

ABORTO SIN RIESGOS

Se estima que, en el 2000, se practicaron en todo el mundo 27 millones de abortos legales y 19 millones de abortos ilegales. El 95% de los abortos ilegales (abortos inseguros) fue practicado en países en vías de desarrollo, y el 99% de las muertes por causa de estos abortos también tuvo lugar en dichos países. El acceso al aborto seguro es limitado en muchos países en vías de desarrollo debido a las restricciones legales, las barreras administrativas que obstaculizan el acceso a servicios legales para la realización de un aborto, las barreras financieras y la falta de profesionales con capacitación adecuada. En América Latina, el índice de complicaciones derivadas de la práctica de un aborto ilegal es desproporcionadamente más alto entre las mujeres provenientes de zonas rurales con escasos recursos económicos.

Por muchos años la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones han elaborado guías para la prevención del aborto inseguro y el manejo de sus complicaciones. De esta guía se obtiene que, un método para el primer trimestre de gestación es el Método médico de aborto, (Utilización de drogas farmacológicas para finalizar un embarazo. A veces, también se utiliza el término “aborto no quirúrgico”). una combinación de mifepristone seguida de una prostaglandina como misoprostol o gemeprost, hasta las 9 semanas completas desde la fecha de última menstruación. El misoprostol es la prostaglandina de elección dado que es barata y no requiere refrigeración.

Los primeros pasos en la administración de cuidados para el aborto, son establecer si la mujer esta efectivamente embarazada y si lo está, conocer la duración del embarazo y confirmar que el mismo sea intrauterino. Los riesgos asociados con el aborto inducido, a pesar de ser mínimos cuando el mismo se lleva a cabo adecuadamente, aumentan con la duración del embarazo (Grimes y Cates 1979).

Se ha probado que los métodos médicos de aborto son seguros y efectivos (Ashok y col. 1998a, Peyron y col. 1993, Schaff y col. 1999, Spitz y col. 1998, Winikoff y col 1997). Los regímenes más utilizados se basan en el antiprogéstágeno, mifepristone, el cual se une a los receptores de progesterona inhibiendo la acción de la progesterona y por ende interfiriendo con la continuación del embarazo. Los regímenes de tratamiento conllevan una dosis inicial de mifepristone seguida de la administración de un análogo sintético de la prostaglandina, que aumenta las contracciones uterinas y ayuda a despedir el producto de la concepción (Swahn y Bygdeman 1988). Los efectos de los métodos de aborto médico son similares a aquellos asociados con un aborto espontáneo e incluyen cólicos y un sangrado similar al menstrual prolongado. El sangrado ocurre durante 9 días promedio, pero puede durar hasta 45 días en casos infrecuentes (Creinin y Aubeny 1999). Los efectos colaterales incluyen náuseas, vómitos y diarrea. Las condiciones que requieren precaución con el uso de mifepristone y una prostaglandina, incluyen falla hepática o adrenal aguda o crónica, alteraciones de la coagulación, tabaquismo intenso y alergia a cualquiera de las drogas utilizadas. El mifepristone no es un tratamiento efectivo para un embarazo ectópico; la sospecha de tal embarazo, requiere mayor evaluación y, de confirmarse, tratamiento inmediato (ver Organización Mundial de la Salud 2000a para especificaciones sobre tratamiento).

Los métodos médicos de aborto han sido aceptables en varios ámbitos de bajos recursos (Elul y col. 1999, Ngoc y col. 1999).

1.- Mifepristone y prostaglandinas

1.1 Hasta 9 semanas completas desde la fecha de última menstruación

El mifepristone con misoprostol o gemeprost ha demostrado ser altamente efectivo, seguro y aceptable para abortos del primer trimestre (RCOG 2000). Se han informado tasas de eficacia de hasta el 98% (Trussell y Ellerston 1999).

Aproximadamente 2 a 5% de las mujeres tratadas con un régimen de mifepristone y misoprostol requerirán una intervención quirúrgica para resolver un aborto incompleto, terminar un embarazo que continúa o controlar el sangrado (Grupo de Trabajo sobre Métodos Post-ovulatorios de Regulación de la Fertilidad 2000 de la Organización Mundial de la Salud).

Los protocolos originales para el uso de mifepristone recomiendan una dosis oral de 600 mg de mifepristone seguida de 1 mg de gemeprost vaginal después de 36-48 horas. Sin embargo, varios estudios han establecido que 200 mg de mifepristone es la dosis de elección dado que es tan efectiva como los 600 mg y reduce los costos.

(McKinley y col. 1993; Grupo de Trabajo sobre Métodos Post-ovulatorios de Regulación de la Fertilidad de la Organización Mundial de la Salud 1993)

El misoprostol, una prostaglandina que también ha demostrado ser efectiva (RCOG 2000), es considerablemente más barata que el gemeprost y no requiere refrigeración. Por lo tanto, es la prostaglandina de elección para la mayoría de los países. Un régimen efectivo es una dosis oral de 200 mg de mifepristone seguida de 800mg de misoprostol administrado vía vaginal (RCOG 2000).

El misoprostol por vía vaginal ha demostrado más efectividad y de mejor tolerancia que el misoprostol administrado oralmente (El-Refaey y col.1995). Una dosis oral de 400mg de misoprostol es efectiva hasta 7 semanas completas de embarazo (Grupo de Trabajo sobre Métodos Post-ovulatorios de Regulación de la Fertilidad de la Organización Mundial de la Salud 2000).

1.2 De 10 a 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Se está investigando el uso de mifepristone y misoprostol entre las 10 y 13 semanas de embarazo (Ashok y col. 1998b). Los hallazgos positivos iniciales deben ser confirmados de manera tal de establecer los regímenes óptimos.

1.3 Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Un régimen de mifepristone seguido de dosis repetidas de misoprostol o gemeprost es seguro y altamente efectivo (RCOG 2000). Una dosis oral de mifepristone de 200 mg seguida de 800mg de misoprostol administrado por vía vaginal 36-48 horas más tarde y posteriores dosis de 400mg por vía oral de misoprostol cada 3 horas hasta un máximo de 4 dosis, ha sido efectiva en 97% de los casos (El-Refaey y Templeton 1995). Una dosis oral de 400mg de misoprostol cada 3 horas hasta 5 dosis, después de 200 mg de mifepristone también ha sido usada exitosamente (Ngai y col. 2000). Una dosis vaginal de 1 mg de gemeprost utilizada después de 200 mg de mifepristone y repetida de ser necesario cada 6 horas hasta cuatro dosis también puede ser usada efectivamente (Ho y col. 1996). De ser

necesario, el tratamiento con gemeprost puede continuar con 1 mg de gemeprost cada 3 horas en cuatro dosis adicionales (Gemzell- Danielsson y Ostlund 2000, Tang y col. 2001).

2.- Misoprostol o gemeprost solos

2.1 Hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

El misoprostol solo también ha sido estudiado en términos de efectividad y seguridad. Si bien no se han llevado a cabo estudios comparativos, la información disponible sugiere que la efectividad del misoprostol solo es inferior, el procedimiento tarda más y es más doloroso con mayores efectos gastrointestinales colaterales que el régimen combinado con mifepristone (Bugalho y col. 2000) Debido a que la droga es de amplio acceso y de bajo costo y dado que en algunos lugares se ha informado que su mayor uso contribuye a disminuir las complicaciones de un aborto inseguro (Costa y Vessy 1993), el desarrollo de un régimen de tratamiento óptimo para el uso de misoprostol solo está actualmente bajo investigación (Blanchard y col. 2000).

Existe preocupación sobre las consecuencias de aquellos embarazos que siguen en curso con el uso de misoprostol solo (Fonseca y col. 1991, Gonzalez y col. 1998, Schonhofer 1991, Orioli y Castilla 2000). Se necesita mayor investigación para evaluar la posible teratogenicidad del misoprostol.

2.2 Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Se ha demostrado que la efectividad del misoprostol en inducir un aborto llega al 84% dentro de las 24 horas con una variedad de dosis administradas vía oral y vaginal (Dickinson y col. 1998, Wong y col. 1996), si bien no es tan rápida como cuando se utiliza combinada con mifepristone. Se necesita mayor investigación para identificar el régimen óptimo para el uso de misoprostol solo en embarazos mayores de 12 semanas. En varios países se ha registrado la administración vaginal de gemeprost solo para finalizar embarazos del segundo trimestre. La dosis recomendada es de 1 mg, la cual se da cada 3 horas hasta un máximo de 5 dosis durante el primer día y se repite al día siguiente de ser necesario. Con este tratamiento, el 80% y 95% de las mujeres aborta entre las 24 y 48 horas respectivamente (Thong y col. 1992).

Texto extraído de: ABORTO SIN RIESGOS
“Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud”.
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
GINEBRA 2003