
*Interrupción Médica del Embarazo Temprano:
Aspectos Relacionados con la Práctica*

Cuando necesite citar este documento, sugerimos hacerlo de la siguiente manera: Stewart FH, Wells ES, Flinn SK, Weitz TA. Early Medical Abortion: Issues for Practice. UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy: San Francisco, California (2001).

Número del Documento de CRHRP: FHS-20001-001 (Rev 08/01)

Este documento no tiene como propósito ser un instructivo médico o un manual de capacitación. El personal médico que desee proveer alguno de los servicios aquí descritos, debe recibir una adecuada capacitación antes de ofrecer estos servicios. La información contenida en este documento puede ser reproducida o adaptada sin previa autorización, siempre y cuando el material sea distribuido en forma gratuita o a precio de costo, y la fuente sea debidamente citada. El Center for Reproductive Health Research & Policy (Centro para la Investigación y Políticas en Salud Reproductiva), perteneciente a la UCSF, agradecería que se le informara cuando este material sea usado o adaptado.

Si desea obtener copias adicionales de esta publicación, por favor contáctese con:



University of California
San Francisco

University of California, San Francisco
Center for Reproductive Health Research & Policy
3333 California Street, Suite 335
San Francisco, CA 94143-0744
U.S.A
<http://reprohealth.ucsf.edu>

©The Regents of the University of California, 2001

Traducido del original en inglés
*Early Medical Abortion:
Issues for Practice*

Índice

Agradecimientos iv

Carta a los/las Colegas v

1. *Beneficios del Diagnóstico del Embarazo Temprano y sus Cuidados* 1

2. *Interrupción Médica del Embarazo Temprano* 5

3. *Consejería y Educación para las Pacientes* 13

4. *Cuidados Post-aborto y Anticoncepción* 15

5. *Creación de Servicios de Aborto Médico* 18

Apéndices

A. *Métodos para la Interrupción del Embarazo Temprano: Una Revisión* 26

B. *Preguntas Frecuentes acerca del Aborto Médico con Mifepristone* 28

C. *Lista de Instituciones Vinculadas al Tema* 32

D. *Información sobre el Producto* 36

Referencias 37

Agradecimientos

Participaron en la preparación de esta publicación Felicia H. Stewart, MD; Elisa S. Wells, MPH; Susan K. Flinn, MA; y Tracy A. Weitz, MPA.

La elaboración de esta publicación fue posible gracias al apoyo financiero de la Fundación David and Lucile Packard y del Open Society Institute.

Las autoras agradecen la generosa colaboración y asesoría prestada por las organizaciones copatrocinadoras. La participación de dichas instituciones en este proyecto, sin embargo, no debe interpretarse como un respaldo de su parte a la información que se presenta en este documento. Su papel consiste en poner dicha información a disposición de los miembros de sus organizaciones. Las organizaciones copatrocinadoras son: Abortion Access Project; American Medical Women's Association; Asian and Pacific Islander American Health Forum; Association of Reproductive Health Professionals; Center for Reproductive Health Research & Policy; Medical Students for Choice; National Abortion Federation; National Asian Women's Health Organization; National Association of Nurse Practitioners in Women's Health; National Family Planning and Reproductive Health Association; Pacific Institute for Women's Health; Physicians for Reproductive Choice and Health; Planned Parenthood Federation of America; Planned Parenthood of New York City; Reproductive Health Program, Department of Family Medicine, University of Rochester School of Medicine; Reproductive Health Technologies Project; Kenneth Ryan Residency Training Program in Abortion & Family Planning.

Las autoras agradecemos a los Miembros del Comité Asesor (cuyos nombres aparecen en la parte interior de tapa) por la revisión del proyecto y la asesoría prestada. También queremos expresar nuestros sinceros agradecimientos a las siguientes personas y organizaciones, que cooperaron proporcionándonos información, consejos y asistencia técnica durante la preparación de esta publicación: Traci L. Baird, MPH, Janie Benson, MPH y Judith Winkler, MEd, Ipas; Laureen Tews, MPH, National Abortion Federation; Stacy A. Moe, CPC, Alaska Women's Medical Services; Marcy Bloom, Aradia Women's Health Center; Beth Kruse, MS, CNM, Aurora Medical Services; Siobhan Hayes, University of California, San Francisco; Kirsten Moore, Reproductive Health Technologies Project; Heather O'Neill, Danco Laboratories; Laura D. Castleman, MD, MPH; Mary Lou Austin, Michele Burns, Christopher Elias, MD, MPH, Kimberly Evans, Jennifer Fox, Jane Goett, Lisa Hedman, Susan Jamison, Kharin Kirkpatrick, Margaret Morrow, Janet Saulsbury, NanCee Sautbine, Jaqueline Sherris, PhD, y Fay Venegas, Program for Appropriate Technology in Health (PATH). En especial, queremos agradecer a Fran Althaus por su ayuda en la edición final de este documento.

La fotografía de la página 16 fue proporcionada por Ipas

Diseño gráfico y composición: Elizabeth Sanders Design · Diseño de portada: LGS Digital

Carta a los/las Colegas

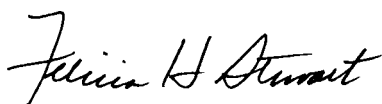
Estimadas y estimados colegas:

Sea que Uds. proporcionen atención médica para el aborto o no, es muy probable que su práctica se vea afectada en alguna medida por la disponibilidad del mifepristone. Esta nueva droga, conjuntamente con otros avances para el diagnóstico e interrupción del embarazo temprano, significa un cambio para las opciones de las mujeres y, por lo tanto, un cambio para la práctica médica. Como profesional de la salud que atiende a mujeres en edad reproductiva, seguramente usted se encontrará con pacientes que:

- ▼ se presenten con un embarazo no planeado;
- ▼ le pidan ayuda para confirmar un embarazo y soliciten información sobre alternativas para interrumpirlo;
- ▼ le pregunten sobre el aborto médico, “la píldora abortiva”, o la interrupción del embarazo temprano;
- ▼ le soliciten atención prenatal o cuidados post-aborto, o bien le pidan que las deriven a otro centro si los servicios requeridos no están disponibles en el suyo;
- ▼ acudan a su centro para recibir atención después de haberse practicado un aborto temprano;
- ▼ le informen que están usando un medicamento para abortar sin haber consultado a un médico.

Es importante que los profesionales de la salud que atienden a mujeres en edad reproductiva conozcan bien todas las opciones frente al embarazo, incluyendo el aborto médico. Es esencial que puedan contar –de forma directa o derivando a la mujer a otro centro– con acceso oportuno a servicios. Las alternativas médicas para la interrupción del embarazo temprano son factibles sólo si se practican durante las primeras semanas de gestación.

Este artículo presenta información resumida acerca de la interrupción del embarazo temprano, así como de los pasos a seguir para asegurar la detección temprana y la evaluación precisa del embarazo. El artículo presenta, además, una revisión del tema y ofrece recursos útiles para aquellos profesionales de la salud que consideren expandir el ámbito de su práctica para incluir servicios de aborto médico, así como para aquellos que necesiten derivar a sus pacientes a otros centros.



Felicia H. Stewart, MD
Co-Directora, Center for
Reproductive Health and Policy
Universidad de California, San Francisco



Philip D. Darney, MD, MSc
Co-Director, Center for
Reproductive Health and Policy
Universidad de California, San Francisco

1 *Beneficios del Diagnóstico del Embarazo Temprano y Sus Cuidados*

Es importante diagnosticar correctamente el embarazo y determinar de manera precisa la edad gestacional. Lo anterior rige tanto si la mujer desea o no continuar con el embarazo. En aquellas mujeres que podrían considerar la opción de un aborto médico, es muy importante que el diagnóstico del embarazo se realice dentro de las primeras semanas de gestación. El diagnóstico oportuno es también muy importante en el caso de las mujeres que necesiten de más tiempo para evaluar todas las opciones antes de tomar una decisión. Es esencial que se otorgue el carácter de urgente a las visitas para diagnóstico y que se programe realizar lo más pronto posible una prueba de detección y un examen.

Las pruebas de embarazo que se utilizan normalmente en los consultorios (y en el hogar) son lo suficientemente sensibles como para detectar niveles de β -hCG de 25 a 50 mIU/ml.¹ Con estas pruebas es posible confirmar el embarazo de manera confiable y precisa dentro de los primeros 7 días posteriores a la implantación (varios días antes del día en que debiera presentarse la siguiente menstruación). Las pruebas séricas o cuantitativas más caras no presentan ventajas en cuanto a la confirmación de un embarazo. No obstante, las pruebas cuantitativas pueden ser útiles en los siguientes casos: cuando hay sospecha de un embarazo ectópico o molar; cuando existe duda de si el procedimiento para interrumpir el embarazo temprano ha tenido éxito o cuando hay sospecha de aborto espontáneo.

Con el ultrasonido transvaginal es posible identificar un saco gestacional en el útero ya a las 4,5 semanas después de la fecha en que debiera haber llegado la última menstruación (FUM)¹; también permite identificar la mayoría de los embarazos ectópicos, y confirmar con seguridad la ausencia de saco gestacional luego de un aborto.

Si la mujer decide continuar con el embarazo, un buen cuidado durante el primer trimestre ayuda a lograr los mejores resultados. Al diagnosticar tempranamente el embarazo, la mujer puede recibir de manera oportuna los cuidados prenatales necesarios, lo que permite:

- ▼ proporcionarle consejería acerca de una nutrición apropiada y de la suplementación con ácido fólico;
- ▼ identificar y/o tratar problemas médicos como la diabetes, que requiere de un cuidadoso manejo durante el embarazo;
- ▼ proporcionarle información para que evite el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias dañinas;
- ▼ establecer con precisión la edad gestacional, de modo de poder tomar las adecuadas acciones posteriores;
- ▼ detectar tempranamente un embarazo ectópico, y con ello tomar las acciones que eviten futuros problemas de fertilidad (ver recuadro, *Señales de Alerta durante el Embarazo Temprano*); y
- ▼ programar, cuando sea adecuado, pruebas de diagnóstico prenatal para detectar tempranamente problemas en el feto, usando técnicas como el análisis del vello coriónico (CVS por sus siglas en inglés correspondientes a *chorionic villus sampling*), las pruebas de detección de marcadores múltiples (MMS por sus siglas en inglés correspondientes a *multiple marker screening*), o la prueba de examen selectivo de alfafetoproteínas (AFP).

En el caso de aquellas mujeres que no deseen continuar con su embarazo, el diagnóstico temprano les ofrece la posibilidad de optar entre diferentes alternativas. En estas pacientes, la interrupción del embarazo temprano puede realizarse tan pronto como éste se haya confirmado y la mujer haya tomado la decisión de no continuar con él. El diagnóstico oportuno es muy importante, ya que algunas de las opciones para interrumpir un embarazo temprano sólo pueden llevarse a cabo durante las primeras 3 a 5 semanas después de la fecha en que debiera haber llegado la menstruación (ver Figura 1).

Señales de Alerta Durante el Embarazo Temprano

Posible embarazo ectópico

- ▼ Dolor repentino, intenso y persistente, o calambres en la zona del bajo vientre, generalmente en uno de los dos lados.
- ▼ Sangrado irregular o goteo acompañado de dolor abdominal, ya sea luego de un retraso menstrual o de una regla anormalmente leve
- ▼ Desmayos o mareos que duran más de unos segundos. Estos síntomas pueden indicar una hemorragia interna. (La hemorragia interna no necesariamente va acompañada de sangrado vaginal.)

Posible aborto espontáneo

- ▼ Retraso de la menstruación y, cuando ésta llega, se presenta con sangrado muy abundante (posiblemente con coágulos o fragmentos de tejido). Los calambres son más intensos que de costumbre.
- ▼ Menstruación más prolongada y abundante, con 5 a 7 días de flujo “muy abundante”.
- ▼ Dolor abdominal o fiebre.

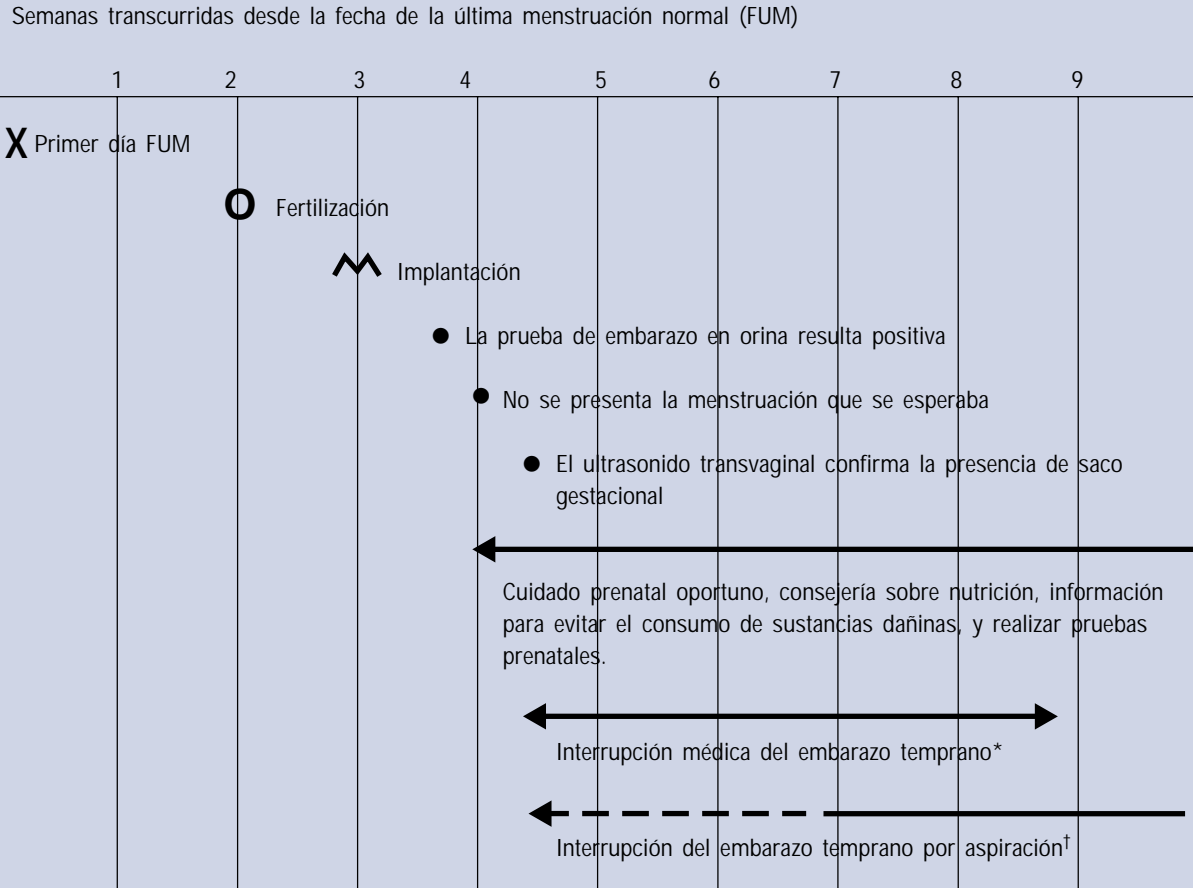
Fuente: Stewart F. “Pregnancy Testing and Management of Early Pregnancy”. En: Hatcher RA et al., eds. *Contraceptive Technology*, 17th ed. New York: Ardent Media, 648 (1998)

Cuando una mujer decide no continuar con un embarazo, la entrega oportuna de servicios puede ser muy beneficiosa para su salud y bienestar:

- ▼ El aborto practicado durante las primeras semanas siguientes a la fecha de la última menstruación normal constituye un procedimiento muy seguro. Sólo algunas mujeres presentan complicaciones.
- ▼ La provisión oportuna de servicios mitiga el estrés físico y emocional que implica la espera para interrumpir un embarazo.

El aborto médico, en particular, otorga más privacidad a la mujer y le permite experimentar un mayor control sobre el proceso.

Figura 1. Diagnóstico y Opciones de Atención en el Embarazo Temprano



* Es posible que algunos profesionales de la salud proporcionen estos servicios antes de las 4 1/2 semanas después de la FUM.

† Es posible que algunos profesionales de la salud no ofrezcan la opción del aborto temprano por aspiración.

2 *Interrupción Médica del Embarazo Temprano*

Existen varias alternativas para la interrupción del embarazo temprano. La aspiración manual endouterina (AMEU) y la aspiración eléctrica por vacío tienen la ventaja de ser procedimientos que se realizan en una sola sesión y –en casi todos los casos– se puede corroborar de inmediato si el embarazo ha terminado o no. Entre los regímenes con drogas están los que usan metotrexato más misoprostol, y los que emplean mifepristone más misoprostol. Los regímenes con metotrexato son a base de drogas de bajo costo y ampliamente disponibles. Además, tienen la ventaja de ser un tratamiento médico efectivo para el embarazo ectópico no roto. Sin embargo, debido a su efecto más predecible y rápido, es probable que la combinación de mifepristone más misoprostol se convierta en el método más recomendado para la práctica de abortos médicos. En el Anexo A se presenta una visión general de todos los métodos para la interrupción del embarazo temprano.

Mifepristone más Misoprostol

El mifepristone —conocido antes con el nombre de “RU-486”— fue desarrollado en Francia y en el año 1998 se aprobó su uso clínico en ese país. El mifepristone es una antiprogéstina, la cual bloquea la acción de la progesterona (que es una hormona necesaria para el establecimiento y mantenimiento del embarazo). El mifepristone se usa en conjunto con misoprostol, un análogo de la prostaglandina; éste último se encuentra disponible en los Estados Unidos con el nombre comercial de Cytotec®. Administrado por vía oral o vaginal, el misoprostol produce contracciones uterinas que expulsan el embrión y el tejido placentario. Millones de mujeres en todo el mundo han usado el régimen de mifepristone más misoprostol de manera segura.

La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó en ese país el uso del mifepristone el 28 de septiembre del 2000. La distribución del producto

está a cargo de Laboratorios Danco, L.L.C. y se comercializa con el nombre de Mifeprex™. La distribución se realiza directamente a los médicos y el producto no se encuentra disponible en farmacias. El uso del mifepristone está aprobado en Austria, Bélgica, China, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Israel, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Rusia, España, Suecia, Suiza, Túnez, Ucrania, y el Reino Unido.

Protocolos de uso

Si bien la FDA aprobó un régimen específico para el uso del mifepristone,² las pruebas clínicas realizadas con esta droga revelan que otros regímenes alternativos son igualmente efectivos o más efectivos que el régimen aprobado por la FDA. Por otro lado, tienen menos efectos secundarios y son más convenientes para las mujeres (ver Tabla 1).³⁻⁹ En esta sección se describen los regímenes que normalmente se usan en los Estados Unidos y en otros países, y que están basados en estudios hechos en EE.UU.^{3-8,10} Es frecuente que se utilice un producto aprobado con un propósito que no aparece descrito en su rotulación; ello no se contrapone a las pautas de la FDA, siempre y cuando exista evidencia publicada que respalde dicho uso.¹¹

Evaluación de la paciente antes del aborto

- ▼ Confirmar el embarazo por medio de una prueba de alta sensibilidad realizada en una muestra de orina y/o por medio de ultrasonido. A pesar de que en los ensayos clínicos realizados en los Estados Unidos se utilizó el ultrasonido, la FDA no exige su uso.¹²
- ▼ Confirmar la edad gestacional y descartar un embarazo ectópico por medio de la historia clínica de la última menstruación, del examen bimanual y —si es necesario— del ultrasonido. El período de gestación debe calcularse en “días” de embarazo; no en semanas o meses.
- ▼ Entregar consejería y obtener el consentimiento informado y la firma por parte de la paciente, tal como lo estipula la rotulación del mifepristone. Si se va a utilizar un protocolo basado en estudios, se deberá obtener la firma de un Consentimiento Adicional por parte de la paciente (Ver *Aspectos Legales*, página 22).
- ▼ Revisar la historia clínica y realizar exámenes de laboratorio (incluyendo factor Rh y, si es necesario, hemoglobina y hematocrito, pruebas de detección de ETS y otros exámenes).¹²
- ▼ Proporcionar información sobre planificación familiar y analizar el uso de algún método anticonceptivo luego de la interrupción del embarazo.

Etapas del Tratamiento

- ▼ En pacientes en las que han transcurrido 63 días o menos desde la fecha de su última menstruación (FUM), administrar 200mg de mifepristone por vía oral.

- ▼ Si el tipo de sangre de la paciente es Rh negativo, administrar 50 mcg de inmunoglobulina D (Rh) por vía intramuscular
- ▼ Informar a la paciente sobre los posibles efectos en cuanto a sangrado, dolor, y otros efectos secundarios que pueden presentarse. Entregarle instrucciones de cómo tiene que proceder frente a dichos efectos.
- ▼ Proveer información sobre los analgésicos que puede usar y extender las recetas médicas necesarias. Puede usarse ibuprofeno de 800 mg; éste no reduce la efectividad del tratamiento. Para ciertos casos, se puede recetar un narcótico, como por ejemplo, acetaminofeno de 300 mg con codeína de 30 mg.
- ▼ Proveer 800 mg de misoprostol y las instrucciones para ser autoadministrado en casa por vía vaginal 1 a 3 días después de haber recibido la dosis de mifepristone.⁴

Visita de Control

- ▼ Dentro de las 2 semanas que siguen a la administración de la dosis de misoprostol (y preferentemente en la primera semana), se debe realizar un examen pélvico o una prueba de ultrasonido, con el objeto de confirmar que se ha producido el aborto. Si los resultados son poco claros, realice pruebas cuantitativas seriadas para determinar el descenso en los niveles plasmáticos de β -hCG.
- ▼ En caso de ser necesario, repetir la dosis de misoprostol por vía vaginal.
- ▼ Si el aborto es incompleto (persistente, saco vacío, o restos), la práctica es que la paciente continúe esperando y se programe una nueva visita de control; si la paciente lo prefiere, se puede practicar un aborto por aspiración.
- ▼ Si a partir del día 14 existe evidencia de actividad cardíaca embrionaria, es recomendable practicar un aborto por aspiración.^{2, 12}
- ▼ Analizar con la paciente las opciones sobre planificación familiar y proveer los servicios necesarios (ver *Sección 4: Cuidados Post-Aborto y Anticoncepción*).

Efectividad

Los estudios clínicos que han evaluado el régimen de mifepristone de 600 mg más misoprostol de 400 mcg administrado por vía oral en embarazos de hasta 49 días desde la FUM (régimen aprobado por la FDA), han encontrado una efectividad del 92 al 97%.¹⁰ Los estudios realizados con la dosis de mifepristone de 200 mg más 800 mcg de misoprostol administrado por vía vaginal indican que existe una efectividad del 97% para aquellos embarazos de hasta 63 días desde la FUM.^{3,4} Aproximadamente la mitad de las mujeres que participaron en los estudios realizados en

Tabla 1. Comparación de los regímenes con mifepristone

	<i>Régimen aprobado por la FDA</i>	<i>Régimen basado en estudios clínicos</i>
Edad gestacional recomendada	49 días o menos después de la FUM	63 días o menos después de la FUM ^{3, 5}
Dosis de mifepristone	600 mg por vía oral	200 mg por vía oral
Dosis de misoprostol	400 mcg por vía oral Administrada durante la segunda visita	800 mcg por vía vaginal Se entrega en la primera consulta Se administra en casa
Cuándo debe administrarse el misoprostol	48 horas después de la administración del mifepristone	24 a 72 horas después de la administración del mifepristone*
Visita de control	día 14	día 4 a 8
Número mínimo de visitas	3	2
Costo aproximado para la paciente	US\$270 por el mifepristone US\$2 por el misoprostol Valor de 3 visitas	US\$90 por el mifepristone US\$4 por el misoprostol Valor de 2 visitas
Ventajas		Efectividad comparable a la obtenida con la dosis de 600 mg de mifepristone. ^{3, 5, 9} El tratamiento puede efectuarse hasta los 63 días después de la FUM. Menos efectos secundarios. ⁶ La expulsión demora menos. ⁶ Auto-administración del misoprostol en casa 24 ó 72 horas después del mifepristone. ^{4, 5, 7, 8, 13} Menor costo.

Nota: el tratamiento con misoprostol a las 24-72 horas sólo se ha estudiado en mujeres en las que han transcurrido ≤ 56 días desde la FUM .

los EE.UU. con el régimen aprobado por la FDA abortaron dentro de las 4 horas después de la administración del misoprostol, y el 75% lo hizo dentro de las 24 horas posteriores.¹⁴

Contraindicaciones

Las contraindicaciones para el uso de mifepristone son:²

- ▼ Confirmación o sospecha de embarazo ectópico o de masa quística anexial no diagnosticada (en tal caso, podría usarse metotrexato. Ver recuadro más abajo);

- ▼ Ser usuaria de DIU (éste debe retirarse antes del tratamiento);
- ▼ Presentar insuficiencia suprarrenal;
- ▼ Recibir terapia de largo plazo con corticosteroides sistémicos;
- ▼ Tener antecedentes de alergia al mifepristone;
- ▼ Presentar trastornos hemorrágicos o estar recibiendo terapia con anti-coagulantes; o
- ▼ Padecer de porfiria hereditaria.

Las contraindicaciones para el uso de misoprostol incluyen:

- ▼ Alergia al misoprostol o a otras prostaglandinas;
- ▼ Trastornos convulsivos no controlados
- ▼ Enfermedad inflamatoria aguda del intestino.

A pesar de que la hipotensión y la anemia severa no se mencionan como contraindicaciones específicas para el uso del mifepristone o el misoprostol, se las considera estados de cuidado frente a cualquier procedimiento de aborto. No existen datos acerca del aborto médico durante la lactancia.¹² Se recomienda hacer una evaluación de todas las pacientes que presenten enfermedades sistémicas graves, para luego determinar cuál es el método más seguro que debe usarse para la interrupción del embarazo.¹²

El Uso de Metotrexato en el Embarazo Ectópico

El metotrexato se ha utilizado en las clínicas de los EEUU como método para la interrupción del embarazo temprano (ver Apéndice A). Además, el metotrexato es un tratamiento efectivo para los casos de embarazo ectópico temprano no roto, y ha sido usado para este fin desde comienzos de la década de 1980. El protocolo estándar para tratar el embarazo ectópico consiste en inyectar por vía intramuscular una dosis de 50 mg de metotrexato por metro cuadrado de superficie corporal. Los niveles de β -hCG se miden el día 4 y el día 7 después de administrar la inyección. Si los niveles no descienden más del 15% entre los días 4 y 7, se debe administrar una segunda dosis. Aproximadamente el 20% de las mujeres necesitan la segunda inyección de metotrexato. Este régimen tiene una efectividad de por lo menos el 90% para el tratamiento del embarazo ectópico temprano no roto y en el que el diámetro del saco no es mayor de 3,5 centímetros.¹⁵

Efectos secundarios y complicaciones

La interrupción médica del embarazo parece no tener efectos negativos sobre la salud en el largo plazo. Aparte de los efectos de sangrado vaginal y de los calambres, los efectos secundarios más comunes luego del uso del mifepristone y el misoprostol son:¹⁶

- ▼ Náuseas (36% a 67%)
- ▼ Dolor de cabeza (13% a 32%)
- ▼ Vómitos (13% a 34%)
- ▼ Diarrea (8% a 23%)
- ▼ Mareos (12% a 37%)
- ▼ Fiebre o escalofríos (4% a 37%)

En un estudio sobre el mifepristone realizado en los EE.UU., las mujeres reportaron un sangrado vaginal medio de 13 días.¹⁴ Por lo general, el sangrado más abundante ocurre mientras se produce el aborto, y puede durar de 1 a 4 horas. Sin embargo, los patrones de sangrado pueden variar. El efecto secundario más serio que podría presentarse es un sangrado excesivo, particularmente si éste es tan abundante como para requerir de una transfusión sanguínea. Esta complicación es poco frecuente y –de ocurrir– es más probable que se presente 1 a 3 semanas después de haber recibido los medicamentos. Según ensayos clínicos realizados en los Estados Unidos, 1 a 3 mujeres de cada 1.000 requerirán de una transfusión sanguínea. En el estudio más grande que se ha llevado a cabo, sólo el 0,1% (1 de cada 1.000 mujeres) requirió de una transfusión.^{14, 17}

De las pacientes tratadas con el régimen de mifepristone más misoprostol, cerca del 2% al 5% requerirán de un aborto por aspiración para evacuar un aborto incompleto, terminar con un embarazo que continúa o controlar el sangrado.^{16, 18} La tasa de abortos por aspiración luego de haber intentado la interrupción médica del embarazo disminuye en la medida que los médicos logran desarrollar una mayor experiencia con el procedimiento.

Hay informes que indican que las drogas para interrumpir el embarazo pueden tener efectos teratogénicos, de modo que podrían aumentar el riesgo de malformaciones congénitas en el feto en caso de que el aborto no se produzca y el embarazo prosiga. Se les debe informar de este riesgo a las mujeres que consideren la opción del aborto médico, así como de la posibilidad de que se necesite recurrir a la aspiración para terminar el proceso si el tratamiento médico no tiene éxito. En el caso de las mujeres que requieran de una aspiración, será el profesional de la salud quien deba realizarla o derivar a la paciente.

Señales de Alerta después de la Interrupción del Embarazo Temprano

Aquellas mujeres que muestren cualquiera de las siguientes señales después de la interrupción del embarazo temprano, deben contactar a la brevedad a su proveedor de salud:

- ▼ Sangrado tan abundante como para empapar dos toallas sanitarias cada hora durante dos horas consecutivas.
- ▼ Fiebre sostenida (100,4°F; 38°C) o inicio de un estado febril entre las 6 y 8 horas después de la administración de la dosis de misoprostol.
- ▼ Ausencia de sangrado dentro de las 24 horas siguientes a la administración de la dosis de misoprostol (podría indicar presencia de embarazo ectópico o falta de respuesta al tratamiento).

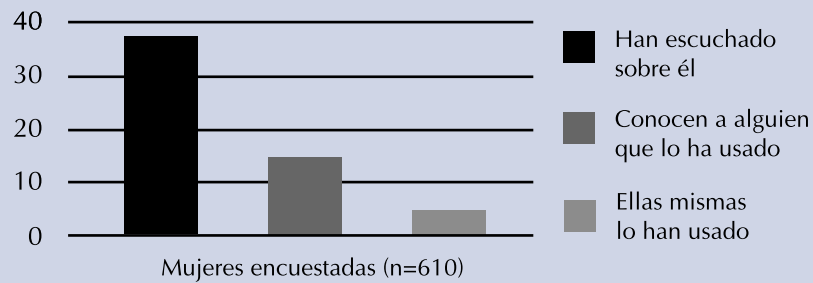
Fuente: National Abortion Federation. *Early Medical Abortion with Mifepristone or Methotrexate: Overview and Protocol Recommendations*. Washington, D.C.: National Abortion Federation (2001).

Uso de Misoprostol Solo: Informes de Automedicación

Existe un aumento de los reportes que dan cuenta de la automedicación de misoprostol solo (sin mifepristone) para inducir un aborto. Si bien existe más probabilidad de que la automedicación se observe en las mujeres que viven en países en que el aborto es ilegal, como sucede en América Latina,^{19, 20} la evidencia anecdótica sugiere que también hay mujeres en los Estados Unidos que tienen acceso a la droga y la usan para inducir un aborto.²¹ Se espera que esta práctica crezca a medida que la información se difunda a través de redes informales.

Como lo muestra el siguiente gráfico, una encuesta realizada en un área urbana de los EE.UU. habitada en su mayoría por población de origen hispánico, reveló niveles sorprendentemente altos de conocimiento y uso del misoprostol (sin mifepristone) para inducir un aborto.²¹

Conocimiento y Uso del Misoprostol (Porcentaje)



Los regímenes con misoprostol solo que se reportaron dan cuenta del uso de múltiples dosis. En un estudio realizado con misoprostol de 800 mcg administrado por vía vaginal entre los días 43 y 49 después de la FUM, la droga demostró un 69,0% de efectividad después de la administración de 1 dosis; 86,4% de efectividad después de 2 dosis, y 91,7% de efectividad después de 3 dosis. Las dosis fueron administradas a intervalos de 24 horas.²² En otro estudio realizado en pacientes que recibieron 800 mcg de misoprostol por vía vaginal transcurridos 63 días (o menos) después de la FUM, la droga demostró un 78% de efectividad después de 1 dosis; 91% de efectividad después de 2 dosis, y 92% de efectividad después de 3 dosis.²³

Es probable que las mujeres que se han automedicado misoprostol para inducir un aborto acudan posteriormente a la clínica para ser controladas. El personal médico debe estar enterado de esta práctica, de modo que puedan proveer atención posterior o, de ser necesario, derivar a la paciente a otro centro asistencial. Teniendo en cuenta los posibles efectos teratogénicos del misoprostol, hay que considerar la posibilidad de tener que recurrir a un aborto por aspiración en caso de que falle el tratamiento con misoprostol.

3 *Consejería y Educación para las Pacientes*

La consejería y la educación forman parte de una atención de calidad en los servicios de aborto. Entre los temas que se recomienda abordar con la paciente, se incluyen: los factores que motivaron su decisión de abortar (asegurarse también de que la decisión haya sido tomada libre de toda coerción); sus posibles preocupaciones y ansiedades, el apoyo de su entorno social y sus necesidades futuras en cuanto a planificación familiar. Es posible que en algunos lugares la legislación exija abordar otros temas en el área de la consejería.

En aquellos países donde la interrupción médica del embarazo es un procedimiento nuevo y, por lo tanto, las mujeres no lo conocen bien, el personal de salud deberá entregar información completa a las pacientes. Una encuesta realizada al personal de salud reveló que el tiempo que se destina a consejería en el caso de un aborto médico puede tomar de 30 a 60 minutos. Sin embargo, los profesionales que respondieron esta encuesta admitieron que después de un breve período de entrenamiento, esta consejería se hace menos difícil y requiere de menos tiempo.^{24, 25} Las mujeres que deciden practicarse un aborto deben estar informadas de lo siguiente:²⁶

- ▼ Si su embarazo es diagnosticado dentro de las primeras semanas, ellas podrán escoger entre practicarse un aborto médico o un aborto por aspiración; y
- ▼ Los riesgos, beneficios y la eficacia de las opciones disponibles.

La paciente necesita información detallada acerca del método específico que ha escogido, incluyendo:

- ▼ Cuántas visitas al médico deberá realizar y cuándo
- ▼ Qué dosis de medicamento deberá usar y cuándo;
- ▼ Cuánto durará todo el proceso;
- ▼ Qué cantidad de sangrado podría experimentar, incluyendo el tamaño de los

coágulos y, en el caso del aborto médico, el tejido embrionario que ella podría ver;

- ▼ Cuáles son las señales de alerta y las posibles complicaciones;
- ▼ Cómo manejar el dolor, qué cuidados posteriores son necesarios, y qué hacer en caso de tener alguna duda;
- ▼ La necesidad de tener que recurrir a un aborto por aspiración en caso de que el aborto médico sea incompleto o no tenga éxito; y
- ▼ La gama de emociones que podría experimentar durante y después del aborto.

Un objetivo muy importante de la consejería y la educación es conversar con la paciente acerca de sus planes futuros en cuanto a planificación familiar, informarla acerca de los posibles métodos anticonceptivos y cómo usarlos (ver Tabla 2), y proporcionarle información sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS). La fertilidad se recupera poco tiempo después de un aborto temprano. La mayoría de las mujeres pueden ovular dentro de la segunda o tercera semana después de practicarse el aborto, por lo que necesitarán contar con un método anticonceptivo de forma inmediata si es que desean prevenir un nuevo embarazo.

Otra información importante que puede entregársele a las mujeres que presenten un embarazo temprano se refiere a:

- ▼ Fondos que ofrecen préstamos a nivel local para ayudar a las mujeres que deciden interrumpir su embarazo, u otras opciones de financiamiento;
- ▼ Información acerca de las opciones de atención prenatal, incluyendo servicios gratuitos o de bajo costo y las fuentes que ofrecen apoyo financiero; e
- ▼ Información acerca de la adopción.

El Apéndice B presenta ejemplos de la información a entregar a la paciente sobre el aborto médico con mifepristone más misoprostol.

4 Cuidados Post-Aborto y Anticoncepción

Un buen seguimiento después de un aborto médico o por aspiración implica:

- ▼ **Que la mujer reciba información sobre cuándo y dónde llamar en caso de necesitar ayuda.** Debe alentarse a las pacientes para que contacten a su médico inmediatamente en caso de tener alguna inquietud o problema. Con frecuencia, estos problemas pueden ser tratados por teléfono o en la consulta, sin necesidad de acudir a una sala de emergencias. Se debe implementar un sistema de atención telefónica que opere las 24 horas, similar al que existe para la atención de los problemas relacionados con el aborto espontáneo.

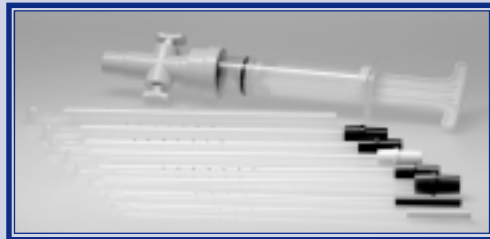
Tabla 2. Uso de Anticonceptivos después de Un Aborto

Método	Momento en que debe suministrarse
Pastillas anticonceptivas orales combinadas	Las pastillas pueden entregarse el mismo día en que se practica el aborto. Se debe instruir a la mujer para que empiece con un paquete nuevo el día después del aborto por aspiración o el día después de que se ha confirmado que el aborto médico ha dado resultado.
Pastillas sólo de Progestina	Las pastillas pueden entregarse el mismo día en que se practica el aborto. Se debe instruir a la mujer para que empiece con un paquete nuevo el día después del aborto por aspiración o el día después de que se ha confirmado que el aborto médico ha dado resultado.
Inyectables	El anticonceptivo inyectable puede administrarse al momento de realizar un aborto por aspiración o inmediatamente después de confirmar que se ha completado el aborto médico.
Implantes	Se pueden insertar durante la consulta médica en que la paciente acude a practicarse el aborto por aspiración, o inmediatamente después de confirmar que se ha completado el aborto médico.

DIU's	Se pueden insertar al término de un aborto por aspiración o inmediatamente después de confirmar que se ha completado el aborto médico.
Condomes, condones femeninos, diafragma, capuchón cervical	Pueden utilizarse inmediatamente después de un aborto.
Métodos de conocimiento del período fértil	Pueden utilizarse una vez que se ha reestablecido el patrón normal de sangrado
Esterilización	Puede programarse al momento de efectuar un aborto por aspiración o en cualquier momento después de un aborto médico. Es posible que en algunos lugares existan períodos de espera obligatorios para las pacientes dentro del Programa de Salud Medicaid.

Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

La AMEU puede ser el método que la mujer escoja como procedimiento para un aborto temprano, como también el tratamiento para el aborto espontáneo incompleto (pérdida).²⁷ La AMEU constituye además un método de apoyo apropiado para las pacientes que se han sometido a un aborto médico y que se ven en la necesidad de practicarse un aborto por aspiración. Se trata de un método simple que el personal médico capacitado puede realizar en diferentes lugares asistenciales.²⁸



- ▼ **Tratar o derivar a las pacientes que presenten efectos secundarios y complicaciones.** Después de un aborto médico puede presentarse un sangrado abundante. El manejo de las inquietudes que surgen a raíz de este sangrado es uno de los problemas más comunes que enfrentan los médicos y el personal de salud. Sin embargo, la mayoría del personal médico no considera que las llamadas para hacer consultas después del aborto signifiquen una carga.²⁴ A pesar de que las complicaciones graves son poco frecuentes, todo el personal debe estar capacitado para proporcionar cuidados de emergencia en caso de que sea necesario. Además, se requiere que los profesionales cuenten con la experiencia

que les permita diagnosticar un embarazo ectópico y tratarlo, o bien derivar a las pacientes para que sean atendidas en otro centro. (Ver recuadros en las páginas 3 y 9).

- ▼ **Asegurarse de que se cuenta con los elementos necesarios para practicar un aborto por aspiración en caso de que el aborto médico no tenga éxito.** En caso de que el aborto médico no tenga éxito, los médicos que no ofrecen la alternativa de aborto por aspiración deben derivar a sus pacientes a servicios adecuados. Lo anterior es de suma importancia dados los posibles efectos teratogénicos de las drogas que se utilizan para el aborto médico. La AMEU (aspiración manual endouterina) es el procedimiento más adecuado para tratar un aborto médico incompleto. Aquellos profesionales que actualmente no ofrecen el aborto por aspiración, deben considerar incorporarlo a su práctica, a fin de contar con un procedimiento de respaldo en caso de que el aborto médico falle (ver recuadro anterior). A pesar de que el procedimiento es relativamente simple, es necesario contar con capacitación integral (en el Apéndice C, se proporciona información acerca de las organizaciones que ofrecen capacitación). Aquellos médicos que no practiquen abortos por aspiración (incluida la AMEU) deben establecer procedimientos para derivar a sus pacientes. En la medida en que los médicos vayan ganando experiencia en la práctica del aborto médico, la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas después del aborto irá en descenso.²⁹
- ▼ **Proveer información anticonceptiva y servicios.** La mujer recupera la fertilidad casi inmediatamente después de un aborto. Por lo tanto, la provisión de información y de métodos de planificación familiar forma parte importante de la atención post-aborto. A pesar de que se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales por una o dos semanas después de haber abortado, la mayoría de los métodos de planificación familiar pueden comenzar a usarse inmediatamente después (ver Tabla 2). La pronta confirmación de que el aborto se ha completado permite el inicio oportuno de un método anticonceptivo. En caso de que la mujer esté expuesta a tener relaciones sexuales antes de la visita de seguimiento, se le debe aconsejar el uso del condón, y se debe informar a todas las pacientes acerca de la anticoncepción de emergencia en caso de necesitarla.

5 Creación de Servicios de Aborto Médico

La interrupción médica del embarazo temprano es un procedimiento simple que puede ser proporcionado en la consulta en la que el médico atiende habitualmente. La oferta de servicios de aborto médico puede contribuir a garantizar que la práctica se ajuste a la necesidad que tienen las mujeres de contar con una atención integral en salud reproductiva. Médicos de diferentes áreas han expresado su interés por ofrecer servicios de aborto médico. (Ver recuadro en la página 20)

Instalaciones, Equipamiento e Insumos

En general, los requisitos que se deben cumplir respecto de las instalaciones y equipamiento para practicar abortos médicos, son muy sencillos:

- ▼ Un cuarto privado para impartir consejería y realizar el examen físico;
- ▼ Drogas que se utilizan para un aborto médico;
- ▼ Kits que contengan pruebas de embarazo sensibles en orina e insumos para otros análisis de laboratorio;
- ▼ Acceso a un equipo de ultrasonido (sea en el mismo lugar o, en su defecto, en otro lugar al que se pueda derivar a las pacientes); y
- ▼ Equipos y medicamentos necesarios para tratar emergencias médicas (por ejemplo, una reacción alérgica), incluyendo un sistema para la administración de oxígeno, manejo de vías aéreas y epinefrina.³⁰

Es posible que también deban cumplirse las exigencias que rigen para el nivel local o estatal. (Ver *Aspectos Legales*, página 22). Como sucede con todo centro que ofrece servicios médicos, éste debe cumplir con las disposiciones del Acta de los Estados Unidos sobre Salud y Seguridad Ocupacional, OSHA (por sus siglas en inglés correspondientes a *Occupational Safety and Health Act*) en lo que se refiere a la protección del personal médico frente a la exposición a la sangre o a tejido humano.²⁵

A excepción del mifepristone, todas las drogas e insumos necesarios pueden adquirirse de la misma forma que cualquier otro insumo médico (ver Apéndice D). El mifepristone debe ser solicitado directamente a Laboratorios Danco. Al hacer el primer pedido, el proveedor de salud que emite la orden debe firmar un “Acuerdo por parte del Proveedor” que consta de una página, en la que describe brevemente sus calificaciones y afirma comprender las pautas para el uso de este producto. Los formularios requeridos se encuentran disponibles en inglés y pueden imprimirse directamente de la página web de Laboratorios Danco (visite el sitio www.earlyoptionpill.com, vaya a “Health Care Professionals” —y luego a “How to Order Mifeprex”). Envíe el formulario vía fax para hacer el pedido. Otra manera de obtener la información y los formularios es a través del siguiente número telefónico gratuito en los EE.UU: 1-877-432-7596 (1-877-4-Early Option).

Servicios para la Atención de Respaldo y Derivación

Aquellos profesionales que ofrecen servicios de aborto médico temprano deben estar disponibles para atender a sus pacientes durante las 24 horas, ya sea en el caso de que presenten una emergencia o les sobrevenga alguna inquietud. Es importante, también, que los profesionales cuenten con los elementos necesarios para practicar un aborto por aspiración eléctrica o una AMEU, o en su defecto, poder derivar a la paciente a un centro que sí cuente con estos servicios en caso de que el aborto médico resulte incompleto o no tenga éxito.

Aquellos médicos que piensan ofrecer el servicio de aborto por aspiración o AMEU deberán contar con lo siguiente:

- ▼ una habitación con espacio suficiente para llevar a cabo el procedimiento;
- ▼ un lugar cómodo donde la paciente pueda descansar después del procedimiento;
- ▼ el equipo y los conocimientos necesarios para el manejo adecuado de los instrumentos, para identificar los restos embrionarios o placentarios (un recipiente relativamente hondo y transparente, luz y agua), y para eliminar los desechos clínicos; y
- ▼ los medicamentos adecuados para usar en caso de emergencia.

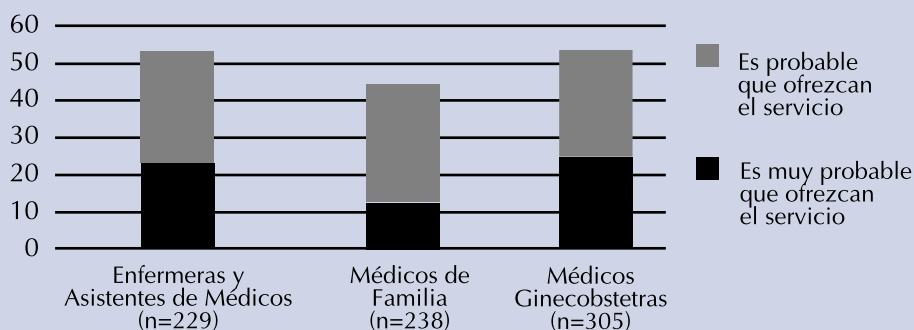
Aspectos Relativos a la Facturación y al Seguro Médico

La mayoría de los planes de las compañías de seguros y de *Medicaid* consideran el aborto con mifepristone como si se tratara de un aborto por aspiración (si el seguro cubre un aborto por aspiración, lo más probable es que también cubra un aborto con

mifepristone).³¹ Dado que actualmente no existe un código CPT (sigla en inglés CPT- *Current Procedural Terminology*) de la Asociación Médica Americana (AMA) específicamente para la interrupción médica de un embarazo de primer trimestre, cada elemento del procedimiento debe ser facturado por separado. La empresa que comercializa el mifepristone en los Estados Unidos está tratando de obtener el código CPT para que las compañías de seguro cubran el aborto médico con mifepristone. Algunos programas de *Medicaid* a nivel estatal han publicado instrucciones específicas para la facturación de servicios de aborto médico.

Personal Médico que Muestra Creciente Interés por Ofrecer Servicios de Aborto Médico

Personal Médico Interesado en Ofrecer Aborto con Mifepristone (Porcentaje)



Una encuesta telefónica representativa realizada a nivel nacional dentro de los Estados Unidos, en la que participaron ginecobstetras, médicos de familia, enfermeras y asistentes de médicos, reveló que muchos de los profesionales de la salud que no incluyen servicios de aborto en su práctica sí están interesados en ofrecer servicios para la interrupción médica del embarazo temprano.³²

Independientemente de las cláusulas que definen la cobertura de un aborto, generalmente el seguro también cubre las posibles complicaciones que puedan surgir.³³ Además, en caso de que el seguro no cubriera el procedimiento mismo, puede ser posible facturarle a la compañía de seguro las prestaciones realizadas por un laboratorio asociado, el ultrasonido y las consultas médicas.³³ En la Tabla 3 se sugieren algunos códigos de facturación.

Antes de iniciar la práctica de abortos médicos —al igual como sucede con cualquier servicio nuevo— los médicos deberán revisar con su compañía de seguros la cobertura que ésta les proporciona por concepto de negligencia médica.

Tabla 3. Códigos Sugeridos para la Facturación de Abortos Médicos

Códigos CPT	Venopunción	36415
eval/manejo de la paciente antigua, visita de nivel IV (visita 1 del protocolo con mifepristone)	Intervención quirúrgica debido a aborto incompleto	58812
99214	Aborto quirúrgico (D&C)	59840
eval/manejo de una paciente nueva, visita de nivel IV (visita 1 del protocolo con mifepristone)	Aborto quirúrgico (D&E)	59841
99204	Insumos y materiales proporcionados por el médico (medicamentos)	99070
Consejería y consentimiento informado (realizado por los médicos)	Códigos HCPCS ^(N del T)	
99402	Códigos para el reembolso de medicamentos	J8499 ó J3490
Visita médica (evaluación de seguimiento-visitas 2 y 3, dependiendo del protocolo)	Mifepristone, oral, 200 mg	S0190*
99213 ó 99214	Misoprostol, oral, 200 mcg	S0191*
Historial médico y examen físico (paciente nueva, nivel II)	El aborto inducido con asistencia médica por medio de la administración de medicamentos, incluidos todos los servicios y materiales utilizados, excepto los medicamentos (incluyendo, por ejemplo, la consejería, las visitas médicas, el diagnóstico de embarazo por medio del análisis de hCG, ultrasonido para confirmar el aborto	S0199*
99202		
Examen pélvico		
57410		
Ultrasonido vaginal		
76830		
Ultrasonido abdominal		
76815 ó 76805		
Determinación de grupo sanguíneo		
86901		
Hemoglobina		
85018		
Inmunoglobulina-D		
90742		

* Códigos HCPCS temporales para el sector privado en los EE.UU. Nota: los códigos “S” no son válidos para Medicare.

Fuentes: National Abortion Federation. *Fact Sheet: CPT Coding for Medical Abortion*. Washington, D.C.: National Abortion Federation (2001). Health Care Financing Administration. *2001 Temporary National HCPCS Coding Decisions for Implementation in 2001*. www.hcfa.gov/medicare/01hcptmp.htm (2001).

Nota del Traductor (N. del T): HCPCS son las siglas en inglés para “Health Care Financing Administration Common Procedure Coding System”. En español equivale al Sistema Común de Procedimiento de Codificación de Prestaciones Médicas.

Aspectos Legales

Los profesionales médicos deben ser asesorados por expertos en asuntos legales, con el objeto de evaluar las exigencias y las restricciones que cada estado o país aplique a su práctica y al centro en que trabajan. El Apéndice C incluye información sobre organizaciones que proveen asesoría en esta área. Entre los aspectos que hay que considerar se encuentran:

Consentimiento Informado

La rotulación del mifepristone indica que cada paciente debe recibir información sobre el producto y debe firmar un acuerdo (“Consentimiento por parte de la Paciente”). Si se va a usar un régimen alternativo basado en pruebas clínicas, la paciente deberá firmar además un “Consentimiento Adicional” que contiene:

- ▼ Información sobre el régimen alternativo y de qué manera éste difiere del régimen aprobado por la FDA;
- ▼ El acuerdo por parte de la paciente a que se use el régimen alternativo y no el régimen descrito en la Guía sobre el Producto y en el formulario de Consentimiento por parte de la Paciente;
- ▼ Información explícita que indique que—al firmar el Consentimiento Adicional—las cláusulas de éste prevalecerán sobre las del Consentimiento por parte de la Paciente;
- ▼ El compromiso por parte de la paciente a asistir a todas las visitas de seguimiento que sean necesarias y/o a autoadministrarse el misoprostol en casa, en caso de que así lo requiera el régimen acordado; y
- ▼ La información básica sobre los riesgos, beneficios y las opciones de atención médica durante el embarazo (en la rotulación del producto no se proporciona esta información).

Legislación específica para los médicos

Cuarenta y cuatro estados de los EE.UU. cuentan con una legislación “exclusiva para los médicos”, la cual limita la práctica de abortos médicos sólo a los médicos con licencia³⁴. Sin embargo, en muchos estados el lenguaje legislativo permite a ciertos profesionales de la salud, como por ejemplo, a asistentes de enfermería, enfermeras-matrnas y asistentes de médicos a prescribir y administrar medicamentos y a practicar procedimientos similares al aborto. Las disposiciones e interpretaciones específicas pueden variar según el estado y es recomendable buscar asesoría legal antes de comenzar la práctica del servicio.

Regulaciones específicas para los proveedores de servicios de aborto

En algunos estados existen leyes específicas que regulan las condiciones que deben cumplir los establecimientos en los que se realizan abortos, el personal médico autorizado para practicarlos, la acreditación con que debe contar dicho personal y los requerimientos de infraestructura. Muchas de estas leyes no se aplican a las consultas particulares de los médicos, en las que sólo se ofrecen abortos durante el primer trimestre de embarazo.^{35,36}

Informes Requeridos

La mayoría de los estados cuenta con una legislación que exige que el personal médico reporte ciertas estadísticas seleccionadas sobre aborto. La información acerca de los requisitos para estos reportes se encuentra disponible en el Departamento de Salud de cada estado.

Legislación sobre el examen de tejidos y la eliminación de los desechos

La legislación de varios estados exige un examen de los tejidos con el objeto de confirmar un aborto. Existen también otras leyes que estipulan el uso de métodos específicos para eliminar estos tejidos. Por el momento, no está claro si las leyes que exigen el examen de los tejidos se aplicarán también a la práctica del aborto médico (ya que el aborto con medicamentos no se realiza en un centro médico ni ocurre a una hora específica).

En otros estados, la misma legislación relativa a la provisión de servicios de aborto se aplica al aborto médico, incluyendo la autorización por parte de los padres para los casos en que sea necesario, los períodos de espera y las políticas sobre el consentimiento informado.

Abordar las preocupaciones del personal médico

Así como muchos trabajadores recibirán con agrado la oportunidad de proveer de más información y servicios a sus pacientes, los centros que vayan a incluir la práctica de abortos médicos deberán prepararse para abordar las preocupaciones de su personal. Un aspecto que generalmente preocupa a los trabajadores de la salud se refiere al posible aumento de la carga de trabajo a raíz de la necesidad de entregar educación y consejería sobre el aborto médico (el personal que ya tiene experiencia asegura que el trabajo extra no es una carga para ellos^{25,37}). Otra de las preocupaciones se relaciona con la seguridad, la que puede abordarse mejorando las instalaciones (de ser necesario), entregando capacitación y proporcionando apoyo. Es posible que

los médicos se encuentren con personal que manifieste objeciones por razones de conciencia. El código de ética de la Asociación Médica de los EE.UU (AMA) expresa que “el derecho que tiene un/una paciente a tomar sus propias decisiones sólo podrá ser ejercido eficientemente si el/la paciente cuenta con la suficiente información que le permita tomar una decisión inteligente... El médico tiene la obligación ética de ayudar al paciente a tomar una decisión de entre una gama de alternativas terapéuticas consistentes con una práctica médica intachable.”³⁸ Por lo anterior, es importante asegurarse de que el personal que provee atención o que deriva a pacientes, sea capaz de entregar apoyo sin emitir juicios.

Apéndices

Apéndice A

Métodos para la Interrupción del Embarazo Temprano: Una Revisión

Apéndice B

Preguntas Frecuentes acerca del Aborto Médico con Mifepristone

Apéndice C

Lista de Instituciones Vinculadas al Tema

Apéndice D

Información sobre el Producto

Apéndice A Métodos para la Interrupción del Embarazo Temprano: Una Revisión

	<i>Mifepristone & Misoprostol</i>	<i>Metotrexato & Misoprostol</i>	<i>Aspiración Manual Endouterina Temprana</i>
Mecanismo de acción	El mifepristone bloquea la progesterona, produciendo el adelgazamiento y desprendimiento del endometrio; el misoprostol produce contracciones uterinas que expulsan el embrión y el tejido placentario. ³⁹	El metotrexato detiene la división celular, por lo que es tóxico para el tejido trofoblástico; el misoprostol produce contracciones uterinas que expulsan el embrión y el tejido placentario. ³⁹	El cervix se abre con la ayuda de un dilatador o de misoprostol; luego, la cánula se acopla al dispositivo de aspiración manual para remover el embrión y el tejido placentario del útero. ⁴⁰
Edad gestacional recomendada	Régimen basado en pruebas clínicas: hasta los 63 días después de la FUM; Régimen aprobado por la FDA: hasta los 49 días después de la FUM. ²	Desde que se confirma el embarazo hasta 49 días después de la FUM. ³⁰	Desde la confirmación del embarazo hasta 84 días después de la FUM. ⁴¹
Dosis	Régimen basado en pruebas clínicas: 200 mg de mifepristone por vía oral seguido de 800 mcg de misoprostol 1-3 días más tarde por vía vaginal. ¹⁰ Régimen aprobado por la FDA: 600 mg de mifepristone por vía oral seguido de 400 mcg de misoprostol por vía oral 2 días después. ²	Metotrexato administrado por vía oral (50 mg) o por vía intramuscular (50mg/m ²) (dosis promedio 50-75 mg por vía intramuscular; 2-3 ml de solución de 25 mg/ml); 800 mcg de misoprostol administrado por vía vaginal a los 3 o 7 días después. ¹²	No se aplica.
Efectividad	Régimen basado en pruebas clínicas: cerca del 97%. ^{3,4} Régimen de la FDA: del 92% al 97%. ¹⁰	Del 94% al 96%	Del 97% al 99%
Visitas necesarias*	Evidencia clínica recomienda un régimen de dos visitas con el uso del misoprostol en casa. El régimen aprobado por la FDA especifica un número de tres visitas.	Es común un régimen de dos visitas, aunque en algunos casos se hace necesaria una tercera visita.	Una visita. En algunos casos podría ser necesaria una segunda visita.

	<i>Mifepristone & Misoprostol</i>	<i>Metotrexato & Misoprostol</i>	<i>Aspiración Manual Endouterina Temprana</i>
Efectos secundarios, complicaciones [†]	Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, fiebre o escalofríos, anemia (rara vez). Podría requerirse de un aborto por aspiración o, excepcionalmente, de una transfusión sanguínea. ¹⁶	Náusea, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, fiebre o escalofríos, estomatitis (rara vez), anemia (rara vez). Podría requerirse de un aborto por aspiración o, excepcionalmente de una transfusión sanguínea.	Complicaciones poco frecuentes son la pérdida excesiva de sangre, enfermedad inflamatoria pélvica, lesión del cervix, perforación del útero, hematometra aguda. ⁴²
Sangrado esperado	Un sangrado promedio de 13 días. ¹⁴	Un sangrado promedio de 10 a 17 días. ¹⁶	El patrón típico de sangrado es de 9 días. ⁴³
Embarazo ectópico	No es un tratamiento efectivo.	El tratamiento es efectivo en un 90% de los embarazos ectópicos tempranos de 3,5 cm o menos y con un β-hCG inicial menor a 5.000 mIU/ml. ¹⁵	Puede ser útil para diagnosticar embarazos ectópicos.
Visitas de seguimiento necesarias	La paciente debe regresar para que se confirme que se produjo el aborto. De no ser así, debe realizarse un aborto por aspiración.	La paciente debe regresar para que se confirme que se produjo el aborto. De no ser así, debe realizarse un aborto por aspiración.	Es necesaria una visita de seguimiento para confirmar si hubo aborto. De no haberse producido, es necesario realizar una reevaluación.
Teratogénesis	Mifepristone: sí se ha reportado. ^{††} Misoprostol: sí se ha reportado. ^{44, 45††}	Metotrexato: sí, en dosis usadas para el tratamiento del cáncer. ^{46, 47} Misoprostol: sí se ha reportado. ^{44, 45††}	No se aplica.
Estatus normativo	El mifepristone está aprobado por la FDA para la interrupción del embarazo temprano. El Misoprostol está aprobado por la FDA para otros usos.	Ambas drogas están aprobadas por la FDA para otros usos.	El instrumental utilizado para la AMEU se comercializa en EE.UU. bajo la categoría de suministros médicos.

* Puede ser necesario una visita adicional, dependiendo de los periodos de espera exigidos en cada estado.

† El sangrado y los calambres son efectos esperados en todo procedimiento abortivo.

†† Se ha informado de efectos teratogénicos; sin embargo, de existir alguna relación, aún no está clara.

Apéndice B

Preguntas Frecuentes acerca del Aborto Médico con Mifepristone

Las siguientes páginas contienen información general para las pacientes acerca del aborto médico con mifepristone (protocolo basado en pruebas clínicas). Las páginas están diseñadas de tal manera que puedan ser fotocopiadas por ambos lados, de modo de entregar una sola hoja a las pacientes. La información puede ser adaptada con el objeto de reflejar las diferencias en las prácticas y puede ser reproducida en otros formatos.

Preguntas Frecuentes sobre el Aborto Médico con Mifepristone

¿Qué es un aborto médico?

El aborto médico (a veces conocido como “la píldora abortiva” o aborto no quirúrgico) pone fin al embarazo mediante el uso de dos drogas: el mifepristone y el misoprostol. El mifepristone se administra por vía oral (se traga) y las tabletas de misoprostol pueden ser introducidas en la vagina para que se disuelvan, o bien pueden administrarse por vía oral. Estas drogas producen cambios en el revestimiento del útero (matriz) y contracciones musculares que finalmente expulsan el contenido uterino. La mayoría de las mujeres pueden sufrir calambres o sangrado similares a los que se presentan en un aborto espontáneo temprano o durante un período menstrual abundante.

¿En qué etapa del embarazo se puede realizar un aborto médico?

Se recomienda que el aborto médico sea practicado sólo durante las primeras semanas del embarazo. Puede realizarse tan pronto como el embarazo haya sido diagnosticado y hasta 63 días (9 semanas) después del primer día de la última menstruación normal. Es importante que las mujeres que estén considerando someterse a un aborto médico confirmen lo antes posible si están embarazadas.

¿Cuánto dura el proceso de un aborto médico?

El aborto médico consta de varias etapas y requiere de al menos dos visitas al médico. En la primera visita se confirma el embarazo y la paciente junto con su médico revisan la información sobre las opciones posibles. Después de que la paciente ha tomado una decisión, se somete a un breve examen físico y toma el primer medicamento (mifepristone). El segundo medicamento se introduce en la vagina 1 a 3 días después, lo que puede hacerse en casa. El aborto ocurre dentro de las 4 horas posteriores a la administración del segundo medicamento. Sin embargo, a veces puede demorar 24 horas o más. En algunos casos, se hace necesario que la paciente regrese a la clínica para que se le administre otra dosis. Una última visita de control con el médico deberá realizarse dentro de las 2 semanas siguientes.

¿Qué tan efectivo es el aborto médico?

El aborto médico tiene un 97% de efectividad. Esto significa que de cada 100 mujeres que toman los medicamentos, 97 de ellas tienen un aborto sin necesidad de recurrir a otro tratamiento médico. De los 100 casos, en sólo 3 de ellos el aborto es incompleto y se hace necesario practicar un aborto por aspiración. Una vez que se hayan tomado las drogas para inducir un aborto médico, el proceso debe completarse, ya que estas drogas pueden provocar defectos de nacimiento.

¿Qué tan seguro es el aborto médico?

El aborto médico es muy seguro. Las drogas que se emplean han sido ampliamente estudiadas y están aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA). Por más de 10 años, millones de mujeres en todo el mundo se han practicado abortos médicos de manera segura. Rara vez se presentan complicaciones. El sangrado abundante o prolongado es la complicación más común y ocurre en 1 de cada 100 pacientes. En algunos casos, para detener el sangrado, puede ser necesario practicar un aborto por aspiración. Son poco frecuentes las complicaciones que requieren de atención de emergencia. En los Estados Unidos, un

estudio reveló que en sólo 1 de 1.000 pacientes fue necesario practicar una transfusión sanguínea debido a un sangrado demasiado abundante. También existe la posibilidad de infección, pero es menos probable que ello ocurra en un aborto médico que en un aborto por aspiración.

¿Cuáles son los efectos secundarios de un aborto médico?

El sangrado vaginal y los calambres son efectos esperados luego de practicarse un aborto médico, e indican que las drogas sí han hecho efecto. Los problemas secundarios más comunes son: náuseas, vómitos y diarrea. Algunas mujeres también presentan dolor de cabeza, mareos y fiebre o escalofríos. Algunos de estos efectos pueden disminuirse utilizando analgésicos que no requieren de receta médica y/o medicamentos para aliviar las náuseas.

¿Cómo será el sangrado y cuánto durará?

La cantidad y la duración del sangrado después de un aborto médico son diferentes en cada mujer y depende del tiempo de embarazo. Por lo general, el sangrado y los calambres son más intensos que los que se presentan en un período menstrual abundante, con presencia de coágulos de sangre (a veces grandes) y, probablemente, algo de tejido gris y oscuro (a las 8 semanas, el producto tiene 1/2 a 3/4 pulgadas de largo [1,25 cm. a 1,87 cm], pero no puede observarse a simple vista). Generalmente las mujeres reportan sangrado durante un período de 13 días después de haber tomado los medicamentos.

¿Qué sucede después de un aborto médico?

El aborto médico no tiene efectos a largo plazo sobre la salud de la mujer. La mujer recupera rápidamente su fertilidad. Es probable que la ovulación se produzca dentro de las primeras dos o tres semanas después del aborto, por lo tanto es probable que la menstruación se presente a las dos semanas de ocurrida la ovulación. Es importante empezar a usar inmediatamente un método efectivo de planificación familiar.

¿Existe alguna opción diferente al aborto médico?

Sí; el aborto por aspiración, llamado también aborto quirúrgico. Éste puede realizarse durante el embarazo temprano y también después de las 9 semanas que marcan el límite para el aborto médico. En el aborto por aspiración se procede a dilatar levemente el cervix, para luego introducir un tubo hueco (cánula) a través del canal cervical hasta el útero. Posteriormente, se procede a aspirar para extraer los tejidos embrionarios o placentarios. El procedimiento toma de 5 a 10 minutos, puede llevarse a cabo en una consulta médica y tiene un 99% de efectividad. Por lo general, se usa anestesia local; la anestesia general no es necesaria. Si necesita más información sobre esta opción, consulte a su proveedor de servicios.

¿Es el aborto médico la mejor opción para todas las mujeres?

Cada mujer tiene una visión particular acerca de las ventajas o desventajas de una determinada alternativa para el aborto. Las mujeres que optan por el aborto médico dicen que lo hacen porque no desean someterse a una intervención quirúrgica ni a anestesia, pero sí desean tener una experiencia más “natural” y menos “invasora”, y participar más activamente en el proceso. Las mujeres que optan por el aborto por aspiración dicen que prefieren el método porque es rápido, simple y efectivo.

Apéndice C *Lista de Instituciones Vinculadas al Tema*

The Abortion Access Project

552 Massachusetts Avenue, Suite 215, Cambridge, MA 02139 (617) 661-1161 www.abortionaccess.org
Coalición de proveedores de atención médica para mujeres. Su labor es incrementar el acceso a los servicios de aborto, integrar el aborto al curriculum de los programas de las escuelas de medicina/enfermería, y educar al público para que considere el aborto como parte integral de la atención en salud. Materiales: *Advanced Practice Clinicians as Abortion Providers: A Guide to Researching the Legal Issues*; *Start a Hospital Access Campaign in Your Area: The Hospital Access Project Organizing Kit*; *Caring for the Woman with an Unplanned Pregnancy* (presentación en Power Point para estudiantes de enfermería); *Abortion Training: A Guide to Establishing an Effective Program at Your Facility*.

The Alan Guttmacher Institute

120 Wall street, 21st Floor, New York, NY 10005 (212) 248-1111 www.agi-usa.org
Este Instituto lleva a cabo análisis para fomentar el debate público, promover la toma informada de decisiones por parte de las personas, y estimular la creación de programas y políticas sólidas tanto en el sector público como en el privado. Materiales: *Sharing Responsibility: Women and Abortions Worldwide*; *The Status of Major Abortion-Related Laws in the States*; publicaciones científicas, informativos y extractos de políticas.

American College of Nurse Midwives

818 Connecticut Avenue, NW, Suite 900, Washington, DC 20006 (202) 728-9860 www.midwife.org
Es la organización que reconoce los programas de educación de las enfermeras matronas. Lleva a cabo investigación, promueve la educación continua, establece estándares para la práctica clínica y fomenta la educación en el campo de la creación de políticas. Materiales: *Life-Saving Skills Manual for Midwives*; *The Journal of Midwifery & Women's Health*; *Standards for the Practice of Nurse-Midwifery*; *Nurse-Midwifery Today: A Handbook of State Laws and Regulations*; y un calendario del embarazo.

American College of Obstetricians and Gynecologists

409 12th Street, SW, P.O. Box 96920, Washington, DC 20090-6920 (202) 638-5577 www.acog.org
Cuenta con 40.000 médicos afiliados. Promueve la calidad de la atención de salud para las mujeres, establece estándares para la práctica médica y la educación continua para sus miembros, promueve la educación para las/los pacientes y trabaja para incrementar la consciencia respecto de los constantes cambios que se suceden en el área de la atención de la mujer. Materiales: *Medical Management of Abortion (ACOG Practice Bulletin)*; *Induced Abortion: Important Medical Facts*; *Planning Your Pregnancy*; *Pregnancy Choices: Raising the Baby, Adoption, and Abortion*; *Guidelines for Perinatal Care, Fourth Edition*; and *Abdominal Ultrasound: Principles*.

American Medical Women's Association

801 North Fairfax Street, Suite 400, Alexandria, VA 22314-1767 (703) 838-0500 www.amwa-doc.org
Proporciona e imparte liderazgo, realiza advocacy ^{N del T}, ofrece educación y capacitación a 10.000 mujeres médicas afiliadas. La Iniciativa de Salud Reproductiva impulsada por la AMWA produce

*(N de T) Nota de la Traducción: al hablar de "advocacy", nos referimos al término en inglés que alude a la promoción, protección y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Dado que en América Latina el término "advocacy" es ampliamente usado, seguiremos empleando a través del texto el vocablo en inglés.

material educativo para ampliar la capacitación que reciben los estudiantes de medicina, particularmente en las áreas de anticoncepción, aborto, infertilidad, enfermedades de transmisión sexual y aspectos psicosociales. Materiales: *The Fourth-Year Elective Curriculum in Reproductive Health*; *Journal of American Medical Women's Association*, *The Woman's Complete Health Book*; *The American Medical Women's Association Guide to Pregnancy and Childbirth*.

Association of Reproductive Health Professionals

2401 Pennsylvania Avenue, NW, Suite 350, Washington, DC 20037-1718 (202)466-3825 www.arph.org
Proporciona servicios de salud y educación continua en el campo de la medicina, realiza proyectos de investigación e influye sobre las políticas de salud. Materiales: *Manual Vacuum Aspiration Slide and Lecture Presentation* (desarrollado en colaboración con Physicians for Reproductive Choice and Health PRCH e Ipas); *Choosing a Birth Control Method* (video, folleto y cuestionario en la página web), monografías clínicas; *Health and Sexuality Magazine*.

Center for Reproductive Health Research & Policy

UCSF, 3333 California Street, Suite 335, Box 0744,
San Francisco, CA 94143-0744 (415) 502-4086 <http://reprohealth.ucsf.edu>
Realiza un trabajo integrado de investigación, diseño de políticas, servicios clínicos y labores de capacitación en anticoncepción, aborto e infecciones de transmisión sexual. Materiales: *Manual Vacuum Aspiration in the Prevention and Treatment of Unsafe Abortion*, *Early Medical Abortion: Issues for Practice*.

Center for Reproductive Law and Policy

120 Wall Street, 14th Floor, New York, NY 10005 (917) 637-3600 www.crlp.org
Las actividades de este centro se enfocan en la discusión, análisis de políticas, investigación en aspectos legales y educación pública para avanzar hacia una mayor igualdad de las mujeres dentro de la sociedad y garantizarles el acceso a servicios de planificación familiar adecuados y que puedan escoger libremente. Materiales: *Roe v. Wade at 25* (video); *Reproductive Freedom News Providing Medical Abortion: Legal Issues of Relevance to Providers*; *Making Abortion Safe, Legal, and Accessible: A Toolkit for Action*; *Medical Abortion: Providing Medical Abortion Within the Limits of the Law*.

Clinicians for Choice

c/o The National Abortion Federation, 1755 Massachusetts Avenue, NW, Suite 600, Washington, DC 20036 (202)667-5881 www.cliniciansforchoice.org
Esta organización se dedica a la educación de médicos y público en general con respecto al papel que puede desempeñar el personal de salud para garantizar el acceso a los servicios de aborto. Materiales: *The Role of Physician Assistant, Nurse Practitioners, and Nurse-Midwives in Providing Abortions: Strategies for Expanding Abortion Access*, prácticas profesionales dentro de la organización; boletines informativos.

Consortium of Abortion Service Providers for Planned Parenthood Affiliates

Planned Parenthood of Southwest and Central Florida,
21-A 9th Street South, St. Petersburg, FL 33705 (727) 898-8199
Proporciona material para la capacitación clínica y asistencia técnica para el aborto médico y quirúrgico, primordialmente a los miembros de la organización Planned Parenthood. Materiales: *First Trimester Abortion* (video disponible en inglés y español); *Surgical Abortion Before Six Weeks Gestation* (video).

Ipas

300 Market Street, Suite 200, Chapel Hill, NC 27516 (919) 967-7052 (800) 334-8446 www.ipas.org
Esta institución elabora y distribuye instrumentos para realizar AMEU; proporciona material educativo y de capacitación en tecnologías de salud reproductiva; asimismo, realiza investigación y

proporciona herramientas de investigación e información para los diseñadores de políticas. Materiales: *Summary of Clinical and Programmatic Experience with Manual Vacuum Aspiration; Early Abortion Services: New Choices for Providers and Women; Manual Vacuum Aspiration Guide for Clinicians; The Counseling and Information Guide for Medical Abortion; Manual Vacuum Aspiration Slide and Lecture Presentation* (en colaboración con la Association of Reproductive Health Professionals ARHP y PRCH).

Medical Students for Choice

2041 Bancroft Way, Suite 201, Berkeley, CA 94704 (510) 540-1195 www.ms4c.org
Es una red de apoyo y recursos para las/los estudiantes y residentes de medicina en favor de la opción del aborto. Trabaja para reformar los currículos y la capacitación que se imparten en las escuelas de medicina, de modo de incluir el aborto y la salud reproductiva. Materiales: *On-line Ob/Gyn Residency Guide; Medical Students & Abortion Education: Questions & Answers*; Programa de Capacitación en Salud Reproductiva.

National Abortion and Reproductive Rights Action League

1156 15th Street, NW, Suite 700, Washington, DC 20005 (202) 973-3000 www.naral.org
Esta organización realiza investigación y análisis de los aspectos legales, ofrece capacitación a la ciudadanía en general y a funcionarios públicos con respecto a los derechos reproductivos y a temas de salud; apoya la elección de candidatos en favor del aborto en todos los niveles de la escala del gobierno. Materiales: *Who Decides? A State-by-State Review of Abortion and Reproductive Rights 2000; The Difference Between Emergency Contraception (ECPs) and Early Abortion Options; What You Should Know About Mifeprax; Singling Out Abortion Providers for Onerous and Unnecessary Regulation*.

National Abortion Federation

1755 Massachusetts Avenue, NW, Suite 600, Washington DC 20036 (202) 667-581 www.prochoice.org
Asociación de profesionales que ofrecen el servicio de aborto en los Estados Unidos y Canadá. Trabaja para garantizar la seguridad y calidad de la práctica del aborto de acuerdo a estándares de atención, protocolos, pautas de políticas clínicas, programas para mejorar la calidad de los servicios y de la educación médica continua. También educa al público y a los diseñadores de políticas acerca de la práctica del aborto. Materiales: *Early Options: A Provider's Guide to Medical Abortion; Early Medical Abortion with Mifepristone or Methotrexate: Overview and Protocol Recommendations; Clinical Training Curriculum in Abortion Practice; A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion; Clinical Policy Guidelines*.

National Women's Health Network

514 10th Street, NW, Suite 400, Washington, DC 20004 (202) 347-1140 www.womenshealthnetwork.org
Esta organización trabaja para fortalecer la opinión de las mujeres dentro del sistema de atención en salud de los Estados Unidos, aboga para mejorar la política federal relativa a la salud de las mujeres y provee información y recursos con el objetivo de ayudarlas a tomar las decisiones correctas en cuanto a la atención en salud. Materiales: *Diagnostic Ultrasound Imaging in Pregnancy; Mifepristone and Misoprostol for Early Abortion; Abortion and Breast Cancer*.

National Women's Law Center

11 Dupont Circle, NW, Suite 800, Washington, DC 20036 (202) 588-5180 www.nwlc.org
Difunde entre los diseñadores de políticas, los abogados y el público en general aquellos aspectos que preocupan a la mujer. Realiza esta labor a través de la investigación en políticas públicas, el seguimiento y el análisis. Asimismo, se dedica al litigio, defensa y creación de coaliciones y, además, imparte educación al público. Materiales: *Making the Grade on Women's Health: A National and State-by-State Report Card; Health Care Provider Merger Resources and Tools; Hospital Mergers and the Threat to Women's Reproductive Health Services: Using Antitrust Laws to Fight Back*.

Pacific Institute for Women's Health

2999 Overland Avenue, Suite 111, Los Angeles, CA 90064 (310) 842-6828 www.piwh.org
Su labor se centra en la creación de puentes entre grupos que promueven la salud de la mujer dentro y fuera del país, y entre investigadores, clínicos, diseñadores de políticas y activistas. Para lograr este objetivo, la organización se vale de actividades de advocacy, capacitación, participación de la comunidad, investigación aplicada y evaluación. Materiales: *A Clinician's Guide to Providing Emergency Contraceptive Pills*; *California Guidelines for Pharmacies Providing Family Planning Services to the Community*; *From Secret to Shelf: How Collaboration is Bringing Emergency Contraception to Women*; *Community Level Dynamics of Unsafe Abortion in Western Kenya and Opportunities for Prevention*.

Physicians for Reproductive Choice and Health

55 West 39th Street, 10th Floor, New York, NY 10018 (646) 366-1890 www.prch.org
La institución trabaja para que los médicos que se sienten realmente comprometidos con el tema desempeñen un papel más activo y visible a favor de la salud reproductiva a nivel mundial. Proporciona educación continua y otros recursos a aquellos médicos que apoyan la práctica del aborto. Materiales: *The Manual Vacuum Aspiration (MVA) Presentation* (co-producido con ARHP e Ipas); *Why I Provide Abortions*; *Medical Abortion Slide and Lecture Presentation*; *Reproductive Health Resource Guide 2000*; *Minor's Rights to Reproductive Health Care* (tarjetas plastificadas con información resumida para los proveedores de los Estados de Georgia, New Jersey, New York y Pennsylvania).

Planned Parenthood Federation of America

810 Seventh Avenue, New York, NY 10019
(212) 541-7800 (800) 230-PLAN www.plannedparenthood.org
Provee servicios de salud reproductiva y otros servicios complementarios, aboga por la defensa de los derechos reproductivos y promueve los temas relacionados con la salud reproductiva. Proporciona asistencia técnica y capacitación a sus afiliados. Materiales: *Medical Abortion: Questions and Answers*; *A Social Contract: The Abortion Provider Crisis* (video).

Planned Parenthood of New York City, Inc.

26 Bleeker Street, New York, New York 10012 (212) 274-7200 www.ppnyc.org
Proporciona servicios clínicos, educación, advocacy y capacitación a profesionales en el área del aborto quirúrgico y médico, anticoncepción de emergencia y consejería en temas de anticoncepción. Materiales: *Counseling Guide for Clinicians Offering Medical Abortion*; *A Physician's Guide to Patient-Centered Care: Providing Support to Women During First-Trimester Abortion Procedures*; *Surgical Abortion Procedures*; *Surgical Abortion Education Curriculum*; *New Choices: Medical Abortion*; *Counseling for Medical Abortion* (video).

Population Council

1 Dag Hammarskjold Plaza, New York, New York 10017 (212) 339-0500 www.popcouncil.org
Realiza investigación en una amplia gama de temas relacionados con asuntos de población, incluidas las áreas de biomedicina, las ciencias sociales y la salud pública. En los EE.UU. llevó a cabo ensayos clínicos del mifepristone y patrocinó la solicitud de aprobación del mifepristone ante la FDA. Materiales: *Abortion: Expanding Access and Improving Quality*; *Acceptability of First Trimester Medical Abortion*; *Is Medical Abortion Acceptable to all American Women?*; *Misoprostol Alone—A New Method of Medical Abortion?*

ProChoice Resource Center

16 Willett Avenue, Port Chester, NY 10573 (914) 690-0938 www.prochoiceresource.org
Ofrece capacitación y asistencia técnica a las organizaciones de base, de manera que éstas puedan contrarrestar las iniciativas contra el aborto, fomentar el apoyo de la comunidad en temas relacionados

con los derechos reproductivos, y crear políticas que protejan la salud de la mujer. Materiales: *Conscientious Exemptions; Co-opting Conscience: The Dangerous Evolution of Conscience Clauses in American Health Care Policy; ProChoice Matters*.

Reproductive Health Technologies Project

C/o Bass and Howes, P.O. Box 33344, Washington, DC 20033 (202) 530-2900 www.rhttp.org
Procura crear apoyo para un programa de investigación que promueva el desarrollo de opciones para la interrupción médica del embarazo temprano; proporciona información a los medios de comunicación, a los diseñadores de políticas, y al público en general con respecto a la interrupción del embarazo temprano. Asimismo, organiza encuentros que congreguen a representantes de la industria farmacéutica, de la industria productora de insumos médicos, y a defensores de los consumidores, con el objeto de desarrollar estrategias que permitan un mayor acceso al aborto temprano. Material: kit informativo acerca de las opciones de aborto temprano; *Facts About Fertility*.

Kenneth J. Ryan Residency Training Program in Abortion & Family Planning

UCSF, 3333 California street, Suite 335, Box 0744,
San Francisco, CA 94143-0744 (415) 502-4091 www.familyplanningfellowship.org
Colabora en la creación de programas de capacitación para residentes y proporciona asistencia técnica para la creación de servicios de aborto y planificación familiar, incluyendo planes de negocio, material de capacitación, herramientas de evaluación y apoyo financiero inicial. Materiales: *Medical Abortion Information Packet; Centro de Voceros Expertos* para mesas redondas y presentaciones; *Model In-Hospital Residency Training Program*.

Grupo de Información en Reproducción Elegida - GIRE

Viena 160, Colonia del Carmen, Coyoacán,
México, Distrito Federal 04100 (52) 565 866 84 www.gire.org.mx
Gire es una asociación civil sin fines de lucro, fundada en 1992. Su objetivo principal es acopiar, procesar y difundir información relacionada con los derechos reproductivos. También desarrolla actividades de capacitación, de gestoría y de defensa de estos derechos, entre los que se cuenta el derecho al aborto por decisión de la mujer. Materiales: *Miradas sobre el Aborto, Boletín Trimestral sobre reproducción elegida, Hojas Informativas, Carpeta: Sexualidad y derechos reproductivos*.

Apéndice D Información sobre el Producto

Este apéndice contiene información sobre algunos proveedores que suministran los medicamentos, insumos y equipamiento utilizados en la práctica de abortos tempranos. El hecho de que aparezca un proveedor en esta lista no implica que las autoras o el Centro de la UCSF les esté otorgando su respaldo.

Medicamentos

Metotrexato

Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals
900 Ridgeway Road
Ridgefield, CT 06877-0368 / (203) 798-9988
www.boehringer-ingelheim.com

Immunex Corporation
51 University Street
Seattle, WA 98101 / (206) 587-0430
www.immunex.com

Lederle American Home Products Corporation
Five Giralda Farm
Madison, NJ 07940 / (973) 660-5000
www.ahp.com

Mifepristone

Danco Laboratories, L.L.C.
P.O. Box 4816
New York, NY 10185 / (877) 432-7596
www.earlyoptionpill.com

Misoprostol

Pharmacia
Route 206 North
Peapack, NJ 07977 / (908) 901-8000
www.pharmacia.com

Otras fuentes de insumos

Los miembros de la Asociación Nacional por el Aborto (NAF, por sus siglas en inglés) pueden adquirir los medicamentos e insumos a un precio menor a través de la NAF.

National Abortion Federation
1755 Massachusetts Avenue, NW, Suite 600
Washington, D.C. 20036 / (202) 667-5881
www.prochoice.org

Insumos

Allegiance Healthcare Corporation
Cardinal Health Company
1430 Waukegan road
McGaw Park, IL 60085 / (800) 964-5227
www.allegiance.net

Bergenbrunswick Corporation
4000 Metropolitan drive
Orange, CA 92863-5915 / (714) 385-4000
www.bergenbrunswick.com

Equipamiento

Berkeley Medevices, Inc.
1330 South 51st Street
Richmond, CA 94804 / (800) 227-2388
www.berkeleymedevices.com

Ipas
300 market Street, Suite 200
Chapel Hill, NC 27516
(919) 967-7052; (800) 334-8446
www.ipas.org

MedGyn Products, Inc.
328 North Eisenhower lane
Lombard, IL 60148
(800) 451-9667, (630) 627-4105

Milex products, Inc.
4311 N. Normandy Ave.
Chicago, IL 60634
(773) 736-5500; (800) 621-1278
www.milexproducts.com

Referencias

1. Paul M, Schaff E, Nichols M. “The roles of clinical assessment, human chorionic-gonadotropin assays, and ultrasonography in medical abortion practice”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183 (2), 2000, pp. 34–43.
2. Federal Drug Administration. Approval letter for mifepristone. Washington, D.C., Federal Drug Administration, 28 de Septiembre, 2000. Está disponible en línea en www.fda.gov/cder/drug/infopage/mifepristone (September 28, 2000).
3. Ashok P, Penney G, Flett G, Templeton A. “An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases”, *Human Reproduction*, 13 (10), 1998, pp. 2962–265
4. Schaff EA, Eisinger SH, Stadalius LS, Franks P, Gore BZ, Poppema S. “Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion”, *Contraception*, 59 (1), 1999, pp. 1–6.
5. Schaff EA, Fielding SL, Eisinger SH, Stadalius LS, Fuller L. “Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days”, *Contraception*, 61 (1), 2000, pp. 41–46.
6. El-Refaey H, Rajasekar M, Abdalla M, Calder L, Templeton A. “Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol”, *New England Journal of Medicine*, 322 (15), abril de 1995, pp. 983–987.
7. Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH, Franks P. “Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU 486) for abortion”, *Journal of Family Practice*, 44 (4), 1997, pp. 353–360.
8. Schaff EA, Fielding DL, Westhoff C, Ellertson C, Eisinger SH, Stadalius LS, Fuller L. “Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial”, *Journal of the American Medical Association*, 284 (15), 18 de octubre de 2000, pp. 1948–1953.
9. World Health Organization Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility

- Regulation. "Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: A randomized trial", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107 (4), 2000, pp. 524-230.
10. Newhall EP, Winikoff B. "Abortion with mifepristone and misoprostol: regimens, efficacy, acceptability and future directions", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183 (2), 2000, S44-S53.
 11. Food and Drug Administration. "Use of approved drugs for unlabeled indications", *FDA Bulletin*, 12 (1), 1982, pp. 4-5.
 12. National Abortion Federation. *Early Medical Abortion with Methotrexate or Mifepristone: Overview and Protocol Recommendations*, Washington, D.C., National Abortion Federation 2001.
 13. Elul B, Pearlman E, Sorhaindo A, *et al.* "In-depth interviews with medical abortion clients: thoughts on the method and home administration of misoprostol", *Journal of the American Medical Women's Association*, 55 (3), suplemento del 2000, pp. 169-172.
 14. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, *et al.* "Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States", *New England Journal of Medicine*, 338 (18), 1998, pp. 1241-1247.
 15. Lipscomb G, Stovall T, Ling F. "Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy", *New England Journal of Medicine*, 343 (18), 2000, pp. 1325-1329.
 16. Kruse B, Poppema S, Creinin M, *et al.* "Management of side effects and complications in medical abortion", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183 (2), 2000, pp. S65-S75.
 17. World Health Organization Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. "Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone", *British Medical Journal*, 307(6903), 1993, pp. 532-537.
 18. Kahn J, Becker BJ, MacIsaac L, *et al.* "The efficacy of medical abortion: a meta-analysis", *Contraception*, 61(1), 2000, pp. 29-40.
 19. Coelho HL, Teixeira AC, Santos AP, *et al.* "Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil", *Lancet*, 341(8855), 1993, pp. 1261-1263.
 20. Barbosa RM, Arilha M. "The Brazilian experience with Cytotec", *Studies in Family Planning*, 24 (4), 1993, pp. 236-240.
 21. Rosing M, Archbald C. "The knowledge, acceptability, and use of misoprostol for self-induced medical abortion in an urban U.S. population", *Journal of the American Medical Women's Association*, 55 (3), suplemento de 2000, pp. 183-185.
 22. Carbonell JL, Varela L, Velazco A, *et al.* "Early abortion with 800 µg of misoprostol by vaginal route", *Contraception*, 59 (4), 1999, pp. 219 -25.

23. Pymar H, Creinin M. "Alternatives to mifepristone regimens for medical abortion", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183 (2), 2000, pp. S54-64.
24. Breitbart V, Repass DC. "The counseling component of medical abortion", *Journal of the American Medical Women's Association*, 55 (3), Suplemento en 2000, pp. 164-166.
25. Breitbart V, Rogers MK, VanDerhei D. "Medical abortion service delivery", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 183 (2), pp. S16-24.
26. Baker A, Beresford T, Halvorson-Boyd G, *et al.* "Informed consent, counseling, and patient preparation", en Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, *et al.*, eds. *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*, New York, Churchill Livingstone, 1999, pp. 25-37.
27. Blumenthal PD, Remsburg RE. "A time and cost analysis of the management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 45 (3), 1994, pp. 261-267.
28. Westfall JM, Sophocles A, Burgraff H, Ellis S. "Manual vacuum aspiration for first trimester abortion", *Archives of Family Medicine*, 7 (6), 1998, pp. 559-562.
29. Borgatta L, Burnhill M, Haskell S, *et al.* "Instituting medical abortion services: changes in outcome and acceptability related to provider experience", *Journal of the American Medical Women's Association*, 55 (3), suplemento del 2000, pp. 173-76.
30. National Abortion Federation. *Clinical Policy Guidelines*, Washington, D.C., National Abortion Federation, 2001.
31. National Abortion Federation. *Fact Sheet: CPT Coding for Medical Abortion*, Washington, D.C., National Abortion Federation, 2001.
32. "National Abortion Federation and Consortium of Abortion Providers. Medical abortion administrative issues: medical abortion CPT codes" en *Medical Abortion: A Guide for Staff Training*, Washington, D.C., National Abortion Federation y Consortium of Abortion Providers, 2000.
33. Koenig J, Tapias MP, Hoff T, *et al.* "Are U.S. health professionals likely to prescribe mifepristone or methotrexate?", *Journal of the American Medical Women's Association*, 55 (3), suplemento del 2000, pp. 155-60.
34. Borgmann C, Jones BS. "Legal issues in the provision of medical abortion", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183 (2), suplemento del 2000, pp. S84-94.
35. Jones BS, Heller S. "Providing medical abortion: legal issues of relevance to providers", *Journal of the American Medical Women's Association*, 55 (3), suplemento del 2000, pp. 145-50.

36. Saul R. "Abortion reporting in the United States: an examination of the federal-state partnership", *Family Planning Perspectives*, 30 (5), septiembre/octubre 1998, pp. 244-247.
37. Benson J, Clark KA, Gerhardt A, Randall L, Dudley S. *Early Abortion Services in the United States: Ensuring Service Availability, Remaining on the Cutting Edge of Technology and Responding to Client Demand* (final study report), Chapel Hill, NC: Ipas, Consortium of Planned Parenthood Abortion Providers y National Abortion Federation, 2001.
38. American Medical Association. *Principles of Medical Ethics of the American Medical Association: 1996-1997*, Chicago, American Medical Association, 1997.
39. Baird D. "Mode of action of medical methods of abortion", *Journal of the American Medical Women's Association*, suplemento en 2000, 55 (3), pp. 121-126.
40. Edwards J, Darney P, Paul M. "Surgical abortion in the first trimester", en Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, *et al.*, eds. *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*, Nueva York, Churchill Livingstone, 1999, pp. 107-121.
41. Edwards J, Creinin MD. "Surgical abortion for gestations of less than six weeks", *Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility*, 20 (1), enero/febrero 1997, pp. 11-19.
42. Policar M. "Management of surgical abortion complications", en Policar M, Pollack A, Nicolas C, *et al.*, eds. *Principles of Abortion Care: A Curriculum for Physician's Assistants and Advanced Practice Nurses*, Washington, D.C., National Abortion Federation, 1999.
43. Creinin M, Aubény E. "Medical abortion in early pregnancy", en Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, *et al.*, eds. *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*, Nueva York, Churchill Livingstone, 1999, pp. 91-106.
44. Fonseca W, Alencar AJC, Mota FSB, Coelho HLL. "Misoprostol and congenital malformations", *Lancet*, 338 (8758), 1991, p. 56.
45. Gonzalez CH, Marques-Dias MJ, Kim CA, *et al.* "Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy", *Lancet*, 351 (9116), 1998, pp. 1624-1627.
46. Darab DJ, Minkoff R, Sciote J, Sulik KK. "Pathenogenesis of median facial clefts in mice treated with methotrexate", *Teratology*, 36 (1), 1987, pp. 77-86.
47. Kozlowski RD, Steinbrunner JV, MacKenzie AH, *et al.* "Outcome of first-trimester exposure to low-dose methotrexate in eight patients with rheumatic disease", *American Journal of Medicine*, 88 (6), pp. 589-592.

