o para que se le inserte un DIU, procedimientos que se pueden realizar al mismo tiempo.
- Sospecha de embarazo ectópico (se puede examinar el tejido para confirmar que el aborto ha sido completo).

A toda mujer que elija el aborto con medicamentos se le debe informar con claridad:

- Qué se hará en cada visita y qué experimentará o hará en casa.
- Qué es probable que sienta con el aborto con medicamentos.
- Cuáles son los efectos secundarios más comunes.
- Cuánto durará el proceso.
- Cuáles son los riesgos y complicaciones posibles.
- Qué analgésicos están disponibles y cómo se deben emplear.
- Que debe estar preparada para completar el aborto una vez empieza.
- Cuándo podrá reanudar sus actividades normales, incluyendo las relaciones sexuales.
- Cuándo debe solicitar asistencia médica.
- Qué anticonceptivos están disponibles y cómo conseguirlos e iniciarlos.

### Embarazo Ectópico no diagnosticado

Un embarazo ectópico es un embarazo situado fuera de la cavidad uterina. El Medabon® no está indicado para el tratamiento del embarazo ectópico, siendo esta una condición preexistente y no una complicación del aborto con medicamentos. Por lo tanto, el embarazo ectópico debe ser diagnosticado cuando la mujer que solicita un aborto con medicamentos se somete a una evaluación clínica antes del tratamiento. Sin embargo, el embarazo ectópico puede pasar inadvertido durante la evaluación clínica e inclusive continuar inadvertido después de realizado el tratamiento con medicamentos. Una mujer puede presentar sangrado y cólicos después de emplear Medabon®, a pesar de tener un embarazo ectópico, y el tejido expulsado puede no ser revisado por el proveedor para confirmar la interrupción del embarazo. En ese caso, el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico puede hacerse durante el proceso de seguimiento.

Los signos típicos del embarazo ectópico son dolor abdominal o pélvico –generalmente de un solo lado– y sangrado vaginal. El dolor y el sangrado pueden ser persistentes o irregulares y variables, y, en algunas ocasiones, no estar presentes.<sup>28</sup> Factores de alto riesgo para el embarazo ectópico son cirugía tubárica, esterilización tubárica, embarazos ectópicos anteriores, útero expuesto al dietilelbestrol, uso de dispositivos intrauterinos (DIU)<sup>\*</sup>, y enfermedad tubárica



documentada.<sup>30</sup>

El embarazo ectópico, en ocasiones, se puede confirmar por ultrasonido; pero, con frecuencia, éste solamente confirma la ausencia de un embarazo intrauterino. Con cuantificaciones seriadas de  $\beta$ -hCG y un ultrasonido que muestre una cavidad uterina vacía en una paciente asintomática, se puede sospechar muy sólidamente el embarazo ectópico. En realidad, es raro detectar el embarazo ectópico mediante el ultrasonido, a no ser que se cuente con una buena unidad, un transductor transvaginal y/o un profesional altamente capacitado; y la anatomía pélvica de la paciente y la ubicación del embarazo ectópico permitan la visualización. Si el ultrasonido no está disponible y se sospecha un embarazo ectópico o si la mujer presenta síntomas de embarazo ectópico, debe ser remitida a un servicio apropiado de ginecología para tratamiento de emergencia.

\*Las mujeres con un DIU *in situ* y las que han tenido ligadura de trompas son más propensas a presentar un embarazo ectópico que uno intrauterino en caso de haber una fertilización, pero su riesgo inicial de embarazo es mucho menor que el de las mujeres que no emplean anticonceptivos.<sup>29</sup>

### 3. Prescripción y administración de Medabon®

#### Programación del aborto con Medabon®

Se debe tener en cuenta el proceso completo del aborto con medicamentos cuando el proveedor y las mujeres programan las visitas a la clínica. En la mayoría de las mujeres, la expulsión se presenta dentro de las cuatro a seis horas de administrarse el misoprostol.<sup>31</sup> El sangrado y los cólicos pueden ser mayores en ese momento. Si el misoprostol es administrado en la clínica, se recomienda que la mujer permanezca en ella hasta que se sienta cómoda y capaz de regresar a casa. Las mujeres deben ser informadas de esto con antelación para que puedan planear la administración del misoprostol teniendo en cuenta el tiempo de desplazamiento, las necesidades laborales y familiares y la posibilidad de tener quien las acompañe si así lo desean.

Las mujeres deben tener acceso a atención de emergencia durante el proceso del aborto con medicamentos. Los proveedores y las mujeres deben trazar un plan que establezca en dónde solicitar atención de emergencia en caso de presentarse una complicación seria.

## Administración de Medabon®

**Paso 1.** La mujer toma una tableta de mifepristona. Si la mujer vomita dentro de los 30 minutos de haberse tomado la mifepristona, debe tomar una tableta adicional.

**Paso 2.** Se administran cuatro tabletas 200 µg de misoprostol uno o dos días (24-48 horas) después. (Ver recuadro “Administración de Misoprostol”, página 3).

*Administración vaginal.* La mujer o el profesional de la salud deben utilizar su dedo para empujar, una a una, las cuatro tabletas dentro de la vagina, lo más profundamente posible.

Los profesionales de la salud que administran el misoprostol por vía vaginal deben seguir las instrucciones que aparecen en el prospecto y emplear guantes limpios. Si las mujeres son quienes se aplican el misoprostol, en casa o en la clínica, se les debe advertir que deben lavar sus manos primero.

*Administración sublingual:* Las mujeres deben colocar dos tabletas de misoprostol bajo la lengua y esperar hasta que se disuelvan. Tan pronto como se han disuelto, se colocan dos tabletas adicionales de la misma forma. Si las primeras dos tabletas no se han disuelto al cabo de 20 minutos, las mujeres pueden tragar los fragmentos residuales y colocarse las últimas dos tabletas.

Algunas mujeres prefieren colocarse las cuatro tabletas al tiempo. En tal caso, deben colocarse las cuatro tabletas bajo la lengua y esperar hasta que se disuelvan. Si no se han disuelto al cabo de 20 minutos, se pueden tragar los fragmentos residuales.

Tragar las tabletas enteras (administración oral) es menos efectivo que colocarlas bajo la lengua hasta que se disuelvan o por un lapso de 20 minutos.<sup>5</sup>

Mayor información sobre el **Paso 3**, la visita de seguimiento, se encuentra en la página 12.

## Retorno a las actividades normales

Las mujeres deben tener expectativas claras con respecto a cuándo pueden reanudar sus actividades normales. Por ejemplo:

- La ducha y el baño se pueden tomar en cualquier momento del proceso de aborto con medicamentos. Las duchas vaginales no están recomendadas.<sup>32</sup>
- Las mujeres pueden preguntar cuándo estarán en condiciones de reanudar la actividad sexual. No hay evidencia que sugiera el momento ideal, pero se les debe sugerir que esperen hasta el momento en que se sientan cómodas y dispuestas (ver más abajo).
- Las mujeres pueden ovular y, por lo tanto, quedar embarazadas antes del retorno de la menstruación a la normalidad. Las mujeres que deseen prevenir el embarazo deben utilizar

un método anticonceptivo después de emplear Medabon®. La ovulación puede presentarse tan pronto como diez 10 días después del aborto. Ver la página 11 para mayor información sobre opciones anticonceptivas.

- El retorno de la menstruación después de un aborto con medicamentos usualmente se presenta hacia la quinta semana.<sup>33</sup>

## Medabon®: Visitas clínicas y Protocolo

### PASO 1 - Visita inicial y administración de mifepristona

- Confirmar embarazo y edad gestacional.
- Asesorar a las mujeres sobre las opciones de embarazo/aborto.
- Realizar examen físico e historia clínica.
- Determinar contraindicaciones y factores de riesgo.
- Descartar embarazo ectópico.
- Si la mujer elige Medabon®, puede que desee tomar el misoprostol **en la clínica o en casa**.

Para las mujeres que elijen Medabon® y deciden utilizar el misoprostol **en la clínica**:

- Dar asesoría sobre qué esperar.
- Hacer el plan de visitas.
- Hacer un plan para seguimiento/atención de emergencia.
- Proporcionar sugerencias sobre el tratamiento de los efectos secundarios.
- La mujer toma la mifepristona por vía oral.

Para las mujeres que elijen Medabon® y deciden utilizar el misoprostol **en casa**:

- Dar asesoría sobre el uso de misoprostol por vía vaginal o sublingual, empleando ayudas audiovisuales según sea conveniente.
- Revisar signos de complicaciones serias y confirmar que la mujer tiene materiales impresos.
- Hacer un plan para seguimiento/atención de emergencia.
- Proporcionar sugerencias para el tratamiento de los efectos secundarios y procurar que la mujer disponga de medicamentos para el control del dolor.
- Programar la visita de seguimiento.
- Proporcionar tabletas de misoprostol para llevar a casa.
- La mujer toma la mifepristona por vía oral.

## PASO 2 - Administración de misoprostol (24-48 horas más tarde)

### En la clínica:

- Administrar misoprostol por vía vaginal o sublingual.
- Procurar que disponga de medicamentos para el control del dolor.
- Revisar signos de complicaciones serias y confirmar que la mujer tiene materiales impresos.
- Programar visita de seguimiento.
- Revisar efectos secundarios y su atención.

### En casa:

- La mujer se aplica el misoprostol por vía vaginal o sublingual.

## PASO 3 - Visita de seguimiento (10-14 días después de la administración de mifepristona)

- Confirmar que el aborto ha sido exitoso (la mayoría de las mujeres estarán en esta situación).
- Si la mujer presenta sangrado fuera de lo normal (ver página 12 para mayores detalles), las alternativas de tratamiento son:
  - Esperar más tiempo para que el sangrado se detenga.
  - Administrar una dosis adicional de misoprostol.
  - Evacuación uterina.
- En caso de continuar el embarazo se recomienda la evacuación uterina.

### Anticoncepción

Discutir las opciones anticonceptivas al comienzo del proceso

La elección del método anticonceptivo por parte de la mujer determinará el momento en que debe proveérselo

## Manejo de los efectos del aborto

### Sangrado

El manejo del sangrado puede ser similar al de un período menstrual abundante o un aborto espontáneo (i.e. con toallas higiénicas o algodones). El sangrado será más abundante después de la administración del misoprostol –con frecuencia durante la expulsión de los productos de la concepción– y puede persistir en forma leve durante dos semanas o más. No es raro que el sangrado se detenga y vuelva a comenzar. Algunas mujeres, hasta el 20% en un estudio, continúan presentando sangrado o manchado hasta 35-42 días después de iniciado el aborto con medicamentos.<sup>34</sup> Si el sangrado es abundante, prolongado o produce anemia (o síntomas de anemia como mareo, desmayo o debilidad significativa), podría ser necesaria la aspiración uterina, la reposición de líquidos o una transfusión. El riesgo de sangrado que requiera una intervención (transfusión y/o aspiración) varía de 0,02 a 1,8 por ciento.<sup>35-37</sup>

### Cólicos y dolor

Las mujeres tienden a sentir dolor en las primeras horas de haberse administrado el misoprostol.<sup>1</sup> Deben recibir medicamentos (o, cuando no estén disponibles, prescripciones o recomendaciones de medicamentos) para el control del dolor y deben tenerlos a su alcance cuando se administre el misoprostol. Se ha observado que los analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos (AINES), como el ibuprofeno (400-800 mg), son más efectivos que el acetaminofén o paracetamol (500-1.000 mg)<sup>38</sup> y se pueden tomar en el momento en que se administra el misoprostol, pero no antes. En lo posible, las mujeres deben tener acceso, al menos, a una prescripción de un analgésico narcótico en caso de ser necesario. La codeína (30-40 mg) puede añadirse a los AINES o al acetaminofén o paracetamol. Las mujeres también deben recibir información sobre otras medidas paliativas para el control del dolor como las bolsas de agua caliente.

### Atención de las posibles complicaciones

Al hablar con las mujeres sobre el uso de Medabon®, es importante enfatizar que las complicaciones graves son raras, pero que deben estar atentas a los siguientes signos y síntomas y solicitar ayuda (de preferencia al proveedor inicial) en caso de presentarlos:

- Sangrado abundante y persistente hasta el punto en que la mujer se siente enferma o débil, o si empapa más de dos toallas higiénicas por hora durante más de dos horas consecutivas.
- Fiebre de 38°C/100.4°F o más, que persiste más de 24 horas después de tomado el misoprostol.
- Vómito persistente o diarrea más allá del día en que se empleó el misoprostol.
- Dolor abdominal muy severo, persistente o progresivo que no se alivia con los medicamentos, el reposo, una bolsa de agua caliente o una almohadilla eléctrica.

El sangrado escaso o la ausencia de sangrado 24-48 horas después del misoprostol no es una emergencia, pero es motivo suficiente para asistir a la visita de seguimiento, ya que puede indicar que el embarazo continúa.

La presencia de infección después de los procedimientos de aborto con medicamentos es rara. Sin embargo, se debe informar a las mujeres sobre los síntomas de infección, y se debe insistir en que soliciten atención médica en caso de presentarse estos síntomas. La severidad de la infección debe determinar el tratamiento a iniciar. Se emplean antibióticos orales para el tratamiento del mayor número de infecciones o sospechas de infección.<sup>39</sup>

Siempre se debe entregar a las mujeres información impresa sobre los síntomas de las complicaciones (ver folleto de muestra en estos materiales), para que la puedan llevar a casa. Como se indicó anteriormente, los proveedores y las mujeres deben establecer un plan de atención de emergencia antes de iniciar el proceso de aborto. Idealmente, las mujeres deben buscar atención para sus complicaciones con el proveedor original. Si el proveedor original no se encuentra disponible o accesible o no puede prestar el seguimiento necesario, los proveedores deben, de antemano, definir con las mujeres una alternativa posible. Se debe indicar que las mujeres lleven consigo los materiales informativos en caso de solicitar atención de emergencia en otra parte para el caso de que la institución no esté familiarizada con el aborto con medicamento y las complicaciones asociadas.

La mayor parte de atención de apoyo es similar a la que se necesita cuando una mujer presenta un aborto espontáneo, y muchas comunidades ya tienen un centro de atención de salud para proveer esta atención. En raras ocasiones, se pueden presentar complicaciones graves que requieran atención de emergencia (ver la “Guía para los Proveedores de Atención de Emergencia” incluida en estos materiales).

### **Asesoría y servicios de anticoncepción**

Se debe ofrecer anticoncepción a todas las mujeres que emplean Medabon®. Las mujeres pueden quedar embarazadas durante los 10 días que siguen al aborto si no emplean un método efectivo de anticoncepción.<sup>40</sup> La evidencia indica el uso de cualquier método anticonceptivo después de un aborto sin complicaciones.<sup>41,42</sup> Las mujeres pueden empezar a emplear métodos hormonales, combinados (estrógenos y progestágenos) o solo de progestágenos, el mismo día en que se administra el misoprostol, cuando usualmente se presenta la expulsión de los productos de la concepción.<sup>43</sup> Estos métodos incluyen anticonceptivos orales,<sup>44-46</sup> inyectables, implantes y el parche anticonceptivo. A las mujeres que emplean el misoprostol en casa, se les puede suministrar el método hormonal que deseen iniciar para que lo empiecen el mismo día en que se administran el misoprostol. Pueden consultar al proveedor para la anticoncepción con inyectables o con implantes.

El anillo anticonceptivo vaginal se puede iniciar cuando el sangrado disminuya después de la expulsión del embarazo.

Los condones, espermicidas, el capuchón cervical y el diafragma se pueden utilizar tan pronto como las mujeres empiezan a tener relaciones nuevamente.<sup>1</sup> Si una mujer desea la inserción de un DIU o desea ser esterilizada, estos procedimientos se deben realizar una vez se confirme que la mujer no está embarazada y los productos de la concepción han sido expulsados. Los métodos naturales de planificación o los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad sólo se pueden iniciar hasta cuando se hayan restaurado los ciclos regulares, entre tanto, la mujer puede emplear métodos de barrera como el condón o el diafragma.

## 4. Seguimiento

Es deseable una visita de seguimiento aproximadamente a las dos semanas (10-14 días) después de emplear Medabon®. En esta visita, el médico confirma que la mujer ya no está embarazada y que el sangrado vaginal está dentro de los parámetros esperados, se asegura de proveer la anticoncepción si es deseada, y responde a sus preguntas. Es posible confirmar que el embarazo se ha interrumpido por medio del examen pélvico, la historia de sangrado y otros síntomas, o por ultrasonido, si es necesario. Los siguientes escenarios representan las situaciones más frecuentemente encontradas en la visita de seguimiento:

### Aborto exitoso

La mujer informa que ya no se siente embarazada, ha tomado los medicamentos según indicaciones, y el sangrado y los cólicos han sido consistentes con un aborto con medicamentos exitoso. Este es el resultado más común.

### Sangrado anormal

El sangrado anormal incluye una variedad de patrones de sangrado que pueden ser molestos y desagradables para la mujer, o que, en raras ocasiones, constituyen serias emergencias. En el caso de sangrados anormales, el embarazo no evoluciona, pero el patrón de sangrado no disminuye progresivamente. El examen pélvico es consistente con un útero pequeño o no embarazado. Las alternativas de tratamiento, salvo que se indique lo contrario, son: 1) esperar más tiempo para dar lugar a que cese el sangrado; 2) emplear una dosis adicional de misoprostol, que puede ayudar a que el útero se contraiga y expulse el saco gestacional persistente; o 3) realizar una evacuación uterina.

Los patrones de sangrado anormal que requieren intervención especial son:

## **Sangrado abundante y persistente**

La mujer puede haber estado sangrando persistentemente –como en el caso de una menstruación abundante– desde la administración del misoprostol. Si la mujer se siente débil por el sangrado, se recomienda la aspiración uterina. Si se encuentra clínicamente estable y dice sentirse bien, se puede ofrecer una dosis adicional de misoprostol siempre y cuando que la mujer esté dispuesta y le sea posible regresar entre dos días y una semana más tarde, dependiendo de la duración y la cantidad del sangrado anormal, para valorar si el sangrado ha ido disminuyendo.<sup>45</sup> Aunque la administración de una segunda dosis de misoprostol es una práctica empleada por algunos proveedores para incrementar la contractilidad uterina y expulsar el tejido residual, su empleo ha sido estudiado para inducir la expulsión de un saco persistente o un embrión retenido<sup>47</sup>; teniendo en cuenta que la dosis repetida de misoprostol no ha sido estudiada para reducir el sangrado anormal.

## **Sangrado irregular**

Algunas mujeres presentan días de sangrado escaso, no sangrado o manchado, e irregularmente presentan sangrado abundante o sangrado a chorro. Si la mujer presenta síntomas de anemia, se debe realizar la aspiración.

## **Hemorragia**

La hemorragia que causa inestabilidad hemodinámica es una emergencia y se trata con una aspiración uterina inmediata para evacuar el útero. Si la hemorragia ha sido muy abundante, se debe considerar la posibilidad de reponer líquidos o realizar una transfusión de sangre. Si no hay servicios de transfusión disponibles, se debe transportar a la mujer al centro de salud más cercano que preste estos servicios.

## **Continuación del embarazo**

La mujer refiere que persisten los síntomas de embarazo y el útero se encuentra más grande que en el examen inicial. En este caso, se recomienda la evacuación uterina.

## **Posibles alteraciones congénitas si el embarazo continúa**

La evidencia no es concluyente sobre alteraciones congénitas asociadas al uso de mifepristona o misoprostol. De un estimado de dos millones de procedimientos realizados entre 1987 y 2008 en países en donde los Laboratorios Exelgyn han registrado la mifepristona bajo el nombre de Mifegyne®, se ha encontrado un total de 26 casos de malformaciones en casos en que el tratamiento combinado falló, o la mujer cambió de opinión acerca del tratamiento después de haberse administrado la mifepristona.<sup>48</sup> De estos casos, 6 se presentaron después de emplear mifepristona sola, y 20 casos después de haber usado mifepristona y una prostaglandina. De acuerdo con estos investigadores, ninguno de los eventos ha sido concluyente en relación con el tratamiento.



Las mujeres que deciden continuar su embarazo y llevarlo a término deben ser asesoradas sobre la posibilidad de alteraciones congénitas y motivadas a buscar seguimiento activo durante todo el embarazo.

## Referencias

1. World Health Organization (WHO). Frequently Asked Questions about Medical Abortion: Conclusions of an International Consensus Conference on Medical Abortion in Early First Trimester, Bellagio, Italy. Geneva: WHO; 2006. Disponible en: [www.who.int/reproductive-health/publications/medical\\_abortion/](http://www.who.int/reproductive-health/publications/medical_abortion/).
2. Creinin M. Medical abortion regimens: historical context and overview. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2000;(2Suppl):S3–S9.
3. Foster A. Medication Abortion: A Guide for Health Professionals. Cambridge: Ibis Reproductive Health; 2005. Available at: [www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication\\_abortion\\_A\\_guide\\_for\\_health\\_professionals\\_English.pdf](http://www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication_abortion_A_guide_for_health_professionals_English.pdf).
4. Tang OS, Chan C, Ng E, Lee S, Ho P. A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction*. 2003;18(11):2315–2318.
5. Raghavan S, Comendant R, Digol I, et al. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception*. 2009;79(2):84–90.
6. Hamoda H, Ashok PW, Dow J, Flett GM, Templeton A. A pilot study of mifepristone in combination with sublingual or vaginal misoprostol for medical termination of pregnancy up to 63 days gestation. *Contraception*. 2003;68(5):335–338.
7. Jvon Herten H, Piaggio G, Wojdyla D, et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomized factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009;116(3):381–389.
8. Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2008;112(6):1303–1310.
9. Fjerstad M, Sivin I, Lichtenberg ES, Trussel J, Cleland K, Cullins V. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. *Contraception*. In press.
10. Middleton T, Schaff E, Fielding S, et al. Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception*. 2005;72(5):328–332.
11. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2002;109(11):1281–1289.
12. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine*. 1998;338(18):1241–1247.
13. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2007;357:648–653.
14. Cable EE, Pepe JA, Donohue SE, Lambrecht RW, Bonkovsky HL. Effects of mifepristone (RU-486) on heme metabolism and cytochromes P-450 in cultured chick embryo liver cells, possible implications for acute porphyria. *European Journal of Biochemistry*. 1994;225(2):651–657.
15. Sitruk-Ware R. Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception*. 2006;74(1):48–55.
16. Davey A. Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception*. 2006;74(1):16–20.
17. Hayes JL, Achilles S, Reeves MF, Creinin MD. Outcomes of medical abortion through 63 days in women with twin gestations. *Contraception*. 2008;78(2):168–169.

18. Strafford M, Mottl-Santiago J, Savla A, Soodoo N, Borgatta L. Relationship of obesity to outcome of medical abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2009;200(5): e34–36.
19. Vogel D, Burkhardt T, Rentsch K, et al. Misoprostol versus methylergometrine: pharmacokinetics in human milk. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2004;191(6): 2168–2173.
20. Fiala C, Fux M, Gemzell-Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2003;82(10):892–903.
21. World Health Organization (WHO). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: [www.who.int/reproductive-health/publications/safe\\_abortion/](http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/). References.
22. Creinin, MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*. 2000;62(3):117–124.
23. Winikoff B, Irving S, Kurus J, et al. 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 & Gynecology*. 1997;176(2):431–437.
24. Tang OS, Miao BY, Lee SW, Ho PC. 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*. 2002;17(3):654–658.
25. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*. 1993;307(6906):714–717.
26. Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998;105(12):1288–1295.
27. Hakim-Elahi E, Towell HM, Burnhill MS. Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology*. 1990;76(1):129–135.
28. Seeber B, Barnhart K. Suspected ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;107:399–413.
29. Rossing M, Daling J, Voigt L, Stergachis A, Weiss N. Current use of an intrauterine device and risk of tubal pregnancy. *Epidemiology*. 1993;4(3):252–258.
30. Pisarka M, Carson S, Buster J. Ectopic pregnancy. *The Lancet*. 1998;351:1115.
31. El-Refaey H, Templeton A. Early induction of abortion by a combination of oral mifepristone and misoprostol administered by the vaginal route. *Contraception*. 1994;49(2):111–114.
32. Tsai CS, Shepherd BE, Vermund SH. Does douching increase risk for sexually transmitted infections? A prospective study in high-risk adolescents. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2009;200(1):38.e1–8.
33. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000;107(4):524–530.
34. Davis A, Westhoff C, De Nonno L. Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *Journal of the American Medical Women's Association*. 2000;55(3Suppl):141–144.
35. Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*. 1998;13(10): 2962–2965.
36. Hausknecht R. Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception*. 2003;67(6):463–465.
37. Schaff E, Stadalius L, Eisinger S, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice*. 1997;44(4):353–361.
38. Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertility and Sterility*. 2009;91(5):1877–1880.
39. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*. 2004;70(3):183–190.

40. Boyd EF Jr, Holmstrom EG. Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1972;113(4):469–473.
41. Mittal S. Contraception after medical abortion. *Contraception*. 2006;74(1):56–60.
42. World Health Organization (WHO). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Third edition. Geneva: WHO; 2004.
43. Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception* 1998;58(2):99–103.
44. Tang OS, Gao PP, Cheng L, Lee SW, Ho PC. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*. 1999;14(3):722–725.
45. Tang OS, Xu J, Cheng L, Lee SW, Ho PC. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*. 2002;17(1):99–102.
46. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *The Care of Women Requesting Induced Abortion: Evidencebased Clinical Guideline Number 7*. London: RCOG Press; 2004.
47. Reeves M, Kudva A, Creinin M. Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception*. 2008;78(4):332–335.
48. Exelgyn. *Mifepristone - Investigators Brochure*. Paris, France: Exelgyn S.A.; 2008.

## Documentos relacionados

Castleman L, Winikoff B, Blumenthal P. Providing abortion in low-resource settings. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, eds. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Wiley-Blackwell; 2009.

Creinin MD and Gemzell Danielsson K. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, eds. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Wiley-Blackwell; 2009.

Gynuity Health Projects and Reproductive Health Technologies Project (RHTP). Frequently asked questions about fatal infection and mifepristone medical abortion: technical version [fact sheet]. New York: Gynuity Health Projects and RHTP; 2006. Disponible en: [www.gynuity.org/resources/info/faqs-on-fatal-infection-and-medical-abortion/technical-version/](http://www.gynuity.org/resources/info/faqs-on-fatal-infection-and-medical-abortion/technical-version/).

**También disponible en Español y Turco.**

Hyman AG, Castleman LD. *Woman-centered abortion care: Reference manual*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2005. Disponible en: [www.ipas.org/Publications/Woman-centered\\_abortion\\_care\\_Reference\\_manual.aspx](http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered_abortion_care_Reference_manual.aspx). **También disponible en Francés, Portugués y Español.**

Hyman AG, McInerney T, Turner K. *Woman-centered abortion care: Trainer's manual*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2005. Disponible en: [www.ipas.org/Publications/Woman-centered\\_abortion\\_care\\_Trainers\\_manual.aspx](http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered_abortion_care_Trainers_manual.aspx). **También disponible en Francés, Portugués y Español.**

Ibis Reproductive Health. *Medication Abortion: A Training Module for Health Professionals*. Cambridge, MA: Ibis Reproductive Health; 2003. Disponible en: [www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication\\_Abortion\\_Training\\_Module.ppt](http://www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication_Abortion_Training_Module.ppt). **También disponible en Árabe.**

International Consortium for Medical Abortion (ICMA). *The ICMA Information Package on Medical Abortion: Information for Health Care Providers*. Disponible en: [www.medicalabortionconsortium.org/articles/for-healthcare-providers/](http://www.medicalabortionconsortium.org/articles/for-healthcare-providers/). **También disponible en Árabe, Francés, Hindi, Portugués, Rumano, Ruso y Español.**

Ipas. *Best practices in medical abortion: starting contraception after first-trimester abortion [fact sheet]*. Chapel Hill, NC: Ipas;

2007. Disponible en: [www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file685\\_2890.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file685_2890.pdf). **También disponible en Alemán, Ruso y Español.**

McInerny T, Baird TL, Hyman AG, Huber AB. *A Guide to Providing Abortion Care*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2001. Disponible en: [www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file207\\_2447.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file207_2447.pdf). **También disponible en Rumano y Ruso.**

Paul M, Stewart FH, Weitz TA, Wilcox N, Tracey JM. *Early Abortion Training Workbook*. San Francisco, CA: University of California, San Francisco Center for Reproductive Health Research & Policy; 2003. Disponible en: [www.teachtraining.org/Workbook.html](http://www.teachtraining.org/Workbook.html).

Philip NM, Shannon C, Winikoff B, eds. *Misoprostol and Teratogenicity: Reviewing the Evidence*. New York: Gynuity Health Projects and Population Council; 2003. Disponible en: [www.gynuityorg/resources/info/misoprostol-andteratogenicity-reviewing-the-evidence/](http://www.gynuityorg/resources/info/misoprostol-andteratogenicity-reviewing-the-evidence/). **También disponible en Español.**

Talluri-Rao S, Baird TL. *Information and Training Guide for Medication-Abortion Counseling*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2003. Disponible en: [www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file24\\_2449.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file24_2449.pdf). **También disponible en Portugués y Ruso.**