

Métodos modernos para inducir el aborto: seguridad, eficacia y elección.

Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice

Kapp, Nathalie, and Patricia A. Lohr. 2020.
"Modern Methods to Induce Abortion: Safety, Efficacy and Choice."
Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology 63 (February): 37–44.
PMID: 32029379
DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2019.11.008

Alumna: Dafna Fraiman.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se estima que ocurren 56 millones de abortos inducidos por año con una tasa de 35 abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años, por lo que la atención del aborto se torna un aspecto fundamental dentro de la atención de la salud reproductiva de la mujer.

La posibilidad de que una mujer muera a causa de un aborto inducido, cuando lo realiza un médico capacitado, es muchas veces menor que morir a causa de un embarazo llevado a término. Sin embargo, los abortos realizados por proveedores no calificados o en entornos que carecen de los estándares médicos mínimos, tienen altas tasas de muerte y lesiones maternas.

Un servicio de aborto de alta calidad, debe ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir entre métodos de aborto y proporcionar el método de elección. Al mismo tiempo, esto es esencial para reducir la morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo.

MÉTODOS

Los avances en el campo médico y tecnológico logran ofrecer nuevos métodos médicos y/o quirúrgicos.

Los métodos de aborto quirúrgico incluyen la aspiración uterina por vacío manual o eléctrico y la dilatación y evacuación (D&E). Las técnicas de aspiración se utilizan hasta las 14 semanas de gestación, mientras que la dilatación y evacuación se utiliza desde las 14 semanas hasta aproximadamente las 24-26 semanas de gestación.

Los métodos médicos se basan en el uso de medicamentos, principalmente una combinación de mifepristona y misoprostol. Esta combinación ha sido recomendada en la guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la atención segura del aborto desde 2003 e incluida en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS desde 2005.

Cuando ambos medicamentos estén disponibles, deben usarse en combinación.

El misoprostol, principalmente debido a sus otras indicaciones obstétricas y no obstétricas, está ampliamente disponible; sin embargo la mifepristona no lo es. La mifepristona está registrada solo en unos 70 países. En aquellos lugares donde no está disponible, el misoprostol solo puede usarse para inducir el aborto.

En países con datos confiables, las estadísticas oficiales demuestran que aproximadamente la mitad de todos los abortos son realizado con medicamentos teniendo en cuenta que las proporciones comparativas de los métodos quirúrgicos y médicos varían según país.

En países con pocas restricciones sobre el aborto y con servicios bien desarrollados, las interrupciones ocurren temprano en el embarazo, al menos el 90% antes de las 13 semanas

de gestación mientras que en entornos más restringidos la proporción de mujeres que se someten a un aborto en gestaciones posteriores es mayor.

En los últimos 10 años, ha aumentado la proporción de abortos que ocurren antes de las 13 semanas junto con la popularidad del aborto a través de medicamentos. Se desconoce si se trata de un efecto causal, pero esto ha tenido un impacto positivo ya que el riesgo atribuido al aborto inducido es menor en gestaciones más tempranas.

La tasa de mortalidad relacionada con el aborto aumenta en relación a la edad gestacional desde 0,1 por 100 000 procedimientos a las 8 semanas de gestación a 8,9 por 100 000 procedimientos a las 21 semanas. Por lo tanto y teniendo en cuenta estos resultados, cuanto antes se lleve a cabo el procedimiento de aborto es probable que sea más seguro.

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MÉTODOS QUIRÚRGICOS

La aspiración uterina es más segura y menos dolorosa que la de dilatación y evacuación (legrado). Por lo tanto, el primer método es ampliamente recomendado y utilizado para inducir el aborto quirúrgicamente en el primer trimestre.

Existen dos técnicas de aspiración: aspiración manual al vacío (MVA) y aspiración eléctrica al vacío (EVA). En ambos, el útero se evacua utilizando una cánula de plástico rígida o flexible que se inserta a través del cuello uterino y se conecta a una fuente de vacío.

Durante la técnica MVA, el vacío se crea cargando manualmente una jeringa manual de 60 ml, mientras que durante la técnica EVA se crea un vacío mediante una bomba eléctrica. El procedimiento MVA es más silencioso que un EVA, por lo que es el preferido por muchas mujeres y puede contribuir a reducir los niveles de ansiedad y dolor. Además, su bajo costo y portabilidad lo hacen más accesible, particularmente para la atención primaria o entornos de bajos recursos. Por otra parte, la cánula más grande que se puede usar con un dispositivo MVA es de 12 mm. Por este motivo, EVA es útil en edades gestacionales más altas cuando se necesitan cánulas más grandes evitando la necesidad de vaciar repetidamente una jeringa manual.

Una revisión sistemática de 10 ensayos aleatorios que compararon MVA y EVA, no lograron encontrar diferencias significativas en relación a la eficacia. En pacientes que tenían menos de 50 días de gestación que utilizaron el método MVA, se informó una menor pérdida de sangre y dolor menos intenso en comparación con EVA. Pero a medida que la edad gestacional aumentó, la pérdida de sangre aumentó y las diferencias entre los procedimientos en dolor y la pérdida de sangre desaparecieron.

La duración del procedimiento fue de entre 5 a 6 minutos con cualquiera de los dispositivos. Las complicaciones mayores que requieren una intervención como hemorragia, perforación uterina o laceración cervical que requiere reparación ocurren en menos del 0,1 % de las aspiraciones.

En la práctica actual, se entiende que MVA y EVA son comparables en términos de eficacia y seguridad y generalmente las pacientes eligen una de ellas en relación a sus preferencias, características de sus instalaciones, disponibilidad de suministros y costo.

A medida que aumenta la edad gestacional del embarazo, las técnicas quirúrgicas anteriormente mencionadas son reemplazadas por la técnica D&E. La misma requiere una preparación cervical que varía según cada paciente (edad y nuliparidad) con agentes como el misoprostol, mifepristona o dilatadores osmóticos antes de la realización del procedimiento. Al ablandar y abrir el cuello uterino, se produce una reducción del riesgo de

traumatismo cervical o uterino y la necesidad de una dilatación mecánica, facilitando la extracción fetal. Una vez se realiza una preparación cervical adecuada e iniciada la anestesia/sedación adecuada, se realiza la aspiración del líquido amniótico. Luego el útero comienza a contraerse y se utilizan fórceps para extraer el feto en partes y la placenta. Una vez completada esta parte del procedimiento, se realiza una aspiración final para asegurar la evacuación completa del útero.

Generalmente, el procedimiento toma de 10 a 25 minutos, y después de una breve recuperación, las mujeres regresan a sus hogares el mismo día.

Las complicaciones más comunes siguen siendo raras: hemorragias que requiere transfusión se produce en aproximadamente el 0-1% de los casos, las infecciones ocurren con poca frecuencia después de un aborto quirúrgico con antibióticos profilácticos de rutina, la probabilidad de laceración cervical es baja si se realiza una preparación correcta siempre (tener en cuenta que el riesgo aumenta en el primer trimestre, ante la necesidad de dilatación mecánica, nuliparidad, gestación avanzada e inexperiencia del proveedor) y la perforación uterina ocurre con más frecuencia que en los procedimientos del primer trimestre.

SEGURIDAD Y EFICACIA DE ABORTOS MEDICOS

El aborto con medicamentos, al igual que las técnicas quirúrgicas, puede utilizarse a cualquier edad gestacional. El régimen más efectivo utiliza una combinación de mifepristona (antagonista del receptor de progesterona) seguido de misoprostol (análogo de prostaglandina).

Existen pocas contraindicaciones pero principalmente son el embarazo ectópico confirmado o sospechado, trastorno hemorrágico, alergia o dispositivo intrauterino (después de la extracción, se puede intentar el aborto con medicamentos).

Las contraindicaciones adicionales para la mifepristona incluyen insuficiencia suprarrenal crónica, uso prolongado de corticosteroides sistémicos o porfiria hereditaria.

-ABORTO MEDICO CON MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL (COMBINADO):

Por medio de evidencia se ha documentado la seguridad y eficacia del aborto con mifepristona y misoprostol en el embarazo temprano.

Al mismo tiempo, una revisión sistemática reciente demostró una efectividad del 96,7% mediante la utilización de 200 mg de mifepristona oral seguida de 800 mcg de misoprostol administrados por vía bucal en embarazos de hasta 63 días de gestación. Una revisión previa, que consideró todas las vías administrativas (bucal, oral, sublingual y vaginal) y dosis de mifepristona seguido por misoprostol hasta los 63 días de gestación, observando un fracaso menor del 5% (definido como la necesidad de tratamiento quirúrgico).

Aquellas que tomaron mifepristona y menos de 24 horas después el misoprostol tuvieron una tasa de fracaso más alta, a diferencia de las que emplearon un intervalo de 24 a 48 horas entre medicamentos.

La administración oral de misoprostol y su diferente dosificación, se asocia con tasas de fracaso significativamente más altas en comparación a otras rutas (sublingual, bucal y vaginal), mientras que no hubo diferencia entre las tres vías no orales. Finalmente, el fracaso también fue más probable entre los grupos que usan 400 mcg de misoprostol, en comparación con 600 u 800 mcg.

La mifepristona seguida 24-48 horas más tarde por misoprostol es el régimen más efectivo, hasta un 94 % de éxito dentro de las 24 horas posteriores al inicio del misoprostol, y con un

intervalo significativamente más corto hasta el aborto y menos efectos adversos que el uso de misoprostol solo.

La mediana de los intervalos de inducción al aborto oscila entre 6 y 10 horas, mientras que los intervalos más largos son asociados con edades gestacionales más altas, así como entre nulíparas y mujeres mayores. Si bien la mayoría de los abortos tendrán éxito dentro de las 24 horas, una pequeña proporción requerirá varios días para completarlo.

Datos más recientes de dos ensayos prospectivos que compararon los resultados del régimen combinado entre 57- 63 días versus 64-70 días, encontró que las tasas de aborto exitoso no difirieron entre las dos semanas de gestación, y tampoco hubo diferencias en los efectos adversos. Estos datos proporcionaron la evidencia para poder extender los servicios de aborto médico ambulatorio a nivel mundial hasta 70 días de gestación.

Una de las complicaciones más comunes del aborto con medicamentos es la necesidad de una intervención quirúrgica, existen otras pero son más raras como la hemorragia que requiere una transfusión de sangre siendo informada en un 0.03-0.6%, infecciones graves notificadas en estudios sistemáticos que oscilan entre 0,01 y 0,5%, la infección grave con sepsis mortal es extremadamente rara y la rotura uterina siendo una complicación severa.

-ABORTO MEDICO SOLO CON MISOPROSTOL:

El aborto solo con misoprostol se asocia con un bajo riesgo de complicaciones. Más allá de las 13 semanas de gestación, los regímenes de misoprostol solo continúan siendo seguros y efectivos.

El ensayo más grande inscribió mujeres de 13 a 20 semanas de gestación en 7 países, encontró una tasa de expulsión fetal del 85% a las 24 horas y del 94% a las 48 horas entre las que tenían misoprostol administrado por vía vaginal. La mediana de tiempo hasta la expulsión fetal fue de 12 horas y las mujeres con hijos tenían intervalos de aborto significativamente más cortos.

Una revisión sistemática reciente de regímenes únicos de misoprostol hasta la semana 13 de gestación identificó que hasta el 22% del total de mujeres necesitó una evacuación uterina quirúrgica. Por otro lado, evidenció que las probabilidades de necesitar un procedimiento quirúrgico disminuyó significativamente a medida que aumentó la dosis inicial de misoprostol. Al mismo tiempo, la necesidad de una intervención quirúrgica fue menor en los grupos de ensayo que administraron la dosis por vía vaginal, sublingual o bucal en comparación con la oral.

Después de la administración de misoprostol, las mujeres normalmente experimentan sangrado y cólicos uterinos y dolor; estos síntomas se consideran una parte normal del proceso de aborto con medicamentos

EL VALOR DE LA ELECCIÓN ENTRE LOS DOS MÉTODOS DE ABORTO

Las contraindicaciones para el aborto médico o quirúrgico son pocas, por lo tanto la mayoría de las mujeres podrían elegir y ser candidatas para cualquiera de los dos métodos durante el primer y segundo trimestre.

Como las características de los métodos son marcadamente diferentes, la elección informada de una mujer es la mejor decisión entre el aborto quirúrgico y el médico.

La aceptabilidad y satisfacción con el proceso de aborto es mayor cuando las mujeres pueden elegir entre métodos y recibir su método preferido.

Las características del aborto quirúrgico que resultan atractivas para algunas son por la corta duración del procedimiento, la finalización dentro del plazo previsto, la baja tasa de complicaciones y la comodidad con las opciones de manejo del dolor durante el procedimiento que va desde anestesia local y analgesia oral hasta anestesia general. Las mujeres que prefieren el aborto mediante medicamentos aprecian las características de la privacidad, especialmente en las primeras gestaciones cuando las mujeres administran misoprostol y abortan en casa siendo que el proceso parece más natural y es similar a tener un aborto espontáneo evitando un procedimiento invasivo o administración de anestesia. En gestaciones posteriores, las técnicas de aborto con medicamentos permiten ver o sujetar el feto después de expulsarlo, un deseo que tienen algunas mujeres cuando se interrumpe el embarazo por indicaciones fetales.

Los ensayos comparativos sobre esta temática (elección de método) son pocos y en al menos uno se detuvo prematuramente debido a la lenta inscripción, sin embargo la preferencia más fuerte en estos estudios han sido para un procedimiento quirúrgico, ya que las mujeres lo perciben como menos doloroso, menos traumático psicológicamente y más rápido.

En los estudios en los que las mujeres aceptaron ser asignadas al azar y evaluada la aceptabilidad, se informó una mayor satisfacción con las técnicas de aborto quirúrgico sobre las médicas, principalmente debido a la duración o el volumen del sangrado y el dolor asociado con el aborto con medicamentos. En el más reciente de estos estudios, el 100 % de los que fueron asignados al azar al procedimiento D&E informaron que lo elegirían nuevamente. Además, muy pocas mujeres que realizaron D&E y lo compararon con un aborto medicamentoso relataron que la experiencia fue peor de lo que esperaban.

CONCLUSIONES

El aborto es una temática fundamental y central dentro de la salud reproductiva de las mujeres. El mismo es un evento común dentro de la vida reproductiva de la mujer afectando aproximadamente el 25% de todos los embarazos.

Los métodos quirúrgicos y médicos son seguros y efectivos durante todo el rango de edad gestacional en el que se realizan. Aunque los riesgos de la interrupción del embarazo aumentan con la edad gestacional, las tasas de complicaciones siguen siendo bajas y comparables entre ambas técnicas. A causa de esto y como concepto fundamental, a las mujeres se les debe ofrecer la posibilidad de elegir entre métodos y recibir el que prefieran.