

# ABORTO FARMACOLÓGICO VERSUS ABORTO INSTRUMENTAL



Mediterránea Médica  
Josep Lluís Carbonell Esteve

7º Congreso de la  
Sociedad Española de Contracepción

SEC

7º Congreso de la  
Sociedade Española de Contracepción

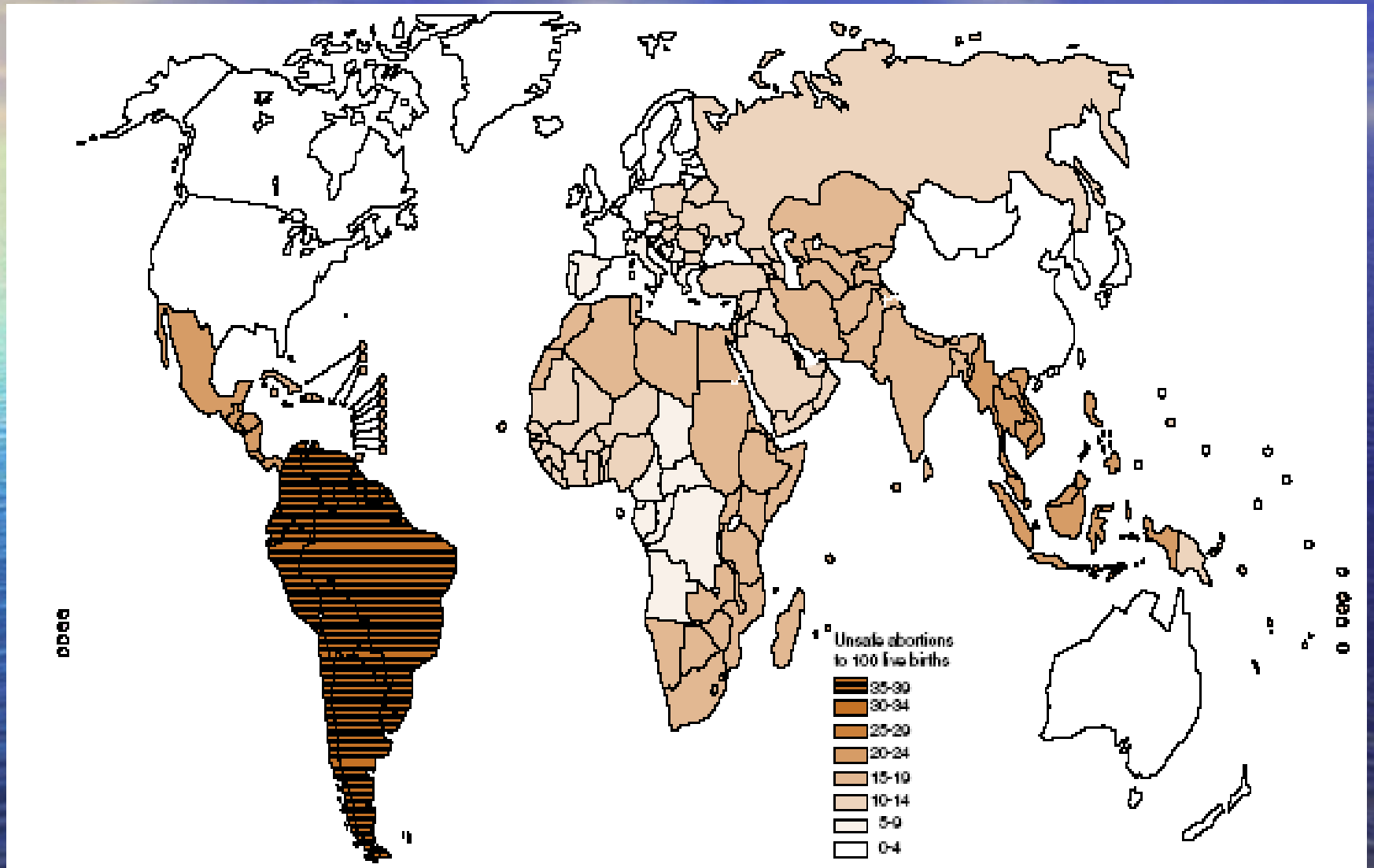
7è Congrès de la  
Societat Espanyola de Contracepció

Espainar Antisorgailu Elkartearen  
7. Biltzar Nagusia

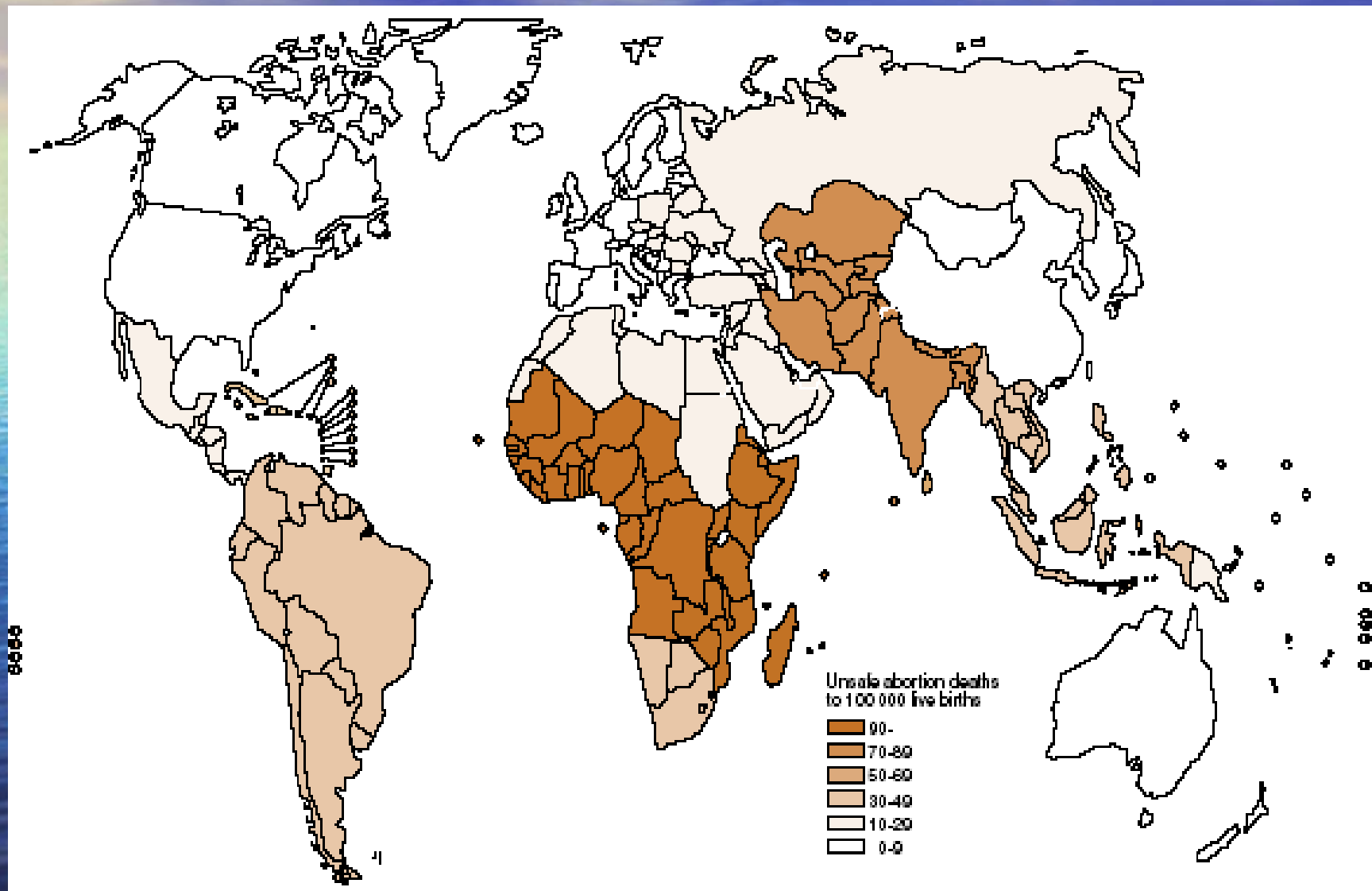
"Contracepción y calidad de vida"

19-22 de octubre de 2004 • Palacio Euskalduna de Congresos

# ABORTO INSEGURO



# MORTALIDAD POR ABORTO INSEGURO



# MORTALIDAD POR ABORTO INSEGURO

	Abortos inseguros (en miles)	Mortalidad por aborto inseguro
Total	19 000 000	67 900
Países desarrollados	500 000	300
Países en desarrollo	18 400 000	67 500
África	4 200 000	29 800
Asia	10 500 000	34 000
Europa	500 000	300
América Latina y Caribe	3 700 000	3 700
Norte América	0	0
Oceanía	30 000	<100

# MÉTODOS FARMACOLÓGICOS DE ABORTO DE 1º TRIMESTRE

- ✦ 1. Mifepristona 200/600 mg + Misoprostol 800/400 µg vaginal/oral/sublingual.  
Eficacia del 96-99% en gestaciones de 7-9 semanas.
- ✦ 2. Methotrexate 50 mg/m o 25-50 mg oral +  
Misoprostol 800 µg.  
Eficacia del 92-98%
- ✦ 3. Misoprostol solo 800 µg vaginal o sublingual cada  
8/12/24 horas hasta 3 dosis.  
Eficacia del 90-92%

# ABORTO FARMACOLÓGICO 1º TRIMESTRE

- ✦ El primer método (RU+PG<sub>1</sub>)\* es el más eficaz de todos pero también el menos disponible y sobre todo el más caro, lo cual también influye en el acceso de la población al mismo sobre todo en los países pobres.
- ✦ El segundo método (MTX+PG<sub>1</sub>)\*\* ha caído en desuso sobre todo después de la introducción de la mifepristona en EEUU que era el país donde más se utilizaba y además requiere de ciertas condiciones técnicas para su administración tanto por vía IM como oral.

\* Peyron R. et al. *N Engl J Med* 1993;328:1509-13.

\*\* Creinin MD. et al. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1578-84.

# ABORTO FARMACOLÓGICO 1º TRIMESTRE

- ✦ El tercer método (misoprostol solo), aunque tiene menos eficacia que los otros, esta no baja del 90% y es sin lugar a dudas el más utilizado a nivel mundial, ya que es el más disponible de todos (está comercializado en 80 países) y es el más barato y de más fácil acceso ya que su indicación legal es el tratamiento de la úlcera gastroduodenal y se vende sin receta prácticamente.
- ✦ De hecho es frecuentísimo ver a principalmente inmigrantes que vienen a nuestras clínicas para comprobar si ya abortaron o no, porque previamente se han tomado en su casa misoprostol por varias vías al mismo tiempo: oral, vaginal, etc, y en ocasiones a dosis descomunales (20-40 tabletas) y probablemente peligrosas para su salud.

# ESTUDIOS CON MISOPROSTOL SOLO EN 1º Y 2º TRIMESTRE

Autor	n	Edad gestacional (semanas)	Dosis (µg)	Tasa aborto %
Rabe et al.	300	9-12	200 o 400	9-11
Koopersmith et al.	58	≤10	200-400 c/ 4-8 h	61
Carbonell et al.	141	≤9	800 c/ 48 h	94
Carbonell et al.	120	9-12	800 c/ 24 h	85
Carbonell et al.	151	12-15	800 c/ 24 h	80
Bugalho et al.	169	12-23	800 c/ 24 h	91
Bugalho et al.	132	11-22	800-1600 (24 h)	89
González et al.	82	12-28	200 c/ 6 en 48 h	93
Jain et al.	100	12-22	200 c/ 6 o 12 h	87-89
Wong et al.	148	14-20	400 c/ 3 o 6 h	91-76
Bebbington et al.	114	14-24	200 oral vs. 400 vaginal	38-86

# ABORTO FARMACOLÓGICO 1º TRIMESTRE

- ◆ Producto de esta anómala situación legal del misoprostol (Cytotec) es la aparición de recién nacidos vivos con Síndrome de Moebius\* con graves malformaciones del cuero cabelludo, amputaciones de miembros superiores e inferiores, etc, en pacientes que intentaron abortar por su cuenta con misoprostol pero este falló y ellas siguieron adelante con su embarazo.
- ◆ Dr. Perez Aytés de la C.S: “La Fe” de Valencia presentó un caso con estas malformaciones en el Congreso Nacional de Perinatología en Madrid en Marzo de 2004.

\* Sánchez O. et al. Invest Clin 2003;44:147-53.

# ABORTO FARMACOLÓGICO 1º TRIMESTRE (Nivel individual)

- ✦ Desde un punto de vista ideológico el aborto farmacológico podríamos afirmar que proporciona **mayor independencia y autonomía** a la mujer, ya que es ella misma la que se autoprovoca el aborto al ingerir o autoinsertarse las tabletas, disminuyendo su dependencia del médico.
- ✦ En ese sentido es una técnica que empodera (empowerment) a la mujer, es decir, que le da más poder y capacidad de decisión sobre sí misma, lo cual tiene su importancia en el actual debate de género que se desarrolla en nuestras sociedades.

# ABORTO FARMACOLÓGICO 1º TRIMESTRE (Nivel colectivo)

- ✦ A nivel global colectivo las repercusiones del aborto farmacológico son mayores si cabe aún, a nivel planetario ya que la tasa de morbilidad mundial por aborto está descendiendo continuamente desde hace 10 años aproximadamente y ello es sin lugar a dudas, aunque no es el único factor que influye, a la generalización del uso de los diferentes métodos de aborto farmacológico especialmente el misoprostol en aquellos países donde el aborto está prohibido o no legislado y el misoprostol sí está comercializado.

# ABORTO FARMACOLÓGICO 1º TRIMESTRE

- ✦ En el 1º trimestre de la gestación, el aborto farmacológico es una opción voluntaria que en mi opinión hay que apoyar, sobre todo en los países en vías de desarrollo, porque sí podemos formar y preparar en un espacio de tiempo razonablemente corto miles de monitores sanitarios: enfermeras, médicos generales que administren correctamente pastillas, pero no podemos formar miles de especialistas en aborto quirúrgico porque al ser necesario que sean ginecólogos o como mínimo generalistas, no tenemos ni siquiera los candidatos suficientes, además de que el proceso formativo requiere considerablemente más tiempo y es más costoso económicamente.

# ABORTO FARMACOLÓGICO 1º TRIMESTRE

- ✦ Pero en gestaciones de más de 20-21 semanas, el aborto farmacológico ya no es una opción, sino una obligación porque las técnicas quirúrgicas: Dilatación y Evacuación (DyE) ya no están indicadas.
- ✦ Por el contrario, en las gestaciones de 12 a 19-21 semanas se puede, si se quiere, utilizar técnicas farmacológicas pero dado el coste económico y el tiempo que requieren, es muchísimo mejor utilizar la técnica quirúrgica DyE porque es relativamente más segura y conlleva un menor coste económico y mayor confortabilidad para la mujer.
- ✦ Es decir, prácticamente se invierten todas las ventajas del aborto farmacológico del 1º trimestre a favor del aborto quirúrgico realizado con técnica DyE en las condiciones adecuadas en este periodo gestacional: 12 a 19-21 semanas.

# DILATACIÓN Y EVACUACIÓN (DyE) I

- ◆ Tiempo medio quirúrgico de una DyE es de 5 a 20 minutos en función de:
  - dilatación obtenida en mm.
  - experiencia del operador
  - edad gestacional
- ◆ El alta se produce entre 2-4 horas después del acto quirúrgico.

# DILATACIÓN Y EVACUACIÓN (DyE) II

- ◆ En esta técnica es importante el grado de adiestramiento del cirujano en la misma.
- ◆ Igual importancia tiene la preparación farmacológica del cérvix con prostaglandinas y/o antiprogestágenos (RU-486).
- ◆ En nuestra casuística, en 310 DyEs de 12 a 19 semanas preparadas con misoprostol solo previamente (600  $\mu\text{g}$ ), el grado de dilatación medio obtenido fue de 11 mm a las 2 horas de la administración del misoprostol.

# DILATACIÓN Y EVACUACIÓN (DyE) III

- ✦ Pero si administramos 48-24 horas previamente al misoprostol 200 mg de mifepristona, el grado medio de dilatación obtenido es de 15 mm (**609 casos**) con lo que se facilita y se acorta significativamente el acto quirúrgico, así como el tiempo de espera después de la administración del misoprostol, debiendo de entrar a quirófano a la 1-1,15 horas después. De lo contrario empieza a modificarse de tal forma el cuello que se produce la expulsión del feto en pocas horas y se dificulta o imposibilita la realización de una DyE.
- ✦ El uso sistemático de mifepristona ha hecho que abandonemos el uso de los tallos mecánicos dilatadores (Lamicel/Dilapan) por ser innecesarios.

# DILATACIÓN Y EVACUACIÓN (DyE) IV

- ◆ Además el uso de mifepristona previo a las prostaglandinas hace la DyE más segura ya que la dilatación es más fisiológica y menos traumática, contribuyendo a disminuir el porcentaje de complicaciones de la misma tal como: la disrupción cervical, etc...
- ◆ En el estudio que se desarrolla actualmente en nuestro centro se compara la eficacia del misoprostol por vía vaginal contra la vía sublingual. Los resultados hasta la fecha demuestran una eficacia muy similar a la de la vía vaginal, un porcentaje ligeramente mayor de efectos secundarios y una mayor velocidad de acción que la vía vaginal.

# INDUCCIÓN FARMACOLÓGICA

- ✦ Así como en las DyEs el uso de 200 mg de mifepristona es discutible, en las inducciones de gestaciones de más de 19-21 semanas es totalmente recomendable.
- ✦ En nuestra casuística de 180 abortos (malformados y electivos), desde Enero 2003 el tiempo medio de expulsión disminuyó de 11-12 horas con misoprostol+oxitocina a 6,25 horas cuando se utilizaron previamente al misoprostol 200 mg de mifepristona, lo cual significa un mayor confort para la mujer y un menor costo sanitario de hospitalización.
- ✦ Un debate aún abierto es el del protocolo dosificador a utilizar en las inducciones farmacológicas con cirugías uterinas previas: cesáreas, etc, ya que se han producido roturas de cicatrices previas incluso con dosis de solo 200  $\mu\text{g}$ \*.

\* *Chen et al. Obstet & Gynecol 1999:840.*

# CONCLUSIONES

- ✦ 1. Sería conveniente y necesario que la técnica de DyE fuera asimilada e implementada en los centros sanitarios de carácter público, dado que en la actualidad únicamente se practica en centros autorizados de carácter privado y/o concertados.
- ✦ 2. Sería aconsejable la utilización previa de la mifepristona tanto en las inducciones de más de 19-21 semanas como en las DyE de 15 a 19-21 semanas.

# CONCLUSIONES

- ◆ 3. Es urgente e imperativo el registro del misoprostol con indicación ginecoobstétrica a fin de eliminar las trabas legales que existen actualmente en todo el mundo.
- ◆ 4. Es urgente exigir a las autoridades sanitarias de nuestro Estado que organicen un sistema de distribución y venta del misoprostol que impida el mal uso del mismo evitando tanto las malformaciones fetales post intento fallido de aborto, así como los abortos no fallidos pero ilegales e inseguros que se producen con misoprostol cada día más en el Estado Español.

# ESCUELA INTERNACIONAL DE ABORTO Y SALUD PÚBLICA

- ✦ No quiero desaprovechar esta gran oportunidad para dar a conocer este proyecto en fase constituyente aún cuya finalidad es la de formar especialistas en aborto. Está dirigida especialmente a profesionales de países donde la mortalidad por aborto es alta, a fin de contribuir a disminuirla.
- ✦ Los estudios tendrán nivel de Master Universitario con dos titulaciones diferentes para técnicas de 1º y 2º trimestre. Se otorgarán becas a los aspirantes con escasos recursos económicos.
- ✦ Forman parte de esta iniciativa los siguientes centros hasta la fecha:
  - ✦ Clínica Mediterránea Médica, Valencia (España)
  - ✦ Clínica Mediterránea Médica, Castellón (España)
  - ✦ Clínica Delta Médica, Cartagena, Murcia (España)
  - ✦ Clínica Ginemur, Murcia (España)
  - ✦ Clínica Tutor Médica, Barcelona (España)
  - ✦ Clínica Isadora, Madrid (España)
  - ✦ Clínica Deia Médica, Valencia (España)
  - ✦ Hospital Docente Gineco-obstétrico “Eusebio-Hernández” (Maternidad Obrera), La Habana (Cuba)