

## ABORTO CON MEDICAMENTOS

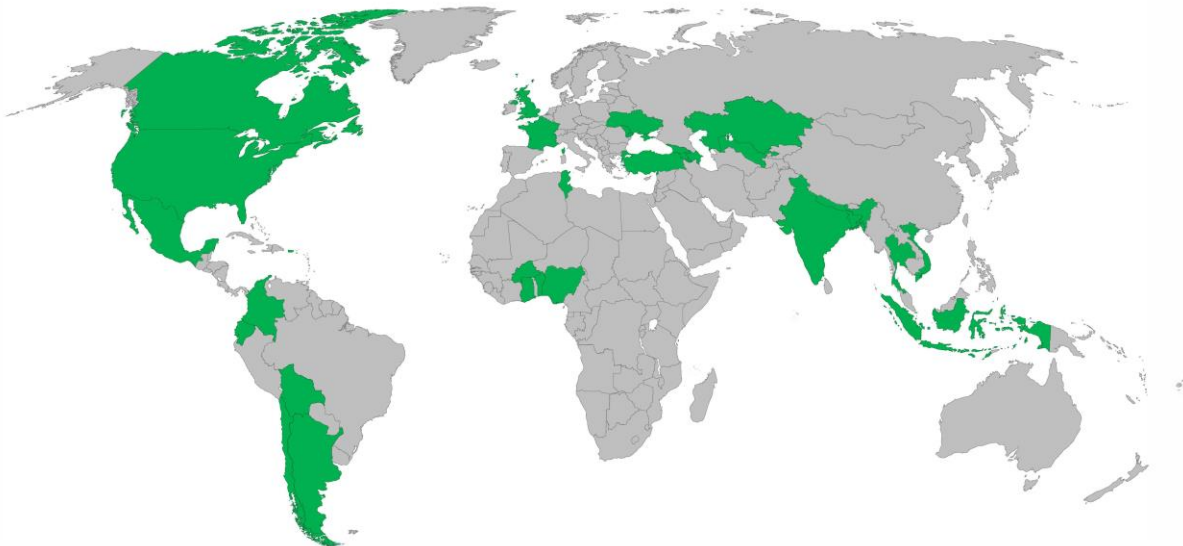
### PANORAMA GENERAL

Por casi tres décadas, el uso de mifepristona y misoprostol para el aborto con medicamentos ha resultado una opción segura, efectiva y deseable para la interrupción del embarazo. Millones de mujeres han optado por recibir un aborto con medicamentos porque deseaban evitar una intervención quirúrgica o porque sentían que el método era más natural y brindaba mayor autonomía y privacidad. El aborto con medicamentos constituye una importante opción para todas las mujeres; en escenarios de escasos recursos y donde el acceso a servicios de aborto se encuentra limitado, el aborto con medicamentos conlleva el potencial de reducir dramáticamente la morbilidad y mortalidad derivadas de aproximadamente 21 millones de abortos inseguros que ocurren anualmente. El trabajo de Gynuity orientado a mejorar el acceso al aborto con medicamentos ha influido a nivel mundial en lo tocante a la simplificación de la provisión de servicios y a la ampliación del acceso al aborto seguro.

Nuestro objetivo primordial consiste en incrementar el acceso al aborto con medicamentos al mejorar los servicios y esquemas terapéuticos relacionados mediante **investigación**, desarrollar conocimientos técnicos a nivel local mediante **capacitación** y ofrecer **asistencia técnica** a diseñadores de políticas y a individuos que realizan trabajo de incidencia para incorporar información basada en evidencia a lineamientos y servicios de salud reproductiva. Asimismo, creamos **recursos** para varios públicos (proveedores de atención a la salud, diseñadores de políticas y mujeres) y llevamos a cabo actividades relacionadas con **políticas e incidencia** para promover y preservar el acceso al aborto con medicamentos. Colaboramos con compañías farmacéuticas para facilitar el registro de medicinas para el aborto. En este resumen del programa de aborto con medicamentos se describen nuestros más recientes esfuerzos. Para obtener mayor información acerca de nuestros logros previos, visite nuestro sitio web [www.gynuity.org](http://www.gynuity.org).

### PAÍSES DONDE TRABAJAMOS

Gynuity Health Projects realiza actividades en todas las regiones del mundo. El mapa que se encuentra a continuación señala los países donde se realizan o se han llevado a cabo proyectos sobre aborto con medicamentos.



**INVESTIGACIÓN**

Realizamos investigación para proporcionar información que posibilite el cambio a gran escala. Nuestras preguntas de investigación son prácticas, se derivan de extensa experiencia y observación minuciosa de servicios de nivel nacional y del diálogo internacional. Entre algunas de las importantes innovaciones en la práctica del aborto con medicamentos que hemos promovido con nuestros estudios de investigación se encuentra el uso de misoprostol y mifepristona en casa, la ampliación del límite de edad gestacional para el aborto con medicamentos en el primer trimestre, la estandarización de esquemas terapéuticos para procedimientos de segundo trimestre y la documentación de la provisión de aborto con medicamentos por parte de personal de salud sin formación médica.

**Resumen de estudios clínicos y de investigación operativa**

Topic	Justificación	Estudios
<i>Ampliación del límite de edad gestacional para el aborto con medicamentos a finales del primer trimestre</i>	Estudios previos de investigación han establecido la seguridad y eficaz del aborto con medicamentos en pacientes externas hasta los 70 días contados a partir de la FUM. Sin embargo, existe un vacío en la literatura para la semana 11 y la 12 de gestación. (La mayoría de los protocolos para el segundo trimestre inician a partir de las 13 semanas.) A fin de mejorar la calidad de la atención de mujeres que solicitan un aborto a finales del primer trimestre, Trabajamos para desarrollar esquemas terapéuticos sencillos y estandarizados y protocolos de prestación de servicios.	Con una serie de estudios piloto realizados en Túnez y en Vietnam se demostró que los servicios de aborto con medicamentos en pacientes ambulatorias resultaban viables en las últimas semanas del primer trimestre. La información obtenida ayudó a orientar la planificación de estudios de seguridad y eficacia a mayor escala.  En 2016, concluimos un estudio de aborto con mifepristona y misoprostol en pacientes externas entre los 64 y 70 días y entre los 71 y 77 días, después de la FUM, en Azerbaiyán, México, República de Georgia, Estados Unidos y Vietnam.
<i>Simplificación de las pruebas previas al aborto con medicamentos</i>	En muchos escenarios se utiliza el ultrasonido y/o el examen pélvico como práctica estándar antes de un aborto con medicamentos para determinadas la ubicación del embarazo y las semanas de gestación. Dichos procedimientos pueden restringir el acceso al tratamiento por su elevado costo, porque consumen mucho tiempo y por resultar invasivos e incómodos. Asimismo, requieren la presencia de personal clínico capacitado para ese tipo de pruebas y centros de salud con equipo médico.	Con un estudio realizado recientemente en Moldavia, estados unidos y México, se evaluaron los resultados del aborto con medicamentos sin efectuar ultrasonido ni examen pélvico antes del procedimiento. No se encontraron complicaciones severas ni eventos adversos atribuibles al hecho de no haber practicado ultrasonido o examen antes del procedimiento. Por otra parte, a las mujeres les pareció muy aceptable el procedimiento simplificado.  Acabamos de iniciar investigación para entender la necesidad de la detección y la administración rutinarias de inmunoglobulina Rh a mujeres con Rh negativo. Asimismo, nos encontramos en las primeras etapas del desarrollo de una prueba en orina o suero para determinar la edad gestacional sin ultrasonido y/o acudir a una clínica. La evidencia que generemos de esas dos vertientes de investigación ayudará a determinar futuras políticas y estrategias de prestación de servicios en escenarios — incluidos los de telemedicina— donde las pruebas de Rh y el ultrasonido para establecer la edad gestacional no se encuentran disponibles de forma rutinaria.
<i>Uso de las medicinas del aborto con medicamentos para tratar embarazos que no fueron interrumpidos por haber fallado el aborto con medicamentos inicial</i>	El tratamiento recomendado para embarazos no interrumpidos con un aborto con medicamentos es por lo general la aspiración endouterina. Existen pocos datos que demuestren que usar más misoprostol puede interrumpir dichos embarazos pero no se encuentra ningún dato en la literatura publicada sobre repetir el uso de un esquema combinado de mifepristona y misoprostol. Los casos que se conocen parecen indicar que algunos proveedores repiten el esquema combinado cuando falla el procedimiento inicial.	Actualmente realizamos un ensayo controlado y de asignación aleatoria para evaluar la efectividad de repetir el tratamiento con 200 mg de mifepristona y 800 mcg de misoprostol bucal, comparado con 2 dosis de 800 mcg de misoprostol bucal, en casos de embarazos no interrumpidos. Nuestros hallazgos podrían revelar la posibilidad de utilizar medicamentos en vez de la aspiración, que podría resultar importante para las mujeres que prefieren evitar la intervención quirúrgica y para escenarios clínicos donde tales intervenciones no son viables.

<p><i>Manejo del dolor Durante el aborto con medicamentos en pacientes externas</i></p>	<p>El aborto con medicamentos produce dolor y cólicos en casi todas las mujeres, mismos que en ocasiones resultan intensos. A pesar de los actuales protocolos clínicos que incluyen el uso de AINE o incluso de analgésicos narcóticos, las mujeres reportan consistentemente dolor intenso y mencionan que el dolor es una característica negativa del aborto con medicamentos. Se requiere mejorar las estrategias alternativas para el manejo del dolor a fin de mejorar la comodidad de las mujeres y la aceptabilidad del método y así como la calidad general de su experiencia con el procedimiento.</p>	<p>Recientemente concluimos en estados unidos una encuesta para documentar los métodos utilizados por las mujeres para el manejo del dolor, la náusea y la ansiedad durante el aborto con medicamentos en el primer trimestre (con énfasis en particular en la marihuana) y para determinar sus percepciones sobre la efectividad de dichos métodos.</p>
<p><i>Nuevas tecnologías para el seguimiento después del aborto con medicamentos</i></p>	<p>Como en la gran mayoría de las mujeres se logra con éxito la interrupción del embarazo con el aborto con medicamentos y no se requiere seguimiento en persona, es importante explorar formas para determinar qué mujeres necesitan regresar a la clínica para recibir mayor atención. El uso secuencial de una prueba de embarazo de varios niveles (MLPT) que monitoree las tendencias de los niveles de hCG en la orina podría constituir un reemplazo viable del seguimiento en la clínica para la mayoría de las mujeres. Se necesita efectuar investigación para determinar si las mujeres pueden utilizar la prueba y entender los resultados fuera de una clínica tanto en escenarios donde el aborto es legal como en aquellos donde existen restricciones, así como la mejor manera de integrar dicha herramienta a la prestación de servicios.</p>	<p>Actualmente exploramos la viabilidad y aceptabilidad de utilizar en casa la prueba MLPT en vez del seguimiento rutinario en clínica para identificar casos de embarazo no interrumpido después de un aborto con medicamentos. Para ello, trabajamos en distintos tipos de escenarios: Bolivia, Ecuador, Kazakstán, México, Pakistán y Estados Unidos. Evaluamos también el uso conjunto de dicha prueba y de un sistema telefónico interactivo que emplea pruebas MLPT seriadas.</p> <p>Publicamos un meta-análisis de 7 de los estudios que hemos realizado para resumir los datos de la efectividad de la MLPT para detectar casos de embarazo no interrumpido en mujeres con gestaciones de <math>\leq 63</math> días. La sensibilidad de la prueba para identificar dichos casos y su valor predictivo negativo fueron ambos del 100%.</p>
<p><i>El proyecto de TelAborto</i></p>	<p>En Estados Unidos, gran cantidad de mujeres enfrenta barreras importantes para acudir a una clínica de aborto. Se requieren urgentemente modelos de prestación de servicios de aborto innovadores y de alta calidad.</p>	<p>Iniciamos un proyecto piloto en 2016 para evaluar la viabilidad y aceptabilidad de un modelo de provisión de aborto con medicamentos por telemedicina. Las mujeres reciben consejería por videoconferencia, se les practican pruebas de detección en centros de salud cercanos a ellas y de resultar elegibles, se les envía mifepristona y misoprostol por correo. El proyecto piloto opera en cuatro estados de la unión americana: Nueva York, Hawái, Oregón y Washington. Tenemos contemplado extendernos a otros estados.</p> <p>Asimismo, exploramos la viabilidad de los modelos de aborto por telemedicina en otros países del mundo.</p>
<p><i>Introducción e integración del aborto con medicamentos en el segundo trimestre a los sistemas de prestación de servicios en nuevas geografías</i></p>	<p>Debido a las restricciones legales al acceso al aborto en muchos países, se debería mejorar la calidad de los servicios del segundo trimestre. Nos hemos comprometido a introducir en nuevos escenarios los servicios de aborto con medicamentos en el segundo trimestre al mejorar la experiencia de los proveedores con los distintos métodos que utilizan medicamentos en gestaciones más avanzadas. Con ello buscamos contribuir al desarrollo de lineamientos y a la creación de una base de evidencias a nivel local sobre la seguridad, eficacia y aceptabilidad del aborto con medicamentos en el segundo trimestre.</p>	<p>Seguimos realizando estudios abiertos en Burkina Faso y Benín para evaluar la viabilidad y aceptabilidad del aborto con medicamentos en el segundo trimestre. Asimismo, recabaremos datos para orientar esfuerzos globales dirigidos a expandir la práctica de redistribución de tareas en la atención al aborto al documentar los papeles desempeñados por personal de gineco-obstetricia, partería y enfermería en la prestación de servicios.</p>

<p><i>Desarrollo de un procedimiento de aborto con medicamentos de un día para el segundo trimestre</i></p>	<p>En los últimos cinco años, hemos acumulado una cantidad significativa de evidencias acerca de los esquemas de aborto con medicamentos en el segundo trimestre. Recientemente llevamos a cabo el análisis conjunto de esos datos para evaluar la viabilidad de proporcionar un aborto con medicamentos en el segundo trimestre como “servicio de un día” para pacientes externas. Creemos que si esos abortos tardíos se pueden manejar principalmente como procedimientos ambulatorios, se simplificará el proceso de aborto e impondrá una menor carga tanto a las mujeres como a los sistemas de salud.</p>	<p>Con la evidencia generada por el análisis conjunto que realizamos, hemos desarrollado un innovador modelo de aborto con medicamentos “de un día” para pacientes ambulatorias con gestaciones de segundo trimestre. Actualmente realizamos las pruebas piloto de dicha innovación en hospitales de Nepal, donde reclutaremos a mujeres que buscan interrumpir embarazos de 13 a 18 semanas de gestación. Para ayudar a reforzar la evidencia internacional sobre la redistribución de tareas en los servicios de aborto con medicamentos, documentaremos también las labores realizadas por doctores especiales, otros doctores, médicos residentes y enfermeras en la provisión de servicios.</p>
<p><i>Evaluación de la demanda potencial de medicamentos que induzcan la menstruación</i></p>	<p>En algunos países, las mujeres que dejan de menstruar un mes y no desean embarazarse usan mifepristona y/o misoprostol sin confirmar si están embarazadas o no. A ese servicio se le ha llamado “regulación de la menstruación con medicamentos” o MMR, por sus siglas en inglés.</p>	<p>En Estados Unidos actualmente estudiamos la posible demanda de “pastillas para casos cuando no se presenta el periodo menstrual”. Para ello, utilizamos una encuesta anónima de mujeres que acuden a servicios de salud reproductiva en dos estados: en Nueva Jersey, donde relativamente existen pocas restricciones para el aborto y en Michigan, donde existen más restricciones. Asimismo, nos encontramos en la etapa de planificación de nuevas actividades para evaluar en Estados Unidos en mujeres y proveedores la seguridad, la viabilidad y la aceptabilidad del uso de dichas pastillas.</p>

## CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA

Gynuity imparte capacitación y normalmente se lleva a cabo conjuntamente con investigación en la prestación de servicios para mejorar calidad, efectividad, accesibilidad y/o cobertura de los programas. En abril de 2016, Gynuity celebró el 15º aniversario de la introducción del aborto con medicamentos en Túnez con personal de *Office Nationale de la Famille et de la Population*, socios clave para la implementación y extensión del método a nivel nacional en ese país. En la ciudad de México, gracias en parte a los esfuerzos realizados por Gynuity desde 2007, más del 80% de los procedimientos de aborto de primer trimestre son con medicamentos. Se ofrece mifepristona y misoprostol a pacientes ambulatorias con hasta 10 semanas de embarazo en todas las clínicas de la red del sector público de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.



Health care providers in Mexico.

Gynuity ofrece asistencia técnica a instancias de salud globales, tales como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para promover la inclusión de evidencia sobre el aborto con medicamentos en lineamientos clínicos. Asimismo, personal de Gynuity participa en los grupos asesores de la OMS para crear y actualizar lineamientos sobre el aborto. Por ejemplo, pertenecemos a un grupo de trabajo colaborativo llamado *Apoyo a la expansión de funciones en los servicios de aborto seguro proporcionados por personal de salud* (SERAH, por sus siglas en inglés), establecido en 2016 y que se dedica a divulgar *La Guía de 2015 de la OMS sobre las funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto*. Dichos esfuerzos colaborativos orientan la labor que realizamos con entidades nacionales de los sectores público y privado para influir en lineamientos sobre prácticas clínicas, servicio que hemos prestado en docenas de países. En muchos de esos lugares y en otros más hemos desempeñado un importante papel en el registro de la mifepristona para su uso en el aborto con medicamentos.

## POLÍTICAS E INCIDENCIA

En junio de 2015, Gynuity lanzó la Coalición para expandir el acceso a la mifepristona en Estados Unidos. En mayo de 2017, 115 organizaciones y 264 personas participaban en la coalición, entre ellas investigadores, grupos de incidencia, médicos tratantes y otros profesionales de la salud reproductiva. El objetivo de ese esfuerzo consiste en garantizar la disponibilidad de la mifepristona en farmacias y su accesibilidad a todas las mujeres que la requieran en ese país. Las actividades que hemos realizado a la fecha incluyen la celebración del 15º aniversario de la aprobación de la mifepristona por parte de la FDA en Estados Unidos y esfuerzos de incidencia para promover cambios basados en evidencia en la etiqueta comercial de dicho medicamento. La mayoría de esos cambios se incluyeron en la etiqueta modificada y aprobada por la FDA que salió al mercado en marzo de 2016. Asimismo, lanzamos una iniciativa de pequeños donativos para fomentar la innovación y proyectos dinámicos en apoyo de los objetivos de la Coalición.

## RECURSOS

Desde 2003, Gynuity ha producido recursos informativos para proveedores de salud y grupos de incidencia que promueven la salud de las mujeres. Continúa la demanda de la publicación titulada *Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos: guía introductoria*, 2ª edición (2009), disponible en 10 idiomas y como publicación electrónica en inglés. Elaboramos materiales para usuarias del método para ayudarles a entender mejor el proceso y adaptamos imágenes y conceptos a los distintos contextos donde trabajamos. Muchas de esas imágenes se encontrarán disponibles en un banco de imágenes dentro de nuestro sitio web.



Para obtener mayor información, favor de visitar nuestro sitio web [www.gynuity.org](http://www.gynuity.org) o si requiere copias de nuestras publicaciones, escriba a [pubinfo@gynuity.org](mailto:pubinfo@gynuity.org).

Los proyectos de esta área programática se realizan con el patrocinio de la Fundación David y Lucile Packard, la Sociedad de Planificación Familiar y donantes anónimos.

Junio de 2017

<sup>1</sup> Sedgh, G. et al “Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008” *Lancet* (2012); Feb 18;379(9816):625-32.

## PUBLICATIONS PAR LE PERSONNEL

## 2017

Raymond, E.G., Blanchard, K., Blumenthal, P.D., Cleland, K., Foster, A. M., Gold, M., Grossman, D., Pendergast, M.K., Westhoff, C.L., Winikoff, B. Mifeprex REMS Study Group. "Sixteen Years of Overregulation: Time to Unburden Mifeprex" *New England Journal of Medicine* (February 23, 2017). Vol 376(8): 790-794.

Louie, K.S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R., Winikoff, B. "Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia" *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* (February 22, 2017). Vol 1: 76-80.

Whitehouse, K.C., Kim, C.R., Ganatra, B., Duffy, J.M., Blum, J., Brahmi, D., Creinin, M.D., DePiñeres, T., Gemzell-Danielsson, K., Grossman, D., Winikoff, B., Gülmezoglu, A.M. "Standardizing abortion research outcomes (STAR): A protocol for developing, dissemination and implementing a core outcome set for medical and surgical abortion " *Contraception* (January 5, 2017).

## 2016

Raymond, E.G., Shochet, T., Blum, J., Sheldon, W.R., Platais, I., Bracken, H., Dabash, R., Weaver, M.A., Ngoc, N.T., Blumenthal, P.D., Winikoff, B. "Serial multilevel urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: a meta-analysis" *Contraception* (December 29, 2016). [Epub ahead of print].

Sotheary, K., Long, D., Mundy, G., Madan, Y., Blumenthal, P.D. "Abortion choices among women in Cambodia after introduction of a socially marketed medicated abortion product" *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (November 12, 2016). Vol 136(2): 205-209.

Dragoman, M.V., Grossman, D., Kapp, N., Huong, N.M., Habib, N., Dung, D.L., Tamang, A. "Two prophylactic medication approaches in addition to a pain control regimen for early medical abortion < 63 days' gestation with mifepristone and misoprostol: study protocol for a randomized, controlled trial" *Reproductive Health* (October 12, 2016). Vol 13(1): 132.

Abbas, D.F., Blum, J., Ngoc, N.T., Nga, N.T., Chi, H.T., Martin, R., Winikoff, B. "Simultaneous Administration Compared With a 24-Hour Mifepristone-Misoprostol Interval in Second-Trimester Abortion: A Randomized Controlled Trial" *Obstetrics & Gynecology* (October 6, 2016). Vol 128(5): 1077-1083.

Platais, I., Tsereteli, T., Grebennikova, G., Lotarevich, T., Winikoff, B. "Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy in Kazakhstan" *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (September 2016). Vol 134(3): 268-71.

Raymond, E.G., Weaver, M.A., Louie, K.S., Tan, Y.L., Bousiéguéz, M., Aranguré-Peraza, A.G., Lugo-Hernández, E. M., Sanhueza, P., Goldberg, A.B., Culwell, K.R., Kaplan, C., Memmel, L., Sonalkar, S., Jamshidi, R., Winikoff, B. "Effects of Depot Medroxyprogesterone Acetate Injection Timing on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial" *Obstetrics & Gynecology* (September 5, 2016). Vol 128(4): 739-45.

Frye, L.J., Byrne, M., Winikoff, B. "A crossover pharmacokinetic study of misoprostol by the oral, sublingual and buccal routes" *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* (August 2016). Vol 21(4): 265-8.

Dabash, R., Shochet, T., Hajri, S., Chelli, H., Hassairi, A-E., Haleb, D., Labassi, H., Sfar, E., Temimi, F., Koenig, L., Winikoff, B. "Self-administered multi-level pregnancy tests in simplified follow-up of medical abortion in Tunisia" *BMC Women's Health* (July 30, 2016). Vol 16: 49.

Tsereteli, T., Chong, E., Louie, K., Bokhua, Z., Winikoff, B. "Acceptability and feasibility of 400 µg buccal misoprostol after 200 mg mifepristone for early medical abortion in Georgia" *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* (July 22, 2016). Vol 21(5): 367-371.

Costescu, D., Guilbert, E., Bernardin, J., Black, A., Dunn, S., Fitzsimmons, B., Norman, W.V., Pymar, H., Soon, J., Trouton, K., Wagner, M.S., Wiebe, E., Gold, K., Murray, M.È., Winikoff, B., Reeves, M. *Medical abortion Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada* (April 2016). Vol 38(4): 366-89.

Blum, J., Sheldon, W.R., Ngoc, N.T., Winikoff, B., Nga, N.T., Martin, R., Van Thanh, L., Blumenthal, P.D. "Randomized trial assessing home use of two pregnancy tests for determining early medical abortion outcomes at 3, 7 and 14 days after mifepristone" *Contraception* (April 8, 2016). Vol 94(2): 115-121.

Raymond, E.G., Chong, E., Hyland, P. "Increasing access to abortion with telemedicine" *JAMA Intern Medicine* (March 28, 2016). Vol 176(5): 585-586.

Raymond, E.G., Weaver, M.A., Tan, Y.L., Louie, K.S., Bousiéguez, M., Lugo-Hernández, E.M., Aranguré-Peraza, A.G., Sanhueza, P., Kaplan, C., Sonalkar, S., Goldberg, A.B., Culwell, K.R., Memmel, L., Jamshidi, R., Winikoff, B. "Effect of immediate compared with delayed Insertion of etonogestrel implants on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: A randomized controlled trial" *Obstetrics & Gynecology* (February 2016). Vol 127(2): 306-312.

## 2015

Sheldon, W.R. "Home use of urine pregnancy tests for medical abortion follow-up" *The Lancet Global Health* (September 2015). Vol 3(9): e504-e505.

Dzuba, I.G., Grossman, D., Schreiber, C.A. "Off-label indications for mifepristone in gynecology and obstetrics" *Contraception* (September 2015). Vol 92(3): 203-205.

Gold, M., Chong, E. "Outpatient medical abortion is safe and effective through 70 days gestation" *Contraception* (September 2015). Vol 92(3): 194-196.

Dzuba, I.G., Grossman, D., Schreiber, C.A. "Off-label indications for mifepristone in gynecology and obstetrics" *Contraception* (September 2015). Vol 92(3): 203-205.

Frye, L.J., Winikoff, B. Comment on "Is it safe to provide abortion pills over the counter? A study on outcome following self-medication with abortion pills" *Journal of Clinical & Diagnostic Research* (August 2015). Vol 9(8): QL01-QL02.

Winikoff, B., Westhoff, C. "Fifteen years: looking back and looking forward" *Contraception* (July 2015) Vol 92(3): 177-178.

Chong, E., Frye, L.J., Castle, J., Dean, G., Kuehl, L., Winikoff, B. "A prospective, non-randomized study of home-use of mifepristone for medical abortion in the U.S." *Contraception* (July 2015). Vol 92(3): 215-219.

Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S., Winikoff, B. "A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy" *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (July 2015). Vol 130(1): 40-44.

Goldberg, A.B., Fortin, J.A., Drey, E.A., Dean, G., Lichtenberg, E.S., Bednarek, P.H., Chen, B.A., Dutton, C., McKetta, S., Maurer, R., Winikoff, B., Fitzmaurice, G.M. "Cervical Preparation Before Dilation and Evacuation Using Adjunctive Misoprostol or Mifepristone Compared With Overnight Osmotic Dilators Alone: A Randomized Controlled Trial" *Obstetrics & Gynecology* (September 2015). Vol 126(3): 599-609.

Grossman, D., White, K., Harris, L., Reeves, M., Blumenthal, P.D., Winikoff, B., Grimes, D.A. "Continuing pregnancy after mifepristone and "reversal" of first-trimester medical abortion: A systematic review" *Contraception* (June 2015). Vol 92(3): 206-211.

Sheldon, W., Winikoff, B. "Mifepristone label laws and trends in use: recent experiences in four U.S. states" *Contraception* (June 2015). Vol 92(3): 182-185.

Raymond, E. G., Winikoff, B., Grossman, D., Wiebe, E. "Reaching women where they are: eliminating the initial in-person medical abortion visit" *Contraception* (June 2015). Vol 92(3): 190-193.

Abbas, D., Chong, E., Raymond, E.G. "Outpatient medical abortion is safe and effective through 70 days gestation" *Contraception* (June 2015). Vol 92(3): 197-199.

Raymond, E.G., Bracken, H. "Early medical abortion without prior ultrasound" *Contraception* (April 2015). Vol 92(3): 212-214.

Conkling, K., Karki, C., Tuladhar, H., Bracken, H., Winikoff, B. "A prospective open-label study of home use of mifepristone for medical abortion in Nepal" *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (March 2015). Vol 128(3): 220-223.

Sanhueza Smith, P., Peña, M., Dzuba, I.G., García Martínez, L.G., Aranguré Peraza, A.G., Bousiéguéz, M., Shochet, T., Winikoff, B. "Safety, efficacy and acceptability of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion through 70 days since last menstrual period in public sector facilities in Mexico City" *Reproductive Health Matters* (February 2015). Vol 22(44): 75-82.

Louie, K.S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Vardanyan, S., Winikoff, B. "The introduction of first trimester medical abortion in Armenia" *Reproductive Health Matters* (February 2015). Vol 22(44): 56-66.

Platais, I., Tsereteli, T., Comendant, R., Kurbanbekova, D., Winikoff, B. "Acceptability and feasibility of phone follow-up with a semiquantitative urine pregnancy test after medical abortion in Moldova and Uzbekistan" *Contraception* (February 2015). Vol 91(2): 178-183.