

Publicado por la Biblioteca Katharine Dexter McCormick
Planned Parenthood Federation of America
434 West 33rd Street, New York, NY 10001
212-261-4716
www.plannedparenthood.org
www.plannedparenthoodaction.com

Actualizado al mes de enero de 2010

La diferencia entre la anticoncepción de emergencia y el aborto inducido por medicamentos

Hay bastante confusión entre el público acerca de la diferencia entre la anticoncepción de emergencia y el aborto inducido por medicamentos debido a información falsa difundida por los grupos antiaborto. La anticoncepción de emergencia ayuda a *evitar* el embarazo; el aborto inducido por medicamentos *termina* el embarazo. Según las definiciones médicas generales del embarazo patrocinadas por muchas organizaciones entre las que se incluyen el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el embarazo comienza cuando un preembrión finaliza la implantación en el revestimiento del útero (ACOG, 1998; DHHS, 1978; Hughes, 1972; “Make the Distinction...,” 2001). Los métodos hormonales anticonceptivos, que incluyen la anticoncepción de emergencia, evitan el embarazo inhibiendo la ovulación y la fertilización (ACOG, 1998). El aborto inducido por medicamentos termina un embarazo sin un procedimiento quirúrgico. Al ayudar a las mujeres a evitar un embarazo no deseado después de un coito sin protección, la anticoncepción de emergencia tiene el potencial de disminuir el índice de abortos. Al ayudar a las mujeres a terminar un embarazo no planificado hasta 63 días después de su última menstruación, el aborto inducido por medicamentos es una opción segura y efectiva.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

¿Qué es la AE?

La AE, también conocida con “la píldora del día siguiente”, contiene hormonas que reducen el riesgo de embarazo si se toma dentro de las 120 horas del coito sin protección. Cuanto antes se tome la primera dosis, más efectivo será el tratamiento. Actualmente, hay dos productos que las personas que tienen 17 años o mayores pueden obtener sin receta, Next Choice® y Plan B® One Step. También se pueden obtener con receta, como así también ciertas marcas de anticonceptivos orales que se pueden tomar en mayores dosis como anticoncepción de emergencia. (Barr Pharmaceuticals, 2006; RHTP, 2009; Rodrigues et al., 2001; Van Look & Stewart, 1998).

ABORTO INDUCIDO POR MEDICAMENTOS

¿Qué es el aborto inducido por medicamentos?

El aborto inducido por medicamentos consiste en el uso bajo supervisión médica de un medicamento llamado mifepristona, o píldora abortiva, para provocar un aborto. La mifepristona (Mifeprex®) se puede tomar hasta 63 días después del primer día del último período menstrual. Se usa conjuntamente con misoprostol, que se administra para completar el aborto (Creinin & Aubény, 1999; Middleton et al., 2005; Schaff, 2000 et al., Schaff et al., 2001).

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

¿Cómo actúa la AE?

Al confirmar su aprobación por la AE, la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA, por sus siglas en inglés) declaró, "La anticoncepción de emergencia actúa al demorar o inhibir la ovulación, y/o afectando la trayectoria de los espermatozoides y/o de los óvulos (inhibiendo así la implantación)", (FDA, 1997). Años más tarde, un estudio determinó que con mayor frecuencia, la AE reduce el riesgo de embarazo al impedir la ovulación (Marions et al., 2002). Estudios más recientes sugieren que la AE sólo de progestina actúa *solamente* evitando la ovulación o fertilización, y no tiene un efecto sobre la implantación (Croxatto et al., 2003; Novikova et al., 2007). En 2008, un conjunto de expertos declaró que la AE que sólo contiene progestina no interfiere con la implantación (ICEC-FIGO, 2008)

¿Cuán efectiva es la AE?

La AE es muy efectiva para reducir el riesgo de embarazo. Los estudios han demostrado que la AE reduce el riesgo de embarazo cuando se toma hasta 120 horas después del coito sin protección, pero cuanto antes se ingieran las dosis, más efectivo será el tratamiento. Cuando se toman 72 horas después del coito sin protección, la AE que contiene estrógeno y progestina, reduce el riesgo de embarazo en un 75 por ciento. Dentro del mismo período de tiempo, los regímenes sólo de progestina, tales como el Plan B One Step y Next Choice, reducen el riesgo de embarazo en un 89 por ciento. Cuando se inician dentro de las 24 horas de tener sexo sin protección, se determinó que la AE sólo de progestina reduce el riesgo de embarazo en un 95 por ciento (Ellertson et al., 2003; Rodrigues et al, 2001; TFPMPFR, 1998; Van Look & Stewart, 1998).

¿Cuán segura es la AE?

La AE es segura para casi todas las mujeres. Millones de mujeres en todo el mundo la han usado con seguridad (Guillebaud, 1998; Van Look & Stewart, 1998).

ABORTO INDUCIDO POR MEDICAMENTOS

¿Cómo funcionan estos fármacos para el aborto inducido por medicamentos?

La mifepristona termina el embarazo bloqueando las hormonas necesarias para que continúe el embarazo. El misoprostol hace que el útero se contraiga y vacíe (Creinin & Aubény, 1999).

¿Cuán efectivo es el aborto inducido por medicamentos?

Los abortos inducidos por medicamentos son altamente efectivos para terminar los embarazos en sus primeras fases. Del 96 al 97 por ciento de las mujeres que reciben el tratamiento de mifepristona tendrán un aborto completo. En los casos con porcentaje muy reducido en los que el aborto inducido por medicamentos falla, se requerirán otros procedimientos abortivos para terminar el embarazo (ACOG, 2001; Schaff et al., 2000).

¿Cuán seguro es el aborto inducido por medicamentos?

El aborto inducido por medicamentos es seguro para la mayoría de las mujeres. Millones de mujeres en todo el mundo lo han utilizado sin complicaciones. Existen riesgos asociados con todos los procedimientos médicos, Incluyendo el aborto. En casos extremadamente raros, la muerte es posible debido a complicaciones graves, pero sigue siendo más seguro que llevar a término el embarazo (ARHP, 2008).

LA AE

¿Causa la AE un aborto?

La AE no inducirá un aborto en las mujeres que ya están embarazadas, ni afectará al preembrión o embrión en desarrollo (Van Look & Stewart, 1998). La anticoncepción de emergencia evita el embarazo y ayuda a prevenir la necesidad de un aborto.

¿Por qué hay mujeres que eligen la AE?

Las mujeres pueden usar la AE como una manera de prevenir el embarazo después del coito sin protección: en casos de actividad sexual no anticipada, falla del anticonceptivo o ataque sexual. Cerca de la mitad de los 6.4 millones de embarazos al año en los Estados Unidos no son planificados, (Finer & Henshaw, 2006).

¿Tiene la AE efectos secundarios?

Los efectos secundarios más comunes después del uso de la AE parecen ser náuseas y vómitos. Las mujeres también pueden experimentar sensibilidad en los senos, fatiga, sangrado irregular, dolor abdominal, dolor de cabeza y mareos. Los efectos secundarios son menos frecuentes cuando se usa AE sólo de progestina en vez de la AE de hormonas combinadas (Van Look & Stewart, 1998).

ABORTO INDUCIDO POR MEDICAMENTOS

¿Se pueden usar los fármacos para el aborto inducido por medicamentos para la anticoncepción de emergencia?

Aunque algunos estudios indican que la mifepristona se puede usar en dosis muy bajas para reducir el riesgo de un embarazo como método de anticoncepción de emergencia dentro de los cinco días del coito sin protección, la mifepristona no está aprobada como anticoncepción de emergencia actualmente en los Estados Unidos (Ho et al., 2002; TFPMFR, 1999).

¿Por qué hay mujeres que eligen el aborto inducido por medicamentos?

Las mujeres pueden elegir el aborto inducido por medicamentos como una manera de terminar su embarazo, porque es un procedimiento no invasivo y no requiere anestesia. Esta opción no presenta el riesgo de lesión al cuello uterino o útero o la posibilidad de complicaciones de la anestesia utilizada en otros procedimientos abortivos (Aguillaume & Tyrer, 1995). Las mujeres que eligieron el aborto inducido por medicamentos también indicaron que les pareció una forma más "natural" de abortar (Winikoff, 1995).

¿Tiene efectos secundarios el aborto inducido por medicamentos?

Los efectos secundarios más comunes después de un aborto inducido por medicamentos son similares a los de un aborto espontáneo: dolor abdominal, sangrado, cambios en la temperatura del cuerpo, mareo, fatiga y molestias gastrointestinales (ACOG, 2005; Creinin & Aubény, 1999; Stewart et al., 2005).

LA AE

¿Qué tiempo lleva tomar la AE?

La AE de hormonas combinadas se toma en dos dosis, con un lapso de 12 horas entre una y otra dosis. La AE sólo de progestina se puede tomar en una dosis. Por lo general, los efectos secundarios relacionados con la AE disminuyen en 48 horas. La AE afecta la regularidad del ciclo menstrual en el 10 al 15 por ciento de las mujeres. Los cambios en el ciclo menstrual ocurren con la AE combinada y con la AE sólo de progestina. Si su próximo ciclo menstrual se demora por más de una semana, es importante que la mujer vea a su profesional de la salud para hacerse una prueba de embarazo (Van Look & Stewart, 1998; von Hertzen et al., 2002).

¿Están satisfechas las mujeres que han tomado la AE?

Una gran mayoría de las mujeres que han tomado la AE están satisfechas con este método. Un estudio indicó que el 97 por ciento de aquellas que habían probado la AE recomendaban el método a sus amigas y familiares (Harvey et al., 1999). Otro estudio determinó que el 92 por ciento de las mujeres que habían usado la AE la volverían a usar en caso de una emergencia anticonceptiva (Breitbart et al., 1998).

¿Dónde puedo obtener AE?

Actualmente los hombres y mujeres mayores de 17 años pueden obtener el Plan B One Step y Next Choice sin necesidad de receta. Estos productos y otras formas de AE están también disponibles con receta para todas las mujeres. Si necesita una receta para AE, comuníquese con el centro de salud de Planned Parenthood® más cercano, 1-800-230-PLAN o www.plannedparenthood.org.

¿Cuánto cuesta la AE?

El precio de la AE varía, pero por lo general es de \$10 a \$70 (PPFA, 2009a). Los costos varían de una comunidad a otra, según los costos regionales o locales. Comuníquese con el centro de salud de Planned Parenthood más cercano 1-800-230-PLAN o www.plannedparenthood.org, otros centros de salud para mujeres, o su profesional de la salud privado.

ABORTO INDUCIDO POR MEDICAMENTOS

¿Cuánto toma el proceso del aborto inducido por medicamentos?

Comienza inmediatamente después de usar la mifepristona. Algunas mujeres pueden observar pérdidas leves de sangre *antes* de usar el misoprostol, el segundo medicamento. Para la mayoría, el sangrado y los dolores asociados con el aborto inducido por medicamentos comienzan *después* de usarlo. Más del 50 por ciento de las mujeres que usan la mifepristona abortan dentro de las cuatro a cinco horas después de usar el misoprostol. Es posible que el sangrado intenso continúe durante 13 días. Las pérdidas leves de sangre pueden durar varias semanas. Aproximadamente el 92 por ciento de los abortos con mifepristona terminan en una semana. (ACOG, 2001; el-Refaey et al., 1995; Newhall & Winikoff, 2000; Peyron et al., 1993; Wiebe et al., 2002).

¿Están satisfechas con este método las mujeres que se han hecho un aborto inducido por medicamentos?

Una gran mayoría de las mujeres que se deciden por el aborto inducido por medicamentos están satisfechas con este método. Un estudio reciente indicó que el 97 por ciento de las mujeres que se hicieron un aborto inducido por medicamentos recomendarían este método a una amiga. Además, el 91 por ciento de las mujeres indicó que volverían a elegir este método si tuvieran que hacerse otro aborto (Hollander, 2000).

¿Dónde puedo obtener un aborto inducido por medicamentos?

Comuníquese con el centro de salud de Planned Parenthood más cercano, 1-800-230-PLAN o www.plannedparenthood.org, otros centros de salud para mujeres o su profesional de la salud privado. Los centros de Planned Parenthood que no proporcionan abortos inducidos por medicamentos pueden referirla a un centro que sí lo hace.

¿Cuánto cuesta el aborto inducido por medicamentos?

A nivel nacional, el precio de un aborto inducido por medicamentos varía de \$350 a \$650. Esto incluye dos o tres visitas al consultorio, pruebas y exámenes (PPFA, 2009). Los costos varían de una comunidad a otra, según los costos regionales y locales.

Referencias citadas

- ACOG — American College of Obstetricians and Gynecologists. (1998, July). *Statement on Contraceptive Methods*.
- _____. (2001, April). "Medical Management of Abortion." *ACOG Practice Bulletin*, 26, 1–13.
- _____. (2005, October). "Medical Management of Abortion." *ACOG Practice Bulletin*, 67, 1–12.
- Aguillaume, Claude & Louise Tyrer. (1995). "Current Status and Future Projections on Use of RU-486." *Contemporary Ob/Gyn*, 40(6), 23–40.
- ARHP — Association of Reproductive Health Professionals (2008, April). What you need to know — Mifepristone Safety Overview. [Online]. <http://www.arhp.org/upload/Docs/mifepristonefactsheet.pdf>, accessed September 29, 2009.
- Barr Pharmaceuticals, Inc. (2006, August 24). *FDA Grants OTC Status to Barr's Plan B(R) Emergency Contraceptive: Historic Dual Status Decision Provides OTC Access to Those 18 Years of Age and Older; Remains Prescription for Women 17 and Younger*. [Online]. <http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=60908&p=irol-newsArticle&ID=899120>.
- Breitbart, Vicki, et al. (1998). "The Impact of Patient Experience on Practice: The Acceptability of Emergency Contraceptive Pills in Inner City Clinics." *Journal of the American Medical Women's Association*, 53(5 Supplement 2), 255–58.
- Creinin, Mitchell & Elizabeth Aubény. (1999). "Medical Abortion in Early Pregnancy." In Maureen Paul, et al., eds, *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. New York: Churchill Livingstone.
- Croxatto, Horatio B., et al. (2003). "Mechanisms of Action of Emergency Contraception." *Steroids*, 68, 1095–8.
- DHHS — Department of Health and Human Services. (1978). *Code of Federal Regulations*. 45CFR46.203.
- Ellertson, Charlotte, et al. (2003). "Extending the Time Limit for Starting the Yuzpe Regimen of Emergency Contraception to 120 Hours." *Obstetrics & Gynecology*, 101, 1168–71.
- el-Refaei, H., et al. (1995). "Induction of Abortion with Mifepristone (RU 486) and Oral or Vaginal Misoprostol." *New England Journal of Medicine*, 332(15), 983–7.
- FDA — Food and Drug Administration. (1997). "Prescription Drug Products; Certain Combined Oral Contraceptives for Use as Postcoital Emergency Contraception." *Federal Register*, 62(37), 8609–12.
- "FDA Approves Progestin-Only Emergency Contraception." (1999). *The Contraception Report*, 10(5), 8–10 & 16.
- Finer, Lawrence B. & Stanley K. Henshaw. (2006). "Disparities in Rates of Unintended Pregnancy In the United States, 1994 and 2001." *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 38(2), 90–6.
- Guillebaud, John. (1998). "Commentary: Time for Emergency Contraception with Levonorgestrel Alone." *The Lancet*, 352(9126), 416.
- Harvey, S. Marie, et al. (1999). "Women's Experience and Satisfaction with Emergency Contraception." *Family Planning Perspectives*, 31(5), 237–40 & 260.
- Ho, Pak Chung, et al. (2002). "Mifepristone: Contraceptive and Non-Contraceptive Uses." *Current Opinions in Obstetrics Gynecology*, 14(3), 325–30.
- Hollander, Dore. (2000). "Most Abortion Patients View Their Experience Favorably, But Medical Abortion Gets a Higher Rating than Surgical." *Family Planning Perspectives*, 32(5), 264.
- Hughes, Edward, Ed. (1972). *Obstetric-Gynecologic Terminology*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company
- ICEC-FIGO — International Consortium for Emergency Contraception — International Federation of Gynecology & Obstetrics. "How do levonogestrel - only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy? [Online]. "Make the Distinction: EC Prevents Pregnancy." (2001). *Contraceptive Technology Update*, 22(1), 4.
- Marions, Lena, et al. (2002). "Emergency Contraception with Mifepristone and Levonorgestrel: Mechanism of Action." *Obstetrics and Gynecology*, 100(1), 65–71.
- Middleton, Tamer, et al. (2005). "Randomized Trial of Mifepristone and Buccal or Vaginal Misoprostol for Abortion Through 56 Days of Last Menstrual Period." *Contraception*, 72, 328–32.
- Newhall, Elizabeth Pirruccello & Beverly Winikoff. (2000). "Abortion with Mifepristone and Misoprostol: Regimens, Efficacy, Acceptability and Future Directions." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(2), S44–53.
- Novikova, Natalia et al. (2007). "Effectiveness of levonogestrel emergency contraception given before or after ovulation — a pilot study." *Contraception*, 75, 112–118
- Peyron, R., et al. (1993). "Early Termination of Pregnancy with Mifepristone (RU 486) and Orally Active Prostaglandin Misoprostol." *New England Journal of Medicine*, 328(21), 1509–13.
- PPFA — Planned Parenthood Federation of America. (2009). "The Abortion Pill (Medication Abortion)." [Online]. <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/abortion/abortion-pill-medication-abortion-4354.htm>, accessed September 25, 2009.
- _____. (2009a). "Emergency Contraception (Morning After Pill)." [Online]. <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/emergency-contraception-morning-after-pill-4363.htm>, accessed September 30, 2009.
- RHTP — Reproductive Health Technologies Project. (2009). "FDA Approved Emergency Contraceptive Products Currently on the Market." [Online]. <http://www.rhtp.org/documents/PlanB-NextChoice-OneStepChart.pdf>, accessed September 25, 2009.
- Rodrigues, Isabel, et al. (2001). "Effectiveness of Emergency Contraceptive Pills Between 72 and 120 Hours After Unprotected Sexual Intercourse." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(4), 531–7.
- Schaff, Eric, et al. (2000). "Low-Dose Mifepristone Followed by Vaginal Misoprostol at 48 Hours for Abortion up to 63 Days." *Contraception*, 61(1), 41–6.
- Schaff, Eric, et al. (2001). "Randomized Trial of Oral Versus Vaginal Misoprostol at One Day After Mifepristone for Early Medical Abortion." *Contraception*, 64, 81–5.
- Stewart, Felicia H., et al. (2005). "Abortion." Pp. 673–700 in Robert A. Hatcher, et al., eds., *Contraceptive Technology*, 18th Revised Edition. New York: Ardent Media, Inc.
- TFPMFR — Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. (1998). "Randomised Controlled Trial of Levonorgestrel Versus the Yuzpe Regimen of Combined Oral Contraceptives for Emergency Contraception." *The Lancet*, 352(9126), 428–33.
- _____. (1999). "Comparison of Three Single Doses of Mifepristone as Emergency Contraception: A Randomised Trial." *The Lancet*, 353(9154), 697–702.
- Van Look, Paul & Felicia Stewart. (1998). "Emergency Contraception." In Robert A. Hatcher et al., eds. *Contraception Technology*, 17th Edition. New York: Ardent Media.
- von Hertzen, Helena, et al. (2002). "Low Dose Mifepristone and Two Regimens of Levonorgestrel for Emergency Contraception: A WHO Multicentre Randomised Trial." *The Lancet*, 360, 1803–10.
- Wiebe, Ellen, et al. (2002). "Comparison of Abortions Induced by Methotrexate or Mifepristone Followed by Misoprostol." *Obstetrics & Gynecology*, 99(5), 813–19.
- Winikoff, Beverly. (1995). "Acceptability of Medical Abortion in Early Pregnancy." *Family Planning Perspectives*, 27(4), 142–8 & 185, 199.

Autora principal — Jennifer Johnsen, MPH
Revisado por — Jon Knowles
Traducción — Susana Petit y Judith Cohen

© 2009 Planned Parenthood® Federation of America, Inc. Todos los derechos reservados. Planned Parenthood®, PPFA®, y su logo de “las P superpuestas” son marcas de servicio registradas de PPFA.

Contactos con los medios de comunicación — 202-973-4882