

Seguridad, eficacia y aceptabilidad de los servicios ambulatorios de aborto médico con mifepristona-misoprostol en el Distrito Federal, México

Bela Patricio Sanhueza Smith,^a Melanie Peña,^b Ilana G Dzuba,^c María Laura García Martínez,^d Ana Gabriela Aranguré Peraza,^e Manuel Bousiéguéz,^f Tara Shochet,^g Beverly Winikoff^h

a Coordinador de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud del Distrito Federal de México, Distrito Federal, México

b Directora, Gynuity Health Projects, Nueva York, NY, EE. UU.

c Asociada Senior de Programas, Gynuity Health Projects, Nueva York, NY, EE. UU. Correspondencia: idzuba@gynuity.org

d Directora del Programa de Interrupción Legal del Embarazo, Hospital Materno Infantil Inguarán, Distrito Federal, México

e Directora de la Clínica de Salud Reproductiva, Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán, Distrito Federal, México

f Consultor Independiente, Distrito Federal, México

g Asociada de Programas, Gynuity Health Projects, Nueva York, NY, EE. UU.

h Presidenta, Gynuity Health Projects, Nueva York, NY, EE. UU.

Resumen: Existe extensa evidencia respecto a la eficacia y aceptabilidad del aborto con medicamentos hasta los 63 días desde la fecha de la última menstruación (FUM). Para esta etapa de la edad gestacional, el aborto con medicamentos inducido con mifepristona-misoprostol es el enfoque de primera línea de los servicios de aborto en las unidades de salud ambulatorias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de México (SSDF). Recientes investigaciones demuestran continuas altas tasas de aborto completo hasta concluidos los 70 días desde la FUM. Con el fin de ampliar el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal (donde el aborto es legal hasta las 12 semanas desde la FUM), este estudio buscó evaluar la eficacia y aceptabilidad del enfoque ambulatorio estándar hasta los 70 días, en dos puntos de entrega de servicios de la SSDF. Se inscribió a mil y una mujeres que buscaban interrumpir su embarazo a las que se les administró una dosis de 200 mg de mifepristona seguida de 800 µg de misoprostol, 24 a 48 horas después. Se les pidió que regresaran a la clínica una semana después para la evaluación. La gran mayoría de las mujeres (93.3%; 95% IC: 91.6-94.8) tuvo un aborto completo. Las mujeres con embarazos ≤8 semanas desde la FUM tuvieron tasas de eficacia significativamente más altas que las mujeres en la novena o décima semanas (94.9% vs 90.5%; $p = 0.01$). La diferencia en las tasas de eficacia entre la novena y décima semanas no fue significativa (90.0% vs. 91.2%; $p = 0.71$). La mayoría de las mujeres encontraron que los efectos secundarios (82.9%) y el uso de misoprostol (84.4%) eran muy aceptables o aceptables. Este estudio ofrece evidencia adicional que respalda un régimen de aborto con medicamentos extendido hasta concluidas las 10 semanas desde la FUM para usuarias ambulatorias. © 2015 Reproductive Health Matters

Palabras clave: aborto con medicamentos, mifepristona, misoprostol, México

El aborto médico usando mifepristona y misoprostol es un método seguro y eficaz que ha sido utilizado mundialmente por millones de mujeres para interrumpir el embarazo en los últimos 25 años. Extensa evidencia sobre su eficacia y aceptabilidad respalda el aborto con medicamentos hasta

concluidos los 63 días desde la fecha de la última menstruación (FUM).¹⁻⁶ En esta etapa del embarazo, uno de los regímenes recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una dosis de 200 mg de mifepristona seguida de 800 µg de misoprostol por vía oral.⁷ Este protocolo es

utilizado de manera rutinaria para la interrupción legal del embarazo en unidades ambulatorias de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF),^{6,8} donde aproximadamente el 71% de las mujeres que obtienen servicios tiene un aborto con medicamentos.⁹

En México, el aborto es legal en el primer trimestre del embarazo, y el primer producto de mifepristona fue registrado ahí en el año 2011. Alrededor de ese mismo tiempo, un estudio sobre el aborto con medicamentos hasta concluidos los 63 días desde la FUM fue realizado entre 1001 mujeres que buscaron servicios en varias unidades ambulatorias de la SSDF, lo cual confirma las altas tasas de eficacia y aceptabilidad del régimen de mifepristona-misoprostol.⁶ Los hallazgos del estudio facilitaron a la SSDF establecer servicios de aborto médico con mifepristona y misoprostol como un enfoque de primera línea para los servicios de aborto. Debido a la gran demanda de servicios de aborto con medicamentos y a las ventajas de prestación de servicios que este método ofrece en comparación con la aspiración (tales como reducción de costos y tiempo en la unidad de salud), la Secretaría procura ofrecer estos al mayor número posible de mujeres que busca interrumpir su embarazo en el primer trimestre. Un estudio previo sobre las características de las mujeres que habían buscado abortos legales en las unidades de salud de la SSDF, encontró que son diversas en edad, estado civil y paridad, y que un alto porcentaje de ellas son católicas.¹⁰

Otro estudio realizado en los Estados Unidos el año 2012, en el cual se utilizó un régimen de 200 mg de mifepristona + 800 µg de misoprostol por vía oral, demostró que el mismo régimen puede utilizarse en mujeres, entre los 64 y 70 días y entre los 57 y 63 días desde la FUM, con eficacia comparable (92.8% y 93.5% respectivamente) y satisfacción (88.3% vs. 87.4% satisfechas o muy satisfechas).¹¹ Además, las guías de la Federación Nacional de Aborto de EEUU incluyen actualmente servicios ambulatorios de aborto con medicamentos mifepristona-misoprostol hasta los 70 días desde la FUM.¹² Como un próximo paso en el proceso de extender el protocolo clínico para la interrupción legal del embarazo en las unidades de salud de la SSDF, este estudio buscó evaluar la eficacia y aceptabilidad del aborto con medicamentos hasta los 70 días (la décima semana) desde la FUM, proporcionado como parte de los servicios clínicos rutinarios.

Metodología

Este estudio clínico fue abierto (es decir, tanto los profesionales de la salud como las participantes conocían el tratamiento que se estaba administrando). Mujeres que buscaron servicios de aborto fueron inscritas en los dos lugares de estudio: el Hospital Materno Infantil Inguarán y en la clínica de salud reproductiva del Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán, donde se brinda atención primaria. Las mujeres fueron invitadas a participar en el estudio si eran elegibles para tener un aborto con medicamentos y si tenían un embarazo de hasta 70 días medidos a partir de la FUM. Las mujeres interesadas en participar tenían que estar de acuerdo con someterse a una intervención quirúrgica (aspiración por vacío) si era necesario, estar dispuestas a proporcionar datos de contacto para fines de seguimiento, tener acceso fácil a un teléfono y a transporte de emergencia, y cumplir con el protocolo del estudio. Todas las participantes dieron su consentimiento informado por escrito. La aprobación ética fue otorgada por la Comisión de Ética, Bioseguridad e Investigación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Todas las participantes recibieron el mismo régimen de 200 mg de mifepristona (Zacafemyl, Red de Inteligencia Farmacéutica), para tomarse en la clínica, seguido de 800 µg de misoprostol (4 x 200 µg, ya sea de Cytotec [Pfizer] o Cyrux [Llama Serral]) para tomarse en la casa 24 a 48 horas después. A estas mujeres se les indicó que mantuvieran el misoprostol en la boca (dos tabletas dentro de cada cachete) durante 30 minutos antes de tragar toda porción restante. Se recetaron analgésicos según el nivel de atención en cada unidad de salud, y se informó a las participantes que debían llamar a la clínica si tenían preguntas o inquietudes. Cada clínica participante recibió un teléfono móvil para facilitar la comunicación con las participantes del estudio.

Se solicitó a las participantes que regresaran a la clínica siete días después de tomarse la mifepristona para evaluar su situación de aborto. A las mujeres que presentaron continuación del embarazo se les recomendó aspiración por vacío. A las mujeres con un embarazo no viable, que incluye saco gestacional persistente, restos ovulares retenidos o sangrado, se les dio la opción de elegir entre una dosis adicional de 800 µg de misoprostol por vía oral, manejo expectante, o aspiración por vacío. A las mujeres que eligieron cualquiera de las primeras dos opciones se les pidió que regresaran una

semana después para otra consulta de seguimiento. En ese momento, a las mujeres con un embarazo no viable persistente o considerables restos se les ofreció aspiración por vacío. Antes de concluir el estudio, un miembro del equipo del estudio en la unidad de salud preguntó a todas las participantes una serie de preguntas sobre sus experiencias con el aborto con medicamentos.

El resultado principal del estudio fue la eficacia del método, definida como aborto completo sin aspiración por vacío en ningún momento. Otros resultados fueron nivel de sangrado, nivel de dolor y otros efectos secundarios, tasa de abortos que necesitaron más tratamiento, y aceptabilidad. A raíz de las tasas de eficacia en estudios realizados por Winikoff en el año 2008 (≤ 63 días desde la FUM: 96.2%)² y en el 2012 (57 a 63 días desde la FUM: 93.5%; 64 a 70 días desde la FUM: 92.8%), 11 un universo de 456 mujeres fue considerado suficiente para mostrar eficacia general de 95% +/- 2%. El universo fue incrementado a 1000 para tomar en cuenta las altas tasas de pérdidas esperadas durante el seguimiento y la homogeneidad entre unidades de salud. Los datos fueron analizados utilizando la versión 19 de SPSS (IBM, Armonk, NY, EE. UU.) y la versión 11 de STATA (StataCorp, College Station, TX, EE. UU.).

Hallazgos

Entre enero y marzo de 2012, se inscribieron en el estudio 1001 mujeres. De ellas, 41 fueron perdidas

Tabla 1. Características de las participantes (N=1001)

Edad en años: mediana (gama)	24 (13–45)
Gravidez: mediana (gama)	2 (1–8)
Informaron aborto anterior: n (%)	181 (18.1%)
Informaron aborto con medicamentos anterior: n (%)	124/181 (68.5%)
Gestación desde la FUM, en días: mediana (gama)	52 (25–73)
Días desde la fecha de la última menstruación (FUM): n (%)	
≤ 56 días	654 (65.3%)
57–63 días	196 (19.6%)
64–70 días ^a	151 (15.1%)
a Una mujer tenía un embarazo de 73 días de gestación desde la FUM.	

durante el seguimiento y no fue posible recolectar datos del seguimiento; por lo tanto, fueron incluidas solo en el análisis de las características de las participantes y excluidas de otros análisis. Una mujer con un embarazo de 73 días de gestación desde la FUM fue inscrita erróneamente en el estudio; sus datos fueron incluidos en los análisis. Las características de las participantes se presentan en la Tabla 1. Aproximadamente dos terceras partes (65.3%) de las mujeres en el estudio tenían un embarazo de ≤ 56 días de gestación desde la FUM; una quinta parte (19.6%), de 57 a 63 días desde la

Tabla 2. Resultados del aborto con medicamentos: n (%) (N=960)

	≤ 56 días (n=622)	57–63 días (n=190)	64–70 días ^a (n=148)	Todas las mujeres (n=960) ^b
Aborto completo	590 (94.9)	171 (90.0)	135 (91.2)	896 (93.3)
Intervención quirúrgica	32 (5.1)	19 (10.0)	13 (8.8)	64 (6.7)
Continuación del embarazo	4 (0.6)	6 (3.2)	5 (3.4)	15 (1.6)
Problema de sangrado	7 (1.1)	8 (4.2)	2 (1.4)	17 (1.8)
Saco persistente	11 (1.8)	3 (1.6)	0 (0.0)	14 (1.5)
Incompleto al concluir el estudio	10 (1.6)	2 (1.1)	3 (2.0)	15 (1.6)
Indicado clínicamente ^c	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.4)	2 (0.2)
Razón psicológica/emocional	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.1)
Regresaron para la segunda cita de seguimiento programada	26 (4.2)	11 (5.8)	11 (7.4)	48 (5.0)

a Una mujer tenía un embarazo de 73 días de gestación desde la FUM.

b Excluye a 41 mujeres perdidas durante el seguimiento.

c Otra razón médica para la intervención, por ejemplo: sospecha de infección.

FUM; y el 15.1%, de 64 a 70 días desde la FUM.

Todas salvo una participante del estudio informaron tomar mifepristona y misoprostol según las instrucciones; una mujer dijo que tomó el misoprostol cinco días después de la mifepristona. La gran mayoría de las mujeres (93.3%; IC 95%: 91.6 a 94.8) tuvo un aborto completo con medicamentos sin aspiración por vacío (Tabla 2). Las razones por las cuales fue necesario realizar 64 procedimientos de aspiración por vacío fueron: continuación del embarazo (n=15), problema de sangrado (n=17), saco persistente (n=14), aborto incompleto al concluir el estudio (n=15), intervención indicada clínicamente (n=2) y razones psicológicas/ emocionales (n=1). La tasa de aborto completo varió por unidad de salud donde se realizó el estudio: 98.5% vs. 92.0%.

Entre las mujeres con un embarazo de ≤ 8 semanas de gestación desde la FUM (≤ 56 días), las tasas de aborto completo fueron significativamente más altas que entre las mujeres en la novena semana (94.9% vs. 90%, $p = 0.02$), pero no hubo significancia estadística al comparar a las mujeres con ≤ 8 semanas desde la FUM con aquéllas en la décima semana (94.9% vs. 91.2%, $p = 0.12$). No hubo una diferencia significativa en las tasas de

aborto completo entre la novena y décima semanas (90.0% vs. 91.2%, $p = 0.85$). Veintidós mujeres (2.1%) acudieron a otra unidad médica (que no era parte del estudio) para recibir servicios relacionados con el aborto durante el estudio, después de haber recibido los dos medicamentos. Estas mujeres eran más propensas a someterse a una intervención quirúrgica que las mujeres que recibieron tratamiento únicamente en las clínicas del estudio (70.0% vs. 5.3%; $p < 0.001$). Setenta participantes (7.0%) llamaron a la clínica con preguntas o inquietudes sobre el proceso de aborto; las mujeres con un embarazo de 10 semanas de gestación desde la FUM no eran más propensas a llamar que las mujeres con 9 semanas de gestación desde la FUM (8.6% vs. 11.2%; $p = 0.48$; datos no mostrados).

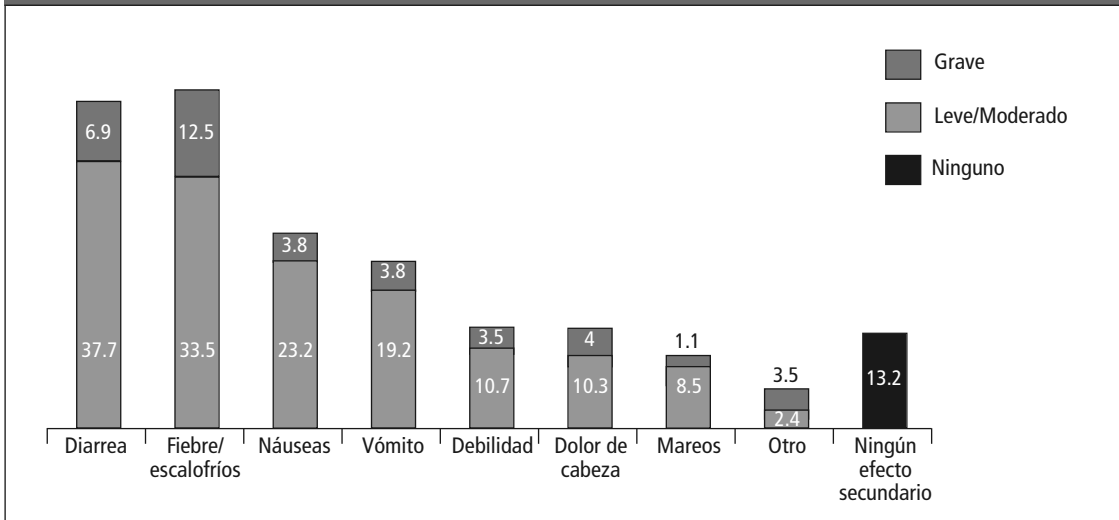
Los efectos secundarios más comunes experimentados durante el proceso de aborto fueron: fiebre/escalofríos (46.0%), diarrea (44.6%), náuseas (27.0%) y vómito (23.0%) (Tabla 3). La gravedad de los efectos secundarios se presenta en la Figura 1. Un poco más de la mitad de las mujeres (56.2%) informaron que el dolor que sintieron fue menor que lo esperado o como esperado, y tres cuartas partes (74.6%) encontraron que el sangrado fue

Tabla 3. Efectos secundarios que experimentaron las mujeres: n (%)

	≤ 56 días (n=622)	57-63 días (n=190)	64-70 días ^a (n=148)	Todas las mujeres (n=960)
Efecto secundario				
Fiebre/escalofríos	270 (43.4)	91 (47.9)	81 (54.7)	442 (46.0)
Diarrea	277 (44.5)	73 (38.4)	78 (52.7)	428 (44.6)
Náuseas	166 (26.7)	54 (28.4)	39 (26.4)	259 (27.0)
Vómito	131 (21.1)	51 (26.8)	39 (26.4)	221 (23.0)
Dolor de cabeza	84 (13.5)	26 (13.7)	27 (18.2)	137 (14.3)
Debilidad	81 (13.0)	25 (13.2)	31 (20.9)	137 (14.3)
Mareos	62 (10.0)	20 (10.5)	11 (7.4)	93 (9.7)
Nivel medio de dolor (escala del 1 al 7)	5.26	5.55	5.59	5.37
Dolor durante el tratamiento	(n=603)	(n=182)	(n=144)	(n =929)
Menor que lo esperado	167 (27.7)	40 (22.2)	27 (18.8)	234 (25.2)
Como esperado	182 (30.2)	55 (30.2)	51 (35.4)	288 (31.0)
Mayor que lo esperado	254 (42.1)	87 (47.8)	66 (45.8)	407 (43.8)
Sangrado durante el tratamiento	(n=609)	(n=183)	(n=144)	(n=936)
Menor que lo esperado	195 (32.0)	45 (24.6)	32 (22.2)	272 (29.1)
Como esperado	275 (45.2)	84 (45.9)	67 (46.5)	426 (45.5)
Mayor que lo esperado	139 (22.8)	54 (29.5)	45 (31.3)	238 (25.4)

a Una mujer tenía un embarazo de 73 días de gestación desde la FUM.

Figura 1. Efectos secundarios y gravedad



menor que lo esperado o como esperado. Aproximadamente el mismo porcentaje de las mujeres en la décima semana y en la novena semana informaron tener más dolor que lo esperado (45.8% vs. 47.8%; $p = 0.74$). El nivel medio de dolor informado (en una escala del 1 al 7) entre las mujeres en la novena semana y aquéllas en la décima semana (5.59 vs. 5.55, $p = 0.79$) no difirió pero fue significativamente mayor cuando las mujeres con 9 y 10 semanas de gestación desde la FUM fueron comparadas con aquéllas ≤ 56 días desde la FUM (5.57 vs. 5.26; $p = 0.003$; datos no mostrados).

Tres cuartas partes (76.6%) de las mujeres encontraron que el proceso de aborto con medicamentos no es nada difícil, o solo un poco difícil, mientras que el 9.5% pensó que era muy difícil (Tabla 4). La mayoría de las mujeres (86.9%) encontraron los efectos secundarios muy aceptables o aceptables; solo el 2.4% pensó que eran inaceptables o muy inaceptables. A la mayoría de las participantes (84.4%) les pareció que la vía de administración del misoprostol fue muy aceptable o aceptable; solo al 1.2% le pareció inaceptable o muy inaceptable. Si otro aborto fuese necesario en el futuro, el 77.8% de las mujeres volverían a elegir el aborto con medicamentos; solo el 2.9% elegiría la aspiración por vacío y el 19.3% no indicó ninguna preferencia. Los mejores aspectos del aborto con medicamentos, según las participan-

tes, fueron facilidad o conveniencia (26.0%), eficacia (24.4%), calidad de la atención recibida (11.7%) y privacidad (8.5%). Para el 16.3%, no hubo ningún mejor aspecto. Cólicos/dolor fueron la peor característica reportada con la mayor frecuencia (28.8%). Más de la mitad (52.7%) de las mujeres dijeron que no había un peor aspecto (datos no mostrados).

Discusión

Este estudio demostró que los protocolos para los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos pueden extenderse hasta concluidos los 70 días desde la FUM, con tasas de eficacia y aceptabilidad dentro de la gama observada en otros estudios con protocolos similares.^{11,13,14} En general la tasa de continuación del embarazo de 1.6% en este estudio que incluyó a mujeres hasta concluidos los 70 días de gestación desde la FUM fue un poco más alta que la tasa de 0.5% típicamente observada en estudios entre mujeres con un embarazo de ≤ 63 días de gestación.^{2,6} Sin embargo, una tasa más alta de continuación del embarazo en la novena semana (3.2%) y en la décima semana (3.4%) era de esperarse y concuerda con el estudio de Winikoff y colegas realizado en el año 2012, el cual informó tasas de continuación del embarazo de 3.1% y 3.0%, respectivamente.¹¹ En comparación con mujeres en etapas más tempranas del embarazo, la probabili-

dad de continuación del embarazo después del uso del régimen de aborto con medicamentos en mujeres en la novena y décima semanas aumenta de menos de 1 mujer por cada 100 a menos de 4 mujeres por cada 100. Aunque la tasa un poco más alta de continuación del embarazo podría disuadir a algunas mujeres de seleccionar este método de aborto, otras mujeres no consideran la disminución de eficacia como un factor limitante. El servicio ambulatorio de aborto con medicamentos utilizando este régimen para mujeres con embarazo de 9 semanas de gestación desde la FUM es recomendado por la Organización Mundial de la Salud⁷ y utilizado comúnmente. El hecho de que no existe una diferencia incremental en la tasa de continuación del embarazo cuando es utilizado por mujeres con embarazo de 10 semanas de gestación desde la FUM respalda la ampliación de los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos para incluir una semana más de embarazo. Cada mujer debería poder tomar una decisión informada para seleccionar el método que ella considere más indicado para ella.

En general, la tasa de eficacia en este estudio es menor que en estudios anteriores realizados en el Distrito Federal de México,⁶ pero al parecer esto no

se debe a la inclusión de mujeres con embarazos de 64 a 70 días de gestación desde la FUM, dado que la eficacia disminuyó drásticamente en la novena semana. Esto posiblemente se deba al azar, o en parte al manejo por parte del prestador de servicios, en particular profesionales de la salud en otras unidades que no participaron en el estudio. Los prestadores de servicios clínicos que no ofrecen servicios de aborto con medicamentos típicamente siguen el manejo estándar del aborto incompleto sin complicaciones; en México, dichas mujeres a menudo son hospitalizadas y tratadas con dilatación y curetaje, aun cuando no está indicado clínicamente. Entre profesionales de la salud que participaron en el estudio, no podemos descartar la posibilidad de tendencias de comportamiento, ya que los prestadores de servicios no desconocían la edad gestacional. La heterogeneidad entre profesionales de la salud, es decir, las diferencias en las maneras en que cada prestador/a de servicios clínicos maneja un caso, posiblemente contribuyeron a las diferencias en tasas de eficacia entre las unidades de salud.

Las mujeres con embarazos en la novena y décima semanas informaron una calificación media de dolor significativamente más alta que

Tabla 4. Aceptabilidad del aborto con medicamentos como un método de aborto ambulatorio: n(%)

	≤56 días (n=622)	57-63 días (n=190)	64-70 días ^a (n=148)	Todas las mujeres (n=960)
Experiencia con el aborto con medicamentos	(n=616)	(n=189)	(n=147)	(n=952)
Para nada/un poco difícil	479 (77.8)	140 (74.1)	110 (74.8)	729 (76.6)
Moderadamente difícil	86 (14.0)	24 (12.7)	23 (15.6)	133 (14.0)
Muy difícil	51 (8.3)	25 (13.2)	14 (9.5)	90 (9.5)
Aceptabilidad de los efectos secundarios	(n=594)	(n=181)	(n=141)	(n=916)
Muy aceptables/aceptables	521 (87.7)	152 (84.0)	123 (87.2)	796 (86.9)
Neutral	56 (9.4)	28 (15.5)	14 (9.9)	98 (10.7)
Inaceptables/muy inaceptables	17 (2.9)	1 (0.6)	4 (2.8)	22 (2.4)
Aceptabilidad de la administración del misoprostol	(n=592)	(n=180)	(n=144)	(n=916)
Muy aceptables/aceptables	523 (88.3)	160 (88.9)	127 (88.2)	810 (88.4)
Neutral	60 (10.1)	19 (10.6)	16 (11.1)	95 (10.4)
Inaceptables/muy inaceptables	9 (1.5)	1 (0.6)	1 (0.7)	11 (1.2)
Método preferido para un futuro aborto si es necesario	(n=622)	(n=190)	(n=148)	(n=960)
Aspiración por vacío	17 (2.7)	7 (3.7)	4 (2.7)	28 (2.9)
Aborto con medicamentos	491 (78.9)	143 (75.3)	113 (76.4)	747 (77.8)
Ninguna preferencia	114 (18.3)	40 (21.1)	31 (20.9)	185 (19.3)

a Una mujer tenía un embarazo de 73 días de gestación desde la FUM.

otras participantes del estudio. Sin embargo, las calificaciones son tan similares que quizás no tengan significancia clínica, es decir, posiblemente no requieran diferentes estrategias en el manejo del dolor. Aun más importante, la calificación media de dolor de las mujeres en la décima semana fue casi idéntica a la de las mujeres en la novena semana, lo cual respalda aun más ofrecer de manera rutinaria servicios ambulatorios de aborto con medicamentos a las mujeres con embarazos de 64 a 70 días de gestación.

Este estudio proporciona evidencia adicional al material publicado que respalda extender los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos hasta los 70 días (décima semana) del embarazo. De hecho, basándose en los resultados de este estudio y en la experiencia obtenida por haber participado en este estudio, la SSDF ha ampliado los servicios ambulatorios hasta los 70 días como parte de los servicios rutinarios. Ofrecer servicios ambulatorios de aborto con medicamentos como una opción de tratamiento para esta población ampliaría aun más el acceso de las mujeres, y si la participación en este estudio es un indicio, las mujeres con embarazo de 64 a 70 días de gestación desde la FUM podrían representar hasta el 15% de las usuarias del método de aborto con medicamentos. A su vez, esto economizaría tiempo y recursos utilizados por profesionales del sistema de salud. Es posible que

este régimen de aborto con medicamentos también pueda ser una opción para mujeres más allá de los 70 días desde la FUM, ya que es poco probable que la tasa de eficacia disminuya marcadamente a los 71 días después de la FUM. Aún es necesario realizar más investigaciones para explorar la eficacia más adelante en el primer trimestre. Además, a medida que el producto del embarazo se desarrolle y es más reconocible en el momento de la expulsión a las 11 y 12 semanas, sería importante evaluar simultáneamente la aceptabilidad de los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos para las mujeres, así como el nivel de comodidad de los profesionales de la salud para ofrecer estos servicios, con el fin de determinar la factibilidad de esta opción de prestación de servicios.

Agradecimientos

Los autores agradecen al personal del Centro de Salud Beatriz Velasco Alemán y del Hospital Materno Infantil Inguarán por su importante trabajo en este estudio, así como a las participantes que hicieron posible este análisis. Además, agradecemos a Jennifer Britton por su inestimable ayuda con la gestión y análisis de datos.

(Artículo traducido por Reproductive Health Matters, UK)

Referencias bibliográficas

1. Blum J, Raghavan S, Dabash R, et al. Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2012; 118:166-71. Doi: 10.1016/j.ijgo.2012.03.039.
2. Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology* 2008; 112:1303-10. Doi: 10.1097/AOG.0b013e31818d8eb4.
3. Goldstone P, Michelson J, Williamson E. Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: a large Australian observational study. *Medical Journal of Australia* 2012; 197:282-86.
4. Raghavan S, Tsereteli T, Kamilov A, et al. Acceptability and feasibility of the use of 400 g of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: evidence from Uzbekistan. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2013; 18:104-11. Doi: 10.3109/13625187.2013.763225.
5. von Hertzen H, Huang NT, Piaggio G, et al. WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial. *BJOG* 2010; 117:1186-96. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02636.x.
6. Peña M, Dzuba IG, Sanhueza Smith P, et al. Efficacy and acceptability of a mifepristone-misoprostol combined regimen for early induced abortion among women in Mexico City. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2014; 127:82-85. Doi: 10.1016/j.ijgo.2014.04.012.
7. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2a ed. Ginebra: OMS; 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/

8. Becker D, Díaz Olavarrieta C. Decriminalization of abortion in Mexico City: The effects on women's reproductive rights. *American Journal of Public Health* 2013; 103:590-93.
9. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Sistema de Información del Programa de Interrupción Legal del Embarazo. Datos provisionales, junio de 2014.
10. Mondragón y Kalb M, Ahued Ortega A, Morales Velazquez J, et al. Patient characteristics and service trends following abortion legalization in Mexico City, 2007-10. *Studies in Family Planning* 2011; 42:159-66.
11. Winikoff B, Dzuba IG, Chong E, et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics & Gynecology* 2012; 120:1070-76. Doi: <http://10.1097/AOG.0b013e31826c315f>.
12. National Abortion Federation. 2014 Clinical Policy Guidelines. Washington, DC: NAF; 2014. <http://prochoice.org/education-and-advocacy/2014-clinicalpolicy-guidelines/>.
13. Bracken H, Dabash R, Tsertsvadze G, et al. A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days LMP: a prospective comparative open-label trial. *Contraception* 2014; 89:181-86. Doi: 10.1016/j.contraception.2013.10.018.
14. Boersma AA, Meyboom-de Jong B, Kleiverda G. Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a general practice in Curaçao. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2011; 16:61-66. Doi: 10.3109/13625187.2011.555568.