

Bibliografía anotada sobre el aborto con mifepristona

ESQUEMAS TERAPÉUTICOS BASADOS EN EVIDENCIA, APROBADOS PARA USARSE DENTRO DE LAS PRIMERAS NUEVE SEMANAS DE GESTACIÓN (PRIMER TRIMESTRE)

Shannon C. Weibe, E., Guilbert E, Dunn S, Sheldon WR, Winikoff B. **Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: A randomized trial** (Ensayo aleatorizado sobre esquemas de administración de misoprostol con mifepristona para el aborto con medicamentos en etapas tempranas del embarazo). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006; 113:621-628.

Se aleatorizaron 956 mujeres con menos de 56 días de gestación para un ensayo no ciego realizado en Canadá. Se administró a las mujeres 200 mg de mifepristona oral y después se les aleatorizó a tres grupos: grupo 1, 400 mcg de misoprostol oral; grupo 2, 600 mcg de misoprostol oral, y grupo 3, 800 mcg de misoprostol vaginal. Las mujeres se autoadministraron el misoprostol en casa a las 24-48 horas de haber tomado la mifepristona y se les indicó que tomaran una segunda dosis similar de misoprostol a las 24 horas de la dosis inicial si el sangrado era menor que el de un periodo menstrual normal. La tasa de éxito de aborto sin cirugía fue de 94.1%; no se observaron diferencias significativas entre los grupos (grupo 1, 94.7%, grupo 2, 93.4%, grupo 3, 94.3%; P=0.975). Tampoco se observaron diferencias significativas en cuanto a efectos adversos. El dolor aumentó significativamente entre los distintos grupos de estudio y edades gestacionales y se asoció a una disminución en aceptabilidad.

Shannon, CS, Winikoff B, Hausknecht R, Schaff E, Blumenthal PD, Oyer D, Sankey, H, Wolff J, Goldberg R. **Multicenter trial of a simplified medical abortion regimen** (Ensayo multicéntrico de un esquema simplificado de aborto con medicamentos). *Obstetrics and Gynecology* 2005; 105(2): 345-351.

En este estudio se evaluó un esquema simplificado que consistía de una dosis de 200 mg de mifepristona seguida a las 48 horas de 400 mcg de misoprostol oral que las pacientes tomaban en casa para interrumpir embarazos de hasta 49 días de gestación. Se observó un aborto completo (casos que no requirieron evacuación quirúrgica ni una dosis adicional de misoprostol a los 21 días del inicio del tratamiento) en 91.5% de las 354 participantes incluidas en el análisis de eficacia. Los efectos secundarios más comunes reportados por las pacientes fueron dolor o cólicos (93.2%) y náusea (66.6%); también reportaron debilidad, dolor de cabeza y mareo. La aceptabilidad global del tratamiento fue elevada: más de 86% de las participantes lo calificaron de satisfactorio o muy satisfactorio.

Hajri, S., Blum J, Gueddana N, Saadi H, Maazoun L, Chélli H, Dabash H, Winikoff B. **Expanding medical abortion in Tunisia: Women's experiences from a multi-site expansion study** (Expansión del aborto con medicamentos en Túnez: Experiencias de las participantes de un estudio multicéntrico). *Contraception* 2004; 70; 487-491.

Se inscribieron en el estudio 321 mujeres con embarazos de hasta 8 semanas de gestación. Se utilizó un esquema de una dosis de 200 mg de mifepristona seguida a los dos días de 400 mcg de misoprostol oral, administrado en la clínica o en el hogar, según la preferencia de la participante. La tasa global de éxito fue 96% (IC 95%, 95.1-96.3). Setenta y cinco por ciento de las participantes optaron por tomar el misoprostol en casa; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre quienes tomaron el misoprostol en su casa y quienes lo tomaron en la clínica. Casi todas las mujeres (95%) informaron sentirse satisfechas con el método.

Schaff EA, Fielding SL, Eisinger SH, Stadalius LS, Fuller L. **Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days** (Esquema de dosis baja de mifepristona seguida a las 48 horas por misoprostol vaginal para interrumpir embarazos de hasta 63 días). *Contraception* 2000; 61: 41–46.

En este ensayo prospectivo se comparó la eficacia, los efectos secundarios y la aceptabilidad de una dosis de 200 mg de mifepristona seguida a las 48 horas por 800 mcg de misoprostol vaginal en dos grupos de participantes: mujeres con embarazos ≤ 56 días y de 57-63 días, medidos a partir de la FUM. Cuando fue necesario, se administró una segunda dosis de misoprostol. De las 1137 participantes, 97% del grupo de embarazos ≤ 56 días y 96% del grupo de embarazos de 57-63 días presentaron un aborto completo; 91% de todas las participantes opinaron que el método es aceptable.

WHO Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. **Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: A randomised trial** (Ensayo aleatorizado para comparar dos dosis de mifepristona combinada con misoprostol para la interrupción temprana del embarazo). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 107; 524–530.

Para este ensayo controlado, aleatorizado y doble ciego, se inscribieron 1589 embarazadas con un retraso menstrual ≤ 35 días. Se asignó a las mujeres aleatoriamente para que recibieran una única dosis de mifepristona por vía oral de 200 ó 600 mg seguida a las 48 horas de una dosis de 400 mcg de misoprostol oral. Ambas dosis de mifepristona fueron de eficacia comparable: la tasa de abortos completos con la dosis menor de mifepristona fue de 89% y con la dosis más elevada fue de 88%. Se observó una relación inversa entre la probabilidad de registrar un aborto completo y la edad gestacional; la eficacia para embarazos >21 días de retraso menstrual se redujo significativamente ($P < 0.01$).

Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. **Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States** (Interrupción temprana del embarazo con mifepristona y misoprostol en los Estados Unidos). *New England Journal of Medicine* 1998; 338: 1241-1247.

Se inscribieron en el estudio 2015 mujeres con embarazos de 63 días de gestación o menos. Para la interrupción del embarazo se utilizó un esquema de 600 mg de mifepristona seguida a los dos días de 400 mcg de misoprostol oral. Las tasas de éxito en distintas edades gestacionales fueron: 92% (≤ 49 días desde la FUM), 83% (50-56 días), 77% (57-63 días) ($P < 0.001$). Se observó que el dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea y sangrado vaginal se incrementaron al aumentar la edad gestacional.

Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. **An effective regimen for early medical abortion: A report of 2000 cases** (Un esquema efectivo para la interrupción temprana del embarazo con medicamentos: Informe de 2000 casos). *Human Reproduction* 1998; 13(10): 2962-2965.

Participaron en el estudio 2000 mujeres para evaluar la eficacia de una dosis de 200 mg de mifepristona seguida de 800 mcg de misoprostol vaginal, administrado 36-48 horas después de la mifepristona, para la interrupción de embarazos de hasta 63 días medidos a partir de la FUM. La tasa de abortos completos fue 97.5%; 2% de las participantes registraron un aborto después de la administración de la mifepristona y no requirieron misoprostol. La mediana del intervalo entre la inducción y el aborto fue de 4.15 horas en los casos observados.

Aubeny E, Peyron R, Turpin CL, Renault M, Targosz V, Silvestre L, Ulmann A. **Termination of early pregnancy (up to and after 63 days of amenorrhea) with mifepristone (RU 486) and increasing doses of misoprostol** (Interrupción temprana del embarazo (de hasta 63 días de amenorrea o más) con mifepristona (RU 486) y dosis crecientes de misoprostol). *International Journal of Fertility and Menopause Studies* 1995; 40(Suppl 2): 85-91.

El estudio evaluó la eficacia de un esquema de aborto con medicamentos con la participación de 1108 mujeres con embarazos de hasta 63 días medidos desde la FUM. El primer día, las participantes recibieron 600 mg de mifepristona y al tercer día una dosis de 400 mcg de misoprostol por vía oral. Si no se observaba la expulsión de los productos de la concepción dentro de las primeras tres horas, se administraba una dosis adicional de 200 mcg de misoprostol y se monitoreaba a las pacientes durante dos horas más. La tasa de éxito global fue de 92.9%; la eficacia del tratamiento disminuía al avanzar la edad gestacional, en especial después de los 56 días de amenorrea.

Ulmann A, Silvestre L, Chemama L, Rezvani Y, Renault M, Aquillaume CJ, et al. **Medical termination of early pregnancy with mifepristone (RU 486) followed by a prostaglandin analogue** (Interrupción temprana del embarazo con mifepristona (RU 486) seguida de un análogo de prostaglandina). *Acta Obstet Gynecol Scan* 1992; 71: 278-283.

En el estudio se evaluaron los datos disponibles sobre 15 709 mujeres que deseaban interrumpir embarazos ≤ 49 días de gestación medidos desde la FUM. Las mujeres tomaron 600 mg de mifepristona y regresaron 36-48 horas más tarde para recibir uno de dos análogos de prostaglandina (AP) si la expulsión no se había presentado: 1 mg de gemeprost, administrado en forma de pesario vaginal, ó .025 mg de sulprostona por inyección intramuscular. Se registraron abortos completos en 95.3% de las mujeres y no se encontraron diferencias estadísticas respecto al tipo y dosis de AP utilizado.

ESQUEMAS DE MIFEPRISTONA PARA LA INTERRUPCIÓN DE EMBARAZOS DE ENTRE 9 Y 12 SEMANAS MEDIDAS A PARTIR DE LA FUM (A FINALES DEL PRIMER TRIMESTRE)

Hamoda H, Ashok PW, Flett GMM, Templeton A. **Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: A review of 1076 cases** (Aborto inducido con medicamentos a las 9-13 semanas de gestación: Reseña de 1076 casos). *Contraception* 2005; 71(5): 327-332.

Se llevó a cabo esta reseña retrospectiva de 1076 casos de interrupción de embarazos de 9 a 13 semanas de gestación para evaluar un esquema de 200 mg de mifepristona seguida por una o más dosis de misoprostol a las 36-48 horas después. Las mujeres recibieron una dosis inicial de 800 mcg de misoprostol vaginal o de 400 mcg de misoprostol sublingual. Cuando no se expulsaron los productos de la concepción, se administraron dosis adicionales de 400 mcg de misoprostol vaginal o sublingual, cada 3 horas de ser necesario, para un máximo de 5 dosis. La tasa global de éxito, es decir, de casos que no requirieron evacuación quirúrgica, fue 95.8%. Respecto a la tasa de evacuación quirúrgica, no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres que recibieron misoprostol sublingual o vaginal. El número medio de dosis de misoprostol requeridas para producir un aborto completo fue 2.31.

Ashok PW, Kidd A, Flett GMM, Fitzmaurice A, Graham W, Templeton A. **A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation** (Estudio comparativo aleatorizado de aborto con medicamentos y aspiración quirúrgica a las 10-13 semanas de gestación). *Human Reproduction* 2002; 17(1): 92-98.

Para este ensayo controlado, parcialmente aleatorizado, se reclutaron mujeres con embarazos de 10-13 semanas de amenorrea que solicitaban un aborto. Se inscribió a un total de 465 mujeres: 77

pidieron expresamente un aborto quirúrgico o uno con medicamentos y las 368 restantes fueron aleatorizadas para recibir uno de dos tratamientos. Las participantes del grupo de medicamentos recibieron 200 mg de mifepristona seguida a las 36-48 horas de 800 mcg de misoprostol vaginal. Cuando no se expulsaban los productos de la concepción, se administraban dos dosis de 400 mcg de misoprostol por vía oral o vaginal a intervalos de 3 horas (a las participantes que presentaron sangrado severo se les administró el misoprostol por vía oral). La evacuación quirúrgica se realizó mediante aspiración con anestesia general, precedida de una dosis de 800 mcg de misoprostol para maduración cervical administrada 3 horas antes del procedimiento. La tasa de éxito fue 94.6% para el grupo de aborto con medicamentos y 97.9% para evacuación quirúrgica. Los efectos secundarios fueron más elevados en el grupo de aborto con medicamentos.

ESQUEMAS DE MIFEPRISTONA PARA LA INTERRUPCIÓN DE EMBARAZOS DE SEGUNDO TRIMESTRE

Ho PC, Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Gómez Ponce de León R, Mittal S, Tang OS. **Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks** (Uso de misoprostol para la interrupción de un embarazo con feto vivo a las 13 a 26 semanas). *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 99:S178–S181.

Este artículo recomienda el uso de un esquema de sólo misoprostol para la interrupción del embarazo, con base en informes de publicación reciente. Para el periodo gestacional de 13 a 22 semanas, parece eficaz utilizar un esquema de 400 mcg de misoprostol vaginal cada 3 horas, para un máximo de 5 dosis; el esquema no produce complicaciones o efectos secundarios excesivos. Los datos existentes son inadecuados como para recomendar el uso de un esquema terapéutico para el periodo gestacional de 23 a 26 semanas, aunque se recomienda utilizar una dosis menor y menos frecuente.

Kapp N, Borgatta L, Stubblefield P, Vragovic O, Moreno N. **Mifepristone in second-trimester medical abortion: A randomized controlled trial** (Ensayo controlado y aleatorizado sobre el uso de mifepristona para inducir un aborto en el segundo trimestre). *Obstetrics and Gynecology* 2007; 110(6):1304-1310.

En este ensayo doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo se estudió el uso de mifepristona para la interrupción de embarazos de segundo trimestre, utilizando misoprostol después de administrar digoxina como agente feticida. Se reclutaron 64 mujeres con gestaciones de entre 18 y 23 semanas; 32 de ellas recibieron 200 mg de mifepristona y la otra mitad recibió un placebo. En ambos grupos se indujo la interrupción del embarazo al día siguiente con misoprostol bucal, utilizando una dosis inicial de 400 mcg seguida de dosis de 200 mcg repetidas cada 6 horas. En el grupo que recibió mifepristona, la mediana del tiempo del procedimiento fue de 10 horas (IC 95% 8-12), es decir, significativamente menor que la mediana de 18 horas (IC 95% 9-14) del grupo de placebo ($P < .01$). La dosis media de misoprostol requerida para un aborto completo también difirió significativamente entre los grupos: 925 ± 48 mcg en el grupo de mifepristona contra 1412 ± 101 mcg en el grupo de placebo ($P < .01$). Los efectos secundarios durante la inducción fueron similares entre los dos grupos.

Goh SE, Thong JT. **Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: A review of 386 consecutive cases** (Inducción del aborto en el segundo trimestre (12-20 semanas) con mifepristona y misoprostol: Revisión de 386 casos consecutivos). *Contraception* 2006; 73:516-519.

Éste es un análisis retrospectivo de 386 mujeres que se sometieron a la interrupción de embarazos de 12 a 24 semanas de gestación. Cada mujer recibió una dosis de 200 mg de mifepristona oral, seguida de una dosis de 800 mcg de misoprostol vaginal 36 a 48 horas después. Tres horas

después de la administración inicial del misoprostol, se administraron dosis de 400 mcg de misoprostol vaginal cada 3 horas, para un máximo de 4 dosis en 24 horas. En caso de no ocurrir el aborto, se administraba nuevamente una dosis de 200 mg de mifepristona 3 horas después de la última dosis de misoprostol, seguida de 12 horas de descanso antes de repetir la administración del misoprostol vaginal conforme al tratamiento arriba descrito. Los resultados revelaron que 97.9% y 99.5% de las mujeres abortaron dentro de las primeras 24 y 36 horas, respectivamente. La mediana del intervalo transcurrido entre la inducción y el aborto fue de 6.7 horas (rango 1.4 - 73.8h); en las nulíparas, se requirió un tiempo significativamente mayor para que ocurriera el aborto (7.6 horas) que en las multíparas (6.0 horas) ($p < 0.0001$). Las multíparas fueron menos propensas a requerir analgésicos para el manejo del dolor y a experimentar vómito y diarrea que las nulíparas.

Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GMM. **Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases** (Aborto con medicamentos en el segundo trimestre del embarazo: Reseña de 1002 casos consecutivos). *Contraception* 2004; 69(1): 51-58.

Con esta reseña se evaluó la eficacia y aceptabilidad de un esquema de interrupción de embarazos de 13-21 semanas. Las participantes recibieron 200 mg de mifepristona seguida a las 36-48 horas de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal. Tres horas después, recibieron varias dosis de 400 mcg de misoprostol administradas por vía oral, a intervalos de 3 horas, para un máximo de 4 dosis. De las 999 participantes que completaron el tratamiento, 97.1% abortaron con éxito con 5 dosis de misoprostol o menos o dentro de las primeras 15 horas después de la primera dosis administrada; el intervalo medio entre inducción y aborto fue de 6.25 horas (rango: 0-67.5 horas).

Tang OS, Thong KJ, Baird DT. **Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: A review of 956 cases** (Aborto con mifepristona y gemeprost en el segundo trimestre del embarazo: Reseña de 956 casos). *Contraception* 2001; 64: 29-32.

Se revisaron 956 casos de mujeres que se sometieron a la interrupción de embarazos de 12-24 semanas. El esquema utilizado fue de 200 mg de mifepristona seguida a las 36 horas de 1 mg de la prostaglandina gemeprost por vía vaginal, insertada cada 6 horas, para un máximo de 4 dosis en un periodo de 24 horas. Si el aborto no se registraba en las primeras 24 horas, se administraban dosis adicionales de 1 mg de gemeprost vaginal durante un periodo de 12 horas, con un máximo de 5 dosis. En general, 96.4% y 98.8% de las mujeres abortaron dentro de las primeras 24 y 36 horas, respectivamente. La mediana del intervalo entre la inducción y el aborto fue de 7.8 horas (rango: 0.5-109.9 horas).

Ho PC, Chan YF, Lau W. **Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: A randomized comparative trial** (Ensayo comparativo y aleatorizado para demostrar que el misoprostol y el gemeprost combinados con mifepristona son igualmente efectivos para inducir un aborto en el segundo trimestre del embarazo). *Contraception* 1996; 53: 281-283.

Este ensayo aleatorizado y prospectivo comparó la eficacia de misoprostol con gemeprost combinados con mifepristona, para inducir un aborto en el segundo trimestre del embarazo, entre las 14 y las 20 semanas de gestación. Las 50 participantes recibieron 200 mg de mifepristona 36-48 horas antes de la administración de las prostaglandinas. El Grupo 1 recibió 400 mcg de misoprostol oral, cada 3 horas, para un máximo de 5 dosis; el Grupo 2 recibió 1 mg de gemeprost vaginal, cada 6 horas, para un máximo de 4 dosis. En el Grupo 1, 92% de las mujeres abortaron dentro de las primeras 24 horas, comparado con 88% del Grupo 2. No se encontraron diferencias significativas en las medianas de los intervalos transcurridos entre la inducción y el aborto (8.7 horas en el Grupo 1 y 10.8 horas en el Grupo 2) ni en la incidencia de efectos secundarios.

FARMACOLOGÍA

Meckstroth K, Whitaker A, Bertisch S, Goldberg A, Darney P. **Misoprostol administered by epithelial routes: Drug absorption and uterine response** (Administración del misoprostol por vías epiteliales: Absorción del medicamento y respuesta uterina). *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108(3):582-590.

Se aleatorizaron 40 mujeres con 6 a 12 6/7 semanas de gestación para recibir una de cuatro dosis de 400 mcg de misoprostol administrado seco por vía vaginal, humedecido en solución salina por vía vaginal, por vía bucal o por vía rectal. Antes de la administración del misoprostol se insertó en las participantes un catéter de monitoreo de presión para registrar actividad y tono del útero. La presión uterina se registró durante 15 minutos por lo menos antes de administrar el misoprostol; después de administrarlo, personal que desconocía el grupo de tratamiento al que pertenecían las participantes midió y calculó la actividad y tono uterinos. Se tomaron muestras a los 15 y a los 30 minutos y después cada 30 minutos durante un periodo de 5 horas después de la administración del misoprostol. La actividad y tono uterinos después de la administración bucal y vaginal fueron similares, aunque la vía bucal produjo menores concentraciones séricas de misoprostol; por la vía rectal se alcanzó el pico de concentración sérica en menor tiempo, pero la actividad y el tono del útero fueron los menores de los cuatro grupos.

Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, Lee SWH, Ho PC. **Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol** (Farmacocinética de diferentes vías de administración del misoprostol). *Human Reproduction* 2002; 17(2):332-336.

Se estudiaron los parámetros de farmacocinética de cuatro vías de administración de una dosis única de 400 mcg de misoprostol. Se aleatorizaron 40 mujeres para someterse a evacuación uterina por succión que recibieron el medicamento por una de las siguientes vías: sublingual, oral, y vaginal con o sin la adición de tres gotas de agua. Se tomaron muestras de sangre venosa a distintos intervalos de tiempo, después de la administración del misoprostol. La vía sublingual alcanzó la mayor concentración sérica de ácido de misoprostol (574.8 +/- 250.7 pg/ml), misma que fue significativamente más elevada que las de los otros grupos [oral: 287.6 +/- 144.3 pg/ml (P < 0.01), vaginal: 125.2 +/- 53.8 pg/ml (P < 0.001), vaginal con agua: 162.8 +/- 57.1 pg/ml (P < 0.001)]. El tiempo requerido para alcanzar la concentración máxima fue similar en el grupo sublingual (26.0 +/- 11.5 minutos) y en el oral (27.5 +/- 14.8 minutos); dicho intervalo fue significativamente menor que los intervalos de los grupos vaginales.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL MISOPROSTOL

Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Friptu V, Bracken H, Winikoff B. **Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: A randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol** (Ensayo controlado y aleatorizado de esquemas de dos tabletas: una tableta de misoprostol oral o sublingual después de una de mifepristona para inducir el aborto en embarazos de hasta 63 días). *Contraception* 2009; 79:84-90.

Se aleatorizaron 479 mujeres con embarazos de hasta 63 días medidos a partir de la FUM para recibir 400 mcg de misoprostol sublingual u oral 24 horas después de recibir 200 mg de mifepristona. Se observó una elevada tasa de eficacia en ambos grupos, pero la efectividad de la vía sublingual fue significativamente mayor en general (98.7% sublingual, 94.0% oral, valor p=.006, RR: 1.05, IC 95%=1.01-1.09). Más aun, las 30 mujeres con gestaciones de entre 57 y 63 días del grupo sublingual abortaron con éxito, comparado con sólo 15 de las 18 mujeres con gestaciones similares del grupo oral (valor p=.04, RR: 1.20, IC 95%=0.98-1.48). El sangrado, el dolor y los

efectos secundarios fueron similares entre ambos grupos, con excepción de fiebre o escalofríos, cuya frecuencia fue significativamente mayor en el grupo sublingual (28.1% vs. 18.4%, valor $p=.01$, RR: 1.43, IC 95%=1.09-2.14). Se observó que los niveles de aceptabilidad y satisfacción fueron elevados en ambos grupos, aunque un número significativamente mayor de mujeres del grupo sublingual dijo que cambiaría de vía de administración en caso de requerir otro aborto (16.6% vs. 3.0%, valor $p<.000$, RR:5.43, IC 95%=2.48-11.89).

Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, Crowden WA, Goldberg AB, Gonzales J, Howe M, Moskowitz J, Prine L, Shannon CS. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial (Ensayo controlado y aleatorizado de dos vías distintas de administración oral de misoprostol en abortos inducidos con mifepristona). *Obstetrics and Gynecology* 2008; 112 (6):1303-1310.

Para este ensayo controlado y aleatorizado se reclutaron 966 mujeres con embarazos de hasta 63 días medidos a partir de la FUM. Las mujeres tomaron una dosis de 200 mg de mifepristona seguida de 800 mcg de misoprostol oral o bucal 24 a 36 horas después. La eficacia global fue significativamente mayor en el grupo de administración bucal (96.2% vs. 91.3%, $p=.003$) y en mujeres con embarazos de 57-63 días medidos a partir de la FUM (94.8% bucal vs. 85.1% oral, $p=.015$, RR 0.90). Los efectos adversos fueron similares en ambos grupos, pero la frecuencia de fiebre/escalofríos fue 10% mayor en el grupo de la vía bucal (41.4% vs. 33.3%, $p=.020$). Los niveles de satisfacción y aceptabilidad fueron muy altos en ambos grupos.

Gemzell-Danielsson K, Bygdeman M, Aronsson A. Studies on uterine contractility following mifepristone and various routes of misoprostol (Estudios sobre contractilidad uterina después del uso de mifepristona y misoprostol administrado por diversas vías). *Contraception* 2006; 74(1): 31-35.

La mifepristona o inhibidor del receptor de progesterona aumenta la contractilidad uterina y sensibiliza el miometrio a la prostaglandina. El efecto máximo se alcanza al administrar las prostaglandinas 36-48 horas después de la mifepristona. El análogo de prostaglandina recomendado para usarse con la mifepristona es el misoprostol. Administrado por vía oral, el misoprostol mejora el tono uterino sin contracciones periódicas, mientras que administrarlo por vía vaginal y sublingual produce un efecto más duradero en el miometrio y las subsiguientes contracciones periódicas.

Arvidsson C., Hellborg M., Gemzell-Danielsson K. Preference and acceptability of oral versus vaginal administration of misoprostol in medical abortion with mifepristone (Preferencia y aceptabilidad de la administración oral versus vaginal del misoprostol en abortos inducidos con mifepristona). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2005; 123:87-91.

Se aleatorizaron 97 mujeres para recibir misoprostol oral, $n=48$, o misoprostol vaginal, $n=49$. En el primer día del estudio, ambos grupos recibieron 600 mg de mifepristona. El tercer día, un grupo recibió 400 mcg de misoprostol oral y el otro 800 mcg de misoprostol vaginal. Aunque la vía oral aparentemente se asoció a una mayor tasa de efectos secundarios gastrointestinales, las mujeres de ambos grupos prefirieron esa vía de administración (76% del grupo oral y 48% del grupo vaginal). La disposición para tomar el misoprostol en casa también fue más alta en las mujeres del grupo oral.

Middleton T, Schaff E, Fielding SL, Scahill M, Shannon C, Westheimer E, Wilkinson T, Winikoff B. **Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period** (Ensayo aleatorizado sobre el aborto con mifepristona y misoprostol bucal o vaginal en los primeros 56 días después de la última menstruación). *Contraception* 2005; 72:328-332.

Este ensayo aleatorizado contó con la participación de 429 mujeres con embarazos de hasta 56 días medidos desde la FUM, para explorar dos vías de administración de misoprostol usado en combinación con 200 mg de mifepristona. Uno o dos días después de la administración de la mifepristona, se aleatorizó a las mujeres para que recibieran 800 mcg de misoprostol por vía bucal o vaginal. La tasa de eficacia fue 95% en el grupo bucal y 93% en el grupo vaginal ($\chi^2=0.43$, $p=.51$). El efecto secundario más común fue náusea. Las participantes de ambos grupos se sintieron muy satisfechas con el procedimiento en general y no se observaron diferencias en satisfacción entre el grupo bucal (92%) y el grupo vaginal (95%) ($\chi^2=1.87$, $p=.17$).

WHO Research Group on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. **WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion** (Estudio multinacional de la OMS sobre tres esquemas de misoprostol administrado después de la mifepristona para la interrupción temprana del embarazo). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003; 110:808-818.

Un total de 2219 mujeres con embarazos \leq 63 días de amenorrea participaron en un ensayo controlado, aleatorizado y doble ciego para comparar la eficacia de tres esquemas de misoprostol administrados después de una dosis de 200 mg de mifepristona para la interrupción del embarazo. Se aleatorizó a las mujeres para que recibieran uno de tres tratamientos 36-48 horas después de la administración de la mifepristona: 1) el grupo oral/oral (O/O) recibió 800 mcg de misoprostol oral y tabletas de placebo por vía vaginal; 2) el grupo vaginal/oral (V/O) y 3) el grupo sólo vaginal (V) recibieron 800 mcg de misoprostol vaginal y tabletas de placebo por vía oral. Los grupos O/O y V/O continuaron con 400 mcg de misoprostol oral, 2 veces al día, durante 7 días, empezando el día 4 del estudio, mientras que el grupo V recibió tabletas de placebo. La tasa bruta de aborto fue 92.3% en el grupo O/O, 93.5% en el grupo V y 94.7% en el grupo V/O. El riesgo de fracaso para las mujeres con embarazos \geq 57 días fue casi tres veces mayor en el grupo O/O y más de dos veces mayor en el grupo V.

Tang, OS, Xu J, Cheng L, Lee SWH, Ho PC. **Pilot study on the use of sublingual misoprostol with mifepristone in termination of first trimester pregnancy up to 9 weeks gestation** (Estudio piloto sobre el uso de misoprostol sublingual con mifepristona para inducir un aborto en el primer trimestre del embarazo, dentro de las primeras 9 semanas de gestación). *Human Reproduction* 2002; 17(7): 1738-1740.

En este estudio, 100 mujeres que solicitaban la interrupción de un embarazo de hasta 63 días medidos desde la FUM recibieron 200 mg de mifepristona oral seguida a las 48 horas de 800 mcg de misoprostol sublingual. La tasa de abortos completos fue 94% (IC 95%: 88-97%) y la mediana de duración de sangrado vaginal fue de 15 días. Los efectos secundarios más comunes fueron dolor en la parte inferior del abdomen (89%), fiebre (79%), diarrea (42%) y escalofríos (38%).

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DE LA MIFEPRISTONA Y LA DEL MISOPROSTOL

von Hertzen H, Piaggio G, Wojdyla D, Marions L, My Huong NT, Tang OS, et al. **Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomized factorial controlled equivalence trial** (Ensayo controlado y aleatorizado de equivalencia, de diseño factorial, de dos dosis de mifepristona y dos intervalos de administración de

misoprostol para la interrupción temprana del embarazo). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009; 116 (3):381-389.

Se aleatorizaron 2181 mujeres con embarazos de hasta 63 días medidos a partir de la FUM para someterse a una de cuatro combinaciones de intervalos y dosis (100mg ó 200mg de mifepristona, 24 ó 48 horas de intervalo entre la mifepristona y el misoprostol), usando la vía de administración oral para la mifepristona y la vaginal para el misoprostol. La eficacia de cualquiera de las dos dosis de mifepristona fue equivalente: las tasas de éxito fueron de 92.0% y 93.2% para el grupo de 100 mg y el de 200 mg, respectivamente (diferencia 1.2%, IC 95%: -1.0 a 3.5). Asimismo, no se encontraron diferencias en eficacia al comparar los grupos donde se administró el misoprostol a las 24 y a las 48 horas: 93.5% y 91.7%, respectivamente (diferencia -1.9, IC 95%: -4.0 a 0.5). El tiempo promedio transcurrido entre la administración del misoprostol y la expulsión resultó comparable entre los cuatro grupos y se presentó aproximadamente a las 4 horas. En los grupos de intervalo de 48 horas entre la administración de mifepristona y misoprostol, más mujeres reportaron síntomas relacionados con el embarazo que en los grupos de intervalo de 24 horas, pero las tasas de efectos secundarios después de la administración del misoprostol fueron similares en todos los grupos.

Creinin MD, Schreiber CA, Bednarek P, Lintu H, Wagner MS, Meyn LA, Medical Abortion at the Same Time Study Trial Group. **Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion** (Administración simultánea de mifepristona y misoprostol comparada con la administración de mifepristona seguida de misoprostol a las 24 horas para la inducción del aborto). *Obstetrics and Gynecology* 2007; 109(4):885-894.

Se administró una dosis de 200 mg de mifepristona a 1128 mujeres con gestaciones de hasta 63 días medidos a partir de la FUM y después se les aleatorizó para autoadministrarse misoprostol por vía intravaginal inmediatamente en el consultorio (grupo 1) o 24 horas más tarde en su hogar (grupo 2). A las mujeres que no habían abortado cuando acudieron a la visita de seguimiento 1 semana después del tratamiento inicial, se les ofreció una segunda dosis de misoprostol y regresaron para otra evaluación alrededor de 1 semana después. La tasa de abortos completos no difirió significativamente entre los grupos (grupo 1, IC 95.1%, 93-96.8%; grupo 2, 96.9%, IC 95% 95.1-98.2%) ($P=.003$). No hubo diferencias significativas en las tasas de aborto por edad gestacional. Los efectos secundarios fueron similares en los dos grupos, pero la frecuencia de náusea, diarrea y calores o escalofríos fue significativamente mayor en el grupo 1.

Chen AY, Mottle-Santiago J, Vragovic O, Wasserman S, Borgatta L. **Bleeding after medication-induced termination of pregnancy with two dosing schedules of mifepristone and misoprostol** (Sangrado derivado de la interrupción del embarazo inducida con dos esquemas de dosificación de mifepristona y misoprostol). *Contraception* 2006; 73:415-419.

Se inscribieron 1080 mujeres con embarazos de hasta 63 días de gestación en un ensayo aleatorizado de una dosis de 200 mg de mifepristona oral seguida de 800 mcg de misoprostol vaginal administrado conforme a uno de dos esquemas de dosificación. El grupo 1 se aleatorizó a un esquema de 6 a 8 horas y el grupo 2 a un esquema de 24 horas. Las participantes anotaron el sangrado observado diariamente durante un periodo de 5 semanas. La duración total del sangrado varió de 1 a 54 días (mediana: 7 días) y el sangrado ligero de 1 a 80 días (mediana: 5-6 días) en ambos grupos. No se encontró una asociación entre la duración del sangrado o la del sangrado ligero y el intervalo entre la administración de la mifepristona y el misoprostol, pero se encontró una correlación entre la duración del sangrado y la edad gestacional: a mayor edad gestacional, mayor duración del sangrado ($p=.007$) y del sangrado ligero ($p<.0001$); se encontró una asociación entre nuliparidad y mayor tiempo de sangrado ($p=0.003$).

Creinin MD, Fox MC, Teal S, Chen A, Schaff EA, Meyn LA. **A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion** (Estudio comparativo y aleatorizado sobre el uso del misoprostol a las 6-8 horas y a las 24 horas de administrada la mifepristona para inducir un aborto). *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103(5 Pt 1):851-859.

Se inscribieron a este ensayo aleatorizado 1080 mujeres con embarazos de hasta 63 días de gestación para evaluar la equivalencia entre 200 mg de mifepristona seguida a las 6-8 horas (Grupo 1) y a las 24 horas (Grupo 2) de 800 mcg de misoprostol vaginal para la interrupción del embarazo. A las participantes que no habían abortado a los 7 días del tratamiento inicial se les ofreció una segunda dosis de misoprostol. Las tasas de aborto completo para ambos grupos fueron estadísticamente equivalentes: la tasa de éxito en el Grupo 1 fue 95.8% (IC 95%: 93.7-97.3%) y en el Grupo 2 fue 98.1% (IC 95%: 96.6-99.1%). Respecto a los efectos secundarios, las participantes del Grupo 1 presentaron una cantidad significativamente menor que las del Grupo 2.

Creinin MD, Schwartz J, Pymar H, Fink W. **Efficacy of mifepristone followed on the same day by misoprostol for early termination of pregnancy: Report of a randomized trial** (Informe de un ensayo aleatorizado sobre la eficacia del uso de mifepristona seguida de misoprostol en el mismo día para la interrupción temprana del embarazo). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001; 108(5):469-473.

Para este ensayo aleatorizado se reclutaron 86 mujeres con embarazos de hasta 49 días para comparar dos esquemas de misoprostol administrados después de 600 mg de mifepristona. Las mujeres aleatorizadas al Grupo 1 tomaron 400 mcg de misoprostol por vía oral 6-8 horas después de la mifepristona. Las participantes del Grupo 2 lo tomaron 48 horas después de la mifepristona. Veinticuatro horas después de haber tomado el misoprostol, 50% de las mujeres del Grupo 1 (IC 95%: 35-65%) y 91% de las mujeres del Grupo 2 (IC 95%: 82-99%) presentaron un aborto completo. Al término del seguimiento de dos semanas, las tasas de éxito habían aumentado a 95% en el Grupo 1 y a 98% en el Grupo 2.

Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C, Ellertson C, Eisinger SH, Stadalius, LS, Fuller L. **Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial** (Ensayo aleatorizado sobre el uso de misoprostol vaginal administrado 1, 2 ó 3 días después de la mifepristona para la interrupción temprana del embarazo). *Journal of the American Medical Association* 2000; 284(15):1948-1953.

El objetivo de este ensayo prospectivo aleatorizado consistía en evaluar los resultados de 2255 embarazadas de hasta 56 días de gestación que se sometieron a un aborto con medicamentos de acuerdo al siguiente esquema: 200 mg de mifepristona seguida de 800 mcg de misoprostol vaginal autoadministrado 1, 2 ó 3 días después. Si no se registraba un aborto completo en la visita de seguimiento a los 8 días de haber tomado la mifepristona, se administraba una segunda dosis de misoprostol. Las tasas de aborto completo fueron 98% (IC 95%: 97-99%) en participantes que tomaron el misoprostol 1 día después, 98% (IC 95%: 97-99%) para quienes tomaron el misoprostol 2 días después y 96% (IC 95%: 95-97%) para quienes tomaron el misoprostol 3 días después. Los efectos secundarios más comunes fueron cólicos y náusea. Los reportes de efectos secundarios fueron similares en todos los grupos y más de 90% de las mujeres opinaron que el procedimiento era aceptable.

USO DEL MISOPROSTOL EN CASA

Bracken H, Gliozheni O, Kati K, Manoku N, Moisiu R, Shannon C, Tare V, Tasha I, Winikoff B. **Mifepristone medical abortion in Albania: Results from a pilot clinical research study** (Aborto

inducido con mifepristona en Albania: Resultados de un estudio piloto de investigación clínica). *European Society of Contraception* 2006;11(1):38-46.

En este estudio prospectivo se evaluó la aceptabilidad y viabilidad de introducir un esquema de 200 mg de mifepristona seguida de 400 mcg de misoprostol oral tomado en casa o en la clínica para la interrupción de embarazos en 409 mujeres con amenorrea de 8 semanas. Casi 97% de las mujeres interrumpieron con éxito su embarazo con el esquema simplificado. Casi todas las mujeres opinaron que el método era satisfactorio (49.4%) o muy satisfactorio (41.1%); 90% de las mujeres seleccionaron el protocolo para uso en casa.

Clark WH, Hassoun D, Gemzell-Danielsson K, Fiala C, Winikoff B. **Home use of two doses of misoprostol after mifepristone for medical abortion: A pilot study in Sweden and France** (Estudio piloto en Suecia y Francia sobre el uso en el hogar de dos dosis de misoprostol después de la administración de mifepristona para la inducción del aborto). *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2005; 10(3):184-191.

Se administró en la clínica una dosis de 600 mg de mifepristona oral a 130 mujeres (100 en Suecia y 30 en Francia) que se presentaron para solicitar un aborto de primer trimestre; se envió a las mujeres a su casa con dos dosis de misoprostol (de 400 mcg cada una), junto con instrucciones para tomar el medicamento a intervalos de 24 horas. Se pidió a las mujeres que anotaran diariamente los síntomas que experimentarían. La tasa de éxito y la de satisfacción fueron de 98%. La mayoría de las participantes experimentó efectos secundarios perceptibles después de cada dosis (97% tras la primera dosis y 94% después de la segunda). Todas las mujeres cumplieron con el esquema de uso en el hogar; tomaron el misoprostol dentro de las primeras 2 horas del tiempo prescrito y 98% no tuvieron problemas con el esquema.

Faucher P, Baunot N, Madelenat P. **The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital: A prospective study of 433 patients** (Estudio prospectivo de 433 pacientes sobre la eficacia y aceptabilidad del aborto con mifepristona y misoprostol administrado en el hogar, proporcionado por proveedores privados vinculados al hospital). *Gynécologie Obstétrique Fertilité* 2005; 33:220-227.

Se administró en la clínica una dosis de 600 mg de mifepristona oral a 433 mujeres que solicitaron un aborto con medicamentos para embarazos de hasta 7 semanas medidos a partir de la FUM y se les entregó una dosis de 400 mcg de misoprostol para que se lo administraran por vía vaginal en casa 48 horas después. La eficacia fue de 93.8% (318/339). El personal de planificación familiar recibió una llamada de 4.8% de las mujeres después de haber tomado la mifepristona y 5.7% recibieron una consulta de emergencia. Los datos de aceptabilidad para 25% de las participantes revelaron que 96% de esas mujeres opinaron que el procedimiento era aceptable.

Ngoc NTN, Nhan VQ, Blum J, Mai TTP, Durocher JM, Winikoff B. **Is home-based administration of prostaglandin safe and feasible for medical abortion? Results from a multi-site study in Vietnam** (¿La administración en casa de la prostaglandina es segura y viable para el aborto con medicamentos? Resultados de un estudio multicéntrico en Vietnam). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 111:814-819.

En este ensayo, 1601 mujeres con embarazos de menos de 56 días medidos desde la FUM recibieron 200 mg de mifepristona y se les ofreció la opción de tomar en casa o en la clínica 400 mcg de misoprostol oral 2 días después de la mifepristona. La tasa de abortos completos para 1395 mujeres fue 89.2%. Más de 90% de las participantes dijeron sentirse satisfechas con la experiencia. Una gran mayoría (88.9%) optó por tomar el misoprostol en casa; las principales razones para ello fueron que les pareció "más fácil, más sencillo y más rápido", que era más compatible con sus

labores profesionales/del hogar y que les daba mayor autonomía. Casi 75% de las mujeres que seleccionaron la administración en casa tomaron el misoprostol en presencia de sus parejas, familiares o amistades.

Harper C, Ellertson C, Winikoff B. Can American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? (¿Las mujeres estadounidenses pueden usar tabletas de mifepristona-misoprostol con menor supervisión médica sin correr peligro?) Contraception 2002; 65(2):133-142.

El estudio explora el papel que juega la supervisión clínica en el aborto con medicamentos. Se analizaron datos recopilados durante un ensayo clínico a gran escala sobre el aborto inducido con mifepristona y misoprostol en los Estados Unidos, que reclutó a 2121 mujeres con embarazos \leq 63 días desde la FUM. Las participantes recibieron 600 mg de mifepristona y tomaron a las 48 horas 400 mcg de misoprostol oral. La evidencia sugiere que la mayoría de las mujeres pueden encargarse por sí mismas, eficazmente y sin riesgos, de casi todas las etapas del proceso de aborto con medicamentos, en particular de la administración de los mismos. Las alternativas al actual protocolo podrían ofrecer mayor control, comodidad y conveniencia a menor costo. En los casos en que la participación de proveedores de salud pudiera resultar útil, se podría recurrir a personal de nivel medio pues en general posee las habilidades necesarias para ofrecer el método de manera segura. De esa forma, los médicos actuarían sólo en caso de complicaciones.

Elul B, Hajri S, Ngoc NTN, Ellertson C, Ben Slama C, Pearlman E, Winikoff B. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? (¿Las mujeres de países menos desarrollados pueden utilizar un esquema simplificado de aborto con medicamentos?) Lancet 2000; 357:1402-1405.

Para este estudio prospectivo se reclutaron 315 mujeres en Vietnam y Túnez con embarazos \leq 8 semanas medidas desde la FUM para la inducción de un aborto usando el siguiente esquema: 200 mg de mifepristona seguida a los dos días de 400 mcg de misoprostol oral administrado en el hogar o en la clínica, de acuerdo con la preferencia de las participantes. Las tasas de éxito fueron elevadas: 93% de las participantes de Vietnam y 91% de las participantes de Túnez presentaron un aborto completo. Aproximadamente 88% de las mujeres optaron por tomar el misoprostol en casa. La mayoría de las mujeres (~90%) de ambos países se sintieron satisfechas con el procedimiento, aunque las tasas de eficacia y satisfacción más altas se registraron entre quienes tomaron el misoprostol en casa.

Guengnant JP, Bangou J, Elul B, Ellertson C. Mifepristone-misoprostol medical abortion: Home administration of misoprostol in Guadeloupe (Aborto inducido con mifepristona y misoprostol: Administración del misoprostol en el hogar en Guadalupe). Contraception 1999; 60(3):167-172.

En este ensayo, 92 mujeres con amenorrea \leq 49 días que solicitaban la interrupción de su embarazo recibieron 600 mg de mifepristona bajo supervisión médica y 400 mcg de misoprostol oral para que lo tomaran en su casa a los 2 días. En la visita de seguimiento realizada a las dos semanas del inicio del tratamiento, 95.4% de las participantes presentaban un aborto completo. Las tasas de éxito y de eventos adversos fueron similares a las registradas en las participantes que tomaron ambos medicamentos en la clínica.

Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU 486) for abortion (Uso de misoprostol vaginal en el hogar después de la administración de mifepristona (RU 486) para inducir un aborto). Journal of Family Practice 1997; 44(4):353-360.

Se reclutaron para este ensayo prospectivo 166 mujeres con embarazos ≤ 8 semanas medidas a partir de la FUM que deseaban someterse a un aborto. Las participantes recibieron 600 mg de mifepristona y dos días después se autoadministraron 800 mcg de misoprostol vaginal en casa. La mayoría de las participantes (98%) registró un aborto completo con este esquema; sólo 6 de ellas requirieron una segunda dosis de misoprostol, misma que tomaron en la visita de seguimiento, a los 7 días de iniciado el tratamiento. En promedio, se observó sangrado a las 3.5 horas de tomar el misoprostol. La mayoría de las participantes (96%) se sintieron satisfechas con el procedimiento y 90% concordaron en que la administración del misoprostol en el hogar era aceptable.

USO DE ULTRASONIDO EN EL ABORTO CON MEDICAMENTOS

Clark W, Gold M, Grossman D, Winikoff B. **Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research** (¿Se puede simplificar el aborto inducido con mifepristona? Una revisión de la literatura y preguntas para investigación futura). *Contraception* 2007; 75:245-250

El artículo resume la evidencia existente en torno a la simplificación de la provisión del aborto con medicamentos. Los autores identificaron tres formas de reducir el número de visitas médicas al evitar el uso rutinario de ecografía. La primera consistía en sustituir el uso de ecografía por una combinación de los informes de las mujeres sobre su FUM con exámenes manuales de parte del personal médico; la segunda consistía en tomar el misoprostol en casa, y la tercera en usar medidas consecutivas del nivel sérico de hCG en vez de ultrasonido en el seguimiento para confirmar si el proceso de aborto había concluido. Asimismo, los autores sugieren cinco posibles simplificaciones que aún no se han ensayado clínicamente para reemplazar la ecografía: 1) autodeterminación del inicio del embarazo y uso de una lista de verificación de contraindicaciones; 2) uso de una lista de factores de riesgo para detectar embarazos ectópicos; 3) uso de pruebas de embarazo de baja sensibilidad; 4) educación de pacientes y autoadministración de pruebas de embarazo en casa, de baja sensibilidad, para identificar a las mujeres que requieren seguimiento después de un aborto con medicamentos, y 5) educación de pacientes para que puedan identificar un aborto incompleto que conlleve problemas clínicos reales.

Rossi B, Creinin MD, Meyn LA. **Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion** (Habilidad de la paciente y del proveedor de salud para predecir el resultado del aborto inducido con mifepristona y misoprostol). *Contraception* 2004; 70:313-317.

En este análisis se evaluó la habilidad de mujeres y proveedores de salud para predecir la expulsión de los productos de la concepción inducida con mifepristona y misoprostol en los primeros 63 días de gestación. Las participantes de un ensayo aleatorizado que comparaba el uso del misoprostol 6-8 horas y 23-25 horas después de administrar mifepristona acudieron a una visita de seguimiento aproximadamente 7 días después de tomar la mifepristona y tanto a ellas como a los proveedores de salud se les preguntó si creían que la expulsión del saco gestacional ya había ocurrido. Se realizó un ultrasonido vaginal para confirmar la expulsión, misma que ocurrió en 915/938 (98.3%) mujeres. En los casos en que tanto la paciente como su doctor opinaron que ya se había expulsado el saco gestacional (n=880 [94.5%, IC 95%: 92.9-95.9%]), se obtuvo confirmación positiva con ultrasonido en 99.1% (IC 95%: 98.2-99.6%) de los casos.

Cowett AA, Cohen LS, Lichtenberg ES, Stika CS. **Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy** (Evaluación endometrial con ultrasonido después de la interrupción de un embarazo con medicamentos). *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103(5 Pt 1):871-875.

Se revisaron las imágenes de los ultrasonidos de 525 mujeres que se habían sometido a un aborto con mifepristona y misoprostol para determinar los parámetros ecográficos asociados a la necesidad de practicar una intervención clínica después del aborto. El grosor endometrial se pudo medir en 437/525 casos; el grosor medio observado fue de 4.10 +/- 1.80 mm (rango: 0.67-13.4 mm). El grosor endometrial fue inversamente proporcional al número de días transcurridos desde el inicio del tratamiento hasta el momento de realizar el ultrasonido ($r = -0.22$; $P < .001$) y era mayor en las mujeres en quienes el procedimiento había fracasado que en quienes el aborto se había completado con éxito (6.15 +/- 1.95 mm [rango: 3.35-10.0 mm] versus 4.01 +/- 1.75 mm [rango: 0.67-13.4 mm], respectivamente; $P < .001$). Sin embargo, la elevada superposición de valores nulificó la utilidad clínica de la diferencia detectada.

Grossman D, Ellertson C, Grimes DA, Walker D. Routine follow-up visits after first-trimester induced abortion (Visitas rutinarias de seguimiento después de un aborto inducido en el primer trimestre del embarazo). *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103(4):738-745.

El artículo revisa evidencia relacionada con las visitas rutinarias de seguimiento postaborto. Con excepción de los casos de aborto con mifepristona realizado ≥ 50 días de gestación y de aborto con metotrexato, los autores encontraron poca evidencia de que en las visitas obligatorias de seguimiento se detecten padecimientos que las mujeres mismas no puedan aprender a reconocer. Asimismo, se ha observado que las complicaciones más severas registradas después de un aborto (infección y embarazo ectópico no detectado) transcurren en momentos que no coinciden con los tiempos en que usualmente se programan las visitas de seguimiento. Dados los costos asociados a dichas visitas, los autores concluyeron que en vez de las citas postaborto rutinarias, se deberían considerar otros métodos para monitorear la recuperación de las pacientes.

Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Verifying the effectiveness of medical abortion: Ultrasound versus hCG testing (Verificación de la efectividad del aborto con medicamentos: Ultrasonido versus pruebas de hCG). *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2003; 109:190-195.

En 217 mujeres con embarazos ≤ 49 días de gestación que solicitaban un aborto con medicamentos, se realizaron ultrasonidos y pruebas de hCG en suero antes del procedimiento y en el seguimiento. El tratamiento tuvo éxito en 98.2% de las mujeres. En las citas de seguimiento, su nivel de hCG había disminuido a un nivel medio equivalente al 3% (Desv. Est. 3) de los niveles iniciales y el endometrio presentaba un grosor medio de 10 mm (Desv. Est. 4). La determinación de hCG resultó ser un método confiable en 98.5% de los casos en que el aborto se había completado con éxito. En el caso del ultrasonido, la cifra correspondiente fue 89.8% en los casos en que se había confirmado la presencia de embarazo intrauterino antes del procedimiento, pero sólo 66% si se incluían todos los embarazos. Las conclusiones fueron que medir el nivel de hCG en suero antes del tratamiento y en el seguimiento es más efectivo que practicar un ultrasonido para confirmar el éxito de un aborto inducido con medicamentos en un embarazo temprano.

Fielding SL, Schaff EA, Nam N. Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days (Percepción de los proveedores sobre el uso de sonogramas en un aborto con mifepristona inducido dentro de los primeros 63 días de gestación). *Contraception* 2002; 66:27-31.

Este estudio prospectivo se realizó con 1016 mujeres que solicitaban un aborto con medicamentos. El objetivo era comparar el grado de precisión de un sonograma y el de la estimación de proveedores (experimentados en la realización de exámenes pélvicos y en determinar el inicio de un embarazo) para establecer la edad gestacional en la primera cita. Asimismo, se buscó identificar los factores que influyen en la percepción de proveedores para decidir si el sonograma es deseable o está indicado en la primera visita y en el seguimiento. Los proveedores calcularon correctamente

que la edad gestacional no era mayor de 63 días en 87% de los casos y obtuvieron un valor incorrecto, menor al real, en sólo 1% de los casos. En 29% de las mujeres que todavía presentaban saco gestacional después del tratamiento, los proveedores erróneamente decidieron que la sonografía no estaba indicada. Los proveedores participantes sintieron confianza de no recurrir a la sonografía en la mayoría de los casos. El monitoreo de los niveles de hGC para identificar un embarazo ectópico o no interrumpido puede reducir la necesidad de realizar sonogramas como parte de la provisión de servicios de aborto con medicamentos.

MANEJO DEL DOLOR EN ABORTOS INDUCIDOS CON MIFEPRISTONA

Hamoda H, Ashok PW, Flett GMM, Templeton A. Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion under 22 weeks of gestation

(Necesidad y predictores del uso de analgesia en mujeres que reciben un aborto con medicamentos antes de las 22 semanas de gestación). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 111(9):996-1000.

En este estudio retrospectivo sobre 4343 mujeres que se sometieron a un aborto con medicamentos para embarazos ≤ 22 semanas de gestación se evaluó la necesidad y predictores del uso de analgesia. Se utilizó un esquema de 200 mg de mifepristona seguida a las 36-48 horas de una de dos dosis de misoprostol: 800 mcg vaginal ó 600 mcg sublingual; se administraron dosis adicionales de misoprostol conforme fue necesario. Setenta y dos por ciento de las mujeres necesitaron analgesia; de ellas, 97% usó analgesia oral, 2.4% sedantes y 0.3% recibió diclofenaco de sodio por vía rectal. No se observaron diferencias significativas en el uso de analgesia cuando se administró el misoprostol por vía vaginal o sublingual. La necesidad de analgesia fue significativamente mayor entre las mujeres más jóvenes, en las gestaciones más avanzadas y cuando se usaron más dosis de misoprostol. La probabilidad de uso de analgesia fue significativamente menor en mujeres no nulíparas.

Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone

induced abortion (Momento de aparición de dolor y sangrado después de un aborto inducido con mifepristona). *Contraception* 2000; 62:305-309.

En este estudio se evaluó la aparición de cólicos y sangrado en 2302 mujeres que recibieron 200 mg de mifepristona y después se autoadministraron 800 mcg de misoprostol vaginal a las 24, 48 ó 72 horas. Las mujeres documentaron en una bitácora los síntomas que se presentaron después del tratamiento y hasta el seguimiento; el seguimiento se llevó a cabo 3-8 días más tarde. En todos los grupos, 11% de las participantes presentaron cólicos y 21% experimentaron sangrado antes de tomar el misoprostol. Cuanto más esperaban las mujeres para tomar el misoprostol, mayor era la probabilidad de que experimentaran cólicos y/o sangrado. En las 12 horas siguientes a la administración del misoprostol, los cólicos y los patrones de sangrado fueron similares en los tres grupos.

Westhoff C, Dasmahapatra R, Winikoff B, Clarke S, The Mifepristone Clinical Trials Group.

Predictors of analgesia use during supervised medical abortion (Predictores de uso de analgesia durante un aborto con medicamentos supervisado). *Contraception* 2000; 61(3): 225-229.

En este análisis se identificaron los predictores del uso de analgésicos narcóticos en mujeres sometidas a un aborto inducido con 600 mg de mifepristona seguida a los dos días de 400 mcg de misoprostol por vía oral. El personal médico proporcionó analgésicos (en general, acetaminofén con codeína) a las participantes que los solicitaban. De las 2121 participantes, 27% usó analgésicos narcóticos. El principal determinante fue el centro de estudio; las mujeres que recibieron tratamiento en hospitales universitarios tenían mayores probabilidades de recibir analgésicos narcóticos que las

tratadas en clínicas independientes o de Planned Parenthood ($p < 0.001$). El riesgo relativo inherente al uso de analgésicos narcóticos aumentaba con la edad gestacional y disminuía en mujeres no nulíparas y al aumentar la edad de las mismas.

ASPECTOS DE SEGURIDAD

Fjerstad M, Trussell J, Sivin I, Lichtenberg ES, Cullins V. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion (Tasas de infección grave después de cambios en los esquemas de aborto con medicamentos). *New England Journal of Medicine* 2009; 361(2):145-151.

De 2001 a marzo de 2006, las clínicas de Planned Parenthood (PP) de los Estados Unidos utilizaron principalmente un esquema de misoprostol vaginal para la inducción del aborto con medicamentos. A principios de 2006, PP decidió cambiar a la vía de administración bucal y estableció el requerimiento de proporcionar antibióticos rutinariamente o hacer estudios de manera universal para la detección y tratamiento de Chlamydia; en julio de 2007, PP empezó a requerir la inclusión de un tratamiento rutinario con antibióticos en todo aborto con medicamentos. En un análisis retrospectivo, se valoraron las tasas de infección grave subsecuentes al aborto con medicamentos durante periodos correspondientes a los cambios en la práctica del procedimiento y se encontró que la tasa de infección grave cayó significativamente tras el cambio conjunto a misoprostol bucal y a (a) la realización de pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual o (b) la provisión rutinaria de antibióticos. La tasa se redujo 73%, de 0.93 a 0.25 por cada 1000 abortos (disminución absoluta: 0.67 por cada 1000 abortos; IC 95%: 0.44 a 0.94; $p < 0.001$). El cambio subsiguiente para implantar la provisión de antibióticos de manera rutinaria produjo otra disminución significativa en la tasa de infección grave a 0.06 por cada 1000 abortos (RAR: 0.19 por cada 1000 abortos; IC 95%, 0.02 a 0.34; $p = 0.03$). NNT= 1,193. No se pudieron sacar conclusiones sobre el riesgo de mortalidad por el reducido número de muertes ocurridas (1 deceso en 243 692 abortos con medicamentos).

Davey A. Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: Contraindications for use, reasons and rationale (Uso de mifepristona y una prostaglandina para la interrupción del embarazo: Contraindicaciones, razones y fundamento). *Contraception* 2006; 74:16-20.

El resumen de contraindicaciones que viene en el empaque de la mifepristona difiere de un país a otro y dichas diferencias pueden ser reflejo del dinámico ambiente de emergentes evidencias científicas, así como de experiencias, lineamientos y procesos regulatorios a nivel local. Existen relativamente pocas contraindicaciones absolutas para los esquemas autorizados de interrupción temprana del embarazo con mifepristona y una prostaglandina. En el artículo se describen y explican las diferencias encontradas en los empaques de dos presentaciones de mifepristona.

Winikoff B. Clostridium sordellii infection in medical abortion (Infección por Clostridium sordellii en aborto con medicamentos). *Clinical Infectious Diseases* 2006; 43:1447-1478.

Este editorial se centra en las muertes ocurridas recientemente en los Estados Unidos por la aparición poco frecuente de la bacteria Clostridium sordellii en mujeres que se sometieron a un aborto con mifepristona. Se detallan seis teorías que se han postulado para entender la causalidad y prevención de la infección. La autora examina la plausibilidad de cada teoría y concluye que no se ha establecido ningún vínculo definitivo entre abortos inducidos con medicamentos y las muertes y que todavía hay mucho que aprender sobre este inusual y complejo fenómeno.

Fischer M, Bhatnagar J, Guarner J, Reagan S, Hacker JK, Van Meter SH, Poukens V, Whiteman D, Iton A, Cheung M, Dassey DE, Shieh W Zaki SR. **Fatal toxic shock syndrome associated with Clostridium sordellii after medical abortion** (Síndrome de shock tóxico mortal asociado a Clostridium sordellii después de un aborto con medicamentos). New England Journal of Medicine 2005; 353(22): 2352-2360.

El Clostridium sordellii es un bacilo anaeróbico gram positivo que ocasiona infección en el tracto genital femenino y el síndrome de shock tóxico mortal. En este informe se describen cuatro muertes resultado de endometritis y síndrome de shock tóxico asociado a C. sordellii, que se registraron dentro de la primera semana de haber inducido un aborto con 200 mg de mifepristona seguida de 800 mcg de misoprostol vaginal. Entre los hallazgos clínicos se encuentran taquicardia, hipotensión, edema, hemoconcentración, leucocitosis profunda y ausencia de fiebre. Por tanto, el personal médico debe conocer dicho síndrome y se debe llevar a cabo mayor investigación sobre su asociación al aborto inducido con medicamentos.

Henderson JT, Hwang AC, Harper CC, Steward FH. **Safety of mifepristone abortions in clinical use** (Perfil de seguridad del uso clínico del aborto con mifepristona). Contraception 2005; 72(3):175-178.

Se utilizaron datos sobre 95 163 mujeres que recibieron un aborto con medicamentos de parte de la Federación Estadounidense de Planificación Familiar (PPFA, por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos para evaluar el perfil de seguridad del uso clínico rutinario del aborto con mifepristona. El esquema utilizado para interrumpir embarazos de hasta 63 días medidos desde la FUM fue 200 mg de mifepristona administrada en la clínica, seguida de 800 mcg de misoprostol vaginal autoadministrado en el hogar 24-72 horas después de la mifepristona, dependiendo de la edad gestacional. Los resultados generales muestran que 2.2 de cada 1000 mujeres (IC 95%: 1.9-2.5) experimentaron una complicación, siendo el sangrado severo la más común (1.3 por cada 1000; IC 95%: 1.0-1.5). Pocas mujeres que experimentaron sangrado requirieron transfusión (0.5 por cada 1000; IC 95%: 0.4-0.7). Se registraron infecciones localizadas (endometritis o endometriosis) que requirieron antibióticos por vía intravenosa en 0.2 de 1000 abortos con mifepristona (IC 95%: 0.1-0.3). En general, el perfil de seguridad del uso de la mifepristona para inducir un aborto es elevado; las complicaciones que requieren atención hospitalaria son poco frecuentes.

Honkanen H, Piaggio G, von Hertzen H, et al. WHO Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. **WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: Side effects and women's perceptions** (Estudio multinacional de la OMS de tres esquemas de misoprostol administrado después de la mifepristona para inducir un aborto en las primeras semanas del embarazo. II: Efectos secundarios y percepciones de las mujeres). British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2004; 111:715-725.

Un total de 2219 mujeres con embarazos \leq 63 días de amenorrea participaron en un ensayo controlado, aleatorizado y doble ciego que buscaba comparar la eficacia de tres esquemas de misoprostol administrado después de 200 mg de mifepristona para la interrupción del embarazo. Las mujeres se aleatorizaron a uno de tres grupos de tratamiento a las 36-48 horas de la administración de la mifepristona: 1) el grupo oral/oral (O/O) recibió 800 mcg de misoprostol oral y tabletas de placebo por vía vaginal; 2) el grupo vaginal/oral (V/O) y 3) el grupo sólo vaginal (V) recibieron 800 mcg de misoprostol vaginal y tabletas de placebo por vía oral. Los grupos O/O y V/O continuaron con 400 mcg de misoprostol oral, 2 veces al día, durante 7 días, empezando el día 4 del estudio, mientras que el grupo V recibió tabletas de placebo.

Comparado con el misoprostol vaginal, el uso de misoprostol oral se asocia a una mayor frecuencia de náusea, vómito y diarrea. La frecuencia de fiebre después de la administración del misoprostol

fue similar en todos los grupos (5% a las dos horas de la administración oral y hasta 6% a las tres horas de la administración vaginal). Se observó que el dolor en la parte inferior del abdomen era similar con los tres esquemas, con un valor máximo de 72% a las dos horas de la administración oral y 73-75% con misoprostol vaginal. Cuando se sigue usando misoprostol durante una semana, se triplica la incidencia de diarrea: de 9% a 26-27%.

Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: A review of the literature (Reseña de la literatura sobre la incidencia de infección después de un aborto con medicamentos). *Contraception* 2004; 70(3):183-190.

Para esta reseña sistemática de datos sobre complicaciones infecciosas de abortos con medicamentos, inducidos dentro de las primeras 26 semanas de gestación, se evaluaron 64 estudios publicados antes de 2003. La frecuencia de infección diagnosticada y/o tratada después de un aborto con medicamentos fue muy baja (0.92%, N=46421) y variaba de un esquema a otro. Dicha frecuencia es inferior a la registrada después de un aborto quirúrgico o de un parto. Las infecciones se reportaron después del tratamiento y su rango fue de 0% a 6.11% entre los estudios evaluados. La infección postaborto más común fue endometritis (49%, 210/429), seguida de "infección del tracto genital" no definida (37%, 159/429).

Hausknecht, R. Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States (Uso de mifepristona y misoprostol para inducir un aborto en las primeras semanas de gestación: 18 meses de experiencia en los Estados Unidos). *Contraception* 2003; 67:463-65.

En esta reseña se detallan los eventos adversos reportados al distribuidor estadounidense de mifepristona y a la Agencia de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) durante los primeros 18 meses de la aprobación de la mifepristona. Se reportaron 139 eventos de entre aproximadamente 80 000 mujeres tratadas con mifepristona para inducir un aborto. De ellas, 13 tuvieron que recibir una transfusión sanguínea, 10 fueron tratadas con antibióticos por presentar infección y 6 experimentaron una reacción alérgica generalizada. Se registraron 5 embarazos ectópicos; uno de ellos ocasionó la muerte de la paciente, pero el deceso no se asoció al procedimiento de aborto. En 50 mujeres, el embarazo siguió en curso; 48 de ellas se sometieron a legrado por succión y 2 decidieron continuar con su embarazo. A 39 mujeres se les practicó legrado por succión por presentar sangrado vaginal severo o prolongado.

ACEPTABILIDAD PARA MUJERES Y PROVEEDORES

Teal SB, Dempsey-Fanning A, Westhoff C. Predictors of acceptability of medication abortion (Predictores de aceptabilidad del aborto con medicamentos). *Contraception* 2007; 75(3):224-229.

Se reclutaron 1080 mujeres que solicitaban la interrupción de embarazos de hasta 63 días de gestación en un estudio aleatorizado y multicéntrico que buscaba comparar el uso de mifepristona seguida de misoprostol a las 6-8 horas o a las 24 horas. Se anotaron las expectativas en cuanto a sangrado y dolor y se les comparó con las respuestas obtenidas después del procedimiento. No se encontraron diferencias significativas en los grupos aleatorizados en cuanto a dolor o sangrado esperado versus experimentado. Sin embargo, se asociaron independientemente la nuliparidad y la mayor edad gestacional con la presencia de dolor mayor a lo esperado; la edad gestacional se asoció a mayor sangrado de lo esperado. Aunque 89.7% de las participantes volvería a elegir un aborto con medicamentos, sólo 58% consideró que la experiencia había sido positiva. Los predictores significativos para no volver a elegir un aborto con medicamentos fueron el fracaso del procedimiento y mayor dolor y sangrado de lo esperado.

Blum J, Hajri S, Chélli H, Ben Mansour F, Gueddana N, Winikoff B. **The medical abortion experiences of married and unmarried women in Tunis, Tunisia** (Experiencias de mujeres casadas y no casadas en torno al aborto con medicamentos en la ciudad de Túnez). *Contraception* 2004; 69:63-69.

El estudio explora las dimensiones sociales del aborto en Túnez y presenta evidencia que apoya la provisión del aborto con medicamentos a poblaciones especiales, como adolescentes y mujeres no casadas. A 222 mujeres (no casadas: n=101; casadas: n=121) con embarazos \leq 56 días se les administró 200 mg de mifepristona seguida de 400 mcg de misoprostol oral administrado a los 2 días en el hogar o en la clínica, según lo prefiriera la mujer. La mayoría de las no casadas (94.8%) y de las casadas (94.1%) registraron abortos completos. Ambos grupos mostraron una marcada preferencia por la administración del misoprostol en el hogar (no casadas: 73.3%; casadas: 80.2%). Las principales razones aducidas para dicha preferencia fueron el alto costo del transporte a la clínica (32.7%), mayor confidencialidad (26.3%) y conveniencia / facilidad de administración (12.8%). Más del 90% de las mujeres de ambos grupos se sintieron satisfechas con el método.

Winikoff B, Ellertson C, Elul B, Sivin I. **Acceptability and feasibility of early pregnancy termination by mifepristone-misoprostol** (Aceptabilidad y viabilidad de la interrupción temprana del embarazo con mifepristona y misoprostol). *Archives of Family Medicine*. 1998; 7:360–366.

Este estudio prospectivo explora el grado de aceptabilidad del aborto con medicamentos entre mujeres y proveedores en los Estados Unidos. En el estudio participaron 2121 mujeres que se habían sometido a un aborto con 600 mg de mifepristona seguida a los 2 días de 400 mcg de misoprostol oral para interrumpir un embarazo de hasta 63 días. Casi todas ellas (95.7%) recomendarían el procedimiento, 91.2% lo elegiría una vez más y 87.6% opinó que era muy o moderadamente satisfactorio. Incluso entre las mujeres en las que falló el método, 69.6% lo utilizaría otra vez, 84.9% lo recomendaría y 51.9% opinó que era muy o moderadamente satisfactorio. La posibilidad de evitar someterse a un procedimiento quirúrgico fue una de las características más apreciadas del método; las peores características más citadas por las participantes fueron la incertidumbre y el temor a los efectos secundarios. La mayoría de las mujeres y de los proveedores consideraron que la administración del misoprostol en el hogar era viable y segura.

Winikoff B, Sivin I, Coyaji KJ, Cabezas E, Bilian X, Sujuan G, Ming-kun D, Krishna UR, Eschen A, Ellertson C. **The acceptability of medical abortion in China, Cuba and India** (Aceptabilidad del aborto con medicamentos en China, Cuba y la India). *International Family Planning Perspectives* 1997; 23:73–78.

En este estudio comparativo de aceptabilidad del aborto quirúrgico y del aborto con medicamentos realizado con mujeres de tres países, se demostró que el aborto con medicamentos produce un elevado nivel de satisfacción. Las razones más comunes expresadas por las mujeres para elegir el aborto con medicamentos fueron el deseo de evitar la cirugía y la anestesia general. Las razones más comunes para elegir el aborto quirúrgico fueron rapidez, simplicidad y efectividad. Quienes optaron por el aborto con medicamentos reportaron mayor frecuencia de efectos secundarios, aunque la mayoría de las mujeres de todos los centros de estudio se sintieron satisfechas o muy satisfechas con la experiencia independientemente del método elegido (aborto con medicamentos: 84-95%; aborto quirúrgico: 94-100%).

Actualizado 1-dic-09