

- Contraception 1996; 53: 321-7.
- 5) Creinin MD. Oral methotrexate and vaginal misoprostol for early abortion. Contraception 1996; 54: 15-8.
 - 6) Carbonell JLL, Varela L, Velazco A, Cabezas E, Fernández C, Sanchez C. Oral methotrexate and vaginal misoprostol for early abortion. Contraception 1997; 57: 83-8.
 - 7) Carbonell JLL, Varela L, Velazco A, Cabezas E, Fernández C, Sanchez C. 25 or 50 mg of oral methotrexate followed by vaginal misoprostol seven days later for early abortion. Obst Gynecol Invest 1999; 153: 1410-8.
 - 8) Carbonell JLL, Velazco A, Varela L, Cabezas E, Fernández C, Sanchez C. Misoprostol 3,4,5 days after methotrexate for early abortion. Contraception 1997; 56: 169-174.
 - 9) Carbonell JLL, Varela L, Velazco A, Fernández C. The use of misoprostol for termination of early pregnancy. Contraception 1997; 55: 165-8.
 - 10) Carbonell JLL, Varela L, Velazco A, Fernández C, Sanchez C. The use of misoprostol for abortion at (9 weeks' gestation. Eur J Contrac rep Health C 1997; 2: 181-5.
 - 11) Carbonell JLL, Varela L, Velazco A, Tanda R, Sanchez C. Vaginal misoprostol early second trimester abortion. Eur J Contrac Rep Health Care 1998; 3: 93-8.

T027

¿ABORTO FARMACOLOGICO?

Dr. Santiago Barambio i Bermudez.

Vicepresidente de Societat Catalana de Contracepció.

Jefe del Servicio de Ginecología de Clínica D'Ara – Tutor Médica.

Permítanme que les explique una historia.

Una habitante de Barcelona, se dirige a una agencia de viajes y le explica al operador que está muy angustiada, porque tiene que ir a Madrid a resolver un problema familiar, pero además no quiere que nadie sepa su problema y por lo tanto tiene que pasar desapercibido en su casa en su trabajo etc., además no tiene mucho dinero y tiene que ser un día determinado de la semana.

El operador podría decirle que coja un avión del puente aéreo por la mañana, resuelva su problema y vuelva de nuevo el mismo día. Lo puede hacer cualquier día y no necesita hacer mas gasto que el avión y el transporte público de acceso a los aeropuertos, porque le darán de comer a bordo.

Sorprendentemente el operador de viajes le recomienda que se compre unos zapatos especiales para andar y una mochila, compre víveres para diez o doce días y se vaya andando, que además prepare unas cuantas excusas para su entorno labo-

ral y familiar, también le recomienda que no lo haga en determinados días por el riesgo que supone el tráfico rodado y le da una serie de direcciones de centros médicos por si se le llagan los pies o se tuerce un tobillo pero le resalta que aunque tardará más y le saldrá más caro, andar es un método mas natural que el avión y que se sentirá mas autosuficiente y satisfecha de la gesta personal que habrá realizado, obviando además el pequeño riesgo que tiene de sufrir un accidente aéreo.

Establezcan ustedes mismos el paralelismo.

INTRODUCCION

Ultimamente los métodos farmacológicos han empezado a tener más presencia en la actuación médica para la interrupción del embarazo, al mismo tiempo que los centros hospitalarios y públicos han empezado a dar este servicio.

Ya teníamos unos métodos bien conocidos y experimentados para hacerlo, desarrollados por centros extrahospitalarios y normalmente privados, pero estos métodos tienen el "pecado" de utilizar, aparte del legrado convencional, una metodología y un instrumental que no es conocido por todo profesional de la medicina, incluidos los ginecólogos, porque el conocimiento no se ha desarrollado desde los hospitales docentes, si no que lo han puesto en utilización prácticos interesados en solventar el problema. Así se han desarrollado el legrado aspiración (método Karman) y la dilatación y evacuación (D&E) que necesitan un utillaje y una formación técnica específica, no explicada ni enseñada, en la formación médica ni ginecológica.

Los métodos farmacológicos aportan la ventaja, aparente, de que con sustancias farmacológicas provocamos una situación que es "de libro" y en consecuencia, no tenemos que aprender nada nuevo, pudiendo actuar con un entorno conocido al margen de sí, "lo otro", es mejor desde algún punto de vista. Así, provocamos un aborto en el primer trimestre y si resulta que se convierte en un aborto en curso o incompleto, legramos y "estamos haciendo lo de siempre". En el segundo trimestre, lo mismo, provocamos un aborto/parto prematuro y atendemos el expulsivo. Todo ello con determinados costes económicos y también con su riesgo, tiempo y molestias.

Sin embargo debemos tener en cuenta la legislación vigente y otros factores.

LEGISLACION

La Ley General de Sanidad dice: (1) En su art. 10, apart. 5 "El usuario tiene derecho a que se le dé en términos comprensibles a, él o a sus familiares o allegados, información completa y continuada verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento".

En la misma ley y artículo el apartado 6 dice: "Ala libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo con-

sentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención.....”

El Derecho 8.1 de la CARTA de la IPPF dice: (2) “Todas las mujeres tienen derecho al acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para la protección de la salud reproductiva, la maternidad segura, y el aborto seguro”.

Por lo tanto debemos informar desapasionadamente y sin tendenciosidad a la paciente de todas las alternativas a su problema, con las ventajas e inconvenientes de cada método, al margen de si nosotros dominamos o no la técnica, o se podría considerar que no se está actuando conforme a la ley, la paciente decidirá en función de sus condiciones, necesidades y la información, qué método prefiere.

Para dar esta información correctamente, debemos tener en cuenta que riesgos y eficacia puede esperar la paciente al someterse a un método, la dedicación en tiempo que la paciente deberá prever para solucionar su problema, las molestias que le ocasionará y los costes, calculando para evaluar correctamente estos, no solo el coste vivo del procedimiento sino también, el coste infraestructural necesario, para poder efectuarlo.

RIESGOS Y EFICACIA

Como vemos en la Tabla 1. los métodos que ofrecen más eficacia son los instrumentales, obviamente en manos expertas, pues garantizan que la evacuación uterina se realizará, cosa que no pueden garantizar los métodos farmacológicos que presentan tasas diferentes de fracaso, según autores y valoración de lo que es un fracaso. Por otro lado, los métodos instrumentales presentan en la literatura la tasa de complicaciones mas baja. En los EEUU Abortion Surveillance (CDC) publica en 1994 que desde el 1974 al 1990 se paso de una utilización de la DyE, en 2º trimestre del 34% al 90%. Este incremento se debió a la constatación de que la DyE presenta una tasa de complicaciones mayores, no superior al 0,7%. En la revisión preliminar del 1991, sobre 1.388.937 casos, el 99% se habían realizado por aspiración o DyE.

La Aspiración, con personal entrenado, refiere un nivel de complicación muy bajo, podemos aportar nuestras propias cifras de Clinica D'Ara - Tutor Medica, donde se evidencia la importancia de que el personal tenga experiencia, en las primeras 1500 intervenciones, las complicaciones entre menores y mayores fueron del 2.26%, en un control posterior de 2000 casos se registró un nivel de complicaciones del 0.75% (3).

También en la DyE se puede observar lo mismo, en nuestra actividad en CLINICA D'ARA -TUTOR MEDICA, hasta los173 casos teníamos un número de complicaciones del 2.31%, cuando se llegó a los 228 acumulábamos el 1.4% y al llegar a los 1126 se acumulaba el 0.89% entre menores y mayores.

Entendemos por:

Complicaciones menores: Fiebre de 24 horas, reintervención programada, amenorrea y perforaciones no accidentadas.

Las complicaciones mayores: E.I.P., transfusión y cirugía no prevista.

Debemos así mismo advertir a la paciente, del riesgo de teratogenia (23) una vez administrados los fármacos abortifacientes, por lo que en caso de fracaso de los métodos farmacológicos, se impone el aborto provocado instrumental.

TIEMPO DEDICADO

El tiempo que deberá dedicar la paciente a la realización del proceso, es también un factor importante de la información que le debemos proporcionar, puesto que deberá inexorablemente adecuar sus planes, durante horas o días según el método que se vaya a utilizar, como vemos en las Tablas 2 y 3, lo cual implica a su vida personal y laboral y compromete en menor o mayor grado la privacidad del hecho.

CONFORT

Las molestias que le ocasionará el método escogido, también deben ser tenidas en cuenta.

En la aspiración hasta las 12-13 semanas, con anestesia local, tendrá las molestias de su aplicación y unos segundos al final de la evacuación, que en ocasiones se prolonga unos minutos, controlándose bien con Diclofenaco, normalmente no hay más, aunque algunas pacientes pueden presentar los días siguientes alguna molestia, como la menstrual, en algunos momentos, sobre todo cuando se administran ergóticos durante unos días.

En la aspiración con sedación consciente, la paciente lo refiere como un proceso que le ha resultado plácido y puede presentar alguna molestia tipo menstrual los días posteriores en algún momento, mas si se han administrado ergóticos cinco días.

La DyE, si bien hay prácticos que la realizan con anestesia local, nuestro grupo lo practica con sedación consciente, en este caso también lo refiere como un proceso que le ha resultado plácido y puede presentar alguna molestia tipo menstrual los días posteriores en algún momento, en especial con ergóticos postprocedimiento.

Por el contrario, los métodos farmacológicos todos presentan molestias que duran durante horas. En nuestro centro hemos recogido los siguientes efectos colaterales en 200 casos, ver Tabla 4, incluso menos llamativos que en otros estudios. Algunos autores refieren la necesidad de anestesia locoregional peridural como paliativo.

Cuando se asocian métodos farmacológicos e instrumentales, la paciente también sufre los inconvenientes de las acciones colaterales de aquellos, pero los más molestos, como el dolor, disminuyen o desaparecen cuando se evacua el útero.

INFRAESTRUCTURA Y COSTES

Si estamos provocando un aborto con fármacos y además tenemos a la usuaria fuera de nuestro control directo, como hacen en algunos lugares, debemos res-

tringir este acto a las mujeres que estén a un tiempo no superior a 30 minutos de nuestro centro o de uno cualificado y disponer de un teléfono de atención 24 horas, para cualquier duda, si además se está utilizando el Mifepristone, se deberá explicar a la mujer que puede, con una probabilidad del 2-3%, abortar durante las 36-48 horas siguientes, antes de la instauración de la prostaglandina y en cualquier momento durante las distintas líneas que se instauren de ésta. Por lo tanto durante todo el proceso la paciente, está expuesta a la expulsión y a sangrado. Por ello no puede plantearse abordar la vida con normalidad, mientras no haya terminado todo el proceso y se haya constatado que la expulsión ha sido completa. Todo y con ello en un porcentaje de casos, mayor o menor según criterios, será necesario un legrado.

Dadas las horas que puede durar el proceso y que no son cuantificables "a priori," debe disponerse de un servicio ginecológico con ecografía y anestesia los cuatro días o más después de iniciado el proceso, a disposición de la paciente.

Teniendo en cuenta que en España el aborto lo han asumido centros médicos privados (97.32%) en centros extrahospitalarios que normalmente trabajan en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), es decir, cierran el centro después del programa diario o incluso algunos días a la semana, los costes infraestructurales necesarios son relativamente bajos, pero aumentarán con una infraestructura de soporte de 24 horas.

Podría derivarse la cobertura de las urgencias de los procesos farmacológicos a la red hospitalaria pero teniendo en cuenta que los centros hospitalarios no parecen conocer, hoy por hoy, bien el proceso posterior clínico y ecográfico de un aborto, lo que se demuestra por el hecho de que legren sistemáticamente a toda mujer a la cual se le haya provocado un aborto en un centro extrahospitalario y presente un hematometra, cosa frecuente y que en ausencia de clínica no debe hacerse absolutamente nada, puesto que evoluciona casi siempre, hacia la resolución espontánea por resorción o hacia la expulsión de los coágulos, creará hoy, si se confía en la red hospitalaria, un aumento de legrados convencionales, por aborto en curso o incompleto, enorme y les recuerdo el nivel de complicación del legrado convencional (3.78%), con un nivel de estancias muy superior y se habrá perdido en seguridad, calidad asistencial y costes.

Los centros especializados, además de trabajar muchos de ellos en régimen de CMA, independientes, han perfeccionado mucho los métodos instrumentales, que son programables, mientras que los centros generales y mayormente los públicos, utilizan métodos farmacológicos y prácticamente solo en segundo trimestre, ver Tabla 5.

DISCUSION

A pesar de discutir, por las razones expuestas, los métodos farmacológicos como método de elección para la práctica de un aborto provocado, cuando sea posible

utilizar un método instrumental no laparotómico, cierto es que los abortifacientes farmacológicos aportan una ayuda a los métodos instrumentales en determinadas circunstancias, por lo que en mi opinión deben combinarse ambos, cuando corresponda, para mejorar la eficacia y disminuir las complicaciones, pero no dejar a las pacientes sin las ventajas de los métodos instrumentales en seguridad, ocupación de tiempo, privacidad y confort.

Por otra parte, creo que un ginecólogo debe conocer todos los métodos de atención al aborto provocado y decidir e informar cuál es el óptimo en cada caso y por qué.

En la Tabla 6 se presenta la actividad de Clínica D'Ara - Tutor médica con métodos instrumentales y asociados a farmacológicos.

MÉTODOS INSTRUMENTALES

Me gustaría aprovechar la ocasión para decir algo de los métodos instrumentales:

1. Aspiración: Apto hasta las 12-14 semanas:

Contraindicación: Escasa o nula.

Tiempo: Valoración previa, intervención y control posterior unas 2 horas. Posibilidad con anestesia local y AINES.

Complicaciones: Mínimas (con personal entrenado).

Costes: Puede ser realizado en CMA.

Fármacos asociados: No parece necesario salvo en casos determinados, Produce disconfort y necesita más tiempo de ingreso.

2. D&E: Apto en embarazos de 14 a 22-24 semanas.

A) En un paso: (14 a 18 semanas)

Contraindicación: Prácticamente solo cérvix inmaduro o intervenido.

Tiempo: Entre 25 y 45 minutos más que con la aspiración.

Complicaciones: Derivadas de la técnica (perforar, lisis de cuello, restos)

Coste: Puede ser practicado en CMA.

Fármacos asociados: Las prostaglandinas pueden alargar el tiempo tres horas, pero mejora la dilatación cervical y la contracción uterina. Aconsejable. Contraindicado en epilepsia, cirugía uterina previa y asma severa .

B) En dos pasos: (18 a 22-24 semanas)

Contraindicación: Prácticamente solo cérvix inmaduro o intervenido.

Tiempo: Con valoración previa, procedimiento y control: 30horas.

Complicaciones: Derivadas de la cirugía. (Perforar, lisis de cuello, restos)

Coste: Puede ser practicado en unidades de Cirugía de Día.

Fármacos asociados: Las prostaglandinas mejoran tanto las posibilidades de

dilatación cervical que han hecho innecesario los dos pasos puesto que permiten directamente la dilatación necesaria en los abortos provocados de más de 18 semanas y su realización en CMA.

CONCLUSIONES

Métodos farmacológicos como apoyo, o cuando los instrumentales no son adecuados o posibles.

En caso de poder aplicar un método instrumental:

SOLO METODO FARMACOLOGICO, NO, GRACIAS

Tabla 1.

COMPLICACIONES		
LEGRADO	3.78%	(4)
ASPIRACION	2.72 0.9%	(5-6)
DYE	0.7%*	(7)
HISTEROTOMIA	15.2%*	(7)
FARMACOLOGICOS	1 11%	(8-9-10-11)
FRACASOS		
INSTRUMENTALES	aprox. 0%	
FARMACOLOGICOS	2 59%	(12)

*solo complicaciones mayores

Tabla 2.

TIEMPO DEDICADO POR LA PACIENTE		
7-14 sem.	ASPIRACION	1 h. 32 min. (13)
13-15 sem.	PG+ASPIRACION	3 h. 45 min. (13)
14-22/4 sem.	DyE	2 h. 41 min. (13)
14-22/4 sem.	PG+DyE	4 h. 35 min. (13)
18-22/24 sem.	DyE DOS PASOS	27 h. 10 min. (13)
8-9 sem.	MISOPROSTOL	7.2 h. (1.5-21.1) (14)
10-13 sem.	MISOPROSTOL (800 mg/12h X 3)	8 (64%) /18 (13%) /32 (8%) h. (15)
12-24 sem.	MISOPROSTOL	8-36h (16)
8-9 sem.	MIFEPRISTONE+MISOPROSTOL (vaginal)	36-48 + 4 (93%) h. (17)
13-20 sem.	MIFEPRISTONE+MISOPROSTOL	36-48 h. + 6-8 h. (18)
8-9 sem.	METHOTREXATE+MISOPROSTOL	3 días +1-3-5 d (78-92%) (19)

Tabla 3. (20)

(N=120) TÉCNICA Y DURACION DEL PROCESO DE L'IVE (64% 2º Trim.)*

PGF2 ((intraamniótica)	PGE2 (endocervical)	RASPAMENT	TIEMPO DE EXPULSION FETAL (en horas)
58%	28%	13%	18,39 ±2,82**

*El método farmacológico supone el 86% de los empleados, supera a los de 2º trimestre.

**El tiempo medio absorbe los legrados, que obviamente no duran este tiempo

Tabla 4. (21)

N = 200	NUMERO DE CASOS	%
FEBRICULA	48	24%
FIEBRE	64	32%
ESCALOFRIOS – TEMBLORES	157	78'5%
ALGIAS	31	15'5%
DOLOR MEDICADO	74	37%
VOMITOS	19	9'5%
DIARREAS	13	6'5%
REACCION ALERGICA	(2 muy severos) 3	1'5%
ASINTOMATICA	11	5'5%

Tabla 5. (22)

España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo

SEMANAS	HOSPITALARIO	EXTRAHOSPITALARIO
8 – 12	(Pub. 599) 3245	(Pub.142) 42252
13 – 16	(Pub. 148) 825	(Pub 0) 1089
17 – 20	(Pub. 259) 837	(Pub. 0) 1089
21 - 21	(Pub. 156) 509	(Pub. 0) 108
METODO		
Asp	(Pub. 391) 3393	(Pub143) 42772
DyE	(Pub. 25) 33	(Pub. 0) 790
Inst. Endovenosa	432	0
Inst. Endouterina	314	3
Histerotomia	14	0
MOTIVO		
Riesgo Fetal	957	74
Otros	4484	44063
ESTANCIAS		
1 - >1 Noches	(2=413, 3=213) 1161	0
7 o Más	37	0

Tabla 6.

	ACTIVIDAD CLINICA D'ARA / TUTOR MEDICAOct 94 Oct 99				%
	ASP	DyE	DyE 2p	Total	
8 a 12 sem.	12033			12033	
13 sem.	314			314	
14 sem.	253	138		391	
15 sem.	152	194		346	
16 sem.	41	220		261	
16 a 23 sem.		501	73	574	
Total.	12793	1053	73	13919	
Ingresos.	1	8		9	0.06%
Histerectomías.	1	3		4	0.03%

Bibliografía:

1. Estado Español Ley general de sanidad Madrid: B.O.E. 1986; 102: 2945
2. Federación Internacional de Planificación de la Familia Londres: Banson 1996; 20
3. Barambio S. Interrupción Terapéutica del Embarazo; Libro de ponencias, II Curso intensivo de formación continuada, Endocrinología Ginecológica y Reproducción Humana Universitat de Barcelona Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona Facultad de Medicina: 103-10
4. Wirtschaft und Statistik 1982: 312
5. Hodgson JE, Portmann K. Complications of 10453 consecutive first-trimester abortions: A prospectiÑie study. Am J Obstet Gynecol 1974; 120: 802.
6. Hakim E.. Complications of first trimester abortion. Obstet Gyneco. 1990; 76: 125-35
7. Cates W, Schultz K.F., Grimes DA. "Dilatation & evacuation for induced abortion in developing countries: Ventajas & desventajas" Stud. Fam. Plann.1980; 11: 128-33.
8. Aubeny E. Ru-486 combined with PG analogs in Voluntary termination of pregnancy Adv. Contracept 1991; Dec: 339-43
9. Abortion surveillance. Unitets Estates 1990 C.D.C 1994:
10. Hill NC, MacKenzie IZ. Early Termination of pregnancy: medical induction with prostaglandins versus surgical aspiration local anesthetic. Int J. Gynaecol Obstet, 1990; 32: 269-74.
11. Katz Z, Insier V. Midtrimester induction of abortion: comparison of extraovular prostaglandin E2 and intra-amniotic prostaglandin F2 alpha Contraception,1993; 47: 475-81.
12. Papageorgiu L, Minaretzis D, Tsionou C, Michalas S. Late midtrimester medical pregnancy terminations; three diferents procedures with prostaglandin F2 alpha

- and laminaria tents. Prostaglandins, 1991; 41: 487-93.
13. Barambio S. Fertilidad y Esterilidad Humanas 2ª Edición Barcelona: Masson, 1999
 14. Carbonell J.LL. Early Abortion With 800 (g of Misoprostol by the Vaginal Route Contraception 1999; 59: 219-225
 15. Carbonell J.LL. Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks'gestation Eur J Contracept Reprod Health Care 1999; 4: 1-6
 16. Experiencia propia, datos no publicados
 17. El-Refaey H. Induction of Abortion Whith Mifepristone and oral or vaginal Misoprostol N Engl J Med 1995; 332: 983-7
 - 18 Webster D. A comparison of 600 and 200 mg mifepristone prior to second trimester abortion with the prostaglandin misoprostol Br J Obstet Gynaecol 1996; 103: 706-9
 - 19 Carbonell J.LL. Misoprostol 3, 4, or 5 Days After Methotrexate for Early Abortion Contraception 1997; 56: 169-174
 - 20 Gimeno N Cuartiella A.M. L'atenció a la dona en la interrupció legal de l'embaràs Ginecologia Catalana 1999; 1: 11-3
 - 21 Barambio S. Misoprostol alternativa o apoyo Ponencia en Sesión ordinaria de la Societat Catalana Contracepció Academia de Ciències Mediques 1998, Barcelona
 - 22 Ministerio de Sanidad y Consumo Interrupcion Voluntaria del Embarazo Datos definitivos de 1997, Madrid 1998
 - 23 Pastuszak A.L. N Engl J Med 1998; 338: 1881-85

T028

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO DESEADO

José Ramón de Miguel Sesmero.

Jefe de Servicio y Catedrático de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Cantabria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

“Si las mujeres pueden elegir el momento oportuno para ser madres es probable que tengan más hijos”.

M ASHIDA

INTRODUCCION

Según un informe de American College of Obstetricians and Gynecologists de 1996 (1) se estima que en Estados Unidos, aproximadamente el 50% de todos los embarazos no son deseados en el momento de la concepción. En este sentido, un