



EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ABORTO CON MEDICAMENTOS AUTOGESTIONADO

Resultados de un estudio prospectivo de Ibis Reproductive Health y grupos de acompañamiento en Sudamérica, Asia Sudeste, y África del Este



INTRODUCCION

En todo el mundo las personas enfrentan diversas barreras estructurales y restricciones legales que impiden el acceso a servicios de aborto de alta calidad. Cada vez más, las personas que necesitan atención del aborto obtienen medicamentos para el aborto recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) fuera de una clínica y a través de prácticas de salud comunitarias, como los servicios en línea, redes de acompañamiento, farmacias y líneas de ayuda telefónica. También muchas acuden a vendedors de medicamentos por internet.¹⁻⁵

Un modelo emergente de aborto fuera de la clínica es mediante el acompañamiento del aborto en el cual voluntarixs capacitadxs proporcionan información basada en recomendaciones de la OMS sobre aborto con medicamentos y también apoyo físico y emocional y atención centrada en la persona durante todo el proceso de aborto con medicamentos.⁶⁻¹⁰ A este modelo de aborto con medicamentos autogestionado realizado fuera de una clínica y con apoyo de consejería se lo conoce como el “modelo con acompañamiento” dado que las personas son “acompañadas” en forma virtual o en persona durante el proceso del aborto con medicamentos.

El número de grupos de acompañamiento continúa a crecer, con aproximadamente cincuenta grupos de acompañamiento en funcionamiento en todo el mundo. A pesar del creciente corpus de publicaciones que indica que la práctica del aborto con medicamentos autogestionado es segura y que la experiencia es satisfactoria,^{3,4,11-15} hay limitaciones en los datos existentes sobre la seguridad y eficacia de aborto autogestionado con apoyo de grupos de acompañamiento.

Ibis Reproductive Health, y tres grupos de acompañamiento en Sudamérica, Asia del Sudeste, y África del Oeste diseñaron y pusieron a prueba un riguroso estudio prospectivo de observación de la eficacia y la seguridad del aborto con medicamentos autogestionado con apoyo de un grupo de acompañamiento (el estudio SAFE).¹⁶

Inscribimos a personas que llamaron a los tres grupos de acompañamiento, y las siguieron por seis semanas para medir los resultados de aborto autogestionado.

Protocolo de Aborto Autogestionado

El protocolo específico utilizado en los tres sitios de estudio varía un poco en base a edad gestacional y la reacción individual de cada persona a la medicación, pero todos los grupos de acompañamiento recomiendan que las personas que llaman sigan iteraciones del protocolo respaldado por la OMS:

Mifepristona + misoprostol hasta 12 semanas de gestación:

- Traga una tableta de mifepristona (200mg) con un vaso de agua.
- Después de 24-48 horas, ponte cuatro pastillas de misoprostol (800mcg total) debajo de tu lengua (sublingual) y deja que se derritan por 30 minutos. Continúa a tragar saliva hasta que se derritan las pastillas.
- Si no hay señales de reacción, síntomas o expulsión después de tres horas, pon dos pastillas de misoprostol debajo de tu lengua y deja que se derritan por 30 minutos, continúa a tragar saliva hasta que se disuelven las pastillas.

Misoprostol solo hasta 12 semanas de gestación:

- Pon cuatro pastillas (800mcg) debajo de la lengua (sublingual) y deja que se disuelvan por 30 minutos, continúa a tragar saliva hasta que las pastillas se disuelven. Espera tres horas.
- Si no hay señales de reacción, síntomas, o la expulsión no ha ocurrido después de tres horas, pon otra dosis de 2-4 pastillas (400-800mcg) debajo de la lengua y deja que se disuelvan por 30 minutos, continúa a tragar saliva hasta que las pastillas se disuelven. Espera tres horas.
- Si no hay señales de reacción, síntomas, o la expulsión no ha ocurrido, repite dos pastillas de la misma forma cada tres horas hasta que se halla expulsado el embarazo.

RESULTADOS

Casi todxs lxs participantes terminaron su embarazo con las pastillas solas—solo tres necesitaron un aborto quirúrgico seguro para completar el aborto (aspiración manual endouterina (AMEU) y dilatación y legrado). En general, casi todas las personas que tomaron pastillas de medicamentos de aborto terminaron su embarazo exitosamente (95%).

El promedio de tiempo entre la primera dosis de medicación y expulsar el embarazo fue 33 horas.

La mayoría de las personas también sintieron algún tipo de dolor durante su aborto y casi todas las personas experimentaron sangrado (97%) y contracciones (95%). Para ayudar a manejar el dolor, 63% usaron medicamentos de dolor y 10% usaron distracciones como escuchar música o mirar televisión.

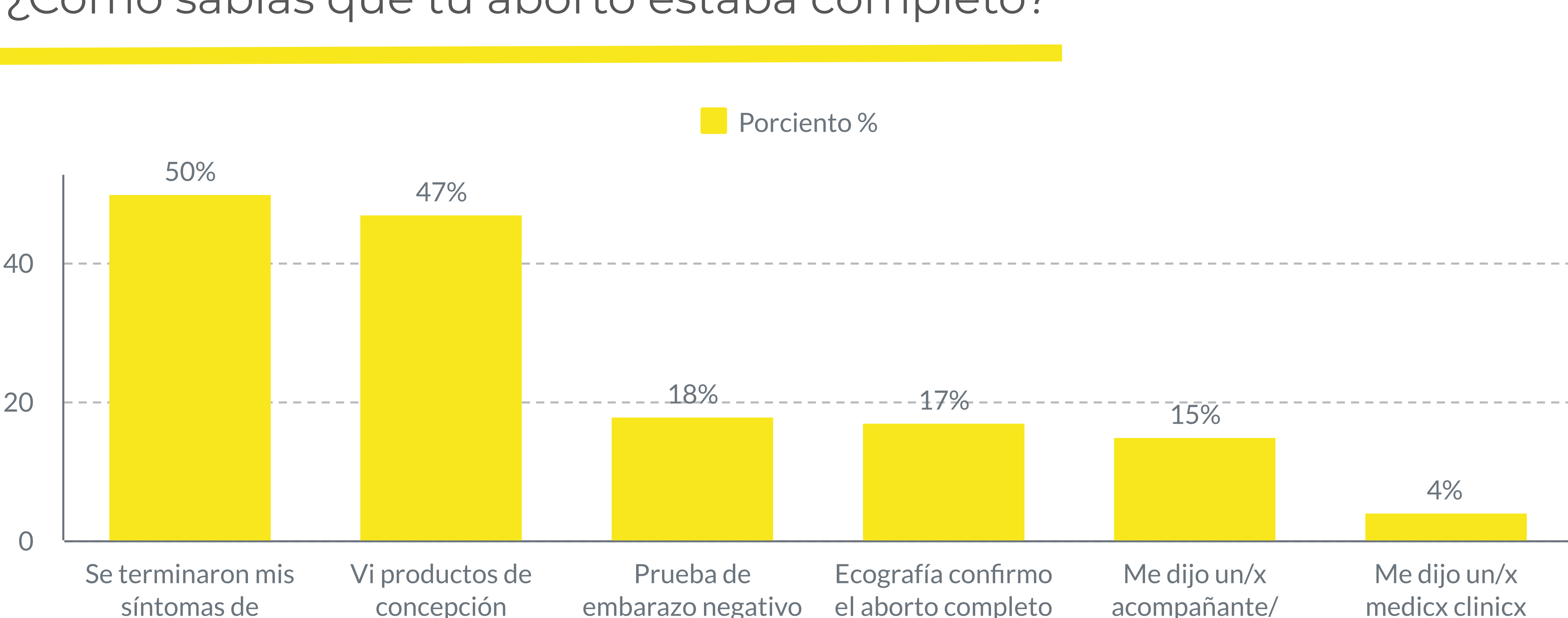
En total, 26% de personas inscritas al estudio visitaron un centro de salud durante alguna parte de su aborto. Tranquilizadamente, solo 8% de estas fueron por una preocupación sobre el aborto, casi todas las personas solo fueron para confirmar que el aborto está completo.

Un pequeño número de personas experimentaron señales de complicaciones potenciales después de su aborto. La más común fue flujo con olor feo (5%), sangrado que empapó mas de dos toallitas sanitarias por hora por más de dos horas (4%), y dolor que no se iba (4%).

Aborto completo



¿Cómo sabías que tu aborto estaba completo?



CONCLUSION

Los hallazgos de este estudio apoyan la hipótesis que el aborto autogestionado con medicamento con apoyo de apoyos de acompañamiento es seguro y eficaz. Un estudio más grande accionado para probar que el modelo de acompañamiento no es inferior a los abortos de medicación en centros de salud está en progreso.

Es instrumental establecer la seguridad y eficacia de este modelo de cuidado fuera del sistema de salud, con implicaciones políticas que pueden atravesar diversos de ambientes legales y expandir, acceso a abortos de alta calidad para las personas que los necesitan alrededor del mundo.

REFERENCIAS

1. WHO. Medical management of abortion. Geneva, Switzerland: World Health Organization;2018. ISBN 978-92-4-155040-6
2. Dzuba IG, Winikoff B, Pena M. Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2013;18(6):441-450.
3. Footman K, Keenan K, Reiss K, Reichwein B, Biswas P, Church K. Medical abortion provision by pharmacies and drug sellers in low- and middle-income countries: A systematic review. Stud Fam Plann. 2018;49(1):57-70.
4. Gomperts R, Jelinska K, Davies S, Gemzell-Danielsson K, Kleiverda G. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services - Reply. Bjog-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2008;115(12):1588-1588.
5. Gomperts R, van der Vleuten K, Jelinska K, da Costa CV, Gemzell-Danielsson K, Kleiverda G. Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil. Contraception. 2014;89(2):129-133.
6. Wilson K, Garcia S, Lara D. Misoprostol use and its impact on measuring abortion incidence and morbidity. In: Methodologies for determining abortion incidence and abortion-related morbidity: A review. New York, NY: Guttmacher Institute; 2010:191-201.
7. Gerdt C, Jayaweera RT, Baum SE, Hudaya I. Second-trimester medication abortion outside the clinic setting: An analysis of electronic client records from a safe abortion hotline in Indonesia. BMJ Sex Reprod Health. 2018.
8. Gerdt C, Hudaya I. Quality of care in a safe-abortion hotline in Indonesia: Beyond harm reduction. American journal of public health. 2016;106(11):2071-2075.
9. Elizalde S, Mateo N. Las jóvenes: Entre la “marea verde” y la decisión de abortar. Salud colectiva. 2018;14(3):433-446.
10. Zurbriggen R, Keefe-Oates B, Gerdt C. Accompaniment of second-trimester abortions: The model of the feminist Socorrista network of Argentina. Contraception. 2018;97(2):108-115.
11. Bullard K, Moseson H, Altamirano S, et al. Effectiveness of accompaniment of self-managed medication abortion in the second trimester: A retrospective review of case records from Argentina, Chile, and Ecuador Society for Family Planning Annual Meeting 2019; 2019; Los Angeles, CA.
12. Aiken ARA, Digol I, Trussell J, Gomperts R. Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: Population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland. BMJ (Clinical research ed). 2017;357:j2011.
13. Foster A. Exploring Polish women's experiences using a medication abortion telemedicine service: A qualitative study. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2018;23:59-60.
14. Aiken A, Gomperts R, Trussell J. Experiences and characteristics of women seeking and completing at-home medical termination of pregnancy through online telemedicine in Ireland and Northern Ireland: A population-based analysis. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2017;124(8):1208-1215.
15. Foster AM, Arnott G, Hobstetter M. Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Evaluation of a program along the Thailand Burma border. Contraception. 2017;96(4):242-247.
16. Moseson H, Jayaweera R, Raifman S, Keefe-Oates B, Filippa S, Motana R, Egwuatu I, Grosso B, Kristianingrum I, Nmezi S, Zurbriggen R, Gerdt C. Self-managed medication abortion outcomes: Results from a prospective pilot study. Under review.

<https://www.researchsquare.com/article/rs-31998/v1?redirect=article/rs-31998>