

Guía para
equipos de salud
que
ofrecen aborto
con misoprostol
durante la
pandemia de
COVID-19

3:02 PM

35% 

Desarrollada por



con la colaboración de



©June 2020, ©CEDES y Gynuity
Health Projects

Diseño: Jenn Cole Design
Traducción al español por
Marisa Cardon y Mariana Romero.

ÍNDICE

1

PRESENTACIÓN

Qué
Por qué
Quién
Descargo de responsabilidad

2

EVALUACIÓN

Confirmar el embarazo y determinar
la edad gestacional
Descartar la presunción de un
embarazo ectópico
Consideraciones adicionales

3

PREPARAR A LA PERSONA PARA EL ABORTO

Proporcionar información acerca
del proceso
Qué esperar
Arreglos logísticos
Anticoncepción posabortedo

4

RÉGIMEN

5

SÍGNOS Y SÍNTOMAS DE POSIBLES COMPLICACIONES

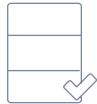
6

SEGUIMIENTO

Luego de una o dos semanas
A las cuatro semanas
Ejemplos de preguntas

7

REFERENCIAS Y RECURSOS



1/Presentación

→ QUÉ

Este recurso ofrece una guía basada en evidencias para garantizar la continuidad de la atención del aborto usando solo misoprostol, reduciendo los estudios que se solicitan y las consultas presenciales. Esta información puede ayudar a realizar ajustes basados en evidencias en las prácticas clínicas para garantizar que las personas sigan teniendo acceso a una atención de alta calidad. Al mismo tiempo, puede contribuir a limitar las visitas innecesarias a las instituciones de salud y reducir los costos tanto para las personas que solicitan un aborto como para el sistema de salud.

Esta guía fue desarrollada en concordancia con los llamamientos de la Organización Mundial de la Salud y de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia de que se mantengan los servicios esenciales de salud reproductiva durante la emergencia del COVID-19^{1,2} y presenta opciones para simplificar la atención una vez que haya pasado la crisis.

→ POR QUÉ

Las proyecciones realizadas con base en la información actual muestran que las interrupciones en los servicios de salud sexual y reproductiva como consecuencia de la pandemia de COVID-19 impactarán en el acceso a los servicios de anticoncepción y aborto seguro lo que resultará en un aumento de embarazos no intencionales, abortos inseguros, complicaciones obstétricas y mortalidad materna y del recién nacido.³

→ QUIÉN

Esta guía está destinada a equipos de salud que pueden ofrecer un aborto con medicamentos usando misoprostol, una alternativa segura y efectiva al régimen de mifepristona-misoprostol cuando no está disponible la mifepristona.

Si usted tiene acceso a la mifepristona y al misoprostol, existen ejemplos de protocolos y guías para la atención remota.^{4,5}

Si usted tiene interés en hacerse un aborto con medicamentos, hay más información disponible.⁶

→ DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Este documento tiene la finalidad de servir como una guía basada en evidencias; sin embargo, algunas recomendaciones podrían no ser factibles en determinados contextos con base en sus requisitos legales y de otro tipo.

Creemos firmemente que todas las personas tienen el derecho a sentirse apoyadas y respetadas durante su experiencia de aborto. En el documento usamos la palabra “persona”, tanto en plural como en singular, en reconocimiento a las personas transgénero, intersexuales y de género no binario que también pueden estar embarazadas y necesitar atención para un aborto.



2/Evaluación

→ CONFIRMAR EL EMBARAZO Y DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL

Una prueba de embarazo positiva en orina y/o una evaluación de los signos y síntomas de embarazo son suficientes para confirmar el embarazo, mientras que la estimación relativamente precisa de la persona sobre el primer día de su fecha de última menstruación (FUM) le permite a los equipos de salud estimar la edad gestacional.

Edad gestacional <12 semanas desde FUM

Las personas más frecuentemente sobreestiman y no subestiman la edad gestacional con base en la FUM, lo que puede excluirlas de recibir atención aunque de hecho sean elegibles.^{7,8}

Algunas personas podrían tener un embarazo más avanzado del que calcularon. Esto puede ser un motivo de preocupación y debe ser discutido en la consulta inicial.

→ DESCARTAR LA PRESUNCIÓN DE UN EMBARAZO ECTÓPICO

Pregunte acerca de los antecedentes y síntomas consistentes con factores de riesgo para un embarazo ectópico, tales como:

- Manchado o sangrado vaginal durante la última semana
- Dolor pélvico unilateral durante la última semana
- Antecedente de embarazo ectópico
- Antecedentes de ligadura de trompas o cirugía tubaria
- DIU dentro del útero al momento de la concepción (o actualmente)

El misoprostol no sirve para tratar el embarazo ectópico ni es causa de su ruptura, pero sus efectos secundarios pueden enmascarar los síntomas.



2/Evaluación

→ CONSIDERACIONES ADICIONALES

Se pueden usar otros estudios en forma rutinaria, pero no son obligatorios.

Examen clínico y ecografía

No es necesario una visita previa en persona para establecer la elegibilidad o estimar la edad gestacional y así realizar la consejería y determinar el tratamiento adecuado. Si bien se usan a menudo exámenes clínicos y/o ecografía, las guías de la Organización Mundial de la Salud⁹ no los exigen.

Pruebas de laboratorio

Las pruebas de laboratorio adicionales, como la de Rh o el hematocrito, no son necesarias y cada vez se las recomienda menos en forma rutinaria.

La Federación Nacional para el Aborto (Estados Unidos)¹⁰ y el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (Reino Unido)⁵ recomiendan que no se realice la prueba de Rh ni se proporcione inmunoglobulina anti-D antes de los 70 días de la FUM, si ya se sabe que el Rh es positivo, si la persona no desea tener más hijos o si una persona con un Rh negativo rechaza el tratamiento debido a que el riesgo de sensibilización después de un aborto temprano es extremadamente bajo.^{10,11}

Se debe informar acerca de la falta de evidencias sobre el riesgo de posible sensibilización Rh después de los 70 días de la FUM para que la persona decida si el riesgo de exposición potencial al COVID-19 pesa más que el beneficio de concurrir al laboratorio para una prueba de Rh.



3/Preparar a la persona para el aborto

→ PROPORCIONAR INFORMACIÓN ACERCA DEL PROCESO

Se puede brindar la consejería preaborts y anticonceptiva, el consentimiento informado y la información de la situación legal del aborto -en los casos en que sea necesario- en forma remota si las reglamentaciones locales lo permiten.

Asegúrese que la persona ha comprendido adecuadamente los siguientes puntos y responda a las preguntas o dudas que pueda tener.

- Cuándo y cómo tomar los medicamentos
- Cómo acceder al misoprostol si no lo proporcionará el equipo de salud
- Qué esperar, inicio y duración de los síntomas, efectos secundarios posibles y cómo manejarlos, posibilidad de que el método falle
- A dónde llamar en caso de preguntas o dudas
- Cuándo buscar atención médica y a dónde debe ir la persona en caso de emergencia, incluso lo que debe decir dependiendo del contexto legal local. Por ejemplo, si la persona dice que está embarazada y con sangrado, tiene derecho a la atención incluso si el aborto está legalmente restringido.
- Plan de seguimiento

→ QUÉ ESPERAR

Sangrado

El sangrado puede comenzar después de tomar la primera dosis de misoprostol, pero es más probable que comience después de la segunda o tercera dosis. Por lo general es similar o más abundante que un período menstrual e incluye coágulos, pero también puede ser más leve.

Efectos secundarios

Los cólicos abdominales, náuseas, vómitos, diarrea, fiebre y escalofríos son efectos secundarios comunes del misoprostol. Dado que este régimen requiere varias dosis es probable que las personas experimenten malestar prolongado.

Duración de los efectos secundarios

El sangrado, los cólicos y otros efectos secundarios son transitorios pero pueden durar varias horas y deben disminuir en forma significativa luego de expulsar el embarazo. El manchado o sangrado leve continuará durante aproximadamente 12 días, pero podría extenderse hasta el siguiente período menstrual.



3/Preparar a la persona para el aborto

Manejo de los efectos secundarios

Se debe discutir el manejo de los efectos secundarios antes de que la persona use misoprostol para ayudarla a prepararse con anticipación.

Dolor: Tomar ibuprofeno de 400-600 mg cada 6 horas o cualquier otro analgésico recomendado para dolores menstruales y según sea necesario. Tomarlo en forma profiláctica con la primera dosis de misoprostol o cuando comience el dolor, pero antes de que se intensifique. También pueden ser útiles algunos métodos adicionales como almohadillas/botellas térmicas, luces tenues, música y otras técnicas de relajación.

Náuseas: tomar antieméticos.

Fiebre y escalofríos: estos efectos disminuyen una vez que el misoprostol es eliminado del cuerpo y por eso los antipiréticos no son particularmente útiles. Las compresas frías podrían proporcionar algún alivio.

Eficacia

El método no es 100 % efectivo y el embarazo podría continuar en hasta 7 de cada 100 personas.^{12,13} Si la persona sospecha que el embarazo continúa, podría ser necesario considerar brindar atención adicional y realizar una aspiración.

→ ARREGLOS LOGÍSTICOS

Sugiera a la persona que prevea algunos arreglos previos como tomarse una licencia del trabajo o la escuela, o coordinar el cuidado de los hijos, después de tomar la medicación.

Sugiera a la persona que considere que una amiga o familiar esté con ella durante el proceso de aborto, ya sea en persona o por teléfono. Este apoyo adicional podría ser útil para muchas personas, pero no es indispensable. Para algunas personas, el hecho de informar a su pareja o a un miembro de su familia podría resultar en violencia, aislamiento o imposibilidad de acceder a la atención.

→ ANTICONCEPCIÓN LUEGO DEL ABORTO

Después de un aborto con medicamentos, la persona puede tener relaciones sexuales tan pronto como se sienta lista y puede ser nuevamente fértil a los ocho días de haber tomado el misoprostol.

Se debe consultar a las personas si desean conversar sus opciones anticonceptivas y, de ser así, informarles cómo acceder a los métodos disponibles. Se puede comenzar a usar la mayoría de los métodos anticonceptivos (excepto el DIU) el mismo día de la toma de la primera dosis de misoprostol.⁹

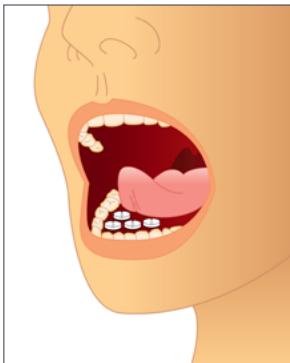


4/Régimen

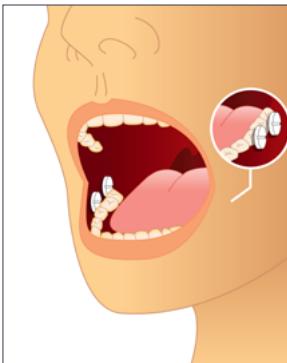
El régimen de misoprostol solo que recomienda la OMS⁹ consiste en tres dosis de misoprostol por vía sublingual o bucal cada tres horas. Cada dosis es de 800 mcg (cuatro comprimidos de 200 mcg).

1ra DOSIS Inicio	2da DOSIS 3 horas después de la 1ra dosis	3ra DOSIS 3 horas después de la 2da dosis
 4 comprimidos de 200 mcg	 4 comprimidos de 200 mcg	 4 comprimidos de 200 mcg

Se deben colocar las píldoras de forma sublingual (debajo de la lengua) o bucal (entre la encía y la mejilla, dos de cada lado) durante 20 a 30 minutos mientras se disuelven y luego se las debe tragar.



SUBLINGUAL
(DEBAJO DE LA LENGUA)



BUCAL
(ENTRE LA ENCIA Y LA
MEJILLA, 2 DE CADA LADO)

Las tres dosis deben administrarse por la misma vía.

Se deben tomar las tres dosis incluso si ya comenzó el sangrado o si ya se expulsó el embarazo.

Si vomita mientras tiene el misoprostol sublingual o bucal, la siguiente dosis debe administrarse de inmediato.

Si no ocurre el sangrado después de tomar las tres dosis, considere ofrecer más misoprostol u otros métodos de aborto.



5/Signos y síntomas de posibles complicaciones

La persona debe llamar (o buscar atención) si:

El sangrado no comienza dentro de las 3 horas posteriores a la toma de la tercera dosis de misoprostol.

➤ La ausencia de sangrado o el sangrado leve podrían indicar una falla del método.

El sangrado empapa por completo dos toallas femeninas grandes por hora durante más de dos horas seguidas.

➤ Un sangrado excesivo y prolongado podría indicar la presencia de tejidos retenidos.

Dolor intenso que no mejora con analgésicos, reposo ni almohadillas térmicas.

➤ Un dolor abdominal intenso y persistente podría indicar la presencia de tejidos retenidos.

➤ Un dolor unilateral intenso podría indicar la presencia de un embarazo ectópico.

Fiebre que persiste durante más de 24 horas después de tomar la última dosis de misoprostol o secreción vaginal con olor fétido.

➤ Podrían indicar que existe una infección.

Náuseas, diarrea o debilidad que persisten durante más de 24 horas después de tomar la última dosis de misoprostol o mareos o vómitos que continúan por más de 2 horas.

➤ Estos indican que podría ser necesario evaluar a la persona para ver si existen otros trastornos.



6/Seguimiento

→ LUEGO DE UNA O DOS SEMANAS

Planifique el seguimiento (p. ej., por teléfono o mensaje de texto) una o dos semanas después de que la persona tome las dosis de misoprostol. El procedimiento de aborto puede ofrecerse igual aún si no es posible el seguimiento.

Durante el seguimiento, el equipo de salud debe preguntar acerca del sangrado, los efectos secundarios, la expulsión y los síntomas actuales, incluso los síntomas de embarazo.

Si existe cualquier duda con respecto a que el embarazo continúa, a un embarazo ectópico*, a sangrado excesivo o tejidos retenidos, se deben conversar las formas posibles de manejarlo.

*No se puede descartar un embarazo ectópico hasta obtener una prueba de embarazo negativa.

→ EJEMPLOS DE PREGUNTAS

Estas preguntas se pueden realizar en cualquier momento después de que la persona tome el misoprostol.

- ¿Cómo se siente?
- ¿Puede describir el sangrado desde que tomó las píldoras? ¿Observó coágulos y tejido? ¿Todavía tiene sangrado? ¿Cuánto?
- ¿Puede identificar el momento en que expulsó el embarazo?
- ¿Cree que sigue estando embarazada?

→ A LAS CUATRO SEMANAS

Cuatro semanas después de tomar el misoprostol, la persona puede hacerse una prueba de embarazo de venta libre para comprobar si el aborto se completó. Si la prueba se realiza antes de las cuatro semanas, pueden detectarse niveles de hCG que dan un resultado positivo aunque el aborto haya sido exitoso.

Si los signos y síntomas y/o una prueba de embarazo positiva sugieren que el embarazo continúa, se debe programar una visita en persona para evaluar y discutir las opciones de atención adicional.



7/Referencias y Recursos

Las referencias contienen la fuente del enlace en línea cuando está disponible.

1. Maintaining essential health services: Operational guidance for the COVID-19 context. Organización Mundial de la Salud; 1ro de junio de 2020. Consultado el 3 de junio de 2020. <https://www.who.int/publications/item/10665-332240>
2. Abortion Access and Safety with COVID-19. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia; 2020. Consultado el lunes, 04 de mayo de 2020. <https://www.figo.org/abortion-access-and-safety-covid-19>
3. Riley T, Sully E, Ahmed Z, Biddlecom A. Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. Int Perspect Sex Reprod Health. 2020;46:73-76. doi:10.1363/46e9020. <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2020/04/estimates-potential-impact-covid-19-pandemic-sexual-and-reproductive-health>
4. Raymond EG, Grossman D, Mark A, et al. No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. Contraception. 2020;101:361-366. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.005>
5. Coronavirus (COVID-19) infection and abortion care. Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos; 2020. Consultado el lunes, 04 de mayo de 2020. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-abortion/>
6. Medical abortion: What every woman should know and share with other women. Women Help Women. Consultado el 3 de junio de 2020. <https://consult.womenhelp.org/en/page/378/in-collection/377/medical-abortion>
7. Schonberg D, Wang L-F, Bennett AH, Gold M, Jackson E. The accuracy of using last menstrual period to determine gestational age for first trimester medication abortion: a systematic review. Contraception. 2014;90:480-487.
8. Raymond EG, Bracken H. Early medical abortion without prior ultrasound. Contraception. 2015;92:212-214.
9. Tratamiento médico del aborto. Organización Mundial de la Salud; 2018. Consultado el lunes, 04 de mayo de 2020. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/es/>
10. Mark A, Foster AM, Grossman D, et al. Foregoing Rh testing and anti-D immunoglobulin for women presenting for early abortion: a recommendation from the National Abortion Federation's Clinical Policies Committee. Contraception. 2019;99:265-266.
11. Hollenbach SJ, Cochran M, Harrington A. Provoked feto-maternal hemorrhage may represent insensible cell exchange in pregnancies from 6 to 22 weeks gestational age. Contraception. 2019;100:142-146.
12. von Hertzen H, Piaggio G, Huong NTM, et al. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. Lancet Lond Engl. 2007;369:1938-1946.
13. Sheldon WR, Durocher J, Dzuba IG, et al. Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: a multicenter, randomized trial. Contraception. 2019;99:272-277.