

ABORTO EN SITUACIONES ESPECIALES

MANUAL PARA ACOMPAÑANTES 2025



Aborto en situaciones especiales

Manual para acompañantes 2025

1era ed. Ipas Latinoamérica y el Caribe (Ipas LAC), noviembre, 2025.

Creación de contenidos:

Eunice León, consultora Ipas LAC

Marcela Masabanda, Ipas LAC

Revisión:

Mayte Ochoa, Ipas LAC

Guillermo Ortiz, Ipas LAC

Diseño editorial:

Tania Alcántara, Ipas LAC

Cita sugerida:

Ipas (2025). *Aborto en situaciones especiales. Manual para acompañantes*. Ciudad de México: Ipas LAC.

Ipas LAC alienta la distribución pública, así como la reproducción parcial o total del presente documento siempre y cuando se cite la fuente. En ningún caso esta obra podrá ser usada con fines comerciales, su difusión es gratuita. Ipas es una organización internacional sin fines de lucro que trabaja en cuatro continentes, con el objetivo de incrementar la capacidad de las mujeres y personas con posibilidad de gestar, para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente, el derecho al aborto.

CONTENIDO

Autogestión del aborto y el acompañamiento en situaciones especiales	5
Presentación	5
<hr/>	
1. Hombres trans	7
2. Niñas y adolescentes menores de 15 años	9
3. Mujeres y personas gestantes en situación de violencia sexual	12
4. Personas con dispositivo intrauterino	14
5. Con cesáreas previas	15
6. Con placenta previa	17
7. Lactancia actua	19
8. Personas con discapacidad	21
9. Recomendaciones generales para personas con enfermedades crónicas	23
9.1 Enfermedades cardíacas	25
9.2 Hipertensión arterial	28
9.3 Diabetes	30
9.4 Obesidad	32
9.5 Epilepsia	34
9.6 Enfermedad tiroidea	35
10. Hemofilia	36
11. Anemia	38
12. Miomas o enfermedades en el endometrio	40
13. Con diagnóstico de cáncer o en tratamiento de quimioterapia	42
14. Personas con VIH	44

Anexo 1. Mifepristona y misoprostol	47
a. ¿Cómo actúan?	47
b. Seguridad y eficacia	48
<hr/>	
Anexo 2. Detección del misoprostol en sangre	49
<hr/>	
Anexo 3. Manejo de los efectos secundarios de los medicamentos para el aborto	50
a. Efectos esperados del misoprostol:	50
b. Posibles efectos secundarios del misoprostol:	50
c. Consejos generales	50
Cólicos dolorosos	51
Náuseas y vómito	52
Diarrea	52
Fiebre	53
Ansiedad	53
¿Cuándo debo buscar ayuda?	54
<hr/>	
17. Referencias	55

AUTOGESTIÓN DEL ABORTO Y EL ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES ESPECIALES

Presentación

El derecho a la salud y el aborto autogestionado

El derecho a los más altos estándares de salud física y mental incluye recibir servicios de salud respetuosos y libres de violencia y discriminación.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la evidencia científica confirman que el aborto con medicamentos es seguro, incluso cuando es autogestionado o se realiza en casa, antes de la semana 13 de gestación (12 semanas 6 días).

El aborto autogestionado permite que las mujeres y personas gestantes lleven a cabo el proceso de aborto inducido de forma total o parcial. Esto incluye:

- Una autoevaluación para determinar si son elegibles para autoinducir el aborto.
- Obtener los medicamentos necesarios (mifepristona y misoprostol, o solo misoprostol).
- Tomar los medicamentos y confirmar el éxito del proceso.

Este tipo de aborto puede realizarse de manera segura y eficaz siempre que se tenga acceso a información veraz, medicamentos de calidad garantizada y, de ser necesario, acceso a servicios de salud.

Aunque poco comunes, existen algunas condiciones de salud que contraindican el uso de estos medicamentos para el aborto (Para estos casos específicos se recomiendan métodos quirúrgicos como la aspiración manual endouterina (AMEU); así como otras condiciones en las que se debe usar con precaución:

¹ Organización Mundial de la Salud, 2012.

	Régimen de mifepristona y misoprostol	Régimen de misoprostol solo
Contraindicaciones	<p>Antecedentes de reacción alérgica a mifepristona y misoprostol</p> <p>Sospecha o confirmación de embarazo ectópico</p> <p>Porfiria hereditaria</p> <p>Insuficiencia suprarrenal crónica</p>	<p>Antecedentes de reacción alérgica a misoprostol</p> <p>Sospecha o confirmación de embarazo</p>
Precauciones	<p>Dispositivo intrauterino (DIU) colocado</p> <p>Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros</p> <p>Asma grave no controlada o terapia corticosteroidea a largo plazo</p>	<p>DIU colocado</p> <p>Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros</p>

Consideraciones adicionales importantes

Este documento, se enfoca en situaciones que no contraindican el aborto con medicamentos, pero que requieren atención especial. Estas son características propias de la persona que requieren un abordaje particular.

Público objetivo y alcance del documento

Este documento está dirigido a personas y colectivos que además son acompañantes de aborto en América Latina y el Caribe (LAC). Su objetivo es brindar información relevante basada en evidencia científica sobre el aborto con medicamentos en situaciones especiales y que no se incluyen en las guías generales. Asimismo, buscamos eliminar el estereotipo o exclusión de este importante grupo de personas y hacerlas parte de la población que puede beneficiarse del aborto con medicamentos, autogestionado y acompañado, si así lo deciden.

Finalmente, al acompañar abortos seguros, se recomienda tener un abordaje centrado en la mujer o persona gestante considerando sus necesidades individuales. A continuación, se abordan algunas de estas situaciones.



1. HOMBRES TRANS

Aunque el tratamiento hormonal o quirúrgico pueden dificultar el embarazo en hombres trans, siempre existe una posibilidad.² Los hombres trans que toman testosterona suelen dejar de menstruar en los primeros seis meses, pero si deja el tratamiento, su ciclo menstrual puede volver en tres meses, incluso, se han reportado casos de embarazo antes del retorno de la menstruación.³ De hecho, la mitad de los hombres trans, que no han iniciado terapia hormonal con testosterona han tenido embarazos no planeados.⁴

Por ello, es importante tener en cuenta que el embarazo es posible mientras la persona esté en terapia hormonal, incluso si no tiene menstruación o si esta es irregular.

Los medicamentos para el aborto, misoprostol y mifepristona, no interfieren con la terapia de reemplazo hormonal (TRH) ni con otros medicamentos, como los análogos de testosterona (T) o la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Su uso es completamente seguro.

La terapia hormonal con testosterona puede causar sequedad en los genitales internos, lo que puede provocar sangrado o mayor dolor.⁵ Por eso es muy importante ofrecer un manejo adecuado e integral del dolor a los hombres trans que se someten a un aborto con medicamentos.⁶

Los hombres trans tienen derecho a un aborto seguro, como cualquier persona.⁷ Sin embargo, enfrentan múltiples barreras y discriminación que dificultan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva plena.^{8,9} Por eso, es fundamental que profesionales de la salud y acompañantes ofrezcan un servicio integral y no

2 Brandt, J.S., et al., 2019.

3 Light, A.D., et al., 2014.

4 Light, A.D., et al., 2014.

5 Feil, K., et al., 2024.

6 Ipas, 2023.

7 Asociación Profamilia; ATAC, 2020.

8 Mendieta, A.; Vidal-Ortiz, S., 2020.

9 Light, A.D., et al., 2014.

discriminatorio, que sea sensible a las necesidades de las personas trans.¹⁰ En muchas ocasiones, los mismos profesionales de la salud perpetúan las barreras ya existentes para el acceso a servicios de aborto seguro.¹¹ La OMS recomienda que todas las personas que proveen servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de aborto, consideren las necesidades de todas las personas, indistintamente de su autoidentificación sexogenérica.¹²

Inducción del aborto antes y después de las 13 semanas

Aunque la mayoría de la evidencia disponible sobre aborto se asume derivada de investigaciones realizadas en personas cisgénero, la OMS reconoce las necesidades de personas transgénero con capacidad de gestar, lo cual puede incluir servicios de aborto. Por ello, no hace ninguna distinción en las recomendaciones disponibles sobre la inducción del aborto, tanto antes como después de las 13 semanas.¹³



En la práctica:

- Preste especial atención al manejo del dolor.
- Se recomienda tomar los medicamentos para el dolor antes de iniciar el proceso.

¹⁰ Light, A.D., et al., 2014.

¹¹ Asociación Profamilia; ATAC, 2020.

¹² Organización Mundial de la Salud, 2012.

¹³ Organización Mundial de la Salud, 2012.



2. NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS

A nivel mundial, se estima que, en 2023, la tasa de natalidad¹⁴ en menores de 14 años fue de 1.5 por cada 1000 mujeres. Las tasas son particularmente elevadas en América Latina y el Caribe y el África subsahariana.¹⁵ El embarazo en adolescentes entre los 10 a 14 años, en la mayoría de los casos, es resultado de violación, incesto o relaciones sexuales forzadas.¹⁶ A pesar de esto, tienen menos acceso a abortos seguros que las personas adultas.¹⁷

Las mujeres jóvenes y niñas reportan un aumento del dolor durante el aborto, por lo que se deben considerar esfuerzos para controlarlo. Esto es particularmente importante si se considera que factores como el miedo y la ansiedad pueden contribuir a la percepción del dolor. De igual forma, es relevante contar con preparación para proporcionar métodos adicionales de manejo del dolor, tanto médicos como psicológicos, de ser necesario.

La evidencia científica disponible ha mostrado que las adolescentes tienen tasas de eficacia similares o mayores cuando usan mifepristona y misoprostol en dosis convencionales para inducir el aborto, en comparación con personas adultas.¹⁸



¹⁴ Se refiere a la proporción de nacimientos en una población y tiempo determinados.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, 2024b.

¹⁶ Espinoza, C., et al., 2020.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, 2012.

¹⁸ Haimov-Kochman, R., et al., 2007.

Inducción del aborto antes y después de las 13 semanas

El aborto con medicamentos en adolescentes es seguro y eficaz, por lo cual puede ofrecerse como método de aborto inducido.¹⁹ Las adolescentes, en general, no presentan una mayor probabilidad de complicaciones después de un aborto en comparación con mujeres y personas con posibilidad de gestar de edad más avanzada. En la literatura médica disponible, no existe una distinción en las recomendaciones para ofrecer el aborto con medicamentos antes o después de las 13 semanas, ni señales de alerta específicas para este grupo de edad.²⁰ Aunque la evidencia disponible no ha reportado que las adolescentes experimenten un mayor dolor durante un aborto con medicamentos en comparación con las mujeres adultas,²¹ se ha observado que consumen más medicamentos para el dolor. Por esta razón, es posible que el proceso de aborto sea percibido como más doloroso para ellas.²²

Además, es importante considerar si las personas en este grupo de edad presentan alguna otra característica que haya sido vinculada en estudios científicos como algún factor que pueda incrementar el dolor durante un aborto con medicamentos. Por ejemplo, el antecedente de dismenorrea (dolor menstrual intenso) o no haber tenido partos previos²³ (como podría ser frecuente en este grupo de edad).

Considerando lo anterior, **la gestión del dolor es probablemente la variante más importante en el manejo del aborto inducido en menores de 15 años.**



19 Ipas, 2023.

20 Ipas, 2023.

21 Ipas, 2023.

22 Kemppainen, V., et al., 2020.

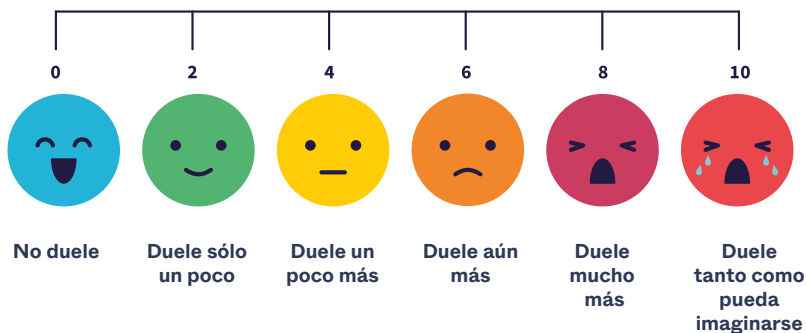
23 Arena A., 2022.



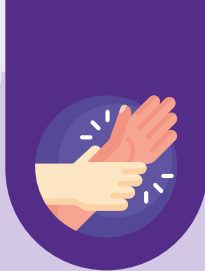
En la práctica:

- Preste especial atención al manejo del dolor. Se recomienda iniciar los medicamentos para el dolor antes de que el proceso comience. **(Vea anexo 3).**
- El dolor es un proceso complejo y altamente subjetivo, el cual en niñas y adolescentes puede ser más difícil de describir en cuanto a la intensidad, por lo que se pueden utilizar herramientas que ayuden a medirlo, como las caritas de Wong-Baker.²⁴

Figura 1. Escala del dolor, caritas de Wong-Baker



24 Míguez Navarro, M.C., et al., 2020.



3. MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL

Al acompañar a personas sobrevivientes de cualquier tipo de violencia, es esencial considerar las necesidades individuales durante el proceso de aborto seguro.²⁵

Se ha reportado que las víctimas de algún tipo de violencia sexual tienden a buscar con mayor frecuencia servicios de aborto después de las 13 semanas de gestación.²⁶

Es común que los embarazos en niñas, adolescentes y jóvenes sean resultado violación, incesto o sexo transaccional. Además, ellas suelen buscar el aborto en etapas más avanzadas del embarazo.²⁷

Por estas razones, **el aborto con medicamentos es una opción eficaz, especialmente en casos donde existen múltiples vulnerabilidades, como en niñas o adolescentes víctimas de violencia sexual.**²⁸



25 Organización Mundial de la Salud, 2012.

26 Ipas, 2023.

27 Espinoza, C., et al., 2020.

28 Ipas, 2023.



En la práctica:

- Preste especial atención al manejo del dolor. Se recomienda que la persona inicie la toma de medicamentos para el dolor antes del proceso.
- Además, si la niña, adolescente, mujer o persona gestante sobreviviente de violencia lo desea, brinde apoyo y asesoría para denunciar el hecho y activar los mecanismos de protección y restitución de derechos.



4. PERSONAS CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO

En personas con un dispositivo intrauterino (DIU) se recomienda retirarlo **antes de realizar un aborto con medicamentos**.^{29,30} Aunque no hay suficiente evidencia, esta recomendación busca evitar el riesgo teórico de una perforación uterina (cuando el dispositivo atraviesa el útero) o de presentar una infección. Es importante señalar que se han registrado abortos espontáneos en personas que ya cuentan con el DIU, sin que esto signifique necesariamente un riesgo mayor.³¹

El Colegio Británico de Ginecólogos y Obstetras **recomienda realizar un seguimiento con estudios de imagen (como ultrasonido) después de un aborto con medicamentos, en aquellas personas que lo requieran y en quienes no se ha podido retirar el dispositivo**.³²

Es relevante considerar que una persona embarazada con un DIU puede tener un riesgo mayor de un embarazo ectópico (fuera del útero),³³ por lo tanto, es importante descartarlo antes de realizar un aborto con medicamentos, ya que este no sería el tratamiento adecuado para un embarazo ectópico.³⁴



29 Bateson, D., et al., 2021.

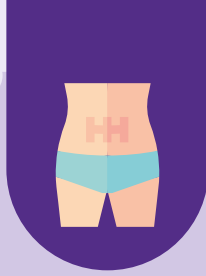
30 Danco Laboratories LLC., 2016.

31 Davey, A., 2006.

32 Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, 2022.

33 Embarazo producido fuera del útero o matriz

34 Ipas, 2023.



5. CON CESÁREAS PREVIAS

El misoprostol puede usarse en personas que han tenido una cesárea, ya que la ruptura uterina es rara en estos casos, sobre todo antes de las 13 semanas.³⁵

Si se necesita un aborto después de las 16 semanas y se ha tenido una cesárea previa, se requiere un seguimiento ultrasonográfico para evaluar la presencia de placenta previa completa³⁶ (cuando la placenta cubre la entrada del cuello uterino).

Es importante saber que el uso de misoprostol después de las 13 semanas no aumenta el riesgo de complicaciones, incluso si se tiene una cicatriz de cesárea previa.³⁷ De igual forma, cuando se ha evaluado el uso combinado de mifepristona y misoprostol a las 13 semanas, la probabilidad de una complicación como ruptura uterina en personas con antecedente de cesárea previa es muy baja (menos del 0.3 %).^{38,39}

Aunque el misoprostol es seguro en personas con cicatrices uterinas, se recomienda utilizar dosis más bajas y no repetir la dosis si no existe respuesta inicial.⁴⁰ Esta recomendación es importante si la persona tiene una cicatriz uterina y el aborto es después de las 22 a 24 semanas de gestación, o si se tiene una cicatriz en el útero y está entre las 13 y 24 semanas de gestación.⁴¹

Antes de las 22 semanas, con el antecedente de una cicatriz previa en la matriz, la recomendación de especialistas sugiere no realizar ningún cambio en el régimen de aborto con medicamentos que se utiliza comúnmente para este periodo gestacional.⁴²



35 Fox, M. C.; Krajewski, C. M., 2014.

36 Henkel, A.; Blumenthal, P.D., 2022

37 Lin, C. J., et al., 2011.

38 Ipas, 2023.

39 Goyal, V., 2009.

40 Lin, C. J., et al. 2011.

41 Ipas, 2023.

42 Kemppainen, V., et al., 2020.

Aunque el riesgo de ruptura uterina aumenta si el tiempo entre una cirugía uterina y un nuevo embarazo es menor a 12 meses,⁴³ no hay evidencia que vincule este riesgo directamente al uso de misoprostol para un aborto con medicamentos.



En la práctica:

- **Menos de 22 a 24 semanas de gestación con una cicatriz uterina:** no se necesita ningún cambio a los regímenes recomendados de misoprostol y mifepristona.
- **Más de 22 a 24 semanas de gestación con una cicatriz uterina, o de 13 a 24 semanas con más de una cicatriz uterina:** se debe considerar disminuir la dosis de misoprostol o aumentar el tiempo entre dosis. Sin embargo, no existe suficiente evidencia que indique que esto reduce el riesgo de ruptura uterina.
- Para este último caso, se debe solicitar un ultrasonido para verificar la “ubicación de la placenta”. Esto es importante porque la placenta podría estar adherida a la cicatriz de la cesárea, una condición conocida como “placenta encarnada” (acretismo). Si se sospecha de esta condición, es muy probable que la placenta no se desprenda luego del aborto y necesite una cirugía.

43 Cunningham, S., et al., 2021.



6. CON PLACENTA PREVIA

La placenta previa es cuando la placenta se coloca, de forma parcial o completa, sobre la entrada del cuello uterino, obstruyendo la salida del útero.⁴⁴ Algunos factores de riesgo que es importante revisar incluyen: legrados, cirugía de cavidad uterina, infección después de un parto, edad de la persona gestante avanzada, cesáreas previas, partos múltiples, malos hábitos de vida (por ejemplo, tabaquismo, uso de drogas), embarazo gemelar, tecnología de reproducción asistida y anatomía uterina anormal.⁴⁵

Haber tenido placenta previa en un embarazo anterior aumenta el riesgo de sangrado durante un aborto quirúrgico.⁴⁶

Aunque el aborto con medicamentos es seguro, incluso con placenta previa en etapas avanzadas,⁴⁷ hay un mayor riesgo de sangrado que podría necesitar una transfusión sanguínea.⁴⁸

Es importante evaluar cada caso, pues puede ocurrir una hemorragia grave en el segundo trimestre o incluso antes.



44 Long, Q., et al., 2022.

45 Su, C., et al., 2020.

46 Henkel, A.; Blumenthal, P.D., 2022.

47 Long Q., et al., 2022.

48 Perriera, L.K., et al., 2017.



En la práctica:

- A las personas con placenta previa se les puede ofrecer un aborto con medicamentos. Antes de las 13 semanas, no se considera que requieran un abordaje diferente. Sin embargo, conforme avanza el embarazo, el riesgo de hemorragia después del aborto aumenta.
- Un riesgo elevado de sangrado se asocia, entre otras cosas, a una edad gestacional superior a 20 semanas, placenta previa o acretismo placentario (cuando la placenta se adhiere de forma profunda a la pared del útero),⁴⁹ antecedentes de hemorragia obstétrica, dos o más cesáreas, trastornos hemorrágicos, tiempo gestacional superior a 20 semanas, muerte fetal, obesidad, edad de la persona gestante avanzada.
- En embarazos mayores de 20 semanas se recomienda remitir a la persona con personal clínico, quienes deben considerar medidas para evitar o prepararse para un aumento de sangrado.

⁴⁹ Kerns J.; Steinauer, J., 2013.



7. LACTANCIA ACTUAL

Es común que las personas en periodo de lactancia necesiten un aborto. Al igual que con cualquier otra persona, es importante que puedan elegir el método de su preferencia. Sin embargo, el temor a que los medicamentos como la mifepristona y el misoprostol pasen a la leche materna puede ser una barrera para elegir el aborto con medicamentos.

Lactancia y uso de medicamentos para aborto

Cuando se utiliza la mifepristona, las concentraciones del medicamento en la leche materna suelen ser bajas, alcanzando su punto más alto durante las primeras seis horas después de la ingesta, con una disminución rápida a continuación.⁵⁰

En el caso del misoprostol, se ha reportado que el medicamento está presente en la leche materna por un tiempo limitado y en concentraciones menores a las del torrente sanguíneo materno, dado a que la vida media de eliminación del medicamento (el tiempo en el que se elimina el 50 % del fármaco) después de la ingesta oral es de solo 20 a 40 minutos.⁵¹ Aunque la literatura científica es limitada en cuanto a las diferentes vías de administración del misoprostol y su asociación con la presencia de este en la leche materna, se podría esperar que,



50 Sääv, I., et al., 2010.

51 Sääv, I., et al., 2010.

después de una administración vaginal, la concentración del medicamento en la leche materna sea menor en comparación con una administración oral, aunque podría durar más tiempo.⁵²

Se ha reportado que, tras la administración oral del misoprostol después de la lactancia, la siguiente toma de leche materna puede ofrecerse de manera segura después de tres horas.⁵³ Por lo tanto, quienes están lactando y requieren un aborto con medicamentos con esquema combinado de mifepristona y misoprostol podrían continuar la lactancia sin interrupciones.⁵⁴



En la práctica:

- La lactancia materna no es una contraindicación para el aborto con medicamentos con mifepristona y misoprostol.
- Se debe informar a la persona que la lactancia materna puede continuar sin interrupciones, sin preocuparse por los efectos secundarios en los lactantes.^{55,56}

52 Tang, O.S., et al., 2007.

53 Vogel, D., et al., 2004.

54 Sääv, I., et al., 2010.

55 Sääv, I., et al., 2010.

56 National Abortion Federation, 2024.



8. PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las personas con discapacidad pueden enfrentarse a un mayor número de barreras para acceder a abortos seguros, ya que a menudo se suman múltiples vulnerabilidades.⁵⁷ El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva no solo debe incluir acceso a abortos seguros, sino también ser inclusivos y asegurar el bienestar de todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad.^{58,59}



Frecuentemente, la discusión sobre aborto y discapacidad se centra en el diagnóstico prenatal o en el consentimiento de las personas con discapacidad. Sin embargo, **es importante recordar que ellas tienen el mismo derecho a acceder a servicios de aborto seguro que cualquier otra persona.**⁶⁰

Como parte de su autonomía reproductiva, es importante reconocer que la combinación de estas vulnerabilidades puede llevar a obstáculos para acceder al aborto, lo que en algunos casos resulta en coerción reproductiva o esterilización forzada.⁶¹ Por lo tanto, es necesario combatir las prácticas que promueven la discriminación sistémica hacia las personas con discapacidad que necesitan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.⁶²

57 Women Enabled International, 2020.

58 Long, G., et al., 2022.

59 World Health Organization, 2022.

60 Francis, L., 2023.

61 National Partnership for Women and Families, 2021.

62 World Health Organization, 2022.

Inducción del aborto antes y después de las 13 semanas

Es importante recordar que la OMS hace hincapié en que los servicios de aborto deben ser seguros y equitativos, sin importar las características de las personas, incluida la presencia de una discapacidad.⁶³ Según la evidencia científica actual, no existen recomendaciones específicas sobre el tipo de aborto o el tiempo gestacional para las personas con discapacidad física o intelectual.

En el caso particular de personas con discapacidades físicas severas, como la parálisis cerebral, el aborto con medicamentos puede ser una opción más conveniente, ya que el aborto quirúrgico podría representar un reto mayor debido a la necesidad de utilizar posiciones específicas.⁶⁴



En la práctica:

- Para el acompañamiento de un aborto de una persona con discapacidad, siempre debe considerarse su consentimiento por encima del de otras personas de su entorno.
- Dependiendo de la severidad de la discapacidad, el manejo del dolor debe tener especial atención.
- Utilice la herramienta de la **Figura 1. Escala del dolor, caritas de Wong-Baker**, para evaluar la intensidad del dolor durante el proceso de aborto.

63 World Health Organization, 2022.

64 Guiahi, M.; Davis A., 2012.



9. RECOMENDACIONES GENERALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Generalidades

El acceso a servicios de aborto seguro debe incluir la atención a personas con enfermedades crónicas, independientemente del tipo de enfermedad.⁶⁵ Incluso, algunas condiciones médicas preexistentes pueden significar un riesgo alto de morbilidad (proporción de personas que enferman) y mortalidad (tasa de muertes producidas en una población y tiempo determinado) cuando se presenta un embarazo⁶⁶, por lo que el acceso al aborto seguro representa una disminución en el desarrollo de complicaciones asociadas a la enfermedad de base. En este grupo de personas, es particularmente importante el acceso oportuno a servicios de aborto, debido a que, en muchas ocasiones, las condiciones médicas preexistentes pueden deteriorarse conforme avanza el embarazo.⁶⁷

El estado de salud de una persona que busca un tratamiento médico diferente a su enfermedad crónica o condición de salud especial debería estar estable y controlado para poder tener mejores resultados, es decir:

- **Que haya estado tomando los medicamentos prescritos por su médico tratante.**
- **Que no esté descompensada o agudamente enferma.**

Es muy probable que si la persona está en las primeras semanas de gestación se encuentre estable y controlada, ya que de lo contrario hubiese sido muy difícil

65 Hassan, A., et al., 2023.

66 Guiahi, M.; Davis, A., 2012.

67 Davis, A.; Easterling, T., 2009.

quedar embarazada. Si la persona que necesita un aborto inducido presenta síntomas agudos de su enfermedad o su condición de salud no está controlada, no significa que el aborto con medicamentos esté contraindicado, pero es prudente en estos casos tener una evaluación previa realizada por personal de salud competente en el área antes de proceder a tomar los medicamentos para el aborto.

Se ha reportado una muy baja probabilidad de complicaciones después de un aborto antes de las 13 semanas en un entorno extrahospitalario.⁶⁸ Bajo el escenario descrito, no se ha establecido un incremento en el porcentaje de complicaciones cuando se compara a personas a las que se ofrecen servicios de aborto extrahospitalario y con antecedente de condiciones médicas preexistentes con personas sin estas condiciones.⁶⁹

En personas con condiciones médicas de base como hipertensión, diabetes o asma y que se encuentran controladas, el aborto con medicamentos es frecuente y seguro fuera del entorno hospitalario.⁷⁰

A continuación, se describen algunas enfermedades crónicas y las recomendaciones con relación al acceso al aborto inducido con estas condiciones de base.

68 Ipas, 2023.

69 Guiahi, M., et al., 2015.

70 Guiahi, M.; Davis, A, 2012.



9.1 ENFERMEDADES CARDÍACAS

Independientemente del tipo de problema cardíaco que presente, una persona con cardiopatía que solicita un aborto debe presentarse estable y controlada para poder tener un aborto acompañado.

Se debe considerar que, independientemente de cómo esté el estado de salud de la persona en el momento de solicitar el aborto acompañado, para los casos de enfermedades cardíacas de alto riesgo una evaluación previa al aborto debe estar indicada. Es sumamente importante recordar que, de continuar el embarazo, estas enfermedades tienen alta posibilidad de causar la muerte.⁷¹

Las enfermedades cardíacas de alto riesgo en el embarazo son las siguientes:

- Enfermedad valvular (falla de las válvulas que permiten entrada y salida de sangre en el corazón).
- Cardiopatía congénita compleja.
- Hipertensión pulmonar (alta presión en la arteria que va del corazón a los pulmones).
- Aortopatía (enfermedad de la arteria aorta).
- Miocardiopatía dilatada (agrandamiento del corazón).

En general las enfermedades cardíacas se presentan en alrededor de 1 a 4% de todos los embarazos. **Aunque la mayoría de las personas con esta condición pueden someterse a un aborto inducido, algunas tienen un riesgo mayor de complicaciones. A medida que el embarazo avanza, el riesgo de complicaciones puede aumentar.**

⁷¹ Uri, Elkayam, 2016.

Existe una clasificación desarrollada por la Asociación del Corazón de Nueva York (NYHA, por sus siglas en inglés) para evaluar la función cardíaca.⁷² Esta clasificación se basa en la presencia o ausencia de síntomas cardíacos. **Un buen pronóstico significa que la persona no presenta síntomas como cansancio, palpitaciones, dolor de pecho en reposo o al hacer actividades cotidianas. Si por el contrario se presentan estos síntomas con actividad regular o en reposo, se recomienda que las personas busquen atención médica. Algunos casos raros, como el uso de anticoagulantes o la presencia de prótesis valvular deben requerir una previa asesoría médica.**⁷³

El uso de mifepristona y el misoprostol para la inducción del aborto seguro, tanto antes como después de las 13 semanas, no ha mostrado efectos adversos en quienes padecen enfermedades cardíacas como cardiomiopatías, enfermedades congénitas o enfermedad valvular reumática.⁷⁴

En la literatura científica, existe un reporte de caso sobre el uso de misoprostol de manera exitosa para la atención de un aborto espontáneo antes de las 13 semanas en una mujer que presentaba una combinación de condiciones médicas como diabetes, hipotiroidismo, enfermedad arterial coronaria, hipertensión y obesidad.⁷⁵ Se ha reportado que el antecedente de condiciones cardíacas congénitas no suele significar un riesgo durante procedimientos de aborto.⁷⁶



72 Shotan, A., et al., 2021.

73 Fox, Nathan, 2022.

74 Guiahi, M.; Davis, A., 2012.

75 Hackney, D.N., et al., 2007.

76 Davis, A. y Easterling, T., 2009.



En la práctica:

Si bien es cierto que la gran mayoría de las afectaciones cardíacas pueden tener un aborto inducido sin complicaciones, en el caso del uso domiciliario y el acompañamiento, es importante conocer qué tipo de problema cardíaco tiene y si es de alto riesgo o presenta síntomas agudos. Una consulta con el médico tratante antes del procedimiento sería lo recomendable.

Hay que recordar que, en estos casos, un aborto puede salvar la vida de estas personas.



9.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Al igual que con otras condiciones médicas crónicas, quienes padecen hipertensión arterial también pueden buscar servicios de aborto seguro **en un entorno extrahospitalario, si su presión arterial está controlada y bajo un manejo médico adecuado.**⁷⁷ Los medicamentos para la interrupción del embarazo no están contraindicados y no hay una interacción con los medicamentos antihipertensivos.

Se ha reportado que el aborto autogestionado y acompañado es seguro con cifras de presión arterial sistólica (la primera cifra reportada al medir la presión) por debajo de 160 mmHg o con cifras de presión arterial diastólica (la segunda cifra reportada) por debajo de 105 mmHg.⁷⁸



⁷⁷ Guiahí, M. y Davis, A., 2012.

⁷⁸ Davis, A.; Easterling, T., 2009.

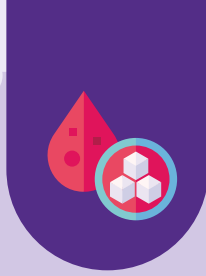
Aunque podría suponerse que las personas con presión arterial alta podrían ser más susceptibles a complicaciones durante un procedimiento de aborto seguro con medicamentos, **la probabilidad de complicaciones se ha reportado como muy poco frecuente y no más probables que en personas sin condiciones médicas subyacentes.**⁷⁹ Además, la literatura científica no ha reportado recomendaciones específicas en función de la edad gestacional para ofrecer servicios de aborto seguro (como aborto con medicamentos) a personas con condiciones crónicas como la hipertensión.



En la práctica:

- Las personas con hipertensión pueden tener un aborto inducido siempre y cuando su presión arterial esté controlada.
- Deben tomar su medicamento regularmente en los horarios establecidos durante todo el proceso de aborto inducido, así como seguir las recomendaciones dietéticas habituales.
- Dado que el dolor puede aumentar la presión arterial, es indispensable controlarlo de manera efectiva con medicamentos y otras medidas no farmacológicas.

⁷⁹ Guiahi, M., et al., 2015.



9.3 DIABETES

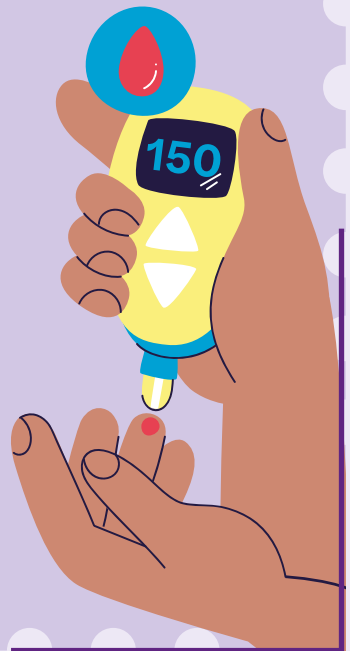
La diabetes tipo 1 es una enfermedad que en la que el sistema inmune ataca al propio cuerpo.⁸⁰ El embarazo puede traer complicaciones para la persona y afectar al feto.⁸¹

De igual forma, también se ha reportado que las personas con diabetes tipo 2 (ocasionada por la interacción de diversos factores, tanto ambientales como hereditarios)⁸² presentan un alto riesgo de complicaciones en el embarazo, así como una mayor probabilidad de agravamiento de la condición subyacente.⁸³ Debido a esto, no es infrecuente que personas con esta condición médica soliciten servicios de aborto seguro y que, además, se requiera de una atención oportuna para evitar el agravamiento de la enfermedad por el curso propio de la gestación.

Según los estudios, tener diabetes no impide que se pueda realizar un aborto con medicamentos.⁸⁴

Las personas con diabetes controlada pueden tener un aborto en casa antes de las 13 semanas, incluso si sus niveles de glucosa suben temporalmente entre 180-200 mg/dl.⁸⁵

Debido a que se ha documentado que un aborto con medicamentos y un aborto espontáneo no son físicamente diferentes, se esperaría que el control de la glucosa se maneje de manera similar, tanto en



80 Maahs, D.M., et al., 2010.

81 Sjöberg, L., et al., 2017.

82 Wu, Y., et al., 2014.

83 Sangtani, A., et al., 2023.

84 Sangtani, A., et al., 2023.

85 Guiahi, M.; Davis, A., 2012.

quienes padecen diabetes tipo 1 o tipo 2, ajustando la dosis de insulina según sea necesario.⁸⁶

Si las personas usan otros medicamentos además de la insulina, en general pueden seguir con su dieta y medicación habitual.⁸⁷

Durante el embarazo, los niveles de glucosa en la sangre de las personas con diabetes suben de forma natural. Por eso, es posible que se necesite ajustar la dosis de sus medicamentos para controlarlos.

Las personas con diabetes no controlada o con una enfermedad cardíaca o renal severa podrían beneficiarse de un aborto quirúrgico en un hospital.⁸⁸

La mifepristona es un medicamento seguro para las personas con diabetes, ya que en algunos casos se ha visto que incluso ayuda a reducir los niveles de glucosa en la sangre.⁸⁹



En la práctica:

- Aunque el uso de mifepristona es seguro, la persona debe comer y tomar sus medicamentos a la hora establecida para evitar que sus niveles de glucosa bajen demasiado.
- Después del aborto, los niveles de glucosa disminuyen porque ya no hay embarazo. Por eso, probablemente se necesite ajustar la dosis de los medicamentos para la diabetes.
- Si la persona tiene episodios frecuentes de bajada de glucosa difíciles de controlar, es más recomendable usar solo el misoprostol.

86 Sangtani A., et al., 2023.

87 Davis A.; Easterling, T. 2009.

88 Guahi, M.; Davis, A., 2012.

89 Díaz-Castro, F., et al., 2020.



9.4 OBESIDAD

La OMS, define la obesidad como tener un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor de 30.⁹⁰ Desafortunadamente, las personas con obesidad a menudo se enteran de su embarazo más tarde, lo que a veces retrasa el acceso a un aborto seguro.⁹¹

Las personas con obesidad que necesitan un aborto pueden beneficiarse de un aborto con medicamentos debido a que se presentan menores complicaciones técnicas en comparación con un procedimiento quirúrgico.⁹² Los resultados de un aborto con medicamentos son similares en personas con o sin obesidad.⁹³

Los estudios no ha encontrado un mayor riesgo de complicaciones respiratorias en personas con obesidad durante un aborto con medicamentos.⁹⁴ Sin embargo, es posible que el proceso de un aborto antes de las 13 semanas dure más y se necesite una dosis extra de misoprostol hasta la expulsión.⁹⁵ Esto se debe a que el cuerpo de una persona con obesidad procesa el misoprostol de forma diferente.⁹⁶ A pesar de esto, no existe evidencia disponible que especifique la dosis de misoprostol recomendada para personas con obesidad.



90 Organización Mundial de la Salud, 2024a.

91 Henkel, A.; Blumenthal, P.D., 2022.

92 Henkel, A.; Blumenthal, P.D., 2022.

93 Strafford, M.A., et al., 2009.

94 Guihi M., et al., 2015.

95 Sert, Z.S.; Bertizlioglu, M., 2024.

96 Soni S., et al., 2020.



En la práctica:

- Es importante un seguimiento cercano al acompañar a una persona con obesidad durante un aborto seguro, en el cual se brinden las dosis de mifepristona y misoprostol que han sido identificadas como seguras para ofrecer un aborto con medicamentos.

97 Sert, Z.S.; Bertizlioglu, M., 2024.

98 Soni S., et al., 2020.



9.5 EPILEPSIA

Las personas con epilepsia bien controlada pueden tener un aborto seguro. Solo si el diagnóstico es reciente y el tratamiento aún no está regulado, se recomienda un aborto asistido en un hospital.⁹⁷

Algunos medicamentos para el control de la epilepsia (como **fenobarbital, carbamazepina, oxcarbazepina y fenitoína**) pueden hacer que la mifepristona no sea tan efectiva.⁹⁸

Los estudios disponibles no ofrecen recomendaciones específicas sobre el tipo de aborto o el tiempo gestacional. Por lo tanto, se aplican las mismas pautas que para otras condiciones médicas crónicas.



En la práctica:

- Si la persona usa medicamentos para la epilepsia como fenobarbital, carbamazepina, oxcarbazepina y fenitoína, es más seguro usar solo el misoprostol.
- Las demás personas con epilepsia pueden tener a un aborto seguro con medicamentos, a menos que el diagnóstico reciente y el tratamiento aún no esté controlado.

⁹⁷ Guiahi, M. y Davis, A., 2012.

⁹⁸ Henkel, A.; Blumenthal, P.D., 2022.



9.6 ENFERMEDAD TIROIDEA

La tiroides es una glándula en el cuello que produce hormonas que controlan la energía del cuerpo.⁹⁹ En algunas ocasiones, la tiroides no produce suficientes hormonas (hipotiroidismo) o produce demasiadas (hipertiroidismo).

En el caso de descontrol de las hormonas tiroideas (es decir, que a pesar del tratamiento las hormonas no se encuentren reguladas; o en personas sin tratamiento y, por ende, las hormonas no estén reguladas), es recomendable el manejo hospitalario y estabilización antes de un proceso de aborto.¹⁰⁰

En el caso de hipotiroidismo, los estudios no han encontrado ninguna contraindicación en caso de un aborto hospitalario¹⁰¹ ni tampoco para un aborto con medicamentos. Por lo tanto, un aborto seguro es una opción recomendada.



En la práctica:

- Las personas con **hipertiroidismo controlado** pueden tener un aborto seguro, como alguien sin esta enfermedad.
- Quienes tienen diagnóstico de hipotiroidismo también pueden tener un aborto seguro con medicamentos.

99 Molina, Patricia E., 2023.

100 Guahí, M.; Davis, A., 2012.

101 Davis, A.; Easterling, T., 2009.



10. HEMOFILIA

La hemofilia, es una enfermedad de nacimiento que dificulta la coagulación de la sangre, lo que aumenta el riesgo de sangrado ante un trauma; por ejemplo, cortada, golpe, caída, cirugía, etcétera.

Debido a la forma en que se hereda esta enfermedad, las mujeres suelen ser solo portadoras, es decir, no manifiestan la enfermedad, pero tienen en sus genes la información necesaria para transmitirla a su descendencia. Sin embargo, **una proporción muy pequeña de personas también pueden manifestar la enfermedad y tener mayor riesgo de sangrado. Si este es el caso, las personas que requieran servicios de aborto y tengan antecedentes de hemofilia podrían necesitar un medicamento especial como la desmopresina, para reducir el riesgo de sangrado.**^{102, 103}

Existe un reporte de caso en la literatura científica sobre el uso de misoprostol y mifepristona para la inducción de un aborto de 13 semanas en una mujer de 21 años con diagnóstico de hemofilia. Este aborto fue exitoso y se realizó en combinación con el uso de desmopresina intranasal 150 mcg, 30 minutos antes del uso de misoprostol.¹⁰⁴

En general, si quien padece hemofilia ha estado bajo control médico, no debería tener problemas para un aborto. Aun así, es muy importante que se evalúe su estado de salud y coagula-



102 Ipas, 2023.

103 Lee, J. K., et al., 2021.

104 Hou, M.Y., 2016.

ción antes del procedimiento. Esto no significa que no pueda tener un aborto, sino que se debe corregir cualquier riesgo de sangrado mayor de lo normal para que sea seguro.



En la práctica:

- Si la persona tiene hemofilia, lo **ideal es que el aborto se realice en un hospital que tenga la capacidad de dar respuesta a una posible hemorragia.**



11. ANEMIA

A nivel global, la anemia es muy común en el embarazo.¹⁰⁵ La identificación oportuna de anemia puede permitir evitar retraso a servicios de salud sexual y reproductiva como la atención de aborto seguro.¹⁰⁶

Es crucial que los profesionales de la salud evalúen a la persona antes del aborto para asegurar que un aborto con medicamentos es seguro.¹⁰⁷

Los estudios sugieren que, si **los niveles de hemoglobina se encuentran igual o menor a 8g/dL, es recomendable un aborto en un hospital.**¹⁰⁸ En cambio, con valores más altos, un aborto con medicamentos es seguro.

Se debe ofertar servicios de aborto quirúrgico para personas con anemia que podría significar un incremento de riesgo de sangrado mayor si se realiza un aborto con medicamentos.¹⁰⁹

En general, **la pérdida sanguínea en un aborto se incrementa conforme avanza el embarazo. El signo de anemia más fácil de explorar y encontrar es la palidez en las palmas de las manos (puede compararse con el color de la palma de la mano de la persona que acompaña).** La mayoría de los casos son anemias crónicas y quienes la padecen



105 Shapiro, K.E., et al., 2022.

106 Shim, J.Y., et al., 2018.

107 Ipas, 2023.

108 Lee, J.K., et al., 2023.

109 Shim, J.Y., et al., 2018.

pueden ya estar adaptadas a esos niveles. Sin embargo, si la anemia es de inicio reciente, además de lo anterior, puede presentar mareos, desmayos y pulso acelerado (más de 90 latidos por minuto).



En la práctica:

- Si la hemoglobina se es mayor a 8g/dL las personas pueden tener un aborto seguro con medicamentos en casa.



12. MIOMAS O ENFERMEDADES EN EL ENDOMETRIO

Los miomas son tumores benignos muy comunes en el útero.¹¹⁰ Cuando la persona tiene miomas grandes dentro de la cavidad uterina o en el cuello del útero, un aborto con medicamentos puede ser una mejor opción¹¹¹ que un aborto quirúrgico. Sin embargo, **personas con miomas uterinos pueden acceder tanto a un aborto con medicamentos como a un aborto quirúrgico, a menudo dependiendo, de la localización del o los miomas y si estos obstruyen el cuello uterino.**¹¹²

En la literatura científica existe un reporte de 12 casos de mujeres con antecedente de miomas grandes y embarazo de entre 14 y 20 semanas que tuvieron abortos exitosos con medicamentos con el régimen combinado de mifepristona y misoprostol.¹¹³ Sin embargo, no se reporta si estos casos fueron atendidos en un ámbito intra o extrahospitalario.

El endometrio es la capa de tejido que recubre el interior del útero (o matriz). No hay evidencia que contraindique un aborto con medicamentos en personas con problemas en el endometrio. Algunas personas pueden recibir un tratamiento para realizar una ablación del endometrio. Este procedimiento consiste en destruir este tejido en quienes, por ejemplo, presentan menstruaciones muy abundantes.



¹¹⁰ Gibson, E.; Schreiber, C.A., 2010.

¹¹¹ Santibenchakul, S.; Jaisamrarn, U., 2021.

¹¹² Gibson, E.; Schreiber C.A., 2010.

¹¹³ Mark K., et al., 2016.

Tras un tratamiento como el previamente descrito, se ha reportado el uso de aborto con medicamentos de manera exitosa.^{114, 115, 116}

Para las personas que tienen miomas o problemas en el endometrio se deben valorar los niveles de hemoglobina para verificar si existe o no anemia debido a las menstruaciones y sangrados abundantes, que en algunos casos suelen presentarse.



En la práctica:

- Las personas con miomas uterinos pueden acceder a un aborto seguro en casa con medicamentos, siguiendo los esquemas de la OMS.
- Antes del aborto, se debe evaluar si la persona tiene anemia debido a los sangrados abundantes que en ocasiones pueden presentarse. Es importante tener en cuenta que con una hemoglobina mayor a 8g/dL se puede tener a un aborto seguro en casa con medicamentos; menor a este valor, se recomienda un aborto en un hospital.

114 Ipas, 2023.

115 Ipas, 2023.

116 Khafizova, L., et al., 2014.



13. CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER O EN TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

Después de un diagnóstico de cáncer, muchas personas se enfrentan a decisiones complicadas sobre el tratamiento de su enfermedad.¹¹⁷ El diagnóstico durante un embarazo se suma a los retos existentes, independientemente de la gestación.¹¹⁸ Como cualquier otra persona cursando un embarazo, deben poder ejercer su derecho a decidir sobre su salud y la continuación o no de la gestación. Por ejemplo, se ha reportado que el 15 % de las personas con cáncer cervicouterino (el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres) y un embarazo, deciden realizar un aborto.¹¹⁹

Las personas con diagnóstico de cáncer que ya se encuentran recibiendo quimioterapia, frecuentemente reciben la recomendación de terminar la gestación debido al conocido efecto de estos medicamentos en el feto y el consecuente alto riesgo de malformaciones.¹²⁰ Un aborto temprano también permite empezar el tratamiento de quimioterapia rápidamente, lo que mejora las posibilidades de sobrevivir al cáncer.¹²¹

De hecho, se ha visto que las personas con cáncer que se embarazan en los seis meses posteriores a su diagnóstico tienen un mayor riesgo de morir.¹²² En estos casos, un aborto temprano puede salvarles la vida, ya que permite iniciar el tratamiento de forma inmediata y tener un mejor pronóstico.



117 Miller, E.A., et al., 2024.

118 Arup, G.; Shravan, N., 2023.

119 Miller, E.A., et al., 2024.

120 Pereg, D., et al., 2008.

121 Miller, E.A., et al., 2024.

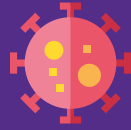
122 Lawrenz, B., et al., 2012.



En la práctica:

- Si se detecta un embarazo en una persona que requiere cirugía y quimioterapia, se recomienda un aborto con medicamentos para que pueda iniciar el tratamiento lo antes posible.¹²³
- Si la persona ha recibido o está recibiendo quimioterapia, el misoprostol podría causar más náuseas y vómitos. Por lo tanto, se deben tener preparados medicamentos para controlar dichos efectos. (**Vea el anexo 3**).
- En caso de cánceres muy avanzados, un aborto no mejorará el pronóstico.

¹²³ Grimm, D., et al., 2014.



14. PERSONAS CON VIH

Recomendaciones generales

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), es un virus que infecta y destruye las células del sistema de defensa del cuerpo (sistema inmunitario). Si la infección no está controlada, las personas tienen un mayor riesgo de adquirir infecciones. Por otro lado, si el VIH está controlado, el sistema inmune puede responder de forma adecuada y el riesgo de infecciones será igual que para cualquier otra persona.

Las personas con VIH a menudo enfrentan dificultades para acceder a un aborto seguro, de la misma forma que pueden ser forzadas a tenerlo, debido a su estatus en relación con la presencia de la infección.¹²⁴

La OMS ha dejado claro que las personas con VIH tienen los mismos derechos que todas las demás en cuanto a salud sexual y reproductiva,¹²⁵ como el acceso al aborto seguro.

En 2017 y 2022 la OMS emitió nuevas recomendaciones en las que se especifican que los servicios de aborto sin riesgo deben ser **los mismos para las mujeres que viven con VIH que desean un aborto voluntario, que para todas las personas con posibili-**



124 International HIV/AIDS Alliance, 2010.

125 Organización Mundial de la Salud, 2018.

dad de gestar.¹²⁶ De igual forma, se recomienda ofrecerles la opción de aborto con medicamentos o quirúrgico cuando se desee un aborto voluntario.

Sumado a lo anterior, la evidencia científica reporta que las personas viviendo con VIH tienen tasas similares de abortos espontáneos, comparado con quienes no viven con VIH.¹²⁷ Del mismo modo, no existe evidencia que sugiera que las personas con VIH tengan mayor riesgo de tener un aborto inducido no seguro, ya sea médico o quirúrgico.¹²⁸

Inducción del aborto antes y después de las 13 semanas en personas con VIH

La evidencia científica actual no muestra que las personas con VIH necesiten un tipo de aborto (con medicamentos o quirúrgico) diferente al recomendado para el resto de la población. Por esta razón, la OMS sugiere las mismas opciones de aborto seguro que para quienes no viven con el VIH.¹²⁹ A pesar de la poca información existente, los datos disponibles no muestran un incremento en complicaciones después de un aborto quirúrgico o con medicamentos en personas que viven con el VIH.¹³⁰

El uso del misoprostol y la mifepristona tienen una baja probabilidad de causar efectos secundarios como el vómito.¹³¹ Sin embargo, si este efecto se presenta, el promedio de duración suele ser menor a 24 horas, por lo que no afectaría el efecto de medicamentos utilizados para el tratamiento del VIH a largo plazo.¹³²

126 Organización Mundial de la Salud, 2018.

127 Manski, R., et al., 2012.

128 Saleem, H.T., et al., 2018.

129 Organización Mundial de la Salud, 2018.

130 Manski R., et al., 2012.

131 Hagey, J.M., et al., 2022.

132 Manski, R., et al., 2012.



En la práctica:

- Quienes viven con VIH pueden realizar un aborto seguro en su domicilio y ser acompañadas si así lo deciden.
- Se recomienda que las personas bajo tratamiento por VIH continúen con su medicación habitual sin interrupciones durante el proceso de aborto con medicamentos.¹³³
- En caso de presentar vómito en el lapso de dos horas después de haber tomado la medicación para VIH, es posible esperar treinta minutos y repetir la toma de los medicamentos.¹³⁴

Señales de alerta al acompañar a personas con VIH

En caso de vómito en un lapso de cuatro horas después de ingerir específicamente el medicamento Rilpivirina para el manejo de VIH, se recomienda repetir la dosis del medicamento y se acompañe de la ingesta de alimento.¹³⁵

Los residuos biológicos y salpicaduras de fluidos corporales deben considerarse potencialmente infecciosos, por lo que su manejo por parte de quienes acompañan requiere el uso de guantes, mascarillas y gafas. En caso de exposición accidental en boca u ojos, se debe consultar con un profesional de la salud de manera inmediata para poder recibir medicamentos profilácticos contra una potencial infección por VIH después de la exposición.

¹³³ Guiahí, M.; Davis, A., 2012.

¹³⁴ Aidsmap, 2023.

¹³⁵ Aidsmap, 2023.

ANEXO 1.

MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL

a. ¿Cómo actúan?

El útero o matriz es un músculo que puede contraerse, como otros músculos del cuerpo.

La mifepristona, medicamento desarrollado en Francia en 1980,¹³⁶ actúa al bloquear una de las hormonas que mantienen el embarazo. Esto hace que el útero se contraiga con más fuerza.

El misoprostol fue desarrollado para el tratamiento de una enfermedad gástrica, pero luego se descubrió su efecto en el útero: ablanda el cuello de la matriz y estimula sus contracciones.¹³⁷ Estos dos efectos permiten que el útero expulse el contenido del embarazo.

Además de los efectos previamente descritos de la mifepristona, si esta se utiliza antes del misoprostol, ayuda a que los músculos del útero se vuelvan más sensibles.¹³⁸ Esto hace que el misoprostol sea más efectivo y que el proceso de expulsión sea más rápido.

Los efectos producidos por ambos medicamentos son comparados a los efectos producidos por un aborto espontáneo.¹³⁹

¹³⁶ Hagey, J.M., et al., 2022.

¹³⁷ Tang, O.S., et al., 2007.

¹³⁸ Hagey, J.M., et al., 2022.

¹³⁹ Canadian Medical Association Journal, 2018.

b. Seguridad y eficacia

La OMS ha confirmado que el uso combinado de mifepristona y misoprostol para un aborto es altamente seguro y eficaz, tanto si se utilizan en un centro de atención médica o en casa.¹⁴⁰

Estos medicamentos son eficaces porque hay una alta probabilidad de que el aborto se complete sin requerir ninguna otra intervención. Y son seguros porque el riesgo de complicaciones es muy bajo.

La información disponible sobre la **eficacia del uso combinado de estos medicamentos en abortos acompañados se ha reportado en un 95 %, una cifra comparable a la de los entornos hospitalarios.**¹⁴¹

En el caso de **solo usar misoprostol, la eficacia es del 84 al 93 %, llegando incluso al 99 % en algunos casos.**¹⁴²

Incluso en países de bajos o medianos ingresos, donde los recursos son escasos, se ha reportado una eficacia del aborto con medicamentos del 95 %, lo que demuestra su seguridad y eficacia en diversos contextos geográficos.¹⁴³

140 World Health Organization, 2022.

141 Ipas, 2023.

142 Ipas, 2023.

143 Ferguson, I.; Scott, H., 2020.

ANEXO 2.

DETECCIÓN DEL MISOPROSTOL EN SANGRE

El misoprostol se elimina del cuerpo muy rápidamente. Cuando se utiliza por vía bucal, el 50 % del medicamento se elimina en solo 20 a 40 minutos.¹⁴⁴ El tiempo puede variar según la forma en que se tome el medicamento; por ejemplo, si es vía vaginal, bucal o sublingual.¹⁴⁵

Debido a que el misoprostol se elimina tan rápido, para detectarlo en la sangre, la muestra debe tomarse inmediatamente después de usar el medicamento.¹⁴⁶ Además, se necesitan laboratorios altamente especializados y costosos para realizar la prueba, ya que no son estudios disponibles comercialmente.^{147, 148} Esto incluye poder especificar el procedimiento de uso, el tiempo desde que se tomó la muestra y el momento en el que se tomó, la cantidad específica del medicamento y la forma de validación particular del laboratorio.¹⁴⁹

144 Guiahi, M. y Davis, A., 2012.

145 Tang, O.S., et al., 2007.

146 Frye, L.J., et al., 2014.

147 Frye, L.J., et al., 2014.

148 Zou, Y., et al., 2007.

149 Guiahi, M. y Davis, A., 2012.

ANEXO 3.

MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MEDICAMENTOS PARA EL ABORTO

a. Efectos esperados del misoprostol:

- Sangrado
- Cólicos

b. Posibles efectos secundarios del misoprostol:

- Cólicos dolorosos
- Náuseas y vómito
- Diarrea
- Fiebre
- Ansiedad

c. Consejos generales

- **Los efectos secundarios son temporales:**

La mayoría de los efectos secundarios del misoprostol duran solo unas pocas horas. Si se toma solo misoprostol, es posible que se necesiten varias dosis, y los efectos secundarios pueden ocurrir con cada una de ellas.

- **Mantenga una buena hidratación:**

Las personas que están bien hidratadas el día que se toman el misoprostol, a menudo se sienten mejor y les resulta más fácil soportar los efectos secundarios. Es importante tomar una buena cantidad de bebidas no alcohólicas durante todo el proceso de aborto.

- **Cómo manejar los efectos secundarios**

Se pueden usar medicamentos y estrategias de autocuidado. Los siguientes medicamentos están disponibles en farmacias sin receta médica. Las marcas mencionadas son comunes en Estados Unidos, pero es posible que se encuentre con otras marcas según el país.

CÓLICOS DOLOROSOS

Autocuidado

Ponga una almohadilla térmica o una bolsa de agua caliente sobre el abdomen.

Medicamento

Utilice **uno** de los siguientes medicamentos, **no ambos**, y **no se lo tome durante más de tres días seguidos**:

- 200 mg de ibuprofeno (marcas: Motrin, Advil). Trague 2 tabletas cada 6 a 8 horas según sea necesario.
- 220 mg de naproxeno sódico (marca: Aleve). Trague 2 tabletas cada 12 horas según sea necesario.

Nota: dado que el paracetamol o acetaminofén (marca: Tylenol), es menos eficaz que el ibuprofeno o el naproxeno sódico, no se recomienda para aliviar el dolor y los cólicos.

Para obtener los mejores resultados, empiece a tomar medicamentos para aliviar el dolor antes del misoprostol. Recuerde que el dolor disminuirá o desaparecerá cuando el cuerpo haya terminado de expulsar el embarazo. No es necesario tomar más medicamento para el dolor si este ya cesó.

NÁUSEAS Y VÓMITO

Autocuidado

Se puede optar por comer una ligero (por ejemplo, tostada o galletas saladas) antes de tomar el misoprostol.

Medicamento

Utilice uno de los siguientes medicamentos, **no ambos**, si tiene náuseas y vómito:

- 50 mg de dimenhidrinato (marca: Dramamine). Trague 1 o 2 tabletas cada 4 a 6 horas, pero no más de 8 tabletas en 24 horas. Hay opciones masticables si las prefiere.

Nota: este medicamento causará algo de somnolencia.

- 25 mg de succinato de doxilamina (marcas: Sleep-Aid, Unisom, ZzzQuil Ultra). Trague de 0.5 (la mitad) a 1 tableta cada 12 horas.

Nota: este medicamento causará algo de somnolencia.

DIARREA

Autocuidado

Para evitar la diarrea, podría ser útil comer alimentos y tomar líquidos cuando se tome el misoprostol.

Medicamento

2 mg de loperamida (marca: Imodium A-D). Trague 2 pastillas (4 mg) después del primer inicio de diarrea, seguidas de 2 mg después de cada defecación sin forma, pero no sobrepase de 8 mg al día.

FIEBRE

Autocuidado

Aplique una compresa fría en frente, cuello o cuerpo según sea necesario.

Medicamento

500 mg de paracetamol (acetaminofén) (marca: Tylenol). Trague 1 o 2 tabletas cada 4 a 6 horas, pero no sobrepase 3,000 mg (6 tabletas) al día.

Nota: el paracetamol (o acetaminofén) es eficaz para aliviar la fiebre y los escalofríos causados por el misoprostol. Si también está tomando ibuprofeno o naproxeno sódico para aliviar el dolor, puede tomar el paracetamol al mismo tiempo para tratar la fiebre.

ANSIEDAD

Autocuidado

Al pasar por el proceso de un aborto con medicamentos, independientemente de la gravedad de los efectos secundarios, la persona puede sentir ansiedad. Para ayudar a manejarla, podría intentar escuchar música, meditar, relajarse de la forma en que usted pueda lograrlo.

Un aborto acompañado ayuda a reducir el estrés y la ansiedad. Además, podría intentar tomar una bebida calmante sin cafeína, como té de camomila (manzanilla).

Medicamento

25 mg de succinato de doxilamina (marcas: Sleep-Aid, Unisom, ZzzQuil Ultra). Trague de 0.5 (la mitad) a 1 tableta cada 12 horas.

Nota: este medicamento causará algo de somnolencia.

¿CUÁNDO DEBO BUSCAR AYUDA?

A partir del día en que se tome el misoprostol, si la persona presenta alguno de los siguientes síntomas, es necesario buscar ayuda profesional de inmediato:

- Sangrado abundante: cuando se empapa más de dos toallas higiénicas grandes por hora durante dos horas seguidas. Hay que prestar atención si esto viene acompañado de mareos, debilidad y fatiga crecientes.
- Cólicos o dolor abdominal intensos: si el dolor abdominal o los cólicos no mejoran con medicamentos, o si la persona no puede realizar sus actividades cotidianas.
- Sensación de debilidad, confusión o de desmayo.

Si la persona presenta alguno de los siguientes síntomas el día después de tomar la última dosis de misoprostol, es necesario buscar ayuda profesional:

- Fiebre.
- Dolor de abdomen intenso, sobre todo en uno de los costados del vientre bajo.
- Malestar intenso, con o sin fiebre.
- Náuseas o vómitos persistentes y graves.
- Flujo vaginal inusual o maloliente.

NOTA: si dentro de las 24 horas después de tomar las últimas pastillas de misoprostol no hay sangrado o este es muy escaso, podría significar que el medicamento no funcionó, que el embarazo continúa o que es un embarazo ectópico (fuera del útero). En estos casos se debe buscar atención médica de inmediato.

17. REFERENCIAS

- Aidsmap. (2023). What should I do if I throw up after taking my HIV meds? [Consultado el 3 de noviembre de 2024]. <https://www.aidsmap.com/about-hiv/faq/what-should-i-do-if-i-throw-after-taking-my-hiv-meds>
- Arena, A.; Moro, E.; Degli, E.; Zanello, M.; Lenzi, J.; Casadio, P.; Seracchioli, R.; Perrone, A.; Lenzi, M. (2023). How much will it hurt? Factors associated with pain experience in women undergoing medication abortion during the first trimester. *Contraception*. 119.doi: 10.1016/j.contraception.2022.11.007
- Arup, G.; Shravan, N. (2023) Cancer and Pregnancy in the Post-Roe v. Wade Era: A Comprehensive Review. *Current Oncology*. 30(11):9448-9457. doi:10.3390/currenco130110684
- Asociación Profamilia; ATAC. (2020). Acceso al aborto seguro para hombres trans y personas no binarias: un estudio exploratorio en Colombia.
- Bateson, D.; McNamee, K.; Harvey, C. (2021). Medical abortion in primary care. *Aust Prescriber*. 44(6):187-192. doi:10.18773/austprescr.2021.050
- Brandt, J.S.; Patel, A.J.; Marshall, I.; Bachmann, G.A. (2019). Transgender men, pregnancy, and the “new” advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas*. 128:17-21. doi:10.1016/j.maturitas.2019.07.004
- Canadian Medical Association Journal. Mifepristone. Published online June 2018.
- Cunningham, S.; Algeo, C.E.; DeFranco, E.A. (2021). Influence of interpregnancy interval on uterine rupture. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 34(17):2848-2853. doi:10.1080/14767058.2019.1671343
- Danco Laboratories LLC. (2016). Mifeprex.® Prescribing Information. [Consultado el 13 de noviembre de 2024]. <https://www.earlyoptionpill.com/for-health-professionals/prescribing-mifeprex/prescribing-information/>

- Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception*. 74(1):16-20. doi:10.1016/j.contraception.2006.03.003
- Davis, A.; Easterling, T. (2009). Medical Evaluation and Management. In: *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy*. Wiley:78-89. doi:10.1002/9781444313031.ch7
- Díaz-Castro, F.; Monsalves-Álvarez, M.; Rojo, L.E.; Del Campo, A.; Troncoso, R. (2020). *Mifepristone for Treatment of Metabolic Syndrome: Beyond Cushing's Syndrome*. *Front Pharmacol*. doi:10.3389/fphar.2020.00429
- Editors of the Lancet. (2017). Retraction and republication-Misoprostol drug to be withdrawn from French market. [Consultado el 17 de noviembre de 2024]. <https://www-sciencedirect-com.mu.idm.oclc.org/science/article/pii/S0140673617329070?via%3Dihub>
- Espinoza, C.; Samandari, G.; Andersen, K. (2020). Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a review of the literature. *Sex Reprod Health Matters*. 28(1). doi:10.1080/26410397.2020.1744225
- Feil, K.; Pabst, L.; Reider, S.; Schuchter, S.; Ciresa-König, A.; Toth, B. (2024). The vaginal microbiome of transgender men receiving gender-affirming hormonal therapy in comparison to that of cisgender women. *Sci Rep*. 14(1). doi:10.1038/s41598-024-72365-4
- Ferguson, I.; Scott, H. (2020). Systematic Review of the Effectiveness, Safety, and Acceptability of Mifepristone and Misoprostol for Medical Abortion in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 42(12):1532-1542.e2. doi:10.1016/j.jogc.2020.04.006
- Fox, M.C.; Krajewski, C. M. (2014). Society of Family Planning Clinical Guideline 20134: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception*, 89(2), 75-82.

- Fox, Nathan. (2022) Cardiac Disease and Pregnancy. MFM Associates. (Blog). [Consultado el 24 de enero de 2025]. <https://www.mfmnyc.com/blog/cardiac-disease-pregnancy/>
- Francis, L. (2023). The Reproductive Injustices of Abortion Bans for Disability. *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 51(3):490-496. doi:10.1017/jme.2023.127
- Frye, L.J; Winikoff, B.; Meckstroth, K. (2014). Claims of misoprostol use based on blood sampling should be viewed with skepticism. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 127(2):125-126. doi:10.1016/j.ijgo.2014.08.006
- Gibson, E.; Schreiber, C.A. (2010) When uterine leiomyomas complicate uterine evacuation. *Contraception*. 82(6):486-488. doi:10.1016/j.contraception.2010.02.021
- Goyal, V. (2009). *Uterine Rupture in Second-Trimester Misoprostol-Induced Abortion After Cesarean Delivery A Systematic Review. Vol 113*. <http://journals.lww.com/greenjournal>
- Guiahi, M.; Davis, A. (2012). First-trimester abortion in women with medical conditions: Release date October 2012 SFP Guideline #20122. *Contraception*. 86(6):622-630. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.001
- Guiahi, M.; Schiller, G.; Sheeder, J.; Teal, S. (2015). Safety of first-trimester uterine evacuation in the outpatient setting for women with common chronic conditions. *Contraception*. 92(5):453-457. doi:10.1016/j.contraception.2015.07.005
- Grimm, D.; Woelber, L.; Trillsch, F.; Gunhild Keller-v Amsberg, G; Mahner, S. (2014). Clinical management of epithelial ovarian cancer during pregnancy. *Eur J Cancer*. 50(5):963-971. doi: 10.1016/j.ejca.2013.12.020
- Hackney, D.N.; Creinin, M.D.; Simhan, H. (2007). Medical management of early pregnancy failure in a patient with coronary artery disease. *Fertil Steril*. 88(1): 212.e1-212.e3. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.11.010

- Haimov-Kochman R.; Arbel, R.; Sciaky-Tamir, Y.; Brzezinski, A.; Laufer, N.; Yagel, S. (2007). Risk factors for unsuccessful medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 86(4):462-466. doi:10.1080/00016340701203632
- Hagey, J.M.; Givens, M.; Bryant, A.G. (2022). *Clinical Update on Uses for Mifepristone in Obstetrics and Gynecology.* www.obgynsurvey.com
- Hassan, A.; Yates, L.; Hing, A.K.; Hirz, A.E.; Hardeman, R. (2023). Dobbs and disability: Implications of abortion restrictions for people with chronic health conditions. *Health Serv Res.* 58(1):197-201. doi:10.1111/1475-6773.14108
- Henkel, A.; Blumenthal, P.D. (2022). Second-trimester abortion care for those with complex medical conditions. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 34(6):359-366. doi:10.1097/GCO.0000000000000817
- Hou, M.Y. (2016). Uncomplicated abortion with mifepristone and misoprostol in a hemophilia A carrier. *Contraception.* 94(2):187-189. doi:10.1016/j.contraception.2016.04.002
- International HIV/AIDS Alliance. (2010). Good Practice Guide: Integration of HIV and Sexual and Reproductive Health and Rights. [Consultado el 3 de noviembre de 2024]. http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/SRH_GPG_BW_060611.pdf.
- Ipas. (2023). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. <https://www.ipas.org/resource/actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva/>
- Kemppainen, V.; Mentula, M.; Palkama, V.; Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 99(12):1603-1610. doi:10.1111/aogs.13920
- Kerns, J.; Steinauer, J. (2013). Management of postabortion hemorrhage. In: *Contraception.* 87:331-342. doi:10.1016/j.contraception.2012.10.024

- Khafizova, L.; Minas, V.; Alam, M.A. (2014). Induction of abortion following radio-frequency ablation of the endometrium: A case report and search for evidence-based practice. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 19(1):66-70. doi:10.3109/13625187.2013.856407
- Lawrenz, B.; Henes, M.; Neunhoeffer, E.; Tanja, F.; Huebner, S.; Kanz, L.; Marini, P.; Mayer, F. (2012). Pregnancy after successful cancer treatment: What needs to be considered? *Onkologie*. 35(3):128-132. doi:10.1159/000336830
- Lee, J.K.; Zimrin, A.B.; Sufrin, C. (2021). Society of Family Planning clinical recommendations: Management of individuals with bleeding or thrombotic disorders undergoing abortion. *Contraception*. 104(2):119-127. doi:10.1016/j.contraception.2021.03.016
- Light, A.D.; Obedin-Maliver, J.; Sevelius, J.M.; Kerns, J.L. (2014) Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology*. 124(6):1120-1127. doi:10.1097/AOG.0000000000000540
- Lin, C.J.; Chien, S.C.; Chen, C.P. (2011). The use of misoprostol in termination of second-trimester pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 50(3):275-282. doi:10.1016/j.tjog.2011.07.003
- Long, Q.; Wu, S.; Du, S.; Li, R.; Zhao, Y; Tang, F. (2022). The method for termination of mid-trimester pregnancy with placenta previa: A case study. *Medicine (United States)*. 101(31):E29908. doi:10.1097/MD.00000000000029908
- Maahs, D.M.; West, N.A.; Lawrence, J.M.; Mayer-Davis, E.J. (2010). Epidemiology of type 1 diabetes. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 39(3):481-497. doi:10.1016/j.ecl.2010.05.011
- Manski, R.; Dennis, A.; Blanchard, K.; Lince, N.; Grossman, D. (2012). Bolstering the evidence base for integrating abortion and HIV care: A literature review. *AIDS Res Treat*. doi:10.1155/2012/802389

- Mark, K.; Bragg, B.; Chawla, K.; Hladky, K. (2016). Medical abortion in women with large uterine fibroids: a case series. *Contraception*. 94(5):572-574. doi:10.1016/j.contraception.2016.07.016
- Mendieta, A.; Vidal-Ortiz, S. (2020). Administering gender: Trans men's sexual and reproductive challenges in Argentina. *Int J Transgend Health*. 22(1-2):54-64. doi:10.1080/15532739.2020.1819506
- Míguez Navarro, M.C.; Guerrero Márquez, G.; De la Mata Navazo, S. (2020). Manejo del dolor en Atención Primaria. *AEPap*. Published online. 489-506.
- Miller, E.A.; Chowdhary, B.; Chapman-Davis, E. (2004). Beyond the decision: Reproductive justice and cervical cancer care in a post-Dobbs era. *Gynecol Oncol*. 190:186-188. doi:10.1016/j.ygyno.2024.08.013
- Molina, Patricia E. (2023). Thyroid Gland. In: *Endocrine Physiology*, 6th ed. McGraw Hill.
- National Abortion Federation. (2024). Clinical Policy Guidelines for Abortion Care. www.prochoice.org
- National Partnership for Women and Families. (2021). Access, Autonomy, and Dignity: Abortion Care for People with Disabilities. <https://nationalpartnership.org/wp-content/uploads/2023/02/repro-disability-abortion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y de los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo*. [Consultado el 3 de noviembre de 2024]. https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Prevenir-el-embarazo-precoz-y-los-resultados-reproductivos-adversos-en-adolescentes-en-los-pa%C3%ADses-en-desarrollo-las-evidencias.-OMS_UNFPA_compressed-1.pdf
- _____. (2018). *Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH*. 2018.

- _. (2024a, marzo 1). Obesidad y Sobrepeso. [Consultado el 10 de noviembre de 2024]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- _. (2024b, abril 10). Embarazo en la adolescencia. [Consultado el 3 de noviembre de 2024]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Pereg, D.; Koren, G.; Lishner, M. (2008). Cancer in pregnancy: Gaps, challenges and solutions. *Cancer Treat Rev.* 34(4):302-312. doi:10.1016/j.ctrv.2008.01.002
- Perriera, L.K.; Arslan, A.A.; Masch, R. (2017). Placenta praevia and the risk of adverse outcomes during second trimester abortion: A retrospective cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 57(1):99-104. doi:10.1111/ajo.12580
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. (2022). Making Abortion Safe. www.rcog.org.uk/mas
- Saleem, H.T.; Narasimhan, M.; Ganatra, B.; Kennedy, C.E. (2018). Medical and surgical abortion for women living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* (12). doi:10.1002/14651858.CD012834.pub2
- Sangtani, A.; Owens, L.; Broome, D.T.; Gogineni, P.; Herman, H.W.; Harris, L.; Os-
hman, L. (2023). The Impact of New and Renewed Restrictive State Abor-
tion Laws on Pregnancy-Capable People with Diabetes. *Curr Diab Rep.* 2023;23(8):175-184. doi:10.1007/s11892-023-01512-4
- Santibenchakul, S.; Jaisamrarn, U. (2021). Medical Abortion of a First-Trimester Pregnancy with Large Multiple Uterine Leiomyomata. *Case Rep Obstet Gynecol.* doi:10.1155/2021/9988653
- Sääv, I.; Fiala, C.; Hämäläinen, J.M.; Heikinheimo, O.; Gemzell-Danielsson, K. (2010). Medical abortion in lactating women-Low levels of mife-
pristone in breast milk. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 89(5):618-622. doi:10.3109/00016341003721037

- Sert, Z.S.; Bertizlioğlu, M. (2024). Effect of obesity on the time to a successful medical abortion with misoprostol in first trimester missed abortion. *Arch Gynecol Obstet*. 309(1):127-131. doi:10.1007/s00404-022-06875-9
- Shapiro, K.E.; Buhimschi, I.A.; Fleisher, J. (2022). Accuracy of anemia screening by point-of-care hemoglobin testing in patients seeking abortion. *Contraception*. 105:51-54. doi: 10.1016/j.contraception.2021.09.003
- Shim, J.Y.; Madrigal, J.M.; Aparicio, J.; Patel, A. (2018). Beyond Routine Abortion Practice: Identifying Adolescents and Young Adults at Risk for Anemia. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 31(5):468-472. doi:10.1016/j.jpag.2018.06.002
- Shotan, A.; Roos-Hesselink, J.; Baris, L.; Goland, S.; Yekel, Y.; Elkayam, U. (2021). Cardiomyopathy and Pregnancy: Considerations for Women with Severely Reduced Left Ventricular Dysfunction. *Canadian Journal of Cardiology*. 37(12):2067-2075. doi: 10.1016/j.cjca.2021.09.023
- Sjöberg, L.; Kaaja, R.; Gissler, M.; Tuomilehto, J.; Tiitinen, A.; Pitkaniemi, J. (2017). Termination of pregnancy and sterilisation in women with childhood-onset type 1 diabetes. *Diabetologia*. 60(12):2377-2383. doi:10.1007/s00125-017-4428-7
- Strafford, M.A.; Mottl-Santiago, J.; Savla, A.; Soodoo, N.; Borgatta, L. (2009). Relationship of obesity to outcome of medical abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 200(5). doi:10.1016/j.ajog.2008.10.016
- Soni, S.; Pappas, K.; Lesser, M.L.; Blitz, M.J.; Augustine, S.A.; Rochelson, B. (2020). Is vaginal misoprostol more effective than oral misoprostol for cervical ripening in obese women? *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 33(20):3476-3483. doi:10.1080/14767058.2019.1575684
- Su, C.; Chen, D.; Saranathan, M. (2020). Using a cervical ripening balloon to penetrate the placenta and quickly reduce bleeding by pressing against the placenta during pregnancy termination for patients with placenta previa in the second trimester: Two cases report. *Medicine (United States)*. 99(39). doi:10.1097/MD.00000000000022499

- Tang, O.S.; Gemzell-Danielsson, K.; Ho, P.C. (2007). Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 99(SUPPL. 2). doi:10.1016/j.ijgo.2007.09.004
- Uri, E.; Goland, S. G.; Pieper, P.; K. Silverside, C. (2016). *High-Risk Cardiac Disease in Pregnancy Journal of the American College of Cardiology*. 68(4):396-410. doi: 10.1016/j.jacc.2016.05.048.
- Vogel, D.; Burkhardt, T.; Rentsch, K.; Schweer, H.; Watzer, B.; Zimmermann, R.; Von Mandach, U. (2004). Misoprostol versus methylergometrine: Pharmacokinetics in human milk. *Am J Obstet Gynecol*. 191(6):2168-2173. doi:10.1016/j.ajog.2004.05.008
- World Health Organization. (2022). Abortion Care Guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- Women Enabled International. (2020). Abortion and Disability: Towards an Intersectional Human Rights-Based Approach. www.womenenabled.org
- Women Help Women. (2017). Violencia obstétrica y aborto. Ideas sobre autodefensa para mujeres que han decidido abortar. [Consultado el 20 de noviembre de 2024]. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/997/autodefensa_de_violencia_obstetrica%20%281%29.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Wu, Y.; Ding, Y.; Tanaka, Y.; Zhang, W. (2014). Risk factors contributing to type 2 diabetes and recent advances in the treatment and prevention. *Int J Med Sci*. 11(11):1185-1200. doi:10.7150/ijms.10001
- Zou, Y.; Chen, X.; Song, B.; Zhong, D. (2007). Determination of misoprostol acid in human plasma by liquid chromatography coupled to tandem mass spectrometry. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci*. 852(1-2):122-127. doi: 10.1016/j.jchromb.2007.01.005



**Síguenos en nuestras redes sociales
como @ipaslac**



www.ipaslac.org