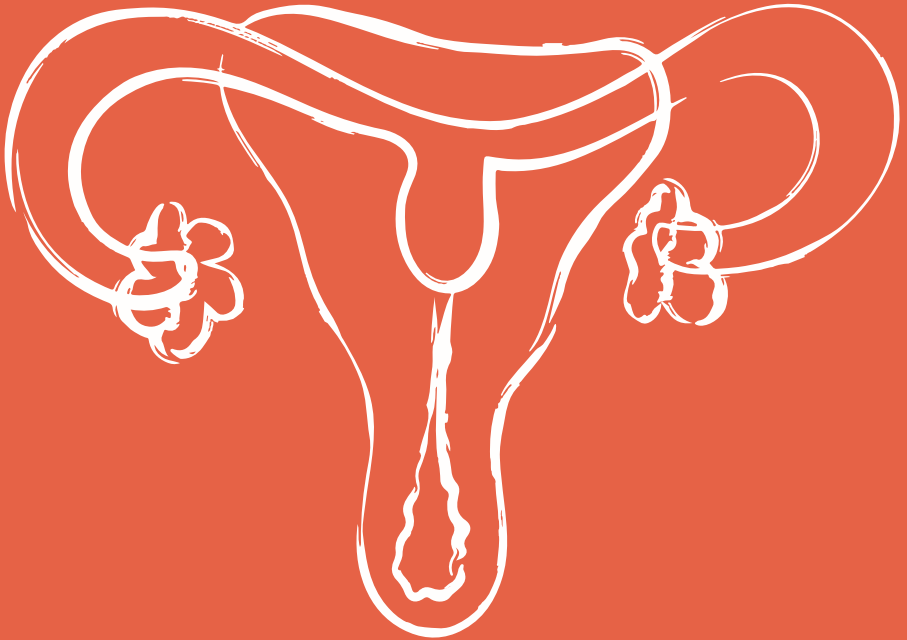


SÍNTESIS DE ORIENTACIONES TÉCNICAS

PARA EL MANEJO
DE LA IVE



**SÍNTESIS DE
ORIENTACIONES
TÉCNICAS
PARA EL MANEJO
DE LA IVE**

CHILE, 2020

PRESENTACIÓN

Este folleto contiene un resumen de la evidencia del manejo adecuado del aborto y de las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la materia, así como de la Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer que se encuentra en alguna de las 3 causales que regula la Ley 21.030 en Chile. En todas ellas se recomienda la aspiración por vacío, manual o eléctrica, la dilatación y evacuación o el tratamiento médico (con pastillas), como métodos seguros y sin riesgos para el aborto inducido.

Este material, que se acompaña con la ficha sinóptica de los métodos de interrupción del embarazo, está dirigido al personal de salud del área gineco obstétrica, y en particular, que interviene en la atención de las usuarias que se encuentran en riesgo vital, ante una inviabilidad fetal letal o una gestación producto de violación, y han decidido interrumpir el embarazo. Es una contribución de la Asociación Chilena para la Protección de la Familia (APROFA) y de la Mesa Acción por el Aborto en Chile a la implementación de la ley y el acceso oportuno de las niñas, adolescentes y mujeres a las prestaciones que otorga.

En el folleto se describe cada método recomendado por la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la norma del Minsal. Sin perjuicio de lo cual se debe enfatizar que es esencial para un aborto seguro que, durante la atención o el proceso de un aborto, el personal sanitario comunique la información en lenguaje sencillo, manteniendo la privacidad de quien consulta. Es importante describir los procedimientos, exámenes requeridos y los procesos de derivación. Se debe apoyar y asegurar una respuesta adecuada a las preguntas y necesidades de la mujer, evitando imponer valor y creencias personales. La elección sobre el método abortivo debe basarse en las preferencias médicas de la mujer y las posibilidades de los equipos de salud.¹

¹ OMS (2019), Tratamiento médico del aborto.

ABORTO MÉDICO o ABORTO CON PASTILLAS



Un aborto médico o aborto con pastillas es aquel en que se utilizan fármacos o medicamentos para inducir o completar un aborto. Se ha demostrado que los métodos médicos de aborto son seguros y eficaces.²

Los fármacos frecuentemente utilizados y más estudiados son la *Mifepristona*, un antiprogéstágeno que interfiere con la continuación del embarazo y el *Misoprostol*, un análogo sintético de prostaglandina que induce o aumenta las contracciones uterinas, el cual tiene múltiples indicaciones gineco-obstétricas.³

Los fármacos se pueden utilizar en **pautas combinadas de Mifepristona seguida de Misoprostol, o bien, solo con Misoprostol cuando la Mifepristona no esté disponible.**⁴ Ambos esquemas son seguros. Sin embargo, se ha demostrado que el tratamiento combinado proporciona mayores tasas de éxito del aborto (95%), menores tasas de continuación del embarazo (<2%) y tasas de complicaciones del 3% entre las 10 y las 13 semanas de gestación. El régimen de Misoprostol solo tiene una tasa de eficacia de aproximadamente 85%, una tasa de continuación del embarazo entre el 3% y el 10%, y una tasa de complicaciones del 1% al 4% hasta las 13 semanas de gestación.⁵ Por su parte, la evidencia indica que las vías sublingual y vaginal tiene mejor eficacia y menores tasas de efectos secundarios que la vía oral, independientemente del esquema utilizado (combinado o solo).⁶

² OMS (2012), op. cit. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.

³ FIGO (2017), Recomendaciones para el uso de Misoprostol solo.

⁴ OMS (2019), op. cit.

⁵ IPAS (2019), Actualizaciones clínicas en salud reproductiva: Recomendaciones para el aborto antes de las 13 semanas de gestación, Aborto con medicamentos: seguridad y eficacia.

⁶ OMS (2019), op. cit.

A continuación, se presentan los esquemas recomendados por la OMS, en la guía aborto médico actualizada al 2019, que aborda el aborto con pastillas para embarazos menores de 12 semanas y embarazos iguales o mayores de 12 semanas de gestación.⁷

ABORTO INDUCIDO EN <12 SEMANAS DE GESTACIÓN

Tratamiento recomendado por la OMS para el método combinado

- Mifepristona 200 mg, vía oral, única dosis, seguido 1 o 2 días después de 800 µg de Misoprostol administrados por vía vaginal, sublingual o bucal. Se puede repetir la dosis de Misoprostol para lograr aborto completo.
- El intervalo mínimo recomendado entre la administración de la Mifepristona y del Misoprostol es de 24 horas, y el intervalo recomendado para mayor eficacia es entre 1 y 2 días.

Tratamiento alternativo con Misoprostol solo

- 800 µg de Misoprostol administrados por vía vaginal, sublingual o bucal.
- Se considera la administración de dosis repetidas de Misoprostol cada 3 horas, hasta la completar la expulsión. Sin dosis máxima.⁸

⁷ Ibid. En el Manual de práctica clínica para un aborto seguro de la OMS (2014) y en la norma técnica de la ley IVE, se ofrecen regímenes de administración de medicamentos en subcategorías de edad gestacional en <7 semanas, <9 semanas, entre 9 y 13 semanas, entre 14 y 18 semanas, y entre 18 y 24 semanas de gestación. No se constatan variaciones sustantivas con la agrupación ofrecida por la OMS en 2019.³ FIGO (2017), Recomendaciones para el uso de Misoprostol solo.

⁸ En el Manual de la OMS (2014) citado supra, se indicaban 3 administraciones de Misoprostol, cada 3-12 horas. Sin embargo, en la actualización (2019) se ha eliminado la restricción de número máximo de dosis y el intervalo de tiempo de uso.

Tanto la OMS como la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) han eliminado las dosis máximas de sus directrices o recomendaciones para los esquemas de Misoprostol solo. La FIGO indica que los estudios recopilados muestran que la mayoría de las mujeres alcanzan la expulsión completa con 3 dosis; sin embargo, otras requieren un mayor número de dosis hasta alcanzar éxito total, sin que se reporte presencia de complicaciones de seguridad.⁹

Si bien las nuevas directrices indican que no existe dosis máxima de Misoprostol, el uso repetido de estas deberá ser evaluado por el equipo médico, en relación con el riesgo-beneficio y la voluntad de la mujer. Es decir, si tras el uso de varias dosis de Misoprostol el aborto no ha comenzado, y en las dependencias existe la posibilidad de realizar un aborto instrumental, se debe ofrecer a la mujer la oportunidad de acceder a este.

El aborto con medicamentos, al ser generalmente un esquema de fácil y simple administración, permite que sea seguro y viable que las pacientes con embarazos de <12 semanas de gestación participen en el manejo de algunos de sus componentes por sí solas y fuera de un centro salud. Para seguridad de la usuaria, debe tener acceso a una fuente de información exacta y a un profesional sanitario en caso de que quisiera o necesitara uno en cualquier fase del proceso.¹⁰

⁹ FIGO (2017), Recomendaciones para el uso de Misoprostol solo.

¹⁰ OMS (2019), op. cit.

ABORTO INDUCIDO EN 12 Y HASTA 24 SEMANAS DE GESTACIÓN

A partir de las 12 semanas de gestación se sugiere que la realización del aborto sea en un centro médico o supervisada directamente por un profesional sanitario, ya que, con el aumento de la edad gestacional, aumenta la posibilidad de complicaciones asociadas.

Tratamiento recomendado por la OMS para el método combinado

- Mifepristona 200 mg, vía oral, única dosis, seguido de 400 µg de Misoprostol administrados por vía vaginal, sublingual o bucal.
- El intervalo recomendado entre la administración de la Mifepristona y del Misoprostol es de 1 a 2 días después.

Tratamiento alternativo con Misoprostol solo

- 400 µg de Misoprostol administrados por vía vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas hasta la expulsión.
- Se han eliminado el número máximo de dosis.

En embarazos con edad gestacional superior a las 24 semanas se hace necesario reducir la dosis de Misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas. La norma nacional refiere en estos casos las recomendaciones de la FIGO: dosis de 200 mg cada 4 horas de Misoprostol en edades gestacionales entre 24 y 26 semanas; y de 100 mg cada 4 horas en 27 a 28 semanas de gestación. Aclara que "si ya se inició la actividad contráctil uterina, aunque sea leve, no se debe usar una nueva dosis de Misoprostol; para la mantención y progresión del trabajo de parto, se recomienda seguir con una infusión endovenosa continua de oxitocina".¹¹

¹¹ Minsal (2018), Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p. 119.

Efectos colaterales del aborto médico o con pastillas



Los efectos son similares a aquellos asociados con un aborto espontáneo e incluyen principalmente:¹²

- Espasmos, calambres o cólicos uterinos. La experiencia del dolor es subjetiva y el manejo de este dependerá de la tolerancia y el deseo de la paciente.
- Hemorragia similar a una menstruación prolongada. Suele ser de color rojo o café, asociada a coágulos de pequeño tamaño en abortos de embarazos de menos de 12 semanas. Para embarazos de 12 o más semanas de gestación, el sangrado es más importante, hay coágulos y puede identificarse el feto. El sangrado puede iniciar desde las primeras dosis de misoprostol, aumentando hasta un flujo un poco mayor que una menstruación, para luego descender en el volumen después de la expulsión. Se ha descrito que el sangrado se produce durante 9 días en promedio, pero puede durar hasta la siguiente menstruación.

Dentro de los efectos secundarios de los medicamentos se incluyen

- Náuseas, vómitos y diarrea (autolimitados). Estos suelen ser menores en la administración vaginal. La administración oral es la más asociada a diarrea.
- Fiebre baja durante las primeras 24 horas, que puede estar asociada al uso de Misoprostol. Si la fiebre persiste tras las 24 horas posteriores a la última toma de Misoprostol o es superior a los 38°C debe hacerse una evaluación clínica.

Una de las principales aristas a considerar es el manejo del dolor. Para reducir el dolor y/o malestar asociado al aborto pueden servir tanto métodos no farmacológicos como los farmacológicos. Con respecto a los primeros, se sugiere mantener una comunicación respetuosa y sin juicios de valor, apoyar y calmar verbalmente a la paciente, y explicarle qué esperar o lo que está sucediendo. Puede ayudar la presencia de una persona de apoyo que la acompañe durante el proceso (solo si ella lo desea). También ayuda con el dolor el uso de una bolsa de agua caliente o almohadilla térmica.

¹² OMS (2012), Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.

En cuanto a los métodos farmacológicos se pueden utilizar:

- Ansiolíticos / sedantes (por ejemplo: diazepam 5–10 mg);
- Analgesia (AINEs, por ejemplo: ibuprofeno: 400–800 mg). No se recomienda el uso del Paracetamol para reducir el dolor durante el aborto.
- >12 semanas de gestación, además de AINEs, ofrecer uno o más de los siguientes: opiáceos orales; opiáceos intramusculares (IM) o intravenosos (IV); anestesia epidural.¹³

En cuanto a los otros síntomas, estos deben manejarse según su severidad. Es decir, si el sangrado presenta características de una hemorragia moderada a severa, debe tratarse como tal, al igual que los vómitos y la diarrea.

INFORMAR A LA MUJER QUE DEBE ACUDIR A CONSULTAR A UN CENTRO ASISTENCIAL COMPETENTE PARA SU MANEJO, SI:

1. Empapa dos toallas higiénicas nocturnas empapadas en una hora, durante dos horas consecutivas.
2. Se espera que eliminen coágulos, de un volumen no mayor a un limón pequeño a mediano; en caso de ser de mayor tamaño, o ir asociado a fatiga, taquicardia o sudoración, mareos, debe consultar;
3. Los signos 1 y 2 pueden indicar la presencia de una hemorragia severa;
4. También puede presentarse fiebre leve y dolor abdominal por el efecto prostaglandínico. Si la fiebre dura más de 24 horas, o el dolor intenso no cede con analgésicos, debe consultar a un Servicio de Urgencia.¹⁴

¹³ Manual de la OMS (2014) página 26.

¹⁴ Norma Técnica Nacional, op. cit., pg. 120.

Recomendaciones y advertencias importantes

- La Mifepristona tiene contraindicaciones en pacientes con insuficiencia hepática, renal o suprarrenal crónica o aguda, insuficiencia respiratoria severa, terapias prolongadas con corticoesteroides, porfiria heredada, coagulopatías conocidas o tratamiento anticoagulante en curso, anemia grave, y la alergia a cualquiera de los fármacos utilizados.¹⁵
- El aborto con medicamento no es tratamiento para el embarazo ectópico. La sospecha de este tipo de embarazo exige una investigación adicional y, si se confirma, un tratamiento inmediato.¹⁶
- No se recomienda el uso de antibióticos de rutina en mujeres en proceso de aborto con medicamentos. El riesgo general de infección encontrado en estudios prospectivos de aborto con medicamentos inducido con Mifepristona y una prostaglandina antes de las 13 semanas de gestación es de aproximadamente 0.01% al 0.5%.¹⁷
- En los casos de mujeres que vivan lejos del centro de salud o se consideren situaciones sociales particulares, se recomienda su hospitalización aún en gestaciones menores a las 12 semanas para entregar una atención oportuna y adecuada en caso de producirse un sangrado mayor al esperado, o cualquier otra sintomatología asociada.¹⁸
- Toda interrupción de embarazo con medicamentos, de segundo y tercer trimestre se realiza con hospitalización.¹⁹

¹⁵ Norma Técnica Nacional, op. cit., pg. 119; OMS (2019), op. cit.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ IPAS (2018), Actualizaciones clínicas en salud reproductiva: Recomendaciones generales, Profilaxis antibiótica para el aborto con medicamentos.

¹⁸ Norma Técnica Nacional, op. cit., pg. 124.

¹⁹ Ibid, pg. 119.

ABORTO INSTRUMENTAL: ASPIRACIÓN ENDOUTERINA

Los métodos instrumentales para el vaciamiento uterino se realizan a través del cuello uterino, y son: la aspiración manual o al vacío, la dilatación y evacuación (D&E) y la dilatación y curetaje (D&C) o legrado. A estos se suma, en el tercer trimestre, la cesárea (método quirúrgico).²⁰

La OMS recomienda la aspiración por vacío como la primera elección para la interrupción de un embarazo menor a 12 semanas de gestación dada su alta eficacia y seguridad.²¹ El método tiene una tasa de eficacia de más de 98% y una tasa de complicaciones graves de menos del 1%. La necesidad de repetir la aspiración debido a un aborto incompleto es del orden del 0.28% y la tasa de continuación del embarazo es del 0.16%. Las complicaciones graves -tales como hemorragia que requiera transfusión o la perforación del útero- son inferiores al 0.1% de los procedimientos.²²

En contraposición, la evidencia científica disponible muestra que la dilatación y curetaje es un procedimiento de mayor riesgo, más traumático para la mujer, eventualmente puede dejar más secuelas a nivel cervical. Por ello se lo considera un método obsoleto, y se sugiere su reemplazo por aspiración o por el uso de medicamentos de forma progresiva.²³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) afirman que la aspiración por vacío o los regímenes de aborto con medicamentos deben reemplazar el legrado uterino instrumental.²⁴ Deben hacerse todos los esfuerzos posibles para reemplazar la dilatación y curetaje por la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención de las mujeres.

²⁰ Ibid, pg. 125.

²¹ OMS (2012), Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.

²² IPAS (2018), Actualizaciones clínicas en salud reproductiva: Recomendaciones para el aborto antes de las 13 semanas de gestación, aspirado por vacío.

²³ Norma Técnica Nacional, op. cit., pg. 124.

²⁴ IPAS (2018), Actualizaciones clínicas en salud reproductiva: Recomendaciones generales, evacuación endouterina.

ABORTO HASTA LAS 12-14 SEMANAS DE GESTACIÓN

El método instrumental que puede aplicarse hasta las 12 o 14 semanas, contadas desde la fecha de la última menstruación, es la aspiración de vacío manual (AVM) o eléctrica (AVE). Consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío. La aspiración eléctrica utiliza una bomba de vacío eléctrica; la aspiración manual utiliza un aspirador plástico de 60 ml sostenido y activado con la mano (también llamado jeringa). El procedimiento abortivo se realiza de forma similar, independientemente del tipo de vacío usado.

Al aspirador, manual o eléctrico, se ajusta una cánula cuyo diámetro puede variar entre 4mm y 16mm. Para cada procedimiento, se debe elegir la cánula adecuada según la edad gestacional y la cantidad de dilatación del cuello uterino. En general, el diámetro de la cánula corresponde a la edad gestacional en semanas.

Selección del tamaño de la cánula para aborto por aspiración

Tamaño uterino (semanas desde la FUM*)	Tamaño de cánula sugerido (mm)
4-6	4-7
7-9	5-10
9-12	8-12
12-14	10-14

*FUM: fecha de la última menstruación.

La norma técnica del Minsal indica que Aspiración Manual Endouterina (AMEU) debe ser realizada por un médico o médica gineco obstetra capacitada en esta técnica. Se realiza en pabellón, idealmente ambulatorio, decisión que dependerá del número de semanas de la gestación y de las condiciones clínicas de la mujer. La paciente deberá estar en ayunas de a lo menos 4 horas, y deberá contar con una vía venosa permeable.

LA TÉCNICA DE ASPIRACIÓN POR VACÍO CONSISTE EN 10 PASOS ²⁵:

- 1** La mujer debe adquirir posición dorsal de litotomía con la vejiga vacía.
- 2** Lavado de manos y colocar las barreras de protección.
- 3** Realizar examen bimanual para valoración exacta de la altura y posición uterina.
- 4** Colocar espéculo para asegurar adecuada visualización del cérvix.
- 5** Preparación antiséptica del cuello con solución antiséptica sin alcohol. La limpieza comienza en orificio cervical y se debe realizar en movimientos en espiral hacia afuera.
- 6** Realizar bloqueo paracervical inyectando lidocaína en puntos de la unión cervical-vaginal (epitelio de transición).
- 7** Dilatación del cuello si el cérvix está cerrado o insuficientemente dilatado.
- 8** Insertar cánula por el orificio cervical interno. No introducir la cánula a la fuerza, evitando traumatismo de cérvix o útero. Es importante utilizar un tamaño de cánula apropiado para el tamaño del útero y la dilatación del cérvix.
- 9** Aspirar contenido uterino. Se debe adosar el aspirador preparado o la conexión del vacío a la cánula, sosteniendo el tenáculo y el extremo de la cánula en una mano, y el aspirador o la conexión de vacío en la otra mano. Iniciar la succión cuando la punta de la cánula esté en el medio del útero y evacuar el contenido del útero rotando la cánula 180° en cada dirección de forma lenta y suavemente.

²⁵ OMS (2014), Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Norma Técnica Nacional, op. cit., pg. 132-136.

Los siguientes signos indican que el útero está vacío:

- Aparición de una espuma roja o rosada, no se ve pasar más tejido a través de la cánula.
- Sensación grumosa a medida que la cánula pasa por la superficie del útero evacuado.
- Contracción del útero alrededor de la cánula.
- La mujer siente que sus calambres o su dolor se intensifican.

Al finalizar el procedimiento, retirar la cánula y el tenáculo cervical, limpiar el cérvix y evaluar la cantidad de sangrado uterino o cervical.

- 10** Inspeccionar los productos de la concepción para asegurar un aborto consumado. Se debe buscar cantidad y presencia de productos de la concepción como vellosidades coriales y/o partes fetales. Si no hay presencia de productos de la concepción, se debe sospechar un aborto incompleto, aborto espontáneo que terminó antes del procedimiento, aborto fallido, embarazo ectópico o anomalías anatómicas uterinas.

ABORTO > 12-14 SEMANAS DE GESTACIÓN

El método de **dilatación y evacuación** es una técnica quirúrgica eficaz y segura para embarazos avanzados, es decir, después de las 12-14 semanas de gestación. Se prefiere si el aborto con pastillas está contraindicado o si hay limitantes de tiempo para realizar el aborto.

El procedimiento de dilatación y evacuación (D&E) usa aspiración al vacío y pinzas, y requiere de profesionales con experiencia y habilidad que dispongan del equipamiento adecuado. En general, puede realizarse en forma ambulatoria con un bloqueo paracervical y antiinflamatorios no esteroideos o sedación consciente. La anestesia general no es necesaria y puede aumentar los riesgos.²⁶

²⁶ Norma Técnica Nacional, op. cit., pg- 137-138.

En mujeres con más de 12-14 semanas de gestación, se pueden utilizar fármacos como Misoprostol o dilatadores osmóticos para preparar el cérvix antes del aborto quirúrgico. Después de las 20 semanas de gestación se prefieren dilatadores osmóticos. Las complicaciones severas con la DyE son raras, el riesgo de perforación del útero es menor del 0,1%. El uso de ultrasonido durante el procedimiento puede reducir el riesgo de perforación, especialmente durante la capacitación en la técnica. Otras complicaciones como hemorragia o infección son poco frecuentes. Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos.²⁷

Recomendaciones y advertencias importantes

- No se conocen contraindicaciones absolutas para el AMEU y el método de dilatación y evacuación. Se recomienda cautela cuando la mujer es usuaria de dispositivo intrauterino. Este debe retirarse antes de comenzar con el procedimiento de aspirado por vacío.
- La aspiración por vacío durante el primer trimestre es más eficaz y está asociada con menos complicaciones que la interrupción del embarazo con medicamentos.
- Criterios de Exclusión de AMEU:
 - » Paciente con diagnóstico de aborto incompleto con tamaño uterino mayor de 120 mm o dilatación cervical mayor 20 mm.
 - » Paciente con diagnóstico de huevo anembrionado mayor a 120 mm o con dilatación cervical mayor a 20 mm.
 - » Paciente con diagnóstico de aborto retenido con embrión por LCN >12 semanas.
- La reducción de la infección después de aspirar al vacío se logra usando instrumentos correctamente desinfectados o esterilizados, administrando antibióticos profilácticos, y usando la técnica de “sin tocar”, la cual consiste en evitar el contacto de piezas del instrumento que ingresaran al útero con objetos o superficies no estériles.

²⁷ Ibíd.

- A las pacientes que presentan signos o síntomas de infección de transmisión sexual se les debe administrar las dosis de antibióticos indicadas para el tratamiento respectivo; las parejas de personas con infección de transmisión sexual también necesitan tratamiento. El tratamiento no debe retrasar la evacuación endouterina.
- La aspiración por vacío es eficaz y segura en adolescentes, encontrándose tasas más bajas de letalidad y morbilidad grave en este grupo etario, comparadas con mujeres adultas. Por otro lado, la edad menor a 17 años se asoció con lesión cervical durante la aspiración, por tanto, se debe considerar la preparación adecuada del cuello antes de la aspiración.
- Al finalizar el procedimiento de aspiración, se deben realizar otros procedimientos como colocación de un dispositivo intrauterino, ligadura tubaria o reparaciones de laceraciones cervical, de ser necesarias. Todos los métodos de anticoncepción (anticonceptivos hormonales en vías de administración oral, inyectable, transdérmica, anillos e implantes; dispositivos intrauterinos; condones; espermicidas y diafragmas) pueden ser utilizados inmediatamente después de un aborto durante el primer trimestre y segundo trimestre. En pacientes con un aborto séptico se encuentra contraindicado el uso inmediato de dispositivos intrauterinos, ya que representa un riesgo inaceptable para la salud.
- Durante la recuperación se debe ofrecer y entregar manejo del dolor, abordar necesidades emocionales que la mujer puede presentar y detectar complicaciones para brindar un adecuado tratamiento.

La mayoría de las mujeres que se someten a una aspiración uterina sienten dolor durante el procedimiento, el cual podría ser subestimado por el personal de salud. El grado del dolor varía según la edad, la paridad, los antecedentes de dismenorrea y el nivel de ansiedad o temor de la mujer. Condiciones como edad y paridad, así como mayor experiencia por parte del profesional disminuyen el dolor durante la evacuación uterina. Un procedimiento más breve está asociado con menos dolor.

COMPARACIÓN DE MÉTODOS DE ABORTO CON MEDICAMENTO Y CON ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA.

Aborto con medicamentos





- No requiere instrumentalización del útero.
- Lleva tiempo (horas a días) consumir el aborto.
- Se puede realizar en domicilio.
- La eficacia varía según el esquema de medicamentos utilizado.
- Las mujeres presentan sangrado, calambres y posibles efectos secundarios.
- Existen contraindicaciones absolutas para este procedimiento.

Aborto con AMEU

- Requiere instrumentalización del útero y preparación cervical.
- Proceso rápido.
- Tiene lugar en dependencias sanitarias.
- El aborto completo se verifica fácilmente.
- La esterilización o colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) puede realizarse al mismo tiempo que el procedimiento.
- No tiene contraindicaciones absolutas.







Mesa Acción
per el
Aborto
en Chile

-  accionaborto.cl
-  [MesaAbortoCL](https://www.facebook.com/MesaAbortoCL)
-  [MesaAborto_CL](https://www.instagram.com/MesaAborto_CL)
-  [mesaaborto_cl](https://twitter.com/mesaaborto_cl)



-  aprofa.cl
-  [aprofa.chile](https://www.facebook.com/aprofa.chile)
-  [aprofachile](https://www.instagram.com/aprofachile)
-  [aprofa_chile](https://twitter.com/aprofa_chile)



-  redporelderechoadecidir.cl
-  [redchilenadeprofesionales](https://www.facebook.com/redchilenadeprofesionales)
-  [redprofesionalesdecidir_cl](https://www.instagram.com/redprofesionalesdecidir_cl)
-  [rdecidir](https://twitter.com/rdecidir)

