



Salud. Acceso. Derechos.

Mayo 2013



DE UN VISTAZO

[Innovaciones](#)

[Investigaciones con impacto](#)

[¿Qué es importante para usted?](#)

[Asuntos de país](#)

[Perspectivas](#)

[Organización destacada](#)

[Recurso destacado](#)

¡QUEREMOS RECIBIR NOTICIAS DE USTED!

Diríjase a abortoconmedicamentos@ipas.org para sugerir una organización, un recurso o contenido a destacarse en un futuro número.

CONOZCA MÁS ACERCA DEL ABORTO CON MEDICAMENTOS

www.ipas.org/abortoconmedicamentos

GRACIAS AL PANEL ASESOR DE ASUNTOS DE ABORTO CON MEDICAMENTOS

Traci Baird, MPH Directora, Proyectos Especiales, Ipas

Alfonso Carrera, MD Asesor Médico Senior, Ipas México

Mary Fjerstad, NP, MHS Directora de Asuntos Médicos y Farmacovigilancia, WomanCare Global

Beverly Winikoff, MD Presidenta, Gynuity Health Projects

Kate Worsley, MBBS, DFFP, MBA Directora Adjunta, Equipo de Desarrollo Médico, Marie Stopes International

Susan Yanow, MSW Consultora en Salud Reproductiva



Versión imprimible del texto completo

ASUNTOS DE ABORTO CON MEDICAMENTOS

Compartiendo perspectivas globales desde 2009

INNOVACIONES: *Ardiendo en ira*: centro de mujeres en Tanzania abre una farmacia para llevar el misoprostol a las comunidades rurales

Cuando el personal del Centro de Promoción de Mujeres (WPC, por sus siglas en inglés) en la región rural de Kigoma, en Tanzania, se dio cuenta de que las mujeres estaban sufriendo y muriendo innecesariamente a causa de abortos inseguros, y que el misoprostol podría ser una opción de aborto seguro si estuviera disponible, se enfadaron. Por lo tanto, decidieron abrir una farmacia para llevar el misoprostol a las comunidades locales y salvar la vida de las mujeres.

[Más en ipas.org](#)



Stockphoto/Thinkstock

INVESTIGACIONES CON IMPACTO: Nuevos hallazgos apoyan tanto los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos hasta las 10 semanas de gestación como el uso domiciliario de mifepristona

Las normas y prácticas de prestación de servicios de aborto con medicamentos tradicionalmente han creado barreras al uso más generalizado. Dos de las barreras más importantes son el hecho de que el método generalmente está disponible en servicio ambulatorio solo hasta los 63 días (nueve semanas) desde la fecha de la última menstruación y el hecho de que las mujeres deben comenzar el procedimiento tomando mifepristona el mismo día que acuden al centro de salud. Pero gracias a dos estudios nuevos publicados por [Gynuity Health Projects](#), podría aumentar considerablemente el acceso de las mujeres.

[Más en ipas.org](#)



Comitock/Thinkstock

¿QUÉ ES IMPORTANTE PARA USTED?

Pregunta: ¿Se puede utilizar el método de aborto con medicamentos en el segundo trimestre?

Respuesta: Sí, el régimen combinado de mifepristona y misoprostol, o de misoprostol solo si no se dispone de mifepristona, es una manera segura y eficaz de inducir el aborto en el segundo trimestre.



ASUNTOS DE PAÍS: Misoprostol para la atención postaborto en Nigeria: cambio de políticas y preparación para la toma de acción

Antes del 2009, las y los profesionales de la salud y mujeres en Nigeria tenían poco o ningún conocimiento del uso de misoprostol en los servicios de atención postaborto (APA), había muy limitada disponibilidad del medicamento y éste no había sido aprobado por el gobierno federal ni existían normas y guías para su uso en APA. Pero esta situación cambió cuando las investigaciones y actividades de promoción y defensa (advocacy) produjeron una nueva política referente al misoprostol, la cual ha sido fundamental para ampliar el uso del medicamento.

Más en ipas.org



David & Lucile Packard Foundation

PERSPECTIVAS: 'El aborto con medicamentos es revolucionario': afirma Inna Hudaya de Samsara respecto al acceso a los servicios de aborto en Indonesia

En 2008, Inna Hudaya ayudó a fundar [Samsara](#), una organización en Indonesia dedicada a promover educación e información sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SSR y DD. SS. RR.), incluido el aborto seguro. Uno de los principales programas de Samsara es una línea nacional de atención telefónica sobre aborto seguro.

En una reciente entrevista, Hudaya explicó que anteriormente la línea de atención telefónica se centraba en ayudar a las mujeres a encontrar prestadores de servicios de aborto seguro, pero la creciente disponibilidad del misoprostol ha revolucionado la manera en que ella y sus colegas ayudan a las mujeres.

Más en ipas.org



ORGANIZACIÓN DESTACADA: Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género en Ecuador

Dirigida por mujeres y hombres jóvenes de 18 a 26 años de edad, la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, en Ecuador, procura crear un mundo donde las mujeres, especialmente las mujeres más jóvenes, más pobres y más desfavorecidas, puedan tomar decisiones seguras sobre su cuerpo y su vida. La organización apoya la línea de atención telefónica Salud Mujeres, que ofrece consejería de apoyo e información gratuita y fidedigna sobre salud sexual y reproductiva, incluida información sobre anticoncepción y sobre la interrupción segura del embarazo, si la mujer elige esta opción, con tabletas de misoprostol, las cuales están disponibles en Ecuador pero no siempre son fáciles de obtener. Conozca más sobre la organización en su [blog](#) y en [Facebook](#).



RECURSO DESTACADO: Nueva publicación de Ipas: Actualizaciones clínicas en salud reproductiva

La nueva publicación de Ipas [Actualizaciones clínicas en salud reproductiva](#) disponible tanto en español como en inglés, ofrece recomendaciones actualizadas, basadas en evidencia, para la atención del aborto. Por lo general, las actualizaciones clínicas reflejan la



Sara Gómez/Ipas

guía de la Organización Mundial de la Salud titulada *Aborto seguro: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, Segunda edición, publicada en el 2012. Son revisadas dos veces al año para ofrecerle la orientación clínica más actualizada de Ipas. El formato fácil de navegar también indica para cada tema la calidad de la evidencia, el peso de la recomendación y la fecha de la última actualización. El contenido sobre aborto con medicamentos (AM) incluye dosis y regímenes en el primer y segundo trimestre, elegibilidad, manejo del dolor, anticoncepción después del AM, comparaciones de los métodos de aborto, calidad del producto, uso domiciliario de AM, misoprostol para la atención postaborto y mucho más. Para ver el documento más reciente remítase a www.ipas.org/actualizacionesclinicas. Para sugerir nuevos temas, envíenos un mensaje electrónico a clinicalaffairs@ipas.org. **Bajar de ipas.org**

Usted recibió este mensaje electrónico porque expresó interés en recibir actualizaciones de Ipas. **Vea números anteriores** de nuestros otros boletines informativos o **suscríbese ahora**.

P.O. Box 9990, Chapel Hill, NC 27515 EE. UU.
919.967.7052 (voz) · 800.334.8446 (llamada gratuita en EE. UU.) · 919.929.0258 (fax)
Contáctenos · Política de privacidad · ©2013 Ipas. Todos los derechos reservados.

QUIÉNES SOMOS

QUÉ HACEMOS

DÓNDE
TRABAJAMOS

QUÉ PUEDE HACER

Noticias

Recursos

Contáctenos

Suscríbese a
nuestros boletines
informativos

Home » Noticias » Artículos de los boletines informativos »

Ardiendo en ira: centro de mujeres en Tanzania abre una farmacia para llevar el misoprostol a las comunidades rurales

Ardiendo en ira: centro de mujeres en Tanzania abre una farmacia para llevar el misoprostol a las comunidades rurales

Este artículo fue publicado en

Cuando el personal del Centro de Promoción de Mujeres (WPC, por sus siglas en inglés) en la región rural de Kigoma, en Tanzania, se dio cuenta de que las mujeres

estaban sufriendo y muriendo innecesariamente a causa de abortos inseguros, y que el misoprostol podría ser una opción de aborto seguro si estuviera disponible, se enfadaron. Por lo tanto, decidieron abrir una farmacia para llevar el misoprostol a las comunidades locales y salvar la vida de las mujeres.

En Tanzania, el aborto es ilegal excepto para salvar la vida de la mujer y el aborto inseguro es un contribuidor importante a la alta tasa nacional de muerte materna. El personal del WPC sabía que muchas mujeres estaban muriendo en las comunidades de

DONE

 Compartir   



Kigoma donde llevaban años trabajando en asuntos relevantes para las mujeres, tales como la violencia de género y el empoderamiento económico. Pero no tenían una solución práctica al problema hasta el 2008, año en que una de las empleadas asistió a una sesión educativa de *Women on Web* sobre el uso seguro del misoprostol.

“Después de esa sesión, se le hizo claro a WPC que el misoprostol, un medicamento fácil de tomar y fácil de mantener en existencias, podría evitar la hemorragia posparto e inducir un aborto de manera segura”, explica una de las empleadas que lleva mucho tiempo trabajando en WPC, quien optó por permanecer anónima. “A partir de ese momento, WPC se comprometió a salvar la vida de las madres, a pesar del contexto legislativo restrictivo, haciendo llegar a manos de las mujeres información sobre este medicamento que salva vidas”.

En 2009, WPC lanzó su iniciativa “Salvar la vida de las madres con misoprostol”, la cual comenzó con una campaña de educación y concientización para evitar embarazos no deseados y abortos inseguros y para promover el misoprostol como un método de aborto seguro y tratamiento de hemorragia posparto.

“Nuestras facilitadoras comunitarias crearon mayor conciencia del potencial del misoprostol y las mujeres empezaron a buscar este medicamento”, relata la empleada. “Pero en aquel entonces no había misoprostol disponible en las farmacias locales de Kigoma. Estaba disponible en otras regiones, pero era muy caro”.

WPC vio la oportunidad: el misoprostol está registrado en Tanzania para el tratamiento de la hemorragia posparto. En 2010, WPC abrió una farmacia local, donde se vende el misoprostol y además se ofrece consejería de un profesional bien capacitado sobre el uso seguro del misoprostol, así como información para llevarse a la casa sobre cómo usar el medicamento y referencias a médicos dispuestos a ayudar en caso de complicaciones.

Desde que abrió la farmacia, ha mejorado el acceso de las mujeres al misoprostol y a los anticonceptivos en la región de Kigoma y WPC ha observado un descenso en la notificación de casos de mujeres que mueren a causa del aborto inseguro. Más aún, la venta de misoprostol en la farmacia creó competencia económica con vendedores de medicamentos en el sector privado, por lo cual se redujo el precio del equivalente de 12 USD a solo 5 USD por un paquete de 12 tabletas. Según el personal de WPC, la presencia de la farmacia en Kigoma también ha tenido una influencia positiva en los comportamientos de las mujeres rurales con relación a su búsqueda de servicios de salud, por lo cual ha aumentado la demanda local de misoprostol.

“Lo increíble de esta historia es que el Centro de Promoción de Mujeres no es una organización de salud; su trabajo se centra en promoción y defensa (*advocacy*) y en los derechos de las mujeres”, dice Francine Coyteaux, directora de la Iniciativa de Misoprostol del Instituto de Salud Pública. “Reconocieron la necesidad de salud en su comunidad y pusieron en práctica una estrategia pragmática, basada en los derechos, para resolver el problema”.

Con miras al futuro, WPC planea ampliar su iniciativa farmacéutica y abrir más farmacias pequeñas en pueblos seleccionados para ofrecer a las mujeres misoprostol y anticonceptivos de alta calidad a precios razonables. Parte de su agenda es abogar por reformar la ley de Tanzania y conceder a las mujeres acceso a servicios de aborto seguro y legal. En 2012, WPC puso en marcha iniciativas de *advocacy* tales como crear una red de organizaciones locales centradas en reformar las leyes y en ampliar el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva. Después de todo, la misión fundamental de WPC siempre ha sido abogar por los derechos de las mujeres y contra la injusticia; luchar por el derecho de las mujeres a tener acceso a un medicamento que pueda salvar su vida es una extensión natural de esa vehemente misión.

“La iniciativa de farmacias surgió de la ira ante las innecesarias

muertes y sufrimiento de las mujeres, así como de la
vehemencia por salvar la vida de las madres en Kigoma”, agrega
la empleada. “La gran determinación de WPC para evitar
muertes a causa de la hemorragia posparto y el aborto inseguro
es la base de su éxito con la farmacia”.

QUIÉNES SOMOS

QUÉ HACEMOS

DÓNDE

TRABAJAMOS

QUÉ PUEDE HACER

Noticias

Recursos

Contáctenos

Suscríbase a
nuestros boletines
informativos

Home » Noticias » Artículos de los boletines informativos »

Nuevos hallazgos apoyan tanto los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos hasta las 10 semanas de gestación como el uso domiciliario de mifepristona

DONE

Compartir



Nuevos hallazgos apoyan tanto el servicio ambulatorio de aborto con medicamentos hasta las 10 semanas de gestación como el uso domiciliario de mifepristona

Este artículo fue publicado en

Con el método de aborto con medicamentos, la mujer tiene la opción de interrumpir su embarazo de manera segura fuera del centro



de salud y en la comodidad y privacidad de su casa o del espacio que ella elija. Sin embargo, las normas y prácticas de prestación de servicios tradicionalmente han creado barreras al uso más generalizado. Dos de las barreras más importantes son el hecho de que el método generalmente está disponible en servicio ambulatorio solo hasta los 63 días (nueve semanas) desde la fecha de la última menstruación y el hecho de que las mujeres deben comenzar el procedimiento tomando mifepristona el mismo día que acuden al centro de salud.

Régimen considerado seguro hasta las 10

semanas de gestación

En un reciente estudio publicado por [Gynuity Health Projects](#), se demuestra la eficacia del aborto con medicamentos hasta las 10 semanas de gestación utilizando el régimen recomendado anteriormente solo hasta las nueve semanas, por lo cual se amplían las opciones de las mujeres en cuanto al uso del método de aborto con medicamentos. La mayoría de los servicios que ofrecen aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol lo hacen hasta las nueve semanas desde la fecha de la última menstruación. Después de nueve semanas de gestación, a las mujeres se les ofrece aspiración endouterina o, en el segundo trimestre, aborto con medicamentos con dosis repetidas de misoprostol en una unidad de salud. La restricción del régimen normalizado hasta las nueve semanas limita las opciones de métodos que pueden elegir las mujeres.

En un estudio prospectivo de cohortes titulado "[Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age](#)" ("Extendiendo los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos hasta concluidos los primeros 70 días de gestación"), publicado en la revista *Obstetrics & Gynecology*, 729 mujeres con edad gestacional de 57 a 70 días (entre la novena y décima semana de gestación) en seis unidades de salud de Estados Unidos recibieron una dosis de 200 mg de mifepristona y 800mcg de misoprostol por vía bucal, el régimen más común en Estados Unidos para la interrupción del embarazo hasta las nueve semanas de gestación. Las mujeres en la décima semana tuvieron las mismas tasas de eficacia, complicaciones y continuación del embarazo que las mujeres en la novena semana.

Los autores del estudio concluyen que las mujeres pueden usar el método de aborto con medicamentos de manera segura hasta concluidas las primeras 10 semanas de gestación. Dado que ese régimen es el mismo que el régimen para las primeras nueve semanas, se pueden ofrecer servicios seguros de aborto con medicamentos a más mujeres sin tener que realizar cambios al sistema de salud. De hecho, la Secretaría de Salud del Distrito

Federal de México ya adoptó este régimen como el protocolo normalizado, dice Beverly Winikoff, MD, MPH, presidenta de *Gynuity Health Projects* y coautora del estudio. Los hallazgos también demuestran el beneficio de adoptar normas y guías escritas en un lenguaje flexible, que permita incluir hallazgos de nuevas investigaciones (por ejemplo, no limitar el régimen de dosis a cierto número de semanas de gestación).

“La tecnología de aborto con medicamentos ha ido evolucionando constantemente”, dice Winikoff. “Es muy importante mantener una mente abierta en cuanto a este método, porque todas las limitaciones y restricciones fueron creadas en teoría; la gente en realidad no sabía cómo funcionaba el método en la práctica. El porvenir nos depara muchas posibilidades”.

Uso domiciliario de mifepristona: seguro y aceptado por las mujeres

La práctica extendida e investigaciones anteriores han demostrado que el uso domiciliario del misoprostol después de administrada la mifepristona en una unidad de salud hasta concluidas las primeras nueve semanas de gestación, es seguro, eficaz y aceptado por las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprueba el uso domiciliario del misoprostol. En un estudio de *Gynuity*, se encontró que las mujeres pueden usar tanto la mifepristona como el misoprostol de manera segura en su casa. Esta nueva práctica le permitiría a una mujer iniciar el proceso de aborto con medicamentos en el momento que le sea conveniente, en vez de tener que atenerse a que el centro de salud dicte el momento de iniciar este proceso.

En la mayoría de las unidades de salud donde se ofrecen servicios de aborto con medicamentos inducido con mifepristona/misoprostol, las mujeres toman la mifepristona durante la consulta clínica y el misoprostol 24 a 48 horas después en su casa. Este horario iniciado en la unidad de salud quizás no sea conveniente para todas las mujeres debido a limitaciones tales como sus estudios, trabajo u obligaciones familiares, así como barreras de transporte o costo. Permitir que

las mujeres tomen la mifepristona cuando prefieran, podría mejorar la experiencia de aborto con medicamentos dándoles control de cuándo iniciar el proceso de aborto (es decir, el momento en que se administra el misoprostol).

En un estudio prospectivo de cohortes titulado "[Acceptability of home use of mifepristone for medical abortion](#)" ("Aceptabilidad del uso domiciliario de mifepristona para inducir el aborto con medicamentos"), publicado en la revista *Contraception*, se les ofreció a 301 mujeres en Estados Unidos la opción de usar mifepristona en la casa o en la unidad de salud; la mitad eligió el uso domiciliario. Las mujeres que usaron mifepristona en su casa tuvieron las mismas tasas de eficacia y necesidad de apoyo por teléfono o en la sala de urgencias que aquéllas que tomaron la mifepristona en la unidad de salud. Las mujeres que eligieron el uso domiciliario estaban muy satisfechas con su experiencia y la razón más común que mencionaron para elegir este uso fue un horario flexible. Los coautores del estudio concluyen que las y los profesionales de la salud deberían ofrecer a las mujeres el uso domiciliario de mifepristona para que ellas puedan planificar cuándo debe ocurrir el proceso de aborto.

"Estos hallazgos probablemente son aun más útiles que lo que podemos documentar, porque frecuentemente, cuando las mujeres llaman para hacer una cita, se les dice que deberían programar su cita para un momento en que puedan planificar tomar sus tabletas de misoprostol dos días después de tomar la mifepristona en la unidad de salud", explica Winikoff, quien también es coautora de este estudio. "Si cambiamos el protocolo, no tendríamos que decir eso; simplemente podríamos decir regrese en la próxima cita disponible, pero no tiene que tomar la medicina hasta que le sea conveniente".

Más aún, señala Winikoff, la administración de la mifepristona en la unidad de salud no es el protocolo normalizado en los países donde la mifepristona se vende en farmacias al lado de otros medicamentos de venta con receta médica. Por ejemplo, a las mujeres en Moldavia se les aconseja obtener mifepristona y misoprostol en la farmacia y usar ambos medicamentos en su

casa.

Implicaciones para la prestación de servicios

Examinados de manera conjunta, estos dos estudios tienen el potencial de ampliar considerablemente el acceso de las mujeres a los servicios de aborto con medicamentos. Si los sistemas de salud integraran los hallazgos de ambos estudios de Gynuity en sus prácticas de prestación de servicios —ofreciendo el uso domiciliario de mifepristona y misoprostol hasta concluidas las primeras 10 semanas de gestación— las mujeres podrían disfrutar de mayor acceso a los servicios de aborto con medicamentos y los beneficios de elegir esta opción, dice Winikoff.

Para ver las guías clínicas de Ipas respecto a los regímenes de aborto con medicamentos y el uso domiciliario de los medicamentos para inducir el aborto, por favor remítase a nuestras [Actualizaciones clínicas en salud reproductiva](#).

QUIÉNES SOMOS

QUÉ HACEMOS

DÓNDE
TRABAJAMOS

QUÉ PUEDE HACER

Noticias

Recursos

Contáctenos

Suscríbese a
nuestros boletines
informativos

Home » Noticias » Artículos de los boletines informativos »

¿Es el uso de aborto con medicamentos realmente aceptable en el segundo trimestre?

¿Es el uso de aborto con medicamentos realmente aceptable en el segundo trimestre?

Este artículo fue publicado en

Sí, el régimen combinado de mifepristona y misoprostol, o de misoprostol solo si no se dispone de mifepristona, es una manera segura y eficaz de inducir el aborto en el segundo trimestre.



En lugares donde se dispone tanto de la técnica de dilatación y evacuación (D&E) como del aborto con medicamentos, se les debe ofrecer la opción a las mujeres elegibles. En ámbitos donde no se ofrece la D&E, el método de aborto con medicamentos es una opción segura y eficaz para inducir el aborto en el segundo trimestre.

Las siguientes recomendaciones para procedimientos en unidades de salud son las mismas para mujeres jóvenes y adultas.

DONE

+ Compartir



Aborto inducido con mifepristona y misoprostol en el segundo trimestre

El régimen recomendado para mujeres con 13 a 24 semanas de gestación es una dosis de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguida 36 a 48 horas después por una dosis de 800mcg de misoprostol por vía vaginal seguida de 400mcg por vía vaginal o sublingual cada tres horas para un total de cuatro dosis más.¹

Si por asuntos médicos o sociales es necesario un intervalo de tiempo más corto entre la administración de mifepristona y el inicio del misoprostol, se puede acortar el intervalo o iniciar los medicamentos simultáneamente. Incluso cuando la mifepristona se toma al mismo tiempo que el misoprostol, el régimen combinado es más eficaz que el misoprostol solo.²

Tasas de expulsión

En el estudio de cohortes más importante con 1102 mujeres que tuvieron un aborto con medicamentos en el segundo trimestre utilizando el régimen recomendado de mifepristona y misoprostol, la tasa de expulsión completa fue el 98.3% a las 24 horas y el 99.2% a las 36 horas.³

Intervalo desde la inducción hasta el aborto

En el estudio de cohortes mencionado anteriormente, el intervalo medio para lograr la expulsión del feto fue de 6.25 horas y varió de 0 a 67.5 horas. El intervalo desde la inducción hasta el aborto fue más largo en mujeres nulíparas, mujeres de edad más avanzada y mujeres con edad gestacional más avanzada.³

Tasas de complicaciones

La tasa de complicaciones mayores del aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol en el segundo trimestre es baja, aunque las complicaciones menores, tal como necesitar un procedimiento instrumental para el control del sangrado anormal o por retención de restos ovulares, son más frecuentes que con la dilatación y evacuación (D&E).⁴ En el cohorte de 1002 mujeres, 81 mujeres (el 8.1%) necesitaron intervención instrumental o quirúrgica para la evacuación endouterina, la mayoría por placenta retenida. Solo dos de las 1002 mujeres

necesitaron una evacuación quirúrgica para interrumpir el embarazo.³ En este estudio, ocho mujeres presentaron complicaciones graves, tales como hemorragia que requirió transfusión sanguínea o cirugía de urgencia (menos del 1%). En un meta-análisis de estudios de aborto con medicamentos, la tasa general de ruptura uterina es el 0.08% y el 0.28% en mujeres con antecedentes de parto por cesárea.⁵

Aborto en el segundo trimestre inducido con misoprostol solo

En lugares donde no se dispone de mifepristona, el misoprostol solo es seguro y eficaz con tasas de expulsión de más del 90% a las 48 horas, tiempo promedio de 12 horas desde la inducción hasta el aborto y tasas de complicaciones mayores de menos del 1%.⁶

Para mujeres con 13 a 24 semanas de gestación, el régimen recomendado es 400mcg de misoprostol por vía vaginal o sublingual cada tres horas para un total de hasta cinco dosis. La dosis vaginal es más eficaz que la dosis sublingual para mujeres nulíparas.^{1,6}

Tasas de expulsión

En el ensayo controlado aleatorizado internacional más importante con 681 mujeres en proceso de aborto con medicamentos en el segundo trimestre inducido con el régimen recomendado de misoprostol solo, la tasa de expulsión completa fue el 84.8% a las 24 horas y el 94.3% a las 48 horas.⁶ El tiempo medio para lograr la expulsión del feto fue de 12 horas y varió de 4.1 a 61.8 horas; las mujeres paras tuvieron intervalos más cortos desde la inducción hasta el aborto que las mujeres nulíparas. Al aumentar el intervalo entre dosis del misoprostol, se aumenta el intervalo desde la inducción hasta el aborto.⁷ Las y los profesionales de la salud deberían administrar medicamentos cada tres horas, incluso si la mujer presenta cólicos o contracciones.

Tasas de complicaciones

La tasa de complicaciones mayores del aborto inducido con

misoprostol solo en el segundo trimestre es baja, aunque las complicaciones menores, como necesitar un procedimiento quirúrgico por sangrado o retención de restos ovulares, son más frecuentes que en los casos de D&E. En el ensayo citado anteriormente, se notificaron 12 eventos adversos (el 0.02%), ninguno serio; 10 mujeres necesitaron una transfusión sanguínea.⁶

Manejo del dolor

Independientemente del régimen utilizado, a todas las mujeres en proceso de aborto con medicamentos en el segundo trimestre se les debe ofrecer medicamentos para el manejo del dolor.¹ Los medicamentos profilácticos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) disminuyen la necesidad de usar analgésicos narcóticos durante el aborto con medicamentos en el segundo trimestre. Por ello, todas las mujeres deben tomar AINE comenzando con el misoprostol. Los analgésicos narcóticos, ansiolíticos y medidas no farmacológicas se pueden utilizar según sea necesario. Si se dispone de personal capacitado, capacidad de monitoreo y equipo, se puede ofrecer anestesia regional o anestesia controlada por la paciente.

Para obtener más información sobre el aborto con medicamentos en el segundo trimestre, ver la nueva publicación de Ipas [Actualizaciones clínicas en salud reproductiva](#).

Referencias bibliográficas

1. OMS. (2012). *Aborto seguro: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2da edición). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
2. Chai, J., Tang, O. S., Hong, Q. Q., Chen, Q. F., Cheng, L. N., Ng, E. y Ho, P. C. (2009). A randomized trial to compare two dosing intervals of misoprostol following mifepristone administration in second trimester medical abortion. *Human Reproduction*, 24(2), 320-324.
3. Ashok, P., Templeton, A., Wagaarachchi, P. y Flett, G. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception*, 69(1), 51-58.

4. Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F. y Kirby, R. S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 393-397.
5. Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 113(5), 1117-1123.
6. von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Nguyen, T. M., Marions, L., Okoiev, G. y Peregoudov, A. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, 24(1), 106-112.
7. Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C. y Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction*, 15(3), 709-712.

QUIÉNES SOMOS

QUÉ HACEMOS

DÓNDE
TRABAJAMOS

QUÉ PUEDE HACER

Noticias

Recursos

Contáctenos

Suscríbese a
nuestros boletines
informativos

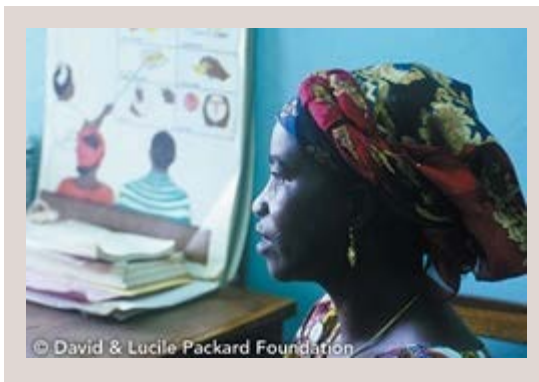
Home » Noticias » Artículos de los boletines informativos »

Misoprostol para la atención postaborto en Nigeria: cambio de políticas y preparación para la toma de acción

Misoprostol para la atención postaborto en Nigeria: cambio de políticas y preparación para la toma de acción

Este artículo fue publicado en

Antes del 2009, las y los profesionales de la salud y mujeres en Nigeria tenían poco o ningún conocimiento del uso de



misoprostol en los servicios de atención postaborto (APA), había muy limitada disponibilidad del medicamento y éste no había sido aprobado por el gobierno federal ni existían normas y guías para su uso en APA. Pero todo eso cambió después de las investigaciones y actividades de promoción y defensa (*advocacy*) que produjeron mejores políticas, las cuales son la base del uso ampliado.

Antes: limitadas opciones para las mujeres que necesitan APA

El aborto inseguro es un problema persistente en Nigeria, donde la tasa de fertilidad total es de 5.7 y la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos modernos es el 15%, según la [Encuesta Nacional Demográfica y de Salud de 2008](#). De hecho, en

DONE

 Compartir   

una [encuesta realizada del 2002 al 2003](#) en 33 hospitales de Nigeria, se encontró que de las 2093 mujeres admitidas por razones relacionadas con un aborto, el 36% acudió a la unidad de salud después de intentar interrumpir su embarazo (el 24% de quienes presentaban graves complicaciones) y el 32% recibió tratamiento por complicaciones de aborto espontáneo. En el mismo estudio se calculó que por lo menos 3000 mujeres mueren en Nigeria cada año a causa del aborto inseguro y en otras estimaciones la cifra asciende a 34,000. El aborto es ilegal excepto para salvar la vida de la mujer; muchas mujeres buscan procedimientos clandestinos realizados en condiciones inseguras, que causan complicaciones.

Para el año 2009, Ipas llevaba más de 20 años trabajando en Nigeria con el fin de mejorar la calidad de la APA y ampliar y descentralizar los servicios, junto con una gran variedad de partes interesadas, tales como el gobierno federal, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nigeria (SOGON), grupos de mujeres y grupos comunitarios. En una encuesta de gineco-obstetras se documentó conocimiento muy limitado de las indicaciones y regímenes para el uso de misoprostol y en una [encuesta de farmacias](#) se documentó muy poca disponibilidad de misoprostol.

“Aun cuando las y los profesionales de la salud estaban utilizando algún régimen de misoprostol para la APA, no era una cifra significativa, quizás unos pocos nada más”, dice Sikiratu Kailani, asociada senior de sistemas de salud en Ipas Nigeria.

Al mismo tiempo, estudios de otros países y regiones estaban comprobando que el misoprostol era un medicamento seguro y eficaz para el tratamiento del aborto incompleto y que podía incorporarse en un modelo integral de APA. Ipas Nigeria y organizaciones aliadas reconocieron la oportunidad de mejorar los servicios para las mujeres y las herramientas necesarias para la prestación de servicios.

El proceso: las investigaciones influyen en el cambio de políticas

“Hemos visto que con una serie de medidas —tales como realizar investigaciones locales, forjar alianzas estratégicas y formular un

plan de comunicación— se pueden lograr cambios en políticas ” explica Charlotte Hord Smith, Directora de Políticas de Ipas. “Varias organizaciones y programas son expertos utilizando la investigación para el cambio de políticas. En Nigeria, Ipas y organizaciones aliadas siguieron un proceso sencillo para lograr políticas que amplían las opciones de atención postaborto y creemos que esto puede servir de ejemplo en otros contextos”.

Ipas Nigeria, en alianza estratégica con SOGON, identificó el cambio de políticas necesario para introducir el misoprostol en los servicios de APA: el Ministerio de Salud Federal (FMOH, por sus siglas en inglés) tendría que aprobar el uso de misoprostol, el cual habría que incluir en la Lista de Medicamentos Esenciales del país, y las normas y guías definirían su uso. Al reconocer que no bastaría con los datos internacionales para convencer al FMOH y sus socios de que deben formular esta política, Ipas y SOGON diseñaron un [estudio de factibilidad local](#) para pilotear el misoprostol para la APA en Nigeria y probar y documentar su utilidad.

Con el fin de asegurar que los datos fueran convincentes para una amplia gama de audiencias, en el estudio se incluyó un hospital de cada una de las tres regiones de Nigeria: el este, el oeste y el norte, que es predominantemente musulmán. Las y los profesionales de la salud entrevistados durante el estudio mencionaron que el régimen de misoprostol es fácil de entender y puede introducirse con facilidad en los servicios de APA. SOGON encabezó la difusión de estos importantes [resultados del estudio](#) y los datos combinados con los esfuerzos de *advocacy* influyeron en la decisión del FMOH y su Grupo de Trabajo Nacional en Salud Reproductiva para aprobar el misoprostol para la APA.

Lección: el cambio de políticas es solo el principio

El misoprostol fue agregado a la Lista de Medicamentos Esenciales de Nigeria en 2010 y ese mismo año el FMOH y SOGON emitieron una declaración conjunta en la cual aprobaron la introducción del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto y el aborto diferido. El FMOH, SOGON y otras partes interesadas clave trabajaron conjuntamente para elaborar

normas, guías y protocolos clínicos para el uso de misoprostol en los servicios de APA.

Una vez que cambió la política de Nigeria, se inició el trabajo para integrar el misoprostol para la APA en los servicios de APA ya establecidos en el país. Ipas Nigeria y muchas otras instituciones y organizaciones han logrado avances en aumentar los conocimientos de las y los profesionales de la salud y mujeres respecto al uso de misoprostol para la APA, pero aún existen barreras para ampliar el acceso al misoprostol. Las normas y guías fueron difundidas a las partes interesadas clave que representan las seis zonas geopolíticas del país, tales como integrantes de SOGON, profesionales médicos, profesorado de hospitales docentes, facultades de enfermería, ministerios de salud estatales, el FMOH y personal de Ipas. Ipas Nigeria presenta los puntos sobresalientes del estudio de factibilidad en todos los eventos de capacitación que llevan a cabo con profesionales de la salud para abogar por que incluyan el misoprostol para la APA como una opción disponible para las mujeres.

“Incluso ahora, a pesar del cambio de política y todos nuestros esfuerzos, si analiza los datos verá que las y los profesionales de la salud aún no están utilizando el misoprostol con la frecuencia que es de esperarse”, dice Kailani. Una barrera específica podría ser los intereses económicos de las y los profesionales de salud, ya que posiblemente piensen que merecen recibir honorarios más altos por efectuar un procedimiento que por administrar pastillas para tratar el aborto incompleto. La lección: aun con una política de apoyo establecida, falta mucho por transformar la política en práctica común de manera que las mujeres tengan opciones de tratamiento.

“Las mujeres deberían tener el poder para tomar una decisión sobre su atención postaborto”, dice Ejike Oji, Director de Ipas Nigeria. Ipas Nigeria, SOGON y organizaciones aliadas trabajarán para lograr que así sea.

Para ver un desglose paso a paso del proceso del cambio de políticas y más detalles sobre la experiencia de Ipas Nigeria abogando por apoyar el uso de misoprostol para la APA,

remítase a *Using research for advocacy: Changing policy in Nigeria to support misoprostol for postabortion care (Utilizando la investigación para el advocacy: cambiando las políticas de Nigeria para apoyar el uso de misoprostol en los servicios de atención postaborto)*.

[Contáctenos](#) | [Mapa del sitio](#) | [Términos del sitio](#) | Todo el contenido de este sitio ©1998-2013 **Ipas**. Derechos reservados.

QUIÉNES SOMOS

QUÉ HACEMOS

DÓNDE

TRABAJAMOS

QUÉ PUEDE HACER

Noticias

Recursos

Contáctenos

Suscríbese a
nuestros boletines
informativos

Home » Noticias » Artículos de los boletines informativos »

'El aborto con medicamentos es revolucionario': afirma Inna Hudaya de Samsara respecto al acceso a los servicios de aborto en Indonesia

DONE

Compartir



'El aborto con medicamentos es revolucionario': afirma Inna Hudaya de Samsara respecto al acceso a los servicios de aborto en Indonesia

Este artículo fue publicado en

En 2008, Inna Hudaya ayudó a fundar [Samsara](#), una organización en Indonesia dedicada a promover educación e información sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SSR y DD. SS. RR.), incluido el aborto seguro.

Uno de los principales programas de Samsara es una línea nacional de atención telefónica sobre el aborto seguro.

En una reciente entrevista, Hudaya explicó que anteriormente la línea de atención telefónica se centraba en ayudar a las mujeres a encontrar prestadores de servicios de aborto seguro, pero la creciente disponibilidad del misoprostol ha revolucionado la manera en que ella y sus colegas ayudan a las mujeres.



Inna Hudaya, promotora y defensora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Indonesia, ayudó a fundar la organización Samsara para proporcionar información a las mujeres sobre el aborto seguro.

[¿Por qué decidió fundar Samsara y cuál es su misión?](#)

Hudaya: Tuve un embarazo no planeado hace 10 años. Era joven, carecía de información sobre el sexo con protección, no tenía acceso a métodos anticonceptivos ni apoyo para tomar decisiones respecto a mis opciones de salud sexual y reproductiva. Sin entender mis opciones y las consecuencias, decidí tener un aborto a las seis semanas de embarazo. Me hubiera gustado tener información fidedigna y apoyo, así no hubiera tenido que sufrir una innecesaria depresión después. Estaba en quiebra emocional, financiera y social por temor y estigma.

Por ello, decidí fundar Samsara. Comenzó como un [blog](#), donde publiqué mi historia de aborto y traduje muchos artículos sobre aborto al bahasa Indonesia, el idioma nacional. Quería asegurarme de que las mujeres tengan suficiente información confiable para tomar decisiones informadas. En menos de un año, recibí muchos mensajes electrónicos de mujeres indonesas que pasaron por la misma situación que yo pasé; así creció Samsara. Nuestra misión es proporcionar información fidedigna y apoyo para las mujeres con embarazos no planeados y para las mujeres que han tenido abortos. Además, nos esforzamos por llevar a discusión pública el delicado tema de aborto. Para nosotras, compartir es empoderar, y lo personal es político.

Nota de la redactora: Para ver a Hudaya contar su historia de cómo fundó Samsara, [vea este video](#).

¿Cuál es la situación legal respecto al aborto en Indonesia? ¿Tienen algún problema con la ley cuando Samsara ofrece consejería sobre aborto?

El aborto es ilegal excepto para salvar la vida de la mujer y en casos de discapacidad fetal o violación. No obstante, el aborto es muy común en Indonesia. Hasta la fecha no hemos tenido problemas con la ley, probablemente porque el gobierno de Indonesia no considera la salud sexual y reproductiva como un asunto importante; simplemente no les importa.

¿Dónde y cómo funciona su línea de atención telefónica?

Es nacional; por lo tanto, tenemos operaciones en toda Indonesia. A veces recibimos mensajes electrónicos y llamadas del sudeste de Asia, lugares como Malasia, Filipinas, Tailandia e India. Ofrecemos consejería y la línea de atención telefónica es uno de los medios de comunicación que utilizamos, pero también tenemos un sitio web con un formulario que las mujeres pueden llenar y enviarnos. Además, las mujeres pueden enviarnos un mensaje electrónico, o visitar nuestra oficina si viven en nuestra ciudad. Contestamos los mensajes electrónicos 24 horas al día, pero la línea de atención telefónica está abierta de lunes a viernes.

Más del 80% de las mujeres que nos llaman se enteran de nuestra organización por Internet. Cuando empezamos la línea de atención telefónica, no le hacíamos mucha publicidad; solo usábamos medios sociales de comunicación para la difusión.

Comencé mi blog en el año 2007 porque no hay suficiente información fidedigna en bahasa Indonesia (nuestro idioma) por Internet. Pero si busca en Google el término "aborto" en bahasa, encontrará muchos resultados. En los últimos años, mi meta ha sido que Samsara aparezca en la primera página de los resultados de búsqueda en Google, lo cual sucede ahora. Es muy interesante porque nos dimos cuenta de que, entre el 2007 y el 2009, la mayoría de las mujeres nos encontraban buscando la palabra clave "aborto", pero desde el 2009, la mayoría nos encuentra utilizando los términos de búsqueda "aborto seguro" o "dónde encontrar servicios de aborto seguro".

¿Cómo incorpora Samsara el aborto con medicamentos (AM) en su trabajo?

La línea de atención telefónica de Samsara comenzó en el año 2008. Ayudábamos a las mujeres a tener acceso a procedimientos quirúrgicos de aborto mapeando los centros de salud donde se ofrecían servicios de aborto, ofreciendo consejos sobre cómo lidiar con médicos y cómo impedir que las engañaran, etc. El mayor reto fue que una mujer puede tener acceso fácil a esos centros de salud solo si tiene cierto nivel de escolaridad, es rica y vive en una ciudad grande. Me parte el alma ver que la mayoría de las mujeres han tenido que sufrir discriminación y violencia para tener acceso a servicios de aborto seguro.

Integramos el AM en la línea de atención telefónica en el año 2011. Nos mantenemos en contacto con *Women on Web*; ellas visitaron Indonesia y nos brindaron capacitación sobre el aborto con medicamentos. Así es como empezamos. Yo diría que el AM es revolucionario. Ha tenido un gran impacto para las mujeres en general y para Samsara en particular. Ahora recibimos menos historias de nuestras clientas sobre cómo sufrieron discriminación y violencia para tener acceso a servicios de aborto. Con el AM, cada mujer es su propia médica; puede hacerlo en su casa de manera segura y tener pleno control del proceso.

En un país como Indonesia, donde la mayoría de las mujeres no están bien informadas sobre su salud y su cuerpo, el AM educa a las mujeres para que sean más conscientes de los cambios y signos en su cuerpo durante y después del aborto. Para la mayoría de las mujeres, esta experiencia es un punto de partida desde el cual empiezan a ejercer conocimiento de su propio cuerpo.

¿La mayor parte de su consejería trata sobre AM?

Sí, actualmente trata en su mayoría sobre aborto con medicamentos. La mayoría de las mujeres con embarazos no planeados que nos contactan son solteras y tienen ingresos bajos a medios; por lo tanto, no tienen acceso a métodos anticonceptivos y por eso tienen embarazos no deseados. Por ello también es que la mayoría elige el aborto con medicamentos; es más barato. La privacidad es otro factor. En

un país donde el aborto es restringido por la ley, es muy necesario tener privacidad y seguridad.

¿Qué consejos les da a las mujeres para tener acceso al AM en Indonesia?

Las mujeres pueden adquirir misoprostol en las farmacias como un medicamento para úlceras gástricas. Por lo general, es más fácil de adquirir en ciudades pequeñas y en boticas, y no en ciudades grandes y farmacias grandes. El misoprostol también está disponible por Internet, pero esto es riesgoso. Muchas mujeres relatan que son engañadas; envían dinero pero nunca reciben el medicamento, o lo reciben pero éste no surte efecto.

Informamos a las mujeres del precio más alto que es aceptable que cobre un vendedor; además, les decimos el nombre de las marcas que deben pedir. Una barrera es que si va a una farmacia y dice que necesita misoprostol para una úlcera gástrica, la cantidad máxima que le dan es tres o cuatro tabletas; por lo tanto, las mujeres tienen que encontrar por lo menos tres farmacias y obtener cuatro tabletas de cada farmacia, o ir a la misma farmacia pero primero va la mujer, después su novio y luego quizás una amiga. Es muy difícil.

Otro problema es el protocolo de aborto con medicamentos. Muchos vendedores de medicamentos por Internet no informan a las mujeres sobre el protocolo correcto. En cuanto a los profesionales médicos, muchos de ellos les suministran a las mujeres solo suficiente misoprostol para iniciar un aborto espontáneo de manera que las mujeres tengan que regresar y pagar más por una evacuación endouterina. Es legal que un médico haga esto porque el aborto es legal si la mujer llega a la unidad de salud en proceso de aborto espontáneo. Por lo tanto, los profesionales médicos saben cómo usar el método de aborto con medicamentos, pero simplemente no quieren proporcionar el protocolo correcto.

La disponibilidad de misoprostol ayuda a las mujeres a tener acceso a servicios de aborto seguro, pero la información y consejería confiables desempeñan un papel importante para asegurar que las mujeres sepan cómo hacerlo por sí mismas. En mi opinión, se debe cambiar la definición de aborto seguro: es la combinación de la decisión de la mujer, información fidedigna y tratamiento médico solo si es necesario.

¿Podría explicar más a fondo lo que quiere decir cuando dice que se debe cambiar la definición del aborto seguro?

Antes siempre creía que el aborto seguro es lo que dice toda la gente: efectuado por un médico en un centro de salud, y entonces es seguro. Pero nuestra experiencia demuestra que es seguro para las mujeres realizarlo ellas mismas siempre y cuando tengan información fidedigna. A veces, incluso cuando una mujer acude a un profesional médico, él o ella no le proporciona información sobre lo que está sucediendo en su cuerpo. En mi opinión, con el aborto con medicamentos, se les

devuelve esta autoridad a las mujeres. Cada mujer puede ser su propia médica siempre y cuando tenga la información, el protocolo correcto y conocimiento de los efectos secundarios normales y cuándo buscar tratamiento médico. Las mujeres son muy inteligentes, fuertes y capaces de hacer esto. Si no necesitan tratamiento médico, ¿por qué tienen que pagar por éste?

En el futuro, ¿qué espera usted que logre Samsara?

Me gustaría ver que más mujeres tengan acceso a nuestra línea de atención telefónica. Nuestro mayor reto es llegar a más mujeres en zonas rurales, que no tienen acceso al Internet.

Además, quiero que Samsara sea un modelo para las líneas de atención telefónica sobre AM. No es fácil trabajar en una línea de atención telefónica sobre aborto; las personas que se dedican a este tipo de trabajo corren el riesgo de sentirse agobiadas. Es trabajo difícil y hay que tener agallas para hacerlo. Pero es muy poderoso porque las líneas de atención telefónica pueden llegar a las bases. Por ello, quiero crear un sistema que ayude a las líneas de atención telefónica a trabajar de manera más eficaz y más eficiente y que disminuya la carga para el personal de consejería.

Actualmente estoy trabajando en el concepto de un modelo de línea de atención telefónica, que incluye cómo manejar recursos y cómo las líneas pueden trabajar con mayor eficiencia y eficacia con un presupuesto limitado. Espero que esto sea útil para otras líneas de atención telefónica. Le hemos demostrado al mundo que la financiación y los recursos no son limitaciones cuando de verdad se cree en algo. La mayoría de las mujeres que trabajan en líneas de atención telefónica tienen vehemencia e interés por este asunto, pero el trabajo es muy difícil.

¿Tiene planes de abogar por cambiar la ley de aborto en Indonesia?

Creo en la promoción y defensa (*advocacy*), pero las mujeres embarazadas no pueden esperar por eso. No pueden esperar por que cambie la ley. Por ello, creo que las líneas de atención telefónica pueden ofrecer el cambio que necesitan. Espero que veamos un cambio de ley en el futuro, pero no creo que cambie pronto. Creo que abogar por modificar la ley debe acompañar el abogar por cambiar a la sociedad. Lo que hacemos ahora es trabajar para cambiar la perspectiva de la sociedad en cuanto al aborto. Hablamos de aborto en público, del estigma en torno al aborto y cómo éste puede afectar a cada mujer, su familia y la sociedad. Aunque cambie la ley, si la sociedad no está preparada para eso, no habrá un verdadero cambio. Creo que es mejor que otras organizaciones y redes trabajen para cambiar la ley y que Samsara trabaje para cambiar nuestra sociedad; así cuando cambie la ley, la sociedad estará abierta y preparada para eso. Eso sería estupendo.

