



GUIA TECNICA PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO IVE

Este documento se preparó de acuerdo con las recomendaciones de la OMS incluidas en la 2ª edición de la "Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud, Aborto sin Riesgoⁱ" con algunas modificaciones basadas en las condiciones locales (2012).

No debe ser interpretado como una norma que dicta una forma exclusiva de tratamiento. Podrán introducirse variaciones en la práctica basadas en las necesidades individuales de las pacientes o de acuerdo a los recursos y limitaciones institucionales. El uso de las recomendaciones clínicas debe adaptarse a cada mujer, y se debe enfatizar su condición clínica y el método de aborto específico que se utilizará. Se considerarán, de ser factible, las preferencias de cada mujer respecto de la atención.

Montevideo, noviembre de 2012

Autoridades

Ministro

Dr. Jorge Venegas

Subsecretario

Prof. Dr. Leonel Briozzo

Dirección General de la Salud

Dr. Yamandú Bermúdez

Dirección General del SNIS

Lic. Elena Clavell

Presidencia de la Junta Nacional de Salud

Dr. Luis E Gallo

Dirección Departamento de Programación Estratégica

Dra. Ana Noble

Coordinadora del Área de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Leticia Rieppi

Responsable Programa de Salud Integral de la Mujer

Dr. Rafael Aguirre

Coordinan

Dra. Giselle Tomasso

Dra Perla Vivas

Equipo de Trabajo

Dr. Rafael Aguirre

Dra. Mónica Gorgoroso

Dra. Cristina Grela

Q.F. Raquel Ramilo

Dra. Leticia Rieppi

Q.F. Alba Trimble

Dra. Perla Vivas

INDICE

| | |
|---|-----------|
| 1 – Definición | 5 |
| 2 – Objetivos General Específicos | 5 |
| 3- Población Objetivo | 5 |
| 4 – Usuarios | 5 |
| 5 – Acerca del procedimiento | 5 |
| 6 – Métodos de interrupción voluntaria del embarazo Recomendaciones: método de elección | 6 |
| A - Método farmacológico Dosis, vías e intervalos de administración Asesoramiento a la mujer Información adicional | 6 |
| B – Método quirúrgico Técnica Preparación cervical | 9 |
| C – Otros cuidados a tener en cuenta Antibióticos profilácticos Gamma globulina anti - D Analgésicos | 9 |
| 7 – Seguimiento después de la IVE | 10 |
| 8. Daños potenciales de los fármacos Efectos adversos Contraindicaciones | 11 |
| Referencias | 13 |

GUIA TECNICA PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

1. DEFINICION DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Es la terminación de la gestación por personal idóneo, que cuenta con la voluntad de la mujer, usando técnicas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones habilitadas de atención integral del Sistema Nacional Integrado de Salud, en las siguientes situaciones establecidas por Ley 18987

- 1 – Dentro de las 12 semanas, por voluntad de la mujer, siendo mayor de 18 años, ciudadana natural, legal o extranjera con residencia mayor de 1 año (situaciones particulares: menor de 18 años, y con acreditación judicial de incapacidad)
- 2 – Dentro de las 14 semanas, ante presentación de denuncia judicial de violación.
- 3 – A cualquier edad gestacional, cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
- 4– A cualquier edad gestacional, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por Comisión Asesora del MSP.

MÉTODOS MÉDICOS DE IVE: Utilización de productos farmacológicos para finalizar un embarazo. (“aborto no quirúrgico”)

MÉTODOS QUIRÚRGICOS DE IVE: Utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, incluyendo la aspiración al vacío (AMEU), la dilatación y curetaje (DyC – legrado evacuador)

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbimortalidad y proteger los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres que deciden de manera voluntaria interrumpir su embarazo en las condiciones estipuladas por la Ley 18987

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Habilitar la toma de decisiones relacionadas con la atención de la IVE con los menores riesgos posibles y basadas en la mejor evidencia clínica disponible.
- Sistematizar el manejo de la IVE cumpliendo con lo establecido en la ley 18987.
- Reducir la incidencia de complicaciones, disminuyendo la morbimortalidad de las mujeres y los riesgos y daños generados por las IVE.
- Presentar evidencia sobre la efectividad, beneficios, y riesgos de los diferentes métodos disponibles para la atención de la IVE.

3. POBLACION OBJETIVO

Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo (IVE) en las condiciones establecidas por la ley 18987

4. USUARIOS DE LA GUIA

Equipos de salud vinculados a la atención de las mujeres que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo, con énfasis en la atención ginecobstétrica.

5. ACERCA DEL PROCEDIMIENTO

Los detalles del procedimiento a nivel de los servicios se describen en el "Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de la IVE".

Cabe reiterar la importancia de la adecuada explicación a la mujer sobre el procedimiento de elección, su consentimiento informado debidamente recabado, y el seguimiento institucional en caso que no concurra al control post IVE.

6. METODOS PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

RECOMENDACIONES: Método de elección. En las mujeres previamente informadas que requieran una IVE, el régimen farmacológico deberá ser considerado como la alternativa de elección a ofrecer, sobre el régimen quirúrgico.ⁱⁱ Se debe explicar a la mujer las ventajas del régimen farmacológico en base a la evidencia científica, la experiencia a nivel nacional y las condiciones sanitarias actuales.

A. Régimen farmacológico.

Mifepristona seguida de Misoprostol. El régimen recomendado para la interrupción farmacológica es el de Mifepristona seguida de Misoprostolⁱⁱⁱ. Este régimen se asocia a una disminución del tiempo de expulsión, menos efectos secundarios, mayor tasa de abortos completos, menor tasa de continuación de embarazos y menores costos si se lo compara con el régimen que usa Misoprostol solo.

Se ha demostrado que la mifepristona con el misoprostol son sumamente eficaces, seguros y aceptables para las interrupciones del primer trimestre. Se han notificado índices de eficacia de hasta el 98 %^{iv, v}

Dosis, vías* e intervalos de administración.

Mifepristona 200 mg v/o seguido de Misoprostol 800 microgramos por vía vaginal. (pauta que ofrece el mejor perfil de seguridad, efectividad y efectos secundarios).

La Mifepristona será administrada siempre por vía oral. La dosis recomendada es de 200 mg. (1 comprimido)

La dosis recomendada de Misoprostol es de 800 microgramos (4 comprimidos) y la vía más recomendada de administración es la vaginal por presentar menos efectos secundarios.^{vi} También pueden utilizarse las vías yugal* o la sublingual a la misma dosis. En el caso de administración oral*, (la menos recomendada) la dosis de Misoprostol será de 400 microgramos.

Para embarazos hasta 9 semanas: El Misoprostol será administrado 1 a 2 días (24-48 hs) después de la Mifepristona, nunca antes de las 24 hs.

Para embarazos mayores de 9 semanas: Si el embarazo es mayor de 9 semanas se recomienda que la administración del Misoprostol NO se haga antes de las 36 hs después de la Mifepristona (tiempo recomendado entre 36hs y 48 hs).

*Vías de administración de Misoprostol:

- Bucal o Yugal: los comprimidos se colocan entre las encías y las mejillas y el resto sin disolver después de 30 minutos se tragan
- Sublingual: los comprimidos se colocan debajo de la lengua y el resto sin disolver después de 30 minutos se tragan
- Vaginal: los comprimidos se colocan en el fondo del saco vaginal (la parte más profunda de la vagina) y se indica a la mujer que permanezca en cama al menos durante 30 minutos.

NO se recomienda la administración ORAL de Misoprostol debido a su alto índice de fracaso cuando se administra por esta vía a medida que avanza el embarazo^{vii}.

Casos refractarios a la evacuación: Si pasadas las 48 horas de la administración del Misoprostol, no se lograra la expulsión, se repetirá el misoprostol en dosis de 400 microgramos (2 comprimidos) por vía vaginal o sublingual, cada tres horas hasta que se logre la expulsión. con un máximo de cuatro dosis adicionales.

Uso exclusivo de Misoprostol si no se cuenta con Mifepristona

De no contarse con Mifepristona, el método recomendado es el de Misoprostol solo. En base a la experiencia de los Equipos de SSYSR en el asesoramiento para reducir el aborto en condiciones de riesgo se recomienda la misma pauta de uso :

- 800 microgramos de Misoprostol por vía vaginal, sublingual o yugal, repitiendo la dosis, a las 4 hrs (800 microgramos de Misoprostol más).

Casos refractarios a expulsión: Si pasadas las 48 horas de la administración del Misoprostol, no se lograra la expulsión, se repetirá el misoprostol un máximo de 3 dosis de 800 microgramos con intervalos de al menos tres horas.

El manejo propuesto se esquematiza en la tabla 1

Tabla 1. Manejo para IVE farmacológica

| Embarazos hasta 9 semanas | Embarazos Entre 9 y 14 semanas | Ambas situaciones Si no hay MIFEPRISTONA |
|---|---|--|
| MIFEPRISTONA 200 mg vía ORAL | | - - - - - |
| MISOPROSTOL 24-48 hs después de la Mifepristona – NO ANTES de las 24 horas Dosis. 800 microgramos vía vaginal (de preferencia), o vía | MISOPROSTOL 36-48 hs después de la Mifepristona NO ANTES de las 36 horas Dosis. 800 microgramos vía vaginal (de preferencia), o vía | MISOPROSTOL 800 microgramos vía vaginal o yugal o sublingual a repetir a las 4 horas. |

| | | |
|--|--------------------|---|
| yugal o sublingual | yugal o sublingual | |
| En necesidad de reiteración: 400 microgramos de MISOPROSTOL <u>vía vaginal o sublingual</u> , cada tres horas hasta la expulsión, con un máximo de cuatro adicionales. | | En necesidad de reiteración: 3 dosis repetidas de 800 microgramos cada 3 horas, |

NO EMPLEAR VIA ORAL de MISOPROSTOL debido a su alto índice de fracaso cuando se administra por esta vía a medida que avanza el embarazo

Asesoramiento a la mujer

Será muy importante el asesoramiento a la mujer acerca de la toma de los medicamentos, sus efectos, su vía y dosis de administración.

La administración de mifepristona con misoprostol, o misoprostol sólo, en gestaciones menores a las 6-7 semanas se puede asociar a una mayor tasa de fracaso, requiriendo dosis adicionales. Se debe evaluar con la mujer el momento oportuno del uso en base al caso y a la potencial eficacia del mismo.

En tanto no se le administra la mifepristona en consultorio, debe quedar claro cuál es el plazo máximo para cumplir con los requisitos legales (dentro de las 12 semanas en la situación general, dentro de las 14 semanas en caso de violación).

Deberá aclararse que debe esperar sangrado y la expulsión, así como explicarle cómo reconocer los signos y síntomas para consulta inmediata y a quién recurrir en caso de que eso suceda.

Será conveniente recomendar que mientras dure el proceso, la mujer se encuentre acompañada por alguien de su confianza.

Mientras las mujeres esperan que se complete la interrupción farmacológica, deben tener la posibilidad de comunicarse con un médico o un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarles apoyo.

Estará disponible en todo el país la Línea Comunitaria 0800 3131, Línea Sida Derechos y Sexualidad, (en horario de 10 AM a 2 AM) para responder consultas o brindar asesoramiento durante el proceso.

Información Adicional.

- El régimen Mifepristona-Misoprostol (200 mgs de Mifepristona oral y 800 microgramos de Misoprostol vaginal) es preferible a los regímenes que usan Misoprostol solo.
- En comparación con la administración vaginal, el Misoprostol sublingual parece estar asociado con índices más altos de efectos secundarios gastrointestinales, y la administración yugal parece estar asociada con índices más altos de diarrea
- Luego de haber sido asesorada, la mujer puede utilizar la medicación (Mifepristona y Misoprostol), en su domicilio en forma segura y efectiva. El ginecobstetra valorara los casos en que pueda tener que ingresar a la paciente a un servicio hospitalario: por ej.: mujeres sin acompañamiento, labilidad emocional extrema, domicilio con poca accesibilidad a servicios de salud, embarazos mayores a 12 semanas.
- Debido a la teratogenicidad de los fármacos mencionados, si el embarazo

continuara a pesar de la administración de los mismos, las mujeres deberán ser informadas al respecto. El Misoprostol puede considerarse como un "mini-teratogénico" (definido como un agente que causa menos de 10 alteraciones por cada 1,000 exposiciones). Lo anterior puede ser tranquilizante, aunque se debe prevenir a las mujeres sobre el riesgo real - aunque menor - de malformaciones congénitas cuando el embarazo llega al término después de la exposición in útero al Misoprostol. Los datos disponibles sobre el riesgo potencial de anomalías fetales después de un aborto sin éxito son limitados e inconcluyentes; por lo tanto, si una mujer desea continuar con un embarazo expuesto, no es necesario insistir en finalizarlo.

- El legrado evacuador complementario deberá estar disponible de inmediato frente a casos de hemorragia severa, aun cuando menos del 1% de las mujeres que se someten a un aborto médico necesitarán de un legrado por esta causa.

B. Régimen quirúrgico.

Técnica

El uso del régimen quirúrgico se justifica solo ante la imposibilidad del uso del método farmacológico. Si finalmente se necesita optar, por razones médicas, por la interrupción quirúrgica de primera elección, **la aspiración de vacío (AMEU) es la técnica recomendada.**^{viii ix}

Este procedimiento no requiere completarse mediante legrado evacuador complementario.

En caso de no contar técnicamente con la opción de legrado aspirativo (AMEU) se optará por el método de legrado con dilatación y curetaje (DyC)

Preparación cervical

Antes de un aborto quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino. Cualquiera de estos métodos de preparación del cuello uterino pueden emplearse por haber demostrado la misma eficacia ^x:

- a) 400 µg de Misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal, 3 horas antes del procedimiento;
- b) 200 mg de Mifepristona oral (de 24 a 48 horas antes);

La elección del método para preparar el cuello uterino que se empleará dependerá de la disponibilidad local.

C. Otros cuidados a tener en cuenta

• Antibióticos profilácticos

Todas las mujeres en las que se realice un aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, deberán recibir profilaxis antibiótica..xi.

La pauta recomendada es 500 mg de Metronidazol v/o 4 horas antes de la intervención (en el momento de la aplicación del Misoprostol) + 200 mg de Doxiciclina i/v al ingreso. En caso de alergia a tetraciclinas se sustituirá la Doxiciclina por 1 gr de Azitromicina v/o al ingreso.

No hay suficiente evidencia que avale el uso universal de antibióticos profilácticos para el aborto médico^{xii}, por lo que éstos serán indicados según criterio de ginecobstetra actuante y ajustado a cada situación clínica. En caso de usarlos, la pauta recomendada es: Azitromicina v/o 1 gramo (monodosis) más Metronidazol 1 gramo v/o (monodosis) al inicio del procedimiento.

- **La gama globulina anti-D**

En mujeres Rh negativas, con Anticuerpos irregulares (Coombs) negativos, se administrará inmunoprofilaxis con gama globulina anti-D antes del aborto médico^{xiii}. En los casos de interrupción quirúrgica la administración de gama globulina anti-D se hará siempre antes del alta institucional.

Dosis: 120 mcg gama globulina anti-D por vía intramuscular o intravenosa.

- **Analgésicos**

Se recomienda la prescripción de analgésicos (antiinflamatorios no esteroideos) tanto en la interrupción médica como quirúrgica para el tratamiento del dolor asociado a las contracciones uterinas, síntoma que genera la mayor insatisfacción en las usuarias.^{xivxv} Fármaco sugerido. Ibuprofeno en dosis de 400 mg desde el inicio del procedimiento a repetir cada 4 a 6 horas (dosis diaria máxima 2400 mg) hasta el cese del dolor, con control clínico evolutivo.

El Paracetamol no es eficaz para aliviar el dolor posterior al procedimiento después de un aborto quirúrgico ni para reducir el dolor durante un aborto médico. Por lo tanto, no se recomienda el uso de paracetamol para reducir el dolor durante el aborto.

NOTA: La necesidad de manejar el dolor aumenta con la edad gestacional.

7. SEGUIMIENTO DESPUÉS DE LA IVE

Se debe informar apropiadamente a las mujeres acerca de los síntomas que sugieren la persistencia o continuación del embarazo y otras razones médicas, como fiebre o hemorragia intensa prolongada, por las cuales deben consultar de inmediato.

No hay evidencia que muestre los beneficios de realizar una visita de seguimiento de rutina después de un aborto quirúrgico o de un aborto médico sin complicaciones^{xvi} por lo cual la OMS no lo recomienda.

Sin embargo en la presente GUIA se propone adoptar las mismas medidas de seguimiento utilizadas por los Servicios de Salud sexual y Reproductiva de las Instituciones médicas ya que con una vasta experiencia en el tema, han demostrado una forma de manejo clínico de máxima seguridad.

Dichas medidas son las siguientes:

- Coordinar una visita de control post IVE a los 10 días de iniciado el procedimiento. En dicha visita se confirmará el status de aborto completo. Como principio rector será la clínica la que diagnostica el status del aborto como completo o incompleto.(anamnesis y examen genital)
- Indicar el inicio inmediato de medidas anticonceptivas (adecuadas al caso) luego de procedida a la IVE. Se debe recomendar posponer el inicio de las relaciones

sexuales coitales mientras persista la genitorragia.

- Frente a la duda, se solicitará una ecografía ginecológica. Dicha ecografía deberá interpretarse en el contexto del examen físico y la evolución clínica ya que tiene muy baja especificidad para el diagnóstico de aborto completo.

¿Cómo interpretar los hallazgos ecográficos para diagnosticar persistencia de restos ovulares?

- Si la ecografía solicitada a los 10 días de la IVE muestra una línea endometrial hasta 12 mm se considerara que el aborto es completo.
- Si la línea endometrial tiene entre 12 y 20 mm, se recomienda seguimiento ecográfico a la semana.
- Si el endometrio es mayor de 20 mm el aborto es seguramente incompleto y debe indicarse una evacuación endouterina con AMEU^{xvii} o con Misoprostol.

El régimen recomendado con Misoprostol es una dosis única^{xviii} administrada por vía sublingual^{xix} (400 µg) u oral (600 µg).

La conducta expectante ante el aborto incompleto puede ser tan eficaz como el Misoprostol, pero el proceso lleva más tiempo^{xx}. La decisión de tratamiento o conducta expectante ante la persistencia de restos ovulares debe estar basada en la condición clínica de la mujer y sus preferencias para el tratamiento.

Recordar que solo entre el 2 % y el 5 % de las mujeres tratadas con la combinación de Mifepristona y Misoprostol requerirán una intervención quirúrgica para resolver un aborto incompleto, finalizar un embarazo que continuó o controlar una hemorragia^{xxi}

8. DAÑOS POTENCIALES DE LOS FARMACOS

Efectos adversos de la medicación usada:

- Sangrado y dolores cólicos uterinos; náuseas; vómitos; diarrea; escalofríos y chuchos, cefaleas, disnea, fatiga y problemas de termorregulación.
- Fallas. Según una revisión sistemática^{xxii}, los factores que más se asociaron a fallas en la interrupción fueron los siguientes:
 - Intervalo entre la administración de Mifepristona y Misoprostol menor a 24 h,
 - Dosis bajas de Misoprostol 400 mcg o menores
 - Misoprostol administrado por vía oral (comparado con las otras vías vaginal, yugal, o sublingual)
- La proporción de persistencia del embarazo en el seguimiento — resultado que preocupa a los clínicos por la eventualidad de malformaciones fetales y de requerimiento de cirugía— es del 1.1%.
- Complicaciones severas que requirieron hospitalización. (0.3%)
- Requerimiento de transfusión (0.1%)

Con el objetivo de registrar la eficacia y seguridad de los fármacos a utilizar para la IVE, se realizará un sistema de fármaco-vigilancia activa. El mismo está basado en la recolección de datos, sistemática y detallada, de las sospechas de reacciones adversas vinculadas a los medicamentos utilizados para la interrupción voluntaria del embarazo.

Las Reacciones Adversas al Medicamento (RAM) serán informadas por la paciente a su ginecólogo tratante quien contará con un formulario de notificación oficial específico para su registro. El mismo, está disponible en formato papel o, puede accederse a él a través de la página web del MSP por el link http://www.msp.gub.uy/uc_3831_1.html.

Se incluyen dentro del concepto de Reacción Adversa a Medicamento (RAM) las fallas en la interrupción del embarazo (continuación del embarazo luego de completadas todas las dosis recomendadas).

Contraindicaciones

Las contraindicaciones médicas para el uso de fármacos son infrecuentes.

Las contraindicaciones para el uso de **Mifepristona** incluyen

- Sospecha o confirmación de un embarazo ectópico o cualquier masa anexial no diagnosticada,
- Dispositivo intrauterino, (se debe retirar el DIU previo a la IVE)
- Terapia actual y prolongada con corticosteroides sistémicos,
- Insuficiencia suprarrenal crónica,
- Anemia severa,
- Coagulopatía conocida o terapia anticoagulante,
- Intolerancia o alergia a la Mifepristona.

La mayoría de los estudios también excluyen a mujeres con hepatopatías severas, enfermedades renales y respiratorias severas, hipertensión no controlada, enfermedad cardiovascular (angina, enfermedad valvular, arritmia, o falla cardíaca).

Las contraindicaciones para el uso de **Misoprostol**

- Convulsiones no controladas
- Alergia o intolerancia al Misoprostol o a otras prostaglandinas.

Precaución

Lactancia. La mujer que amamanta debe desechar la leche materna producida durante las primeras 6 horas después de la administración de Misoprostol

NOTA. El riesgo de rotura uterina con los diferentes regímenes farmacológicos utilizados en la IVE es inferior a 1 / 1000 casos. El antecedente de cesárea anterior (una o más) si bien no contraindica el uso de prostaglandinas, deberá ser tenido en cuenta por los profesionales quienes decidirán la conveniencia de institucionalizar a la paciente durante el procedimiento.

Referencias

- i Safe abortion: technical and policy guidance for health systems - 2nd ed. World Health Organization 2012.
- ii Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jan 25;(1):CD003037. Review.
- iii Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Nov 9;(11):CD002855. Review.
- iv Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119-13
- v Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145-151
- vi von Hertzen H, Huong NT, Piaggio G, Bayalag M, Cabezas E, Fang AH, Gemzell-Danielsson K, Hinh ND, Mittal S, Ng EH, Chaturachinda K, Pinter B, Puscasiu L, Savardekar L, Shenoy S, Khomassuridge A, Tuyet HT, Velasco A, Peregoudov A; WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial. *BJOG.* 2010 Sep;117(10):1186-96.
- vii Frequently asked clinical questions about medical abortion. Geneva, World Health Organization, 2006.
- ix Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
- x Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Feb 17;(2):CD007207. Review.
- xi Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Mar 14;3:CD005217. Review.
- xii Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183-190.
- xiii Urquhart DR, Templeton A. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet*, 1990, 335:914.
- xiv Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD006712. Review.
- xv Wiebe E. Pain control in medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001

Sep;74(3):275-80.

^{xvi} Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*. 2011 Jun;83(6):504-10. Epub 2010 Oct 8. Review.

^{xvii} Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Sep 8;(9):CD001993. Review.

^{xviii} Phupong V, Taneepanichskul S, Kriengsinyot R, Sriyirojana N, Blanchard K, Winikoff B. Comparative study between single dose 600 microg and repeated dose of oral misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Contraception*. 2004 Oct;70(4):307-11.

^{xix} Diop A, Raghavan S, Rakotovo JP, Comendant R, Blumenthal PD, Winikoff B. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*. 2009 Jun;79(6):456-62.

^{xx} Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD007223. Review.

^{xxi} World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524-530.

^{xxii} Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception*. 2012 Aug 13.

^{xxiii} WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of pregnancy: A randomized controlled equivalence trial. The Lancet* 2007 369: 1938-46.

^{xxiv} von Hertzen, Helena, Gilda Piaggio, Nguyen Thi My Huong, Karine Arustamyan, Evelio Cabezas, Manuel Gomez, Archil Khomassuridze, Rashmi Shah, Suneeta Mittal, Rajasekharan Nair, Radnaabazar Erdenetungalag, To Minh Huong, Nguyen Duc Vy, Nguyen Thi Ngok Phuong, Hoang Thi Diem Tuyet, and Alexandre Peregoudov, for the WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. 2007. *Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomized controlled equivalence trial. The Lancet*, 369: 1938-46.

^{xxv}. Faúndez A. Uso del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia. Publicación FLASOG Segunda edición Marzo 2007