

ABORTO CON MEDICAMENTOS POR TELESALUD: BIBLIOGRAFÍA ANOTADA

INTRODUCCIÓN

Esta bibliografía ha sido seleccionada para brindar evidencia científica sobre la seguridad y efectividad del uso de la telemedicina para la prestación de servicios de salud a distancia. Adicionalmente, compartimos experiencias sobre la incorporación de este enfoque emergente en la prestación de servicios. A nivel internacional, estas experiencias se enfocan al uso de la telemedicina para la prestación de servicios de aborto con medicamentos y en el caso de México, mostramos un ejemplo del impacto que ha tenido su creciente incorporación en los servicios públicos de salud.

El objetivo es dar a conocer los beneficios de la telesalud para mejorar el acceso a servicios de salud en general y particularmente a servicios de aborto, especialmente en contextos restringidos y en aquéllos en los que las mujeres tienen dificultades de traslado a una consulta presencial.

TELEMEDICINA EN SERVICIOS DE SALUD

Barney, A., Buckelew, S., Mesheriakova, V., Raymond-Flesch, M.

La pandemia COVID-19 y la rápida implementación de la telemedicina para la atención de adolescentes y adultos jóvenes: Retos y oportunidades para innovación.

The COVID-19 Pandemic and Rapid Implementation of Adolescent and Young Adult Telemedicine: Challenges and Opportunities for Innovation. [Journal of Adolescent Health](#). Agosto 2020; 67: 164-171.

La pandemia COVID-19 está dando lugar a una amplia aplicación de la telemedicina en la atención de la salud. Aun cuando este abordaje parece ser factible y aceptable, persisten preguntas sin respuesta en algunos aspectos como la confidencialidad, la incorporación de nuevas tecnologías, la calidad de la atención y el manejo de las disparidades existentes en salud entre la población atendida. Este estudio describe la rápida implementación de la telemedicina como respuesta a la pandemia en una clínica de un centro médico académico urbano, que presta servicios a adolescentes y adultos jóvenes. La clínica ofrece una atención interdisciplinaria que incluye: atención primaria; atención de condiciones médicas complejas; manejo de desórdenes de atención, emocionales y alimenticios, así como salud sexual y reproductiva y tratamiento de adicciones. Se atienden 4,195 consultas al año.

Durante el periodo observado, las consultas de telemedicina aumentaron de cero a 97% en un mes. Aunque hubo limitaciones en la capacidad de la clínica para realizar consultas de supervisión, muchos servicios pudieron implementarse a través de la telemedicina.

Los autores señalan como una barrera importante la falta de guías de práctica específicas para telemedicina en la atención de la población adolescente y las observaciones realizadas durante el estudio resaltan los desafíos encontrados, sugiriendo a la vez soluciones para algunos de ellos. Esta investigación pone de relieve que, aun cuando la telemedicina tiene un gran potencial en la atención de la salud, los retos que plantea su implementación tienen también implicaciones sobre su uso futuro más allá de la pandemia actual.

DeNicola, N., Grossman, D., Marko, K., Sonalkar, S., Butler Tobah, Y.S., Ganju, N., Witkop, C.T., Henderson, J.T., Butler, J.L., Lowery, C.

Intervenciones de telesalud para mejorar los resultados de salud en Ginecología y Obstetricia: Una revisión sistemática.

Telehealth Interventions to Improve Obstetric and Gynecologic Health Outcomes: A Systematic Review. [Obstetrics and Gynecology](#). Febrero 2020; 135(2): 371-382.

El uso de la tecnología para la prestación de atención médica se ha incrementado con la proliferación de aplicaciones para dispositivos portátiles y el aumento en la disponibilidad de éstos. Establecer prácticas basadas en evidencia para esta dimensión emergente de la atención médica es importante para disminuir riesgos y costos potenciales, que podrían asociarse con una rápida adopción, insuficientemente probada, de nuevas tecnologías; así como para eliminar barreras a la adopción de avances tecnológicos claramente beneficiosos. En esta revisión sistemática de 47 resúmenes publicados, se busca evaluar la evidencia sobre la eficacia comparativa de la telesalud, ya sea como una alternativa o como complemento de la atención en salud reproductiva habitual, enfocándose en la atención ginecobstétrica, tanto para servicios de salud primaria como especializados.

La revisión encontró que las intervenciones de telesalud mejoraron los resultados obstétricos en tabaquismo y lactancia materna. La prestación de servicios de aborto con medicamentos por telesalud produjo resultados clínicos similares en comparación con la atención presencial y mejoró el acceso a estos servicios. Pocos estudios sugirieron utilidad de la telesalud para mejorar la notificación de resultados de pruebas de infección de transmisión sexual, así como su utilidad en el uso de intervenciones basadas en aplicaciones para mejorar los síntomas de incontinencia.

Aunque el advenimiento de los avances tecnológicos ha creado una oportunidad para la integración de la telesalud en la práctica, poco se sabe de los daños potenciales de estas intervenciones. Es necesario realizar más estudios para examinar estas intervenciones y otras, con el fin de generar evidencia que pueda informar las decisiones sobre la implementación de las nuevas tecnologías de telesalud en la práctica ginecobstétrica.

Nanda, K., Lebetkin, E., Steiner, M.J., Yacobson, I., Dorflinger, L.J.

Anticoncepción en la era del COVID-19.

Contraception in the Era of COVID-19. [Global Health: Science and Practice](#). Abril 2020; 8(2).

A medida que el mundo se enfrenta a la nueva pandemia COVID-19, la comunidad de salud pública debe seguir proporcionando orientación y apoyo para garantizar que todas las mujeres, hombres y adolescentes tengan acceso a servicios anticonceptivos y a anticonceptivos seguros y asequibles. Cuando las consultas en persona son limitadas, los prestadores de atención médica deben adaptar la forma en que se prestan los servicios anticonceptivos mediante el uso de la telesalud para aspectos como consejería, toma de decisiones compartidas y el manejo de efectos secundarios. Deben también hacerse ajustes en la provisión de métodos anticonceptivos para garantizar el acceso.

Este artículo proporciona una guía de cómo la telesalud puede ayudar a seguir proporcionando los servicios de anticoncepción durante la crisis actual y las adaptaciones inevitables que deben realizarse para garantizar al mismo tiempo la calidad y el acceso a los servicios.

Las recomendaciones del artículo representan una base que los países pueden adaptar al contexto y políticas locales y a la etapa de la epidemia en cada país.

[Organización Panamericana de la Salud.](#)

Definición de indicadores para proyectos de telemedicina como herramienta para la reducción de las inequidades en salud. Documento de análisis y resultados de una comunidad de prácticas. 2016.

La telemedicina, como proyecto de salud, representa una gran posibilidad para mejorar la prestación de servicios. La telemedicina es definida aquí como “la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnología de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica”.

En este informe se documentan y analizan discusiones, retos, recomendaciones y consideraciones sobre diversos temas asociados a la evaluación de proyectos de telemedicina. Se recomienda que el modelo de evaluación considere el demostrar, sobre todo, la igualdad de condiciones ante la otra alternativa: la modalidad presencial.

Se proponen indicadores de eficacia, calidad y eficiencia, y la incorporación de indicadores de evaluación, como: el incremento de teleconsulta otorgada, ahorro generado para las usuarias, el tiempo que toma una teleconsulta, el tiempo de espera, entre otros.

Prados Castillejo, J.A.

Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. [Atención Primaria.](#) Marzo 2013; 45(3): 129-132.

Las aplicaciones de la telemedicina son múltiples, principalmente en: procesos asistenciales, apoyo a la continuidad asistencial, información a usuarios y formación de profesionales. Las ventajas de este abordaje incluyen: la reducción de las desigualdades por accesibilidad, diagnósticos y tratamientos más rápidos, se evitan traslados, la familia está más cerca, mayor participación en el proceso de salud. No obstante, su implementación trae consigo algunas desventajas: la responsabilidad del profesional se difumina, falta de formación en el uso de nuevas tecnologías, requiere cambios en la relación con los pacientes y en la toma de decisiones, requiere de recursos específicos, entre otras.

Existe un gran futuro para el desarrollo de la telemedicina en distintos ámbitos, y en concreto en la medicina de familia, donde adquiere el principal sentido para el que se creó: favorecer la equidad, promoviendo la accesibilidad de servicios de salud para todas las personas, sea cual sea su lugar de residencia, recursos o realidad, así como facilitar el trabajo de los profesionales en el campo asistencial y también en el de la educación sanitaria y la prevención. La telemedicina está todavía lejos de aprovechar todo su potencial en atención primaria.

Estudio de Caso – Estados Unidos

Smith, W.R., Atala, A.J., Terlecki, R.P., Kelly, E.E., Matthews, C.A.

Guía de implementación para una rápida integración de un programa de telemedicina ambulatorio durante la pandemia COVID-19.

Implementation Guide for Rapid Integration of an Outpatient Telemedicine Program During the COVID-19 Pandemic. [Journal of the American College of Surgeons.](#) Abril 2020; 231(2): 216-222.

Hasta hace poco, la telemedicina era vista como una oportunidad para ampliar el acceso a la atención en salud de poblaciones rurales y desatendidas, pero en los últimos meses se ha adoptado con urgencia como un medio más seguro para proporcionar atención médica durante la pandemia COVID-19. Además de reducir el riesgo potencial de transmisión de enfermedades infecciosas, las consultas de telemedicina han logrado resultados sanitarios similares en comparación con las consultas presenciales, de acuerdo con varios estudios de atención primaria, y tienen beneficios adicionales de reducción de costos de viaje y tiempo fuera del trabajo.

En este estudio, los investigadores desarrollaron una guía de implementación que permitiera una rápida integración de la telemedicina para poder cumplir con los requisitos impuestos por la crisis sanitaria. Esta guía detalla 8 componentes esenciales para la implementación exitosa de una plataforma de telemedicina. La aplicación de la guía permitió que en tan sólo 3 días una clínica de atención especializada se convirtiera en una plataforma de telemedicina y realizara 638 consultas dentro del primer mes de implementación.

Se proyecta que la telemedicina sea una industria de 48.8 mil millones de dólares para 2023 y muchas empresas emergentes están desarrollando plataformas para ganar mercado, poniendo énfasis en los beneficios que trae este abordaje en términos de conveniencia, ahorro de costos y la posibilidad de tener una consulta desde la comodidad de su propia casa. Sin embargo, es importante resaltar que hay que tener cuidado con la implementación irresponsable de una plataforma de medicina, ya que se puede comprometer la calidad de la atención y la salud del paciente. La integración eficaz y eficiente de un programa de telemedicina requiere una amplia capacitación del personal y educación del paciente, plataformas accesorias para facilitar la comunicación de vídeo y audio, y otros elementos descritos en la guía. Al institucionalizar la telemedicina en la práctica física, se asegura que los pacientes reciban una atención y seguimiento adecuados, y que puedan desarrollar una relación con un prestador de salud calificado.

ELEMENTOS DE UN PROGRAMA DE TELEMEDICINA



Estudio de Caso – Oaxaca, México

Velázquez, M., Pacheco, A., Silva, M., Sosa, D.

Evaluación del proceso de teleconsulta desde la perspectiva del proveedor, Programa de Telesalud de Oaxaca, México. [Revista Panamericana de Salud Pública.](#) 2017; 41: e22.

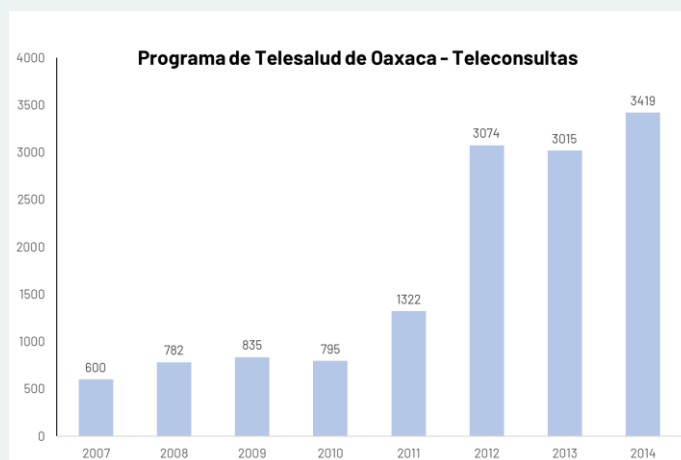
El objetivo de este trabajo fue realizar un análisis de la gestión operativa del proceso de teleconsultas para valorar si cumple con lo necesario para el logro de los objetivos del Programa de Telesalud del estado de Oaxaca, México y emitir recomendaciones que permitan instrumentar mejoras.

A fines de 2015, los servicios de telemedicina en el sector público en México estaban presentes en 671 unidades médicas, 450 de ellas en los Servicios Estatales de Salud (SESA); los SESA de Oaxaca contaban con 19 unidades. El Programa de Telesalud de Oaxaca proporciona teleconsultas a una población potencial de 190,100 personas.

Este estudio y análisis resulta interesante por el uso de la metodología *iPIER* (Mejorando la ejecución de programas mediante investigación integrada en la implementación –*iPIER*, por sus siglas en inglés–), utilizada en el sector público de la gestión operativa del proceso de teleconsultas y las barreras a las que se enfrentan los prestadores de servicios. Es útil también por su identificación de los problemas normativos y operativos, así como las fortalezas y debilidades en la gestión.

Los factores reportados como obstáculos en el proceso de teleconsultas fueron la lentitud de la conexión a internet, el horario de atención, la oferta de especialidades y la insuficiencia de antecedentes clínicos en la solicitud de teleconsulta. Se identificó que 60% de los pacientes del servicio de medicina interna recibieron dos o más teleconsultas en el período de estudio, así como 44% de las pacientes del servicio de ginecología. Cuatro unidades médicas consultantes concentraron 75% de las teleconsultas, el resto se distribuyó en 12 unidades médicas.

Las barreras identificadas en el proceso de teleconsulta afectan principalmente al médico consultante; aun así, la productividad se halla en aumento. Pese a las barreras existentes, se identificó que hay pacientes que reciben seguimiento por parte del programa, lo que favorece el acceso a la atención. El estudio concluye que se requiere fortalecer la implementación y realizar investigaciones posteriores sobre las condiciones de salud de los pacientes.



PRODUCTIVIDAD PERIODO DE ESTUDIO
(Mayo 2014 – Agosto 2015 [16 meses])

	n
Teleconsultas	4,140
Pacientes atendidos	1,525
Unidades médicas teleconsulta	16
Promedio diario de teleconsultas	8
% Teleconsultas ginecológicas	15%
Pacientes de Ginecología c/1 Teleconsulta	186
Pacientes de Ginecología c/2 o más Teleconsultas	145

SEGURIDAD Y EFICACIA DEL ABORTO CON MEDICAMENTOS

Díaz Olavarrieta, C., Ganatra, B., Sorhaindo, A., Karver, T.S., Seuc, A., Villalobos, A., García S.G., Pérez, M., Bousiéguéz, M., Sanhueza, P.

Enfermeros frente a médicos en la prestación de servicios de aborto con medicamentos temprano en México: un ensayo de no inferioridad controlado y aleatorio.

Nurse versus physician-provision of early medical abortion in Mexico: a randomized controlled non-inferiority trial. [Bull World Health Organization](#). 2015; 93:249–258.

Hasta junio de 2013, en la Ciudad de México se habían realizado 100,000 abortos en los servicios públicos de salud. A pesar de los esfuerzos para ampliar los servicios y aumentar la disponibilidad del régimen de mifepristona-misoprostol para el aborto con medicamentos, la demanda de las usuarias superaba la capacidad del servicio. Adicionalmente, las objeciones de conciencia del personal médico capacitado limitaban aún más la capacidad de respuesta. Está ampliamente demostrado que la repartición de funciones es una estrategia importante para ampliar la capacidad de la fuerza laboral en salud y la evidencia de entornos de bajos recursos sugiere que los proveedores de nivel medio capacitados adecuadamente pueden administrar el aborto con medicamentos, con resultados similares a los de los médicos.

Este ensayo aleatorizado de no inferioridad comparó la provisión, por parte de médicos o enfermeras, de aborto con medicamentos y consejería anticonceptiva en 1,017 mujeres elegibles. El estudio se realizó en tres unidades de la red de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y participaron quince proveedores: ocho médicos y siete enfermeras. Ambos tipos de prestadores recibieron una capacitación por separado de 1.5 semanas para el manejo del aborto con medicamentos que incluía técnicas de ultrasonido e interpretación de resultados.

Este estudio encontró que las enfermeras pueden manejar la atención del aborto con medicamentos de forma segura, efectiva y con un alto grado de aceptabilidad por parte de la usuaria. Esta investigación resalta que el permitir que las enfermeras presten servicios de aborto con medicamentos en centros de salud pública o en zonas rurales, donde a menudo hay necesidad insatisfecha y menos infraestructura, puede ayudar a resolver la alta demanda de aborto seguro en México.

Gambir, K., Kim, C., Necastro, K.A., Ganatra, B., Ngo, T.D.

Aborto con medicamentos autoadministrado versus administrado por un prestador. Revisión de intervenciones.

Self-administered versus provider-administered medical abortion: Intervention review. [Cochrane Library](#). 2020; Issue 3 Art. No.: CD013181.

El aborto con medicamentos es un tratamiento exitoso y seguro cuando las mujeres cuentan con la información y recursos adecuados. El acceso a medicamentos para el aborto ha aumentado y esto ha permitido que las mujeres tengan más control sobre el procedimiento de aborto a través de la autoadministración. Esta revisión de 18 estudios publicados explora si la autoadministración del aborto con medicamentos es tan segura y eficaz para interrumpir un embarazo, al compararla frente al aborto con medicamentos administrado por un prestador. Aun cuando la evidencia muestra que la autoadministración es tan eficaz como los procedimientos administrados por un prestador, no existen datos suficientes en cuanto a la seguridad y hay baja certeza para el riesgo de complicaciones que requieren intervención quirúrgica.

Esta revisión resalta la limitación de los datos por la escasez de estudios de investigación que permitan llegar a conclusiones de mayor certeza en cuanto a la autoadministración principalmente del régimen combinado de medicamentos, la cual puede ser una estrategia clave para mejorar significativamente la morbilidad y mortalidad relacionadas con el aborto en entornos de bajos recursos y reducir la carga para los sistemas de salud.

Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson B.R. Jr., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z. Alkema, L.

Clasificación global, regional y subregional de abortos por seguridad, 2010-14: estimaciones de un modelo jerárquico Bayesiano.

Global, regional, and sub-regional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. [The Lancet](#). 25 noviembre 2017; 390(10110): 2372-2381.

Es necesario reconceptualizar el marco y métodos para estimar la seguridad del aborto debido a una mayor disponibilidad de métodos sencillos, y al aumento cada vez más amplio del misoprostol y su uso fuera del sistema formal de salud, especialmente en países en donde el marco legal del aborto es severamente restringido.

La evidencia clínica muestra que el aborto con medicamentos es valioso para reducir las tasas de mortalidad producidas por abortos inseguros, especialmente en países en vías de desarrollo y con barreras legales, con falta de acceso a servicios y a capacitación; así como para reducir costos, tanto para las mujeres, como para sus familias y los sistemas de salud.

Se analizó información de 182 países y regiones listadas por el Departamento de Economía y Asuntos Sociales (ONU DESA) de la División de Población. Los factores que afectan la seguridad del aborto, se organizaron conceptualmente en: 1) el contexto en la prestación de servicios, métodos, proveedores capacitados e instalaciones equipadas, 2) el acceso a servicios y la posibilidad económica para pagar por un aborto, dentro o fuera del país de residencia, 3) el estigma del aborto, que refleja la actitud asociada con la inequidad de género, relativa al empoderamiento, autonomía y autodeterminación de la mujer, 4) el contexto legal, leyes y políticas y 5) el nivel de desarrollo de los servicios de salud.

Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., Rodríguez, M.I.

Aborto con medicamentos en el primer trimestre tardío: una revisión sistemática.

Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. [Contraception](#). Febrero 2019; 99(5): 77-86.

Aún no se ha determinado un régimen ideal para el aborto con medicamentos en la última parte del primer trimestre. El objetivo de esta revisión sistemática es sintetizar la información disponible sobre el aborto con medicamentos para rangos de edad gestacional de 63 a 84 días, a fin de tener una mejor comprensión de su eficacia, seguridad y aceptabilidad y fortalecer así las recomendaciones y la información proporcionada a las mujeres que consideran un aborto con medicamentos en esta etapa gestacional.

En esta revisión de 9 artículos publicados se encontró que el aborto con medicamentos en el primer trimestre tardío fue eficaz frente al aborto quirúrgico (94,6% versus 97,9% de aborto exitoso). Las tasas de éxito fueron más altas con una dosificación repetida de misoprostol tanto en regímenes combinados como de misoprostol solo, obteniendo mayores tasas con la administración vaginal en comparación con la administración oral para la dosificación repetida. En general, los problemas reportados con la seguridad de los regímenes con medicamentos son muy raros. Aunque sólo uno de los 9 artículos incluidos compara el uso en casa del aborto con medicamentos con respecto a la administración de mifepristona en clínica para gestaciones de hasta 70 días, existe más investigación que apoya la expansión segura del manejo en casa del aborto con medicamentos, en este rango de gestaciones.

La revisión concluye que la evidencia aún es limitada con respecto a los rangos de eficacia del aborto con medicamentos en el primer trimestre tardío, pero ofrece la seguridad de que los eventos adversos son raros. Esta revisión pone de relieve la necesidad de investigación adicional enfocada en este periodo gestacional. Es importante destacar que las nuevas investigaciones demuestran que la eficacia permanece inalterada en este rango de edad gestacional, independientemente de si el medicamento se toma en una clínica o en el hogar de la mujer.

Ngo, T.D., Hae Park, M., Shakur, H., Free, C.

Comparación de la efectividad, seguridad y aceptabilidad del aborto con medicamentos realizado en casa y el realizado en una clínica: una revisión sistemática.

Comparative effectiveness, safety, and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. [Bull World Health Organization](#). 1 mayo 2011; 89(5): 360–370.

El objetivo de este estudio fue comparar la efectividad, la seguridad y la aceptación de los abortos con medicamentos practicados en el hogar por las mujeres, con aquellos realizados en la clínica. Nueve estudios cumplieron los criterios de inclusión (n = 4,522 participantes). Se utilizaron mifepristona y misoprostol para inducir el aborto (hasta 56 días). El aborto completo se consiguió en el 86-97% de las mujeres que tuvieron un aborto en su hogar (n = 3,478), y entre el 80% y el 99% de las mujeres que se les practicó el aborto en una clínica (n=1,044). Como se aprecia, la efectividad del aborto en casa no presenta diferencias significativas con la lograda en protocolos clínicos.

Adicionalmente, las mujeres que optaron por un aborto con medicamentos en su casa mostraron un grado de satisfacción que las llevaría a elegir el método de nuevo y recomendarlo a una amiga y que fue mayor al grado de satisfacción reportado por aquellas mujeres que abortaron en la clínica.

Peña, M., Dzuba, I.G., Sanhueza Smith, P., Arellano Mendoza, L.J., Bousiéguéz, M., García Martínez, M.L., Ríos Polanco, R., Flores Villalón, A.E., Winikoff, B.

Eficacia y aceptabilidad de un régimen combinado de mifepristona-misoprostol para la inducción temprana del aborto en mujeres de la Ciudad de México.

Efficacy and acceptability of a mifepristone–misoprostol combined regimen for early induced abortion among women in Mexico City. [International Journal of Gynecology and Obstetrics](#). Octubre 2014; 127(1): 82–85.

La combinación de mifepristona (disponible en México desde diciembre de 2011) y misoprostol es menos costosa y más efectiva que el tratamiento con misoprostol solo; además permite ahorros de personal y otros costos por la disminución de aspiraciones debido a la tasa de falla de los procedimientos con misoprostol solo. Este estudio se realizó en la Ciudad de México e ingresó a 1,000 mujeres mexicanas con embarazos de hasta 63 días de edad gestacional, medidos a partir de la fecha de última menstruación (FUM). La eficacia global del régimen combinado estudiado fue del 97.3%. 94% de las participantes con resultado analizado reportaron que el tratamiento fue altamente satisfactorio. La mayoría de las mujeres (89,5%) sólo necesitó realizar una llamada a la clínica durante su participación en el estudio y sólo el 1.7% necesitó visitar algún centro de salud antes de su seguimiento planeado.

Aunque existe una alta satisfacción con el tratamiento de aborto con medicamentos, el dolor es frecuentemente mencionado como lo peor del proceso, por lo que se puede mejorar el manejo del dolor. Existe poco consenso sobre el régimen más efectivo para aliviar el dolor en las primeras 12 semanas de gestación.

Durante el primer año de transición a la atención del aborto con medicamentos y su implementación en los servicios públicos de salud de la Ciudad de México, los prestadores reportaron que profesionales de la salud creen que disminuyó la carga de trabajo y posiblemente el número de objetores.

Raymond E.G., Grossman, D., Mark, A., Upadhyay, U.D., Dean, G., Creinin, M.D., Coplon, L., Perritt, J., Atrio, J. M., Taylor, D., Gold, M.

Aborto con medicamentos sin exámenes previos: Un protocolo muestra para incrementar el acceso durante una pandemia y más allá.

No-Test Medication Abortion: A Sample Protocol for Increasing Access During a Pandemic and Beyond. [Contraception](#). 16 abril 2020; 101(6): 361-366.

La pandemia COVID-19 afecta gravemente el acceso a los servicios de salud, incluido el aborto. Para las usuarias que buscan un aborto, es necesario que haya modificaciones urgentes a los protocolos actuales para garantizar que puedan seguir recibiendo este tratamiento en el que el tiempo es de particular importancia, cumpliendo a la vez con las medidas que limitan la transmisión de la infección, como lo es mantener la distancia entre pacientes y proveedores de salud.

Con el fin de ayudar a los proveedores de aborto con la crisis actual, este artículo presenta una propuesta de protocolo para prestar servicios de aborto con medicamentos sin necesidad de exámenes o pruebas previos. Este protocolo incluye recomendaciones para la selección de las usuarias, evaluación y manejo del tipo Rh, el régimen de tratamiento y el seguimiento.

Aunque la crisis sanitaria actual motivó el desarrollo de este protocolo de prueba, se reconoce que la pandemia es sólo uno de muchos impedimentos graves y que durante mucho tiempo han dificultado el acceso al aborto en los Estados Unidos. El abordaje sin pruebas previas puede permitir la prestación del servicio en nuevos lugares y por nuevos cuadros de proveedores, facilitando la existencia de nuevos modelos como los de telesalud, sincrónicos o asincrónicos, las "miniclínicas" fijas o móviles, arreglos para recoger las pastillas, o su entrega por correo.

Saavedra-Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., Rios-Polanco, R., Garcia-Martinez, L., y Darney, B.G. **Interrupción temprana del embarazo: diferencias en la estimación de la edad gestacional usando la fecha de última menstruación y el ultrasonido en México.**

Early termination of pregnancy: differences in gestational age estimation using last menstrual period and ultrasound in Mexico. [Reprod Health](#). 2020; 17: 89. Publicado en línea el 9 junio de 2020. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00914-x>.

La estimación de la edad gestacional es clave en la prestación de servicios de aborto para garantizar la segura y exitosa interrupción del embarazo. El uso de ultrasonido como requisito para estimar la edad gestacional puede causar retrasos en el acceso al aborto y aumentar el costo de la atención, cuando no hay disponibilidad de esta tecnología o de profesionales capacitados en su uso. Este estudio retrospectivo de revisión de expedientes clínicos en tres centros ambulatorios del programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) de los servicios públicos de salud de la Ciudad de México, comparó la edad gestacional basada en el último período menstrual y la estimada por ultrasonografía entre una gran muestra de 43,219 registros en un periodo de 8 años (2007 a 2015).

Usando como límite los 70 días para la elegibilidad de un aborto con medicamentos, la gran mayoría de las mujeres (93,8%) se habría clasificado correctamente para este tipo de servicio usando solamente la fecha del último periodo menstrual. De manera similar, un 96,0% de las usuarias habrían sido elegibles para el programa ILE utilizando ese mismo criterio.

Este estudio proporciona información sólida sobre la estimación de la edad gestacional y confirma la capacidad de las mujeres para estimarla usando la fecha del último periodo menstrual solamente. El ultrasonido es una herramienta útil cuando está disponible, pero su uso obligatorio no debería ser una barrera para ofrecer el servicio.

Sanhuesa Smith, P., Peña, M., Dzuba, I.G., García Martínez, M.L., Aranguré Peraza, A.G., Bousiéguéz, M., Shochet, T., Winikoff, B.

Eficacia y aceptabilidad de un régimen combinado de mifepristona-misoprostol para la inducción temprana del aborto en mujeres de la Ciudad de México.

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](#). 2015; Supplement (44): 75-82.

El aborto con medicamentos hasta los 63 días desde la FUM ha demostrado su eficacia y aceptabilidad durante los últimos 25 años en millones de mujeres en el mundo. En las clínicas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) que ofrecen servicios ambulatorios de interrupción del embarazo, el aborto con medicamentos, con mifepristona y misoprostol, es el enfoque de primera línea para la atención del aborto (71 % mujeres) en este rango de edad gestacional.

Con el fin de ampliar el acceso a los servicios de aborto legal en la Ciudad de México (donde el aborto es legal hasta las 12 semanas de la FUM), este estudio trató de evaluar la eficacia y la aceptabilidad del enfoque estándar de atención ambulatoria hasta los 70 días en dos puntos de servicio de la SEDESA, con ahorro de costos y tiempo de estancia en la clínica. Se inscribieron 1,001 mujeres que buscaban la interrupción del embarazo. La gran mayoría de las mujeres (93,3%) tuvieron abortos completos. Las mujeres con embarazos de ≤ 8 semanas después de la FUM tuvieron tasas de éxito significativamente más altas que las mujeres de las 9^a o 10^a semanas (94,9% vs. 90,5%). La diferencia en las tasas de éxito entre la 9^a y 10^a semanas no fue significativa (90,0% vs. 91,2%). La mayoría de las mujeres encontraron que los efectos secundarios (82,9%) y el uso de misoprostol (84,4%) fueron muy aceptables o aceptables.

Este estudio proporciona evidencia adicional que apoya un régimen de aborto con medicamentos ambulatorio extendido hasta las 10 semanas después de la FUM.

Tebets, C., Santana, D., Silvestre, J.R., Redwine, D.

Construyendo puentes: Un caso de prestación de servicios de aborto con misoprostol solo en el primer trimestre por trabajadores de salud comunitarios.

Building Bridges: A Case for Community Health Worker Provision of Misoprostol-Only Abortion in the First Trimester. [Journal of Women's Health](#). 2017; Volume 00, Number 00.

El aborto con medicamentos es una alternativa importante a las prácticas dañinas de autoinducción y a la intervención quirúrgica en circunstancias cuestionables. En entornos donde la mifepristona no está disponible, el uso de misoprostol solo es una opción segura y eficaz para interrumpir un embarazo no deseado. Estudios de investigación han demostrado la seguridad y eficacia de la administración de misoprostol por parte de trabajadores de salud comunitarios (TSC) para indicaciones como hemorragia posparto y tratamiento del aborto incompleto. Este estudio retrospectivo de expedientes clínicos evalúa la seguridad y eficacia de los TSC en el manejo del aborto solo con misoprostol en el primer trimestre. La revisión retrospectiva se realizó en tres países de América Latina entre abril del 2009 y diciembre del 2015 y se analizaron 173 casos. En el 94% de los casos, el embarazo se interrumpió sin ninguna intervención adicional; una tasa de eficacia más alta que la reportada para estos esquemas. En los casos que se requirió intervención adicional, las usuarias fueron referidas para una aspiración manual. En el 98% de los casos, las mujeres informaron estar satisfechas con el tratamiento que recibieron.

Este estudio demuestra que los TSC son capaces de proporcionar servicios de aborto con misoprostol solo de manera efectiva y segura. Los beneficios de este modelo de atención también se extienden más allá del servicio de aborto: los TSC son capaces de ofrecer a las mujeres una amplia gama de servicios de salud de calidad, incluyendo servicios anticonceptivos, aumentando el acceso a la atención médica vital en áreas con pocas opciones.

ABORTO CON MEDICAMENTOS Y TELEMEDICINA

Endler, M., Lavelanet, A., Cleeve, A., Ganatra, B., Gomperts, R., Gemzell-Danielsson, K.

Telemedicina para el aborto con medicamentos: Una revisión sistemática.

Telemedicine for Medical Abortion: A systematic review. [British Journal of Obstetrics and Gynaecology](#). Agosto 2019; 126(9): 1094-1102.

La tecnología de las telecomunicaciones es un sector de la salud en expansión que tiene el potencial de aumentar el acceso al aborto seguro. En el contexto de la atención del aborto, los servicios de telemedicina se pueden utilizar para la consejería y la evaluación, la obtención de medicamentos para el aborto y para la orientación clínica durante el proceso de aborto. Estos servicios a veces forman parte de los centros de salud locales y se realizan junto con la atención ofrecida en persona, y a veces operan independientemente de éstos, para superar las barreras geográficas o legales al acceso al aborto.

Esta revisión sistemática de 13 artículos publicados de aborto con medicamentos a través de telemedicina, utilizando misoprostol solo, muestra tasas de resultados similares a la atención en persona. De los estudios seleccionados, en los que participaron más de 31 mil mujeres, se extrajeron datos relativos a: las tasas de éxito, resultados que miden la seguridad y medidas de aceptabilidad.

El aborto con medicamentos a través de la telemedicina parece ser muy aceptable para las mujeres y proveedores, la tasa de éxito y los resultados de seguridad son similares a los reportados en la literatura para la atención del aborto en persona y las tasas de evacuación quirúrgica son más altas.

Fix, L., Seymour, J.W., Vaid Sandhu, M., Melville, C., Mazza, D., Thompson, T.A.

Telemedicina en casa para aborto con medicamentos en Australia: un estudio cualitativo sobre las experiencias de las pacientes y recomendaciones.

At-home telemedicine for medical abortion in Australia: a qualitative study of patient experiences and recommendations. [BMJ Sexual & Reproductive Health](#). 14 julio 2020; 46(3): 159-160.

Este estudio explora las experiencias de mujeres que se han realizado un aborto con medicamentos en casa utilizando un servicio de telemedicina, en Australia. Se llevaron a cabo entrevistas telefónicas semiestructuradas a 24 pacientes que recibieron este servicio y se analizaron los datos en relación con sus experiencias antes de iniciar el servicio, durante la consulta por telemedicina y después de la resolución del proceso de aborto con medicamentos. Las pacientes seleccionaron el servicio de telemedicina por razones de conveniencia, la posibilidad de estar en casa y manejar responsabilidades personales, y por privacidad. Algunas reportaron que la falta de conocimiento por parte de médicos generales sobre los servicios de aborto impidió su acceso a la atención. La mayoría sintieron que el servicio por telemedicina fue igual o superior al servicio presencial en términos de privacidad; se sintieron cómodas durante la consulta por telemedicina, estuvieron satisfechas con el servicio y lo recomendarían.

Los hallazgos sugieren que un modelo de telemedicina para aborto con medicamentos es conveniente y aceptable, y que puede reducir costos extras y de viaje para las usuarias. Es necesario proporcionar educación adicional sobre este modelo a los prestadores para mejorar la continuidad en la atención de pacientes, así como más investigación sobre los impactos de este modelo en las pacientes para informar la atención de pacientes y determinar si es apropiado para contextos geográficos y legales similares.

Grossman, D.A., Grindlay, K., Buchacker, T., Potter, J.E., Schmertmann, C.P.

Cambios en los patrones de prestación de servicios después de la introducción de aborto con medicamentos por telemedicina en Iowa.

Changes in Service Delivery Patterns After Introduction of Telemedicine Provision of Medical Abortion in Iowa. [Am J Public Health](#). Enero 2013; 103(1): 73–78.

Un factor que limita la aceptación del aborto con medicamentos en los Estados Unidos es la restricción que la mayoría de los estados imponen con respecto a quién puede proporcionar el servicio. En el 2009, sólo 15 estados permitían que enfermeras y asistentes de médicos de práctica avanzada proporcionaran aborto con medicamentos; el resto, incluido el estado de Iowa, requería que un médico proporcionara el servicio. En junio de 2008, *Planned Parenthood of the Heartland* en Iowa, lanzó un programa de telemedicina para permitir que médicos proporcionaran aborto con medicamentos a usuarias de clínicas no atendidas por un médico, con el fin de mejorar el acceso al aborto temprano y reducir los viajes a las clínicas donde sí había médicos. Este estudio examina cómo cambiaron los patrones de prestación de servicios del sistema de clínicas de esta organización después de la introducción de la telemedicina. En particular, se buscaba determinar si había habido cambios en la proporción de abortos con medicamentos y abortos del segundo trimestre, así como también si había habido cambios en los patrones geográficos de la prestación de servicios.

La tasa de abortos disminuyó en Iowa después de la introducción de la telemedicina y la proporción de abortos con medicamentos en las clínicas aumentó de 46% a 54%. Después de la introducción de la telemedicina, se observa una mayor probabilidad de que las usuarias se realicen un aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación.

Este artículo muestra cómo la telemedicina podría mejorar el acceso al aborto con medicamentos, especialmente para las mujeres que viven en zonas remotas, y reducir la necesidad del aborto en el segundo trimestre. La prestación del servicio es segura, eficaz y aceptable para las mujeres. Los resultados sugieren que propicia una atención más temprana y mejora el acceso para mujeres que viven en zonas rurales

Larrea, S., Palència, L., Pérez, G.

Aborto farmacológico dispensado a través de un servicio de telemedicina a mujeres de América Latina: complicaciones y su tratamiento. [Gaceta Sanitaria](#).

Mayo-junio 2015; 29(3): 198–204.

La atención del aborto farmacológico o con medicamentos, a través de la telemedicina, es una opción segura y efectiva hasta la semana 11, y de gran ayuda en contextos donde está legalmente restringido. Este estudio observacional, está basado en el registro de consultas médicas de un servicio de telemedicina para 872 mujeres, que usaron el estándar de oro, es decir, la combinación de mifepristona con misoprostol.

Es de subrayar que la incidencia de complicaciones postaborto encontrada en este estudio (14.6%) – hemorragia, aborto incompleto, evacuación quirúrgica– es similar a la hallada en estudios sobre la práctica de aborto farmacológico realizado en servicios de salud con supervisión de personal sanitario.

Este estudio aporta información nueva sobre los resultados del aborto farmacológico proveído a través de telemedicina en América Latina, e incluye una primera exploración sobre la relación entre la posición socioeconómica de la mujer y la incidencia de complicaciones y tratamiento postaborto. Esta información es relevante para el diseño de servicios y estrategias de reducción de riesgos en contextos en que el aborto se practica en la clandestinidad y con métodos inseguros.

ARGUMENTOS DE INCIDENCIA EN POLÍTICAS DE ABORTO

[The American College of Obstetricians & Gynecologists \(ACOG\).](#)

Demanda de la ACOG a la corte para eliminar las barreras impuestas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para la atención reproductiva durante COVID-19.

ACOG Suit Petitions Court to Remove FDA's Burdensome Barriers to Reproductive Care During COVID-19. News Release, 27 mayo 2020.

La ACOG, en coalición con expertos médicos y defensores de los derechos reproductivos en los Estados Unidos, dio un paso adelante en el acceso equitativo a la atención para pacientes durante la pandemia de COVID-19, al solicitar que la corte federal suspendiera una restricción perjudicial impuesta por la FDA sobre la mifepristona. La demanda fue interpuesta el 27 de mayo de 2020 y en ella se argumentaba que la mifepristona es parte de un tratamiento basado en evidencia prescrito para el manejo de la pérdida temprana del embarazo y el aborto inducido. Aunque la mifepristona ha demostrado ser segura y eficaz cuando se prescribe a través de servicios de telemedicina y puede tomarse de forma segura en la comodidad del hogar de una paciente, las restricciones impuestas por la FDA requieren que sea administrada en un hospital, clínica o consultorio médico. En la actual pandemia de COVID-19, estos requisitos gravosos son especialmente perjudiciales y deben ser eliminados. Los requisitos afectan desproporcionadamente a mujeres de comunidades desatendidas que están agobiados por la necesidad de viajar, organizar el cuidado de sus hijos y acudir a su médico elegido en persona para la administración del medicamento. Obligar a los médicos a administrar este medicamento de manera presencial como condición para obtener atención de aborto inducido o aborto espontáneo, pone a las mujeres en mayor riesgo de COVID-19 y aumenta innecesariamente los riesgos de exposición para médicos y otro personal de atención médica. [El 13 de julio de 2020 la corte dictaminó](#) que la FDA debe suspender temporalmente la restricción sobre el medicamento.

Dzuba, I.G., Winikoff B., Peña M.

Aborto con medicamentos: Un camino hacia una atención del aborto, segura y de alta calidad, en Latinoamérica y el Caribe.

Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean.

[The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.](#)

Septiembre 2013; 18(6): 441-450.

En los últimos años se ha logrado un buen avance en Latinoamérica y el Caribe (LAC) para ampliar el acceso legal al aborto y hacerlo más seguro. Aun así, las tasas de aborto en la región son casi el triple de las de Europa occidental, debido a un menor uso de métodos anticonceptivos y a leyes altamente restrictivas. La despenalización del aborto es esencial para que sea seguro, se reduzcan los costos de tratamiento de las complicaciones y se salve la vida de las mujeres.

Este artículo presenta evidencias del papel que el aborto con medicamentos (AM) ha jugado para la reducción de las complicaciones en la región, describe estrategias para mejorar el acceso a un AM seguro y resalta las barreras existentes en LAC para acceder a él, a la vez que examina el papel del AM en los nuevos servicios de aborto legal, como el uso del teléfono, la telemedicina y modelos de reducción de daños que mejoran el acceso a un aborto más seguro.

Sin embargo, todavía existen barreras significativas y hay mucho por hacer para ampliar el uso de métodos anticonceptivos modernos y acceder a métodos de aborto más seguros, entre las mujeres de la región. Asimismo, aún falta mucho para que la telemedicina y el AM se utilicen de manera generalizada y sean reconocidos como una alternativa segura, dado que muchos profesionales de la salud no cuentan con la información necesaria. La mifepristona no está registrada en muchos países de la región, aunque afortunadamente el costo del misoprostol es hoy en día más accesible, lo que reduce los riesgos asociados a la falta de opciones y servicios.

Kapp, N., Grossman, D., Jackson, E., Castleman, L., Brahmi, D.

Propuesta de una agenda de investigaciones para hacer accesible la interrupción temprana del embarazo con medicamentos, en farmacias y sin receta médica.

A research agenda for moving early medical pregnancy termination over the counter.
[BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology](#). 19 marzo 2017; 124(11).

Dada la seguridad general del proceso de interrupción temprana del embarazo y las diversas formas en que las mujeres están obteniendo medicamentos para realizarla de manera independiente, este artículo se interesó en una revisión de la literatura para contestar la pregunta sobre si un régimen combinado de mifepristona-misoprostol para la interrupción del embarazo hasta las 10 semanas de gestación cumpliría con los criterios reglamentarios de la FDA para una aprobación de venta libre en farmacias y sin receta médica y si no, cuáles serían los vacíos actuales en la investigación. Debido a que la interrupción con medicamentos en etapas más adelantadas del embarazo implica el uso de diferentes regímenes y por lo general es realizada en una unidad de salud, la revisión se limitó a las 10 semanas de gestación.

El aspecto más crítico para la interrupción con medicamentos de forma segura es comprender cuándo buscar atención médica, tanto para los signos y síntomas de un embarazo en evolución como para las complicaciones como sangrado e infección, y poder documentar que las usuarias son capaces de hacerlo. Un plan de investigaciones con este objetivo en mente deberá incluir en primer lugar el desarrollo de una etiqueta o información de producto comprensible. Posteriormente, esta información debe utilizarse para proporcionar datos sobre los resultados esperados y las complicaciones después de una autoadministración en un entorno en el que se contemple un acceso de este tipo. Aunque es previsible esperar una oposición política a esta agenda propuesta, el cambio en la regulación podría resultar en mejoras significativas al acceso de la interrupción temprana del embarazo y merece ser estudiado rigurosamente.

Raymond, E.G., Chong, E., Hyland, P.

Mejorando el acceso al aborto con telemedicina.

Increasing Access to Abortion with Telemedicine. [JAMA Internal Medicine](#).
1 mayo 2016; 176(5): 585-586.

Aun cuando garantizar el acceso al aborto legal es esencial, para muchas mujeres en los Estados Unidos obtener un aborto es excesivamente difícil. Un enfoque novedoso utiliza la telemedicina para evitar la necesidad de que una paciente tenga que acudir a una clínica de aborto para obtener el servicio. Aunque el aborto quirúrgico sí requiere una visita presencial con un médico o con un prestador clínico capacitado en destrezas quirúrgicas, el aborto con medicamentos, que en 2011 representó el 23% de los abortos en los Estados Unidos, es ideal para la telemedicina.

A pesar de la creciente evidencia sobre el beneficio y seguridad del uso de la telemedicina para la atención del aborto con medicamentos en el mundo y en los Estados Unidos, existen barreras legales en 19 estados de este país, que específicamente prohíben el uso de este enfoque para la prestación de servicios de aborto. Las restricciones impuestas por la FDA para el suministro de la mifepristona, así como otras barreras de carácter médico y relacionadas con los procedimientos para lograr la operatividad de un servicio de telemedicina, deberán ser superadas para que las mujeres que no tienen acceso a un aborto en su estado puedan beneficiarse de este enfoque emergente en la prestación del servicio.

Estudio de Caso – Alaska, Estados Unidos

Grindlay, K., Grossman, D.

La prestación de aborto con medicamentos por telemedicina en Alaska: Desde la óptica del/la prestador/a.

Telemedicine provision of medical abortion in Alaska: Through the provider's lens.
[Journal of Telemedicine and Telecare](#). Publicado el 14 julio 2016

Este es un estudio cualitativo que consistió en la conducción de 8 entrevistas a profundidad con prestadores clínicos y personal de clínicas en Alaska que ofrecen servicio de aborto con medicamentos por telemedicina. Participaron 4 médicos, 2 gerentes y 2 asistentes médicos/coordinadores de pacientes. El objetivo del estudio fue evaluar sus experiencias con este tipo de servicio y el impacto que la telemedicina ha tenido en las usuarias, el personal clínico y las operaciones de las clínicas. Los entrevistados resaltaron que este proceso les ayudó a centrar más la atención en la mujer, brindar una atención más pronta y cercana a sus hogares, así como a ofrecerles una mejor opción del tipo de procedimiento a elegir.

Los proveedores consideraron que fue fácil integrar la nueva tecnología en el funcionamiento de la clínica. También apreciaron que una consulta de telemedicina requería en gran medida de los mismos procesos generales y flujo clínico que una consulta presencial, con pequeñas adiciones relacionadas con la configuración tecnológica para la interfaz médica. Los resultados coinciden con los de otros estudios previos.

El estudio pone de relieve la ventaja de una atención más temprana y oportuna, para que la mujer pueda acceder al aborto con medicamentos y ser atendida con menos semanas de gestación, permitiendo la opción de la selección del tipo de procedimiento en manos de la mujer.

Los impactos de la telemedicina para las usuarias incluyen: una mayor disponibilidad en los tiempos de cita, una edad gestacional más corta y una mayor oportunidad de que ellas puedan elegir el tipo procedimiento. Estos impactos inciden también en una reducción de usuarias en el flujo de la clínica, lo cual contribuye a una mejora en la eficiencia de la unidad de salud. Se necesita menos personal médico para un aborto con medicamentos versus un aborto quirúrgico y, por otro lado, los médicos pueden ver/atender a las pacientes en múltiples clínicas en un día.

Resumen de los resultados de las entrevistas acerca del impacto de la telemedicina para las usuarias

1. Mayor flexibilidad/disponibilidad en los tiempos de cita
 - Edad gestacional más temprana en las visitas de la usuaria
 - Mayor elección en el tipo de procedimiento de aborto
2. Reducción de los impactos de la telemedicina en proveedores y en las clínicas
 - Impacto mínimo en el flujo de la clínica: 100% de personas entrevistadas
 - Impacto mínimo en la interacción proveedor-usuaria: 100% de personal médico
 - 3 de cada 4 opina que la atención se centra más en la usuaria
3. Mejora de la eficiencia clínica
 - Menos personal médico necesario para el aborto con medicamentos, en comparación con el aborto quirúrgico
 - El personal médico puede ver a las usuarias en múltiples clínicas en un día
 - El personal médico es programado según las sugerencias necesarias para mejorar el servicio

Estudio de Caso - Australia

Hyland, P., Raymond, E.G., Chong, E.

Un servicio de aborto vía telemedicina directo con la paciente en Australia: Un análisis retrospectivo de los primeros 18 meses.

A direct-to-patient telemedicine abortion service in Australia: Retrospective analysis of the first 18 months. [Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology](#). 30 marzo 2018; 58(3): 1-6.

Este estudio realizado en Australia muestra los resultados de los primeros 18 meses, de la atención médica mediante telemedicina para la interrupción del embarazo con medicamentos (mifepristona-misoprostol). De las 1,010 mujeres que recibieron el tratamiento, 96% reportó abortos satisfactorios. Las mujeres tenían menos de 63 días de gestación, constatados a través de ultrasonido; el 60% eran residentes de territorios donde no tienen servicios clínicos para abortar, por lo que el uso de la telemedicina ha sido fundamental.

La atención directa con la paciente con telemedicina fue efectiva, segura, económica y satisfactoria. Al grado que atendieron a un número desproporcionado de mujeres en donde el acceso a servicios clínicos es limitado.

Este estudio y el programa asociado demuestran la factibilidad de teleaborto, de manera segura y con buena aceptación por parte de las mujeres, sin requerimientos especiales para realizarlo mediante una videoconferencia, siendo aconsejable el envío de los medicamentos desde el mismo servicio (mifepristona, misoprostol y analgésicos). El estudio recomienda usar protocolos estandarizados y un registro médico electrónico como aspectos esenciales para gestionar eficazmente un gran número de pacientes. Un sitio web bien diseñado que proporciona información completa a las pacientes antes y después del tratamiento facilita el registro, la detección y el seguimiento. Más del 52 % de mujeres estaban en el rango de 25 a 34 años, el 56 % vivía fuera de grandes ciudades y el 57 % buscó información y referencias en internet.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES

	Registradas N = 1,409 n (%)	Envío de medicamentos N = 1,010 n (%)
Edad gestacional por ultrasonido al ingreso:		
28-35 días	353 (31%)	315 (31%)
36-42 días	459 (38%)	399 (40%)
43-49 días	256 (22%)	221 (22%)
50-56 días	82 (7%)	64 (6%)
57-63 días	17 (1%)	7 (1%)
64-70 días	2 (0.2%)	0 (0%)
>71 días	5 (0.4%)	0 (0%)
Ultrasonido, pero EG indeterminada	6	4
Sin registro de ultrasonido	249	

RESULTADOS DE ABORTO ENTRE QUIENES TOMARON LOS MEDICAMENTOS Y TUVIERON UN SEGUIMIENTO

	N = 754 n (%)
Resultado del aborto:	
Aborto exitoso sin evacuación quirúrgica	727 (96%)
Evacuación uterina quirúrgica*	26 (3%)
Embarazo en curso/evolución	1 (0.1%)
Encuentros clínicos después del envío del paquete:	
Admisión hospitalaria*	21 (3%)
Encuentro presencial ambulatorio	16 (2%)
Sin ningún encuentro	717 (95%)

*Una mujer tuvo una transfusión

Estudio de Caso – Estados Unidos

Raymond, E., Chong, E., Winikoff, B., Platais, I., Mary, M., Lotarevich, T., Castillo, P.W., Kaneshiro, B., Tschann, M., Fontanilla, T., Baldwin, M., Schnyer, A., Coplon, L., Mathieu, N., Bednarek, P., Keady, M., Priegue, E.

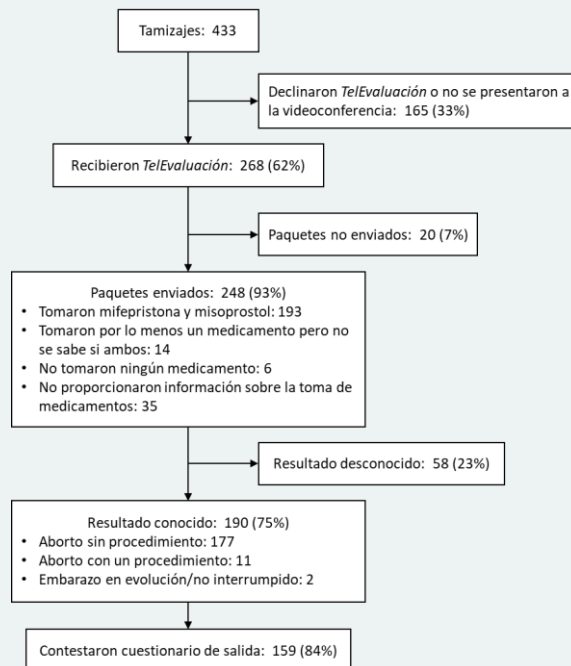
TelAbortion: Evaluación de un servicio de aborto directo con la paciente por telemedicina en los Estados Unidos.

TelAbortion: evaluation of a direct to patient telemedicine abortion service in the United States. [Contraception](#). 1 septiembre 2019; 100(3): 173-177.

Como consecuencia de las restricciones impuestas por la Administración para Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) para la distribución de la mifepristona en ese país, se realizó este estudio en 5 estados de la unión americana con el fin de demostrar la seguridad, eficacia, aceptabilidad y factibilidad de un servicio de telemedicina directa con la paciente para la prestación de servicios de aborto, llamado *TelAbortion*. Los datos mostrados corresponden a los primeros 32 meses del proyecto. Se realizaron 433 tamizajes para el estudio y se enviaron 248 paquetes a aquellas usuarias cuyos ultrasonidos y pruebas solicitadas demostraban su elegibilidad para participar en el estudio y que otorgaron su consentimiento informado por vía electrónica. La mediana del intervalo entre el tamizaje y el envío fue de 7 días (el percentil 91°: 17 días), y ninguna participante tomó la mifepristona después de los 71 días de gestación. De las participantes con información de seguimiento (77%), el 94% tuvo un aborto completo sin un procedimiento, comparable con las tasas de éxito para un aborto con medicamentos presencial. No se reportó ningún evento adverso serio que hubiera podido evitarse con una visita inicial presencial.

El estudio busca ofrecer argumentos y evidencias para eliminar las restricciones de la FDA con respecto a la distribución de la mifepristona y ampliar el acceso al aborto con este medicamento.

FLUJO DE PARTICIPANTES



ACEPTABILIDAD DE TELABORTION EN ENTREVISTA DE SALIDA

	N = 159	
	n	%
Satisfacción		
Muy satisfactorio	127	80
Satisfactorio	32	20
Satisfacción con comunicación remota con un(a) prestador(a)		
Muy satisfactorio	135	85
Satisfactorio	22	14
Insatisfactorio	0	
Muy insatisfactorio	1	1
No sabe	1	1
Experiencia para obtener los exámenes previos al aborto		
Fácil o muy fácil	135	85
Difícil o muy difícil	22	14
Sin información	2	1
Preferencia en el futuro		
TelAbortion	136	86
Aborto presencial	16	10
Sin preferencia	7	4
Recomendaría TelAbortion a una amiga		
Sí	152	96
No	3	2
Quizá	4	3

GUÍAS Y LINEAMIENTOS

[ACOG](#).

Implementación de la telesalud en la práctica.

Implementing Telehealth in Practice. Committee Opinion No. 798. Febrero 2020.

[ACOG](#).

Manejo médico del aborto del primer trimestre.

Medical Management of First-Trimester Abortion. [Contraception](#). Marzo 2014; 89(3): 148-161.

[ACOG](#).

Declaración de la ACOG con relación al aborto por telemedicina.

ACOG Statement Regarding Telemedicine Abortion. 19 junio 2015.

[Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud \(CENETEC\), Secretaría de Salud, Gobierno de México](#).

Colección Telesalud (8 títulos publicados).

[CENETEC, Secretaría de Salud, Gobierno de México](#).

Modelo de Atención Médica a Distancia.

1º Edición. 2014.

[Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Gobierno de México](#).

Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.

Versión 2: 20 julio 2020.

[Gynuity Health Projects, CEDES y colaboradores](#).

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

Junio 2020.

[Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#).

Tratamiento médico del aborto. 2019.

[Royal College of Obstetricians & Gynaecologists \(RCOG\)](#).

Infección por coronavirus (COVID-19) y atención del aborto: Información para profesionales de la salud. *Coronavirus (COVID-19) infection and abortion care: Information for healthcare professionals*. 3 Junio 2020; Versión 3.

[World Health Organization \(WHO\)](#).

Atlas de eSalud – Perfiles de países.

Atlas of eHealth – Country Profiles. 2016.

[WHO](#).

Lineamientos consolidados de la OMS sobre las Intervenciones de salud para el autocuidado: salud sexual y reproductiva y derechos.

WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. 2019.

[WHO](#).

Estrategia global en salud digital 2020-2024.

Global Strategy on Digital Health 2020-2024. 2019.

[WHO](#).

Lineamientos de la OMS: Recomendaciones sobre Intervenciones digitales para el fortalecimiento de sistemas de salud.

WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. 2019.

BIBLIOGRAFÍA ANOTADA SOBRE TELESALUD Y ABORTO

Actualizado 06 de agosto 2020

Gynuity Health Projects es una organización no gubernamental con sede en Nueva York, Estados Unidos. Consulte nuestra página web para conocer nuestro trabajo y alcance. Para conocer más sobre los proyectos de telemedicina para aborto con medicamentos en los Estados Unidos y México, se puede contactar a TeleAborto@gynuity.org.

220 East 42nd Street, Suite 710, New York, NY 10017

Phone: 1(212) 448-1230

gynuity.org

pubinfo@gynuity.org