

**Preguntas clínicas frecuentes**  
*acerca del*  
**aborto farmacológico**



Organización  
Mundial de la Salud

## **Catalogación por la Biblioteca de la OMS**

### **Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico**

“Los días 1 a 5 de noviembre de 2005, en Bellagio (Italia), el Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP) organizó una reunión titulada Conferencia Internacional de Consenso sobre el Aborto No Quirúrgico Farmacológico al Comienzo del Primer Trimestre sobre Cuestiones Relacionadas con los Regímenes Terapéuticos y la Prestación de Servicios (Anexo 1). El presente documento es el resultado de las deliberaciones de los participantes en esa reunión, a la que asistieron investigadores y clínicos de gran experiencia en el ámbito del aborto farmacológico.” – Antecedentes.

1.Aborto inducido - métodos. 2.Agentes abortivos. 3.Mifepristona. 4.Prostaglandinas.  
5.Servicios de planificación familiar. I. Conferencia Internacional de Consenso sobre el Aborto No Quirúrgico (Farmacológico) al Comienzo del Primer Trimestre sobre Cuestiones Relacionadas con los Regímenes Terapéuticos y la Prestación de Servicios (2004: Bellagio (Italia). II.Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana. III.Organización Mundial de la Salud. IV.Título:Aborto farmacológico.

ISBN 978 92 4 359484 2

(Clasificación NLM: WQ 440)

### **© Organización Mundial de la Salud 2008**

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Comercialización y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a la Oficina de Publicaciones, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Esta publicación contiene la opinión colectiva de un grupo internacional de expertos y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

Impreso en

## **NOTA DE AGRADECIMIENTO**

La OMS desea expresar su agradecimiento a la Fundación Rockefeller y a su Centro de Conferencias de Bellagio por proporcionar el espacio y los medios necesarios para la reunión, y al Ipas por su aportación financiera, que ha hecho posible la edición e impresión de la presente publicación.



# ÍNDICE

<b>Antecedentes</b> _____	<b>1</b>
<b>Introducción</b> _____	<b>3</b>
<b>Atención antes del aborto</b>	
1. ¿Qué asesoramiento necesita una mujer embarazada que está estudiando la posibilidad de abortar? _____	7
2. ¿Qué factores deben tenerse en cuenta cuando se asesora a una mujer acerca de su elección entre el aborto farmacológico y el aborto quirúrgico? _____	8
3. ¿Cuáles son las contraindicaciones del aborto farmacológico? _____	9
4. ¿Es preciso tener en cuenta alguna otra característica de la mujer que va a someterse a un aborto farmacológico? _____	10
5. ¿Cómo debe confirmarse el embarazo y estimarse el tiempo de gestación? _____	11
6. ¿Qué evaluación clínica y qué estudios de laboratorio se necesitan antes del aborto farmacológico? _____	12
7. ¿Qué pasos son necesarios para reducir al mínimo el riesgo de un embarazo ectópico sin diagnosticar? _____	13
<b>Régimen terapéutico para el aborto farmacológico</b>	
8. ¿Cuál es el régimen terapéutico recomendado para el aborto farmacológico? _____	17
9. ¿Es posible utilizar otras dosis de mifepristona? _____	17
10. ¿Son posibles otras dosis o vías de administración de la prostaglandina? _____	19
11. ¿Cuáles son las ventajas y los inconvenientes del misoprostol respecto del gemeprost? _____	20
12. ¿Pueden utilizarse otras prostaglandinas? _____	20
13. ¿Es crucial el intervalo entre la administración de mifepristona y la de prostaglandina? _____	21
14. ¿Puede inducirse el aborto utilizando sólo prostaglandina? _____	21
15. ¿Qué analgésicos debe tener a su alcance la mujer en un aborto farmacológico? _____	22
<b>Atención posterior al aborto</b>	
16. Si el aborto es incompleto, ¿es preciso proceder a la evacuación quirúrgica del útero? _____	27
17. ¿Cómo debe diagnosticarse y tratarse la infección pélvica después de un aborto? _____	27
18. ¿Cómo debe confirmarse el resultado del aborto farmacológico? _____	28
19. ¿Cómo debe identificarse el embarazo ectópico después de un aborto farmacológico? _____	28
20. ¿Hay riesgo de anomalías fetales después de un aborto farmacológico fallido? _____	29
21. ¿Qué métodos anticonceptivos puede utilizar la mujer después de un aborto farmacológico? _____	30

**Cuestiones relacionadas con la prestación de servicios de aborto farmacológico**

Cuestiones legales y reglamentarias _____	32
Establecimiento de un servicio de aborto farmacológico _____	32
Obtención de los medicamentos necesarios _____	33
<b>Anexo 1</b> _____	34

## ANTECEDENTES

Los días 1 a 5 de noviembre de 2004, en Bellagio (Italia), el Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP) organizó una reunión titulada Conferencia Internacional de Consenso sobre el Aborto No Quirúrgico (Farmacológico) al Comienzo del Primer Trimestre sobre Cuestiones Relacionadas con los Regímenes Terapéuticos y la Prestación de Servicios (Anexo 1). El presente documento es el resultado de las deliberaciones de los participantes en esa reunión, a la que asistieron investigadores y clínicos de gran experiencia en el ámbito del aborto farmacológico.

Antes de la reunión, se pidió a distintos profesionales de la atención sanitaria que están prestando servicios de interrupción del embarazo en distintos países que preparasen una lista de las preguntas más frecuentes acerca del aborto farmacológico. Los participantes en la reunión examinaron esas preguntas y prepararon las respuestas correspondientes, basándose en los datos científicos publicados y en su propia experiencia clínica. La presente publicación recoge las respuestas.





## INTRODUCCIÓN

La prestación de servicios seguros de interrupción del embarazo en la medida en que lo permite la ley es un componente importante de los servicios de salud reproductiva. La obtención de métodos que permiten inducir el aborto mediante fármacos, es decir, por medios no quirúrgicos, ha dado lugar a nuevas posibilidades de dar a las mujeres acceso al aborto en diversos entornos de atención sanitaria. El tema ha sido ampliamente examinado durante los últimos cinco años, y se han publicado al respecto varias directrices basadas en datos científicos (1-6).

La presente publicación no pretende repetir esas directrices sino dar respuesta a preguntas que surgen con frecuencia, basándose en el examen de los datos disponibles. Las respuestas, que se centran en los aspectos prácticos, resultarán particularmente útiles para el personal sanitario que esté estudiando la posibilidad de poner en marcha, o ya esté prestando, servicios de interrupción del embarazo por métodos farmacológicos al principio del primer trimestre de gestación.

En condiciones ideales, cualquier método de aborto farmacológico debe tener una calificación global comparable a la de la interrupción del embarazo por aspiración, es decir, una tasa de evacuación completa superior al 95% y una tasa de continuación del embarazo inferior al 1%.

Otras características deseables de cualquier método de aborto farmacológico durante las primeras semanas del primer trimestre son las siguientes:

- debe ser eficaz hasta los 63 días de gestación;
- debe ser fácil de administrar;
- debe ser seguro y tener efectos secundarios aceptables;
- la pérdida de sangre debe ser similar o inferior a la asociada a la aspiración;
- debe ser asequible;
- debe estar ampliamente disponible.

El único régimen terapéutico que cumple esos criterios de eficacia es una combinación de mifepristona y una prostaglandina, sea misoprostol o gemeprost. El uso de mifepristona o de una prostaglandina por sí solas no reúne esos criterios. El uso de metotrexato en combinación con la prostaglandina puede aproximarse a la eficacia requerida, pero no se recomienda porque es teratogénico.

Las recomendaciones sobre el aborto farmacológico que se ofrecen en la presente publicación se refieren a las primeras semanas del primer trimestre (hasta los 63 días desde el primer día del último periodo menstrual). Aunque la administración de

mifepristona seguida de una prostaglandina interrumpirá el embarazo en cualquier fase (y en algunos países está autorizada hasta las 24 semanas), la interrupción de un embarazo de más de 63 días es menos común, requiere hospitalización y da lugar a otras consideraciones de orden médico, legal y de organización de los servicios.

### Referencias

1. *Medical methods for termination of pregnancy*. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO Technical Report Series, No. 871).
2. *National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion*. Updated guidelines. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.
3. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
4. *Providing medical abortion in developing countries: an introductory guidebook*. New York, Gynuity Health Projects, 2004.
5. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*. Paris, L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), 2001; available at: <http://www.anaes.fr/>; accessed on 22 February 2006.
6. Guidelines for the use of mifepristone and prostaglandin in termination of early pregnancy. In: *Guideline for family planning technology*. Beijing, State Ministry of Health and Family Planning Committee, 2003 [Document No (2003)32].

# **ATENCIÓN ANTES DEL ABORTO**



## 1. ¿Qué asesoramiento necesita una mujer embarazada que está estudiando la posibilidad de abortar?

Toda mujer que se ha quedado embarazada sin desearlo y que está estudiando la posibilidad de abortar debe recibir consejo de un profesional sanitario debidamente adiestrado que tenga amplios conocimientos y experiencia acerca de las distintas técnicas de interrupción del embarazo. Todas las mujeres, con independencia de su edad o sus circunstancias, deben recibir información que sean capaces de comprender, para que puedan decidir por sí mismas si abortar o no y elegir uno u otro método de interrupción del embarazo.

Tanto el asesoramiento como los procedimientos de interrupción del embarazo se pondrán a disposición de la mujer lo antes posible, sin retrasos indebidos. No obstante, los médicos deben tener la capacidad de reconocer que algunas mujeres necesitan más tiempo y apoyo para alcanzar una decisión.

Los consejos en relación con el aborto pueden darse en cualquier entorno sanitario, aunque lo ideal es que se ofrezcan en un lugar en el que pueda iniciarse el procedimiento de interrupción del embarazo. Es indispensable contar con instalaciones que permitan realizar las entrevistas de forma privada; la mujer debe tener la libertad de escoger entre ser entrevistada a solas o acompañada por su pareja, un familiar o un amigo.

Los profesionales de la salud que proporcionan asesoramiento en relación con el aborto deben estar familiarizados con el marco jurídico local y con las normas que rigen el consentimiento de las mujeres que no alcanzan la edad legal al respecto. Cada mujer debe llegar a su propia decisión y no debe ser coaccionada para que la comunique a sus padres o a su pareja si no existe la obligación legal de hacerlo.

En condiciones ideales, el asesoramiento previo al aborto debe incluir también información sobre futuras necesidades en materia de anticonceptivos. Al ayudar a la mujer a escoger el método anticonceptivo más apropiado para el futuro, tal vez sea útil estudiar las circunstancias en las que tuvo lugar el embarazo no deseado. El objetivo del asesoramiento en materia de anticonceptivos y el suministro de éstos en el contexto de la atención de la mujer que se dispone a abortar es que empiece a usar el método elegido inmediatamente después de la interrupción del embarazo.

### Otras lecturas

1. Haddad M et al. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2000, 3:CD001442.
2. John J. Improving quality through patient – provider communication. *Journal of Health Care Marketing*, 1991, 11:51–60.

3. Lewin SA et al. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2001, 4:CD003267.
4. The Picker Institute. *From the patient's perspective: quality of abortion care*. Washington, DC, Kaiser Family Foundation, 1999.
5. Zapka JG et al. The silent consumer: women's reports and ratings of abortion services. *Medical Care*, 2001, 39:50–60.

### 2. ¿Qué factores deben tenerse en cuenta cuando se asesora a una mujer acerca de su elección entre el aborto farmacológico y el aborto quirúrgico?

Apenas existen diferencias entre el aborto farmacológico y el aborto quirúrgico en lo que se refiere a la seguridad y la eficacia. Así, ambos métodos se parecen desde el punto de vista médico y sólo existen algunas, muy escasas, situaciones en las que pueda recomendarse uno u otro por razones médicas.

Dos estudios (1, 2) han observado que las mujeres tienen más probabilidades de encontrar que un método de interrupción del embarazo es aceptable si lo han elegido por sí mismas. La mayoría de las mujeres que se someten a un aborto consideran muy importante que se les ofrezca una gama de métodos entre los que elegir (2). Muchos estudios sugieren que las mujeres que se deciden por el método farmacológico lo encuentran más aceptable en embarazos primeros que en embarazos posteriores (1, 3–5).

#### **El aborto farmacológico puede ser el preferido:**

- si ha sido elegido por la mujer;
- en las primeras semanas del embarazo; hasta los 49 días de gestación, se considera que el aborto farmacológico es más eficaz que el quirúrgico, especialmente cuando la práctica clínica no incluye una inspección detallada del tejido aspirado (6);
- cuando la mujer está muy obesa (índice de masa corporal superior a 30), pero no presenta otros factores de riesgo cardiovascular (véase la pregunta 3), ya que el tratamiento quirúrgico puede resultar más difícil desde el punto de vista técnico;
- cuando la mujer padece malformaciones o fibromas en el útero, o ha sido operada alguna vez del cuello uterino (lo que puede hacer que el aborto quirúrgico sea más difícil desde el punto de vista técnico);
- si la mujer desea evitar una intervención quirúrgica.

#### **El aborto quirúrgico puede ser preferible:**

- si así lo prefiere la mujer, o si solicita ser esterilizada al mismo tiempo;
- si presenta contraindicaciones para el aborto farmacológico (véase la pregunta 3);

- si el tiempo o las limitaciones geográficas son un obstáculo para el seguimiento necesario con el fin de confirmar que el aborto ha sido completo.

## Referencias

1. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714–717.
2. Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:1288–1295.
3. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*, 2002, 65:419–423.
4. Winikoff B et al. Safety, efficacy and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone/misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:431–437.
5. Honkanen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: Side effects and women's perceptions. *BJOG*, 2004, 111:1–11.
6. *National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion*. Updated guidelines. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.

### 3. ¿Cuáles son las contraindicaciones del aborto farmacológico?

**Existen muy pocas contraindicaciones absolutas al aborto farmacológico. Entre ellas figuran las siguientes:**

- reacción alérgica anterior a alguno de los fármacos que se utilizan;
- porfiria hereditaria;
- insuficiencia suprarrenal crónica;
- embarazo ectópico, conocido o presunto.

**Deben tomarse precauciones en varias circunstancias, entre ellas:**

- si la mujer está en tratamiento a largo plazo con corticosteroides (incluidas aquellas que padecen asma grave no controlado);
- si padece un trastorno hemorrágico;
- si padece anemia grave;
- si sufre un trastorno cardíaco previo o presenta factores de riesgo cardiovascular (por ejemplo, hipertensa y fumadora).

### Otras lecturas

1. Hill NCW et al. The placental transfer of mifepristone during the second trimester and its influence upon maternal and fetal steroid concentrations. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 97:406–411.
2. Leighton B et al. Physiological glucocorticoid levels regulate glutamine and insulin-mediated glucose metabolism in skeletal muscle of the rat. Studies with RU 486 (mifepristone). *Biochemistry Journal*, 1991, 274:187–192.

### 4. ¿Es preciso tener en cuenta alguna otra característica de la mujer que va a someterse a un aborto farmacológico?

- ▶ **Edad.** Ni la adolescencia ni la edad madura (más de 35 años) deben considerarse una contraindicación para el aborto farmacológico.
- ▶ **Anemia.** No tiene por qué considerarse una contraindicación; no obstante, la anemia que se detecta en el momento del aborto debe ser tratada. El promedio de pérdida de sangre en el aborto farmacológico puede ser superior al del aborto quirúrgico (1), y la incidencia de sangrado abundante puede ser mayor.
- ▶ **Lactancia materna.** Es probable que la mifepristona pase a la leche materna. Los estudios que han investigado los efectos endocrinos de la mifepristona en el feto han encontrado mayores niveles de hormona adrenocorticotrópica y de cortisol (2). Las repercusiones clínicas de esas alteraciones aún no están claras.

En la leche materna también ingresan pequeñas cantidades de misoprostol al poco tiempo de la administración, pero se desconocen los posibles efectos en el niño. Como los niveles de misoprostol disminuyen rápidamente, se ha recomendado que, en caso de administración oral, el misoprostol se ingiera inmediatamente después de una toma, y que la siguiente toma se dé al niño a las cuatro horas (3). Si la administración es por vía vaginal, los niveles de misoprostol se mantienen elevados durante más tiempo y es preferible que se dé de mamar al niño más de seis horas después. Lamentablemente, los datos disponibles no permiten formular una recomendación precisa sobre el momento óptimo.

- ▶ **Diabetes insulino dependiente o trastorno tiroideo.** No hay pruebas de que el aborto farmacológico provoque problemas particulares en las mujeres que padecen estos trastornos. Sin embargo, se ha demostrado que la mifepristona altera la sensibilidad a la insulina in vitro (4); esos efectos pueden reflejarse o no en los niveles de azúcar y de insulina en la sangre.
- ▶ **Embarazo múltiple (en curso).** No hay pruebas de que la tasa de fracaso del aborto farmacológico sea mayor o de que se necesiten dosis diferentes en caso de embarazo múltiple.



- ▶ **Obesidad.** No hay pruebas de que la tasa de fracaso del aborto farmacológico sea mayor o de que se necesiten dosis diferentes en mujeres obesas.
- ▶ **Cesárea previa.** Un estudio ha dado pruebas de que la seguridad y la eficacia del aborto farmacológico en las primeras fases del embarazo no se ven alteradas por una cesárea previa (5).
- ▶ **Uso de tabaco.** No hay pruebas de interacción entre los riesgos del uso de tabaco y el aborto farmacológico. Sin embargo, el uso de tabaco contribuye al riesgo cardiovascular, y hay que tener en cuenta este factor cuando se evalúe la conveniencia del aborto farmacológico para una mujer determinada.
- ▶ **Malformaciones uterinas, congénitas y adquiridas; cirugía cervicouterina previa.** No hay pruebas que demuestren que estas situaciones supongan una contraindicación.

## Referencias

1. Chan YF, Ho PC, Ma HK. Blood loss in termination of early pregnancy by vacuum aspiration and by combination of mifepristone and gemeprost. *Contraception*, 1993, 47:85–95.
2. Hill NCW et al. The placental transfer of mifepristone during the second trimester and its influence upon maternal and fetal steroid concentrations. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 97:406–411.
3. Vogel D et al. Misoprostol versus methylergometrine: pharmacokinetics in human milk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 191:2168–2173.
4. Leighton B et al. Physiological glucocorticoid levels regulate glutamine and insulin-mediated glucose metabolism in skeletal muscle of the rat. Studies with RU 486 (mifepristone). *Biochemistry Journal*, 1991, 274:187–192.
5. Xu J et al. Termination of early pregnancy in the scarred uterus with mifepristone and misoprostol. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2001, 72:245–251.

## 5. ¿Cómo debe confirmarse el embarazo y estimarse el tiempo de gestación?

En la mayoría de los casos, puede confirmarse el embarazo y estimarse su duración sobre la base del historial de la mujer y de un reconocimiento físico. En ocasiones hay que realizar pruebas de laboratorio cuando los signos típicos del embarazo no están claramente presentes y el proveedor de atención sanitaria no está seguro de que la mujer esté embarazada.

La ecografía no es necesaria para la prestación de servicios de interrupción del embarazo en las primeras fases. Si se dispone del equipo necesario, la ecografía permite identificar un embarazo intrauterino y excluir un embarazo ectópico aproximadamente a partir de

la sexta semana. También ayuda a determinar el tiempo de gestación y a diagnosticar trastornos o un embarazo inviable.

### Otras lecturas

1. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
2. *National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion*. Updated guidelines. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.

### 6. ¿Qué evaluación clínica y qué estudios de laboratorio se necesitan antes del aborto farmacológico?

Como en cualquier método de interrupción del embarazo, la historia clínica de la paciente permitirá determinar si existen contraindicaciones (véase la pregunta 3) y detectar factores de riesgo para las complicaciones. La historia clínica debe incluir los siguientes datos: antecedentes personales y familiares de enfermedades pertinentes; medicación en curso y alergias conocidas; historia obstétrica y ginecológica, incluidos los embarazos ectópicos; cualquier tendencia a las hemorragias, e historia de infecciones de transmisión sexual (ITS). La historia social debe incluir la evaluación de riesgo para las ITS, teniendo en cuenta las tasas locales de prevalencia de esas infecciones. El médico debe estar al tanto de la posibilidad de violencia o coacción en el contexto del embarazo no deseado.

Las observaciones ordinarias básicas (pulso, presión arterial y temperatura) son útiles como referencia.

No hay ninguna prueba de laboratorio que sea indispensable antes de un aborto farmacológico. Sin embargo, pueden realizarse pruebas como la determinación del nivel de hemoglobina, el grupo sanguíneo y el factor Rhesus o la detección de la hepatitis, el virus de la inmunodeficiencia humana o las ITS dependiendo de los factores de riesgo de cada paciente o de los recursos disponibles. En condiciones ideales, los servicios deben ofrecer pruebas de detección de agentes patógenos en el tracto genital inferior y tratar a las mujeres que den resultado positivo.

**Factor Rh.** La prevalencia del grupo Rh negativo varía notablemente de unos grupos étnicos a otros; es especialmente elevada entre los blancos. En los embarazos de duración inferior a 63 días, el riesgo teórico de sensibilización Rh de la madre es muy bajo; no hay pruebas de que se produzca sensibilización en esta fase del embarazo. Por consiguiente, la determinación del grupo sanguíneo y del Rh, y la administración de profilaxis anti D a las mujeres Rh negativas no se consideran indispensables para el aborto farmacológico en las primeras fases. En los lugares donde la prevalencia de individuos Rh negativos sea elevada

y cuando lo permitan los recursos, puede ofrecerse la determinación del Rh y la profilaxis anti-D como componentes de precaución en la atención del aborto farmacológico.

### Otras lecturas

1. Thong KJ, Norman JE, Baird DT. Changes in the concentration of alpha-fetoprotein and placental hormones following two methods of medical abortion in early pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1993, 100:1111–1114.
2. Naik K et al. The incidence of fetomaternal haemorrhage following elective termination of first-trimester pregnancy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1988, 27:355–357.
3. Fiala C, Fux M, Gemzell-Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82:892–903.
4. Jabara S, Barnhart KT. Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion? A review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 188:623–627.
5. Stevenson MM, Radcliffe KW. Preventing pelvic infection after abortion. *International Journal of STD and AIDS*, 1995, 6:305–312.
6. Penney GC. Preventing infective sequelae of abortion. *Human Reproduction*, 1997, 12 (11 Suppl): 107–112.
7. Stubblefield PG, Grimes DA. Current concepts: septic abortion. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:310–314.
8. Blackwell AL et al. Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. *The Lancet*, 1993, 342:206–210.

### 7. ¿Qué pasos son necesarios para reducir al mínimo el riesgo de un embarazo ectópico sin diagnosticar?

La mifepristona y el misoprostol no son capaces de interrumpir un embarazo ectópico que, si está presente, seguirá su curso. Si la interrupción del embarazo está prevista en una fase muy temprana, es decir, antes de que pueda confirmarse un embarazo intrauterino mediante ecografía, el médico debe estar particularmente alerta ante la posibilidad de un embarazo ectópico. Debe comprobar si el útero parece más pequeño de lo esperado con arreglo a la fecha del último periodo menstrual. Las mujeres deben saber que han de acudir sin demora al médico si observan síntomas y signos que pueden indicar un embarazo ectópico, como dolor abdominal en un lado. La verificación de la expulsión en estos casos muy tempranos sólo puede hacerse comparando los niveles de gonadotropina coriónica humana antes del tratamiento y en la visita de seguimiento (véase la pregunta 19).

Cuando las características clínicas (por ejemplo, historia de embarazo ectópico o de ITS, discrepancia entre fechas menstruales y observación ecográfica, sangrado vaginal o dolor pélvico) hagan sospechar un embarazo ectópico, deben realizarse las pruebas apropiadas. Si se diagnostica o se sospecha firmemente un embarazo ectópico, la mujer debe ser trasladada a un servicio de ginecología apropiado para administrarle la atención debida.

### Otras lecturas

1. Kenigsberg D et al. Medical treatment of residual ectopic pregnancy: RU486 and methotrexate. *Fertility and Sterility*, 1987, 47:2–3.
2. Ulmann A, Dubois C. Anti-progesterones in obstetrics, ectopic pregnancies and gynaecological malignancies. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 2:631–638.
3. Liu F et al. Mifepristone in the treatment of 47 ectopic pregnancy patients. *Hunan Yi Ke Da Xue Zue Bao*, 1998, 23:265–268.
4. Gazavani MR et al. Mifepristone in combination with methotrexate for the medical treatment of tubal pregnancy: a randomised controlled trial. *Human Reproduction*, 1998, 13:1987–1990.
5. Fiala C et al. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 109:190–195.
6. Edwards J, Carson SA. New technologies permit safe abortion at less than 6 weeks' gestation and provide timely detection of ectopic gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:1101–1106.
7. Kelly AJ, Sowter MC, Trinder J. *The management of tubal pregnancy*. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004 (RCOG Guideline No. 21).

# **RÉGIMEN TERAPÉUTICO PARA EL ABORTO FARMACOLÓGICO**



## 8. ¿Cuál es el régimen terapéutico recomendado para el aborto farmacológico?

El régimen terapéutico recomendado para el aborto farmacológico es 200 mg de mifepristona por vía oral, seguidos a las 36–48 horas por una prostaglandina, sea 0,8 mg de misoprostol o 1 mg de gemeprost por vía vaginal (1, 2). Esa combinación produce un aborto completo en más del 96% de los casos; la tasa de continuación del embarazo es inferior al 1% en los embarazos de menos de 63 días (3–5).

También puede administrarse misoprostol por vía oral en dosis de 0,4 mg, pero debido a la mayor tasa de fracaso, se recomienda que el uso de misoprostol por vía oral en esta dosis se limite a los embarazos de muy corta duración, es decir, de menos de 50 días.

### Referencias

1. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
2. *National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion*. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.
3. Ashok PW et al. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG*, 2002, 109:1281–1289.
4. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception*, 2002, 66:247–250.
5. Schaff EA et al. Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. *Contraception*, 2000, 61:41–46.

## 9. ¿Es posible utilizar otras dosis de mifepristona?

Tanto la mifepristona como las prostaglandinas, administradas por sí solas, pueden inducir el aborto; sin embargo, o tienen una eficacia reducida o presentan una elevada tasa de efectos secundarios. Combinadas, actúan de forma sinérgica. El reto, pues, es encontrar un régimen terapéutico que, combinando las dosis más bajas de ambos fármacos, sea muy eficaz y tenga escasos efectos secundarios. Además, en muchas partes del mundo el costo es una consideración importante.

En muchos países está autorizado el uso de mifepristona en una sola dosis de 600 mg por vía oral. Sin embargo, no hay pruebas de que sea necesaria una dosis superior a 200 mg para conseguir un efecto óptimo cuando se ve seguida por una prostaglandina apropiada (1–4). Algunos estudios han indicado que la mifepristona puede administrarse en cinco o seis dosis divididas de 25 mg a lo largo de tres días, lo que representa una dosis total de

125–150 mg (5). Este régimen terapéutico se utiliza de forma generalizada en China y ha demostrado ser sumamente eficaz hasta los 49 días de embarazo cuando se utiliza en combinación con una prostaglandina apropiada. Sin embargo, por razones relacionadas con la prestación del servicio y la comodidad del paciente, se prefiere la dosis única de mifepristona.

Se ha demostrado que una dosis de 50 mg de mifepristona es menos eficaz que una dosis de 200 mg cuando se administra combinada con gemeprost por vía vaginal (6). Siguen realizándose estudios para determinar la dosis efectiva mínima de mifepristona.

### Referencias

1. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal*, 1993, 307:532–537.
2. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. *BJOG*, 2000, 107:524–530.
3. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Medical abortion at 57 to 63 days gestation with a lower dose of mifepristone and gemeprost. A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2001, 80:447–451.
4. McKinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1993, 8:1502–1505.
5. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. *Fertility and Sterility*, 1991, 56:32–40.
6. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *BJOG*, 2001, 108:738–742.



## 10. ¿Son posibles otras dosis o vías de administración de la prostaglandina?

La administración vaginal de misoprostol es más eficaz y está asociada a menos efectos secundarios que la administración oral de la misma dosis (1–4). Sin embargo, si la mujer prefiere tomar el fármaco por vía oral y el embarazo tiene una duración de menos de 50 días, puede administrársele dos píldoras de 0,2 mg de misoprostol por vía oral a las 36–48 horas de la dosis de mifepristona (5). Si la duración del embarazo supera los 50 días, no se recomienda la administración oral de misoprostol debido a su mayor tasa de fracaso.

En algunos estudios se han utilizado dosis repetidas de misoprostol, sea en todas las mujeres o en aquéllas que presentan indicios de aborto incompleto (1, 6, 7). Las dosis repetidas están asociadas a una mayor incidencia de efectos secundarios relacionados con la prostaglandina. Actualmente no hay pruebas suficientes de que la eficacia global se vea aumentada por el uso de dosis repetidas de prostaglandina<sup>1</sup>.

Actualmente se están investigando dosis vaginales menores y diferentes vías de administración, por ejemplo bucal y sublingual, de misoprostol.

### Referencias

1. von Hertzen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG*, 2003, 110:808–818.
2. El-Refaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983–987.
3. Honkanen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: Side effects and women's perceptions. *BJOG*, 2004, 111:715–725.
4. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception*, 2002, 66:247–250.
5. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Cahill S, Gallo M, Castleman L. More than one dose of misoprostol in medical abortion at less than ten weeks of gestation *Contraception*, 2006, 74:36–41.
7. Ashok PW et al. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG*, 2002, 109:1281–1289.

<sup>1</sup> Aunque esta cuestión no se trata en las presentes directrices, la interrupción de un embarazo en las últimas semanas del primer trimestre y en el segundo trimestre suele requerir la administración repetida de prostaglandinas.

### 11. ¿Cuáles son las ventajas y los inconvenientes del misoprostol respecto del gemeprost?

El misoprostol es más barato que el gemeprost y es estable a temperatura ambiente. El gemeprost se formula en pesarios vaginales de 1 mg y ha de mantenerse congelado hasta aproximadamente media hora antes de utilizarlo. Algunos estudios informan de que el dolor fuerte es más común tras el uso de gemeprost que con el misoprostol (1, 2). Aunque el misoprostol se formula para ser utilizado por vía oral, es más eficaz si se administra por vía vaginal o sublingual (3–5).

#### Referencias

1. Svendsen PF et al. Comparison of gemeprost and vaginal misoprostol in first trimester mifepristone-induced abortion. *Contraception*, 2005, 72:28–32.
2. Celentano C et al. Oral misoprostol vs. vaginal gemeprost prior to surgical termination of pregnancy in nulliparae. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2004, 83:764–768.
3. El-Refaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983–987.
4. Tang OS et al. A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction*, 2003, 18:2315–2318.
5. Tang OS et al. A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12–20 weeks' gestation. *Human Reproduction*, 2005, 20:3062–3066.

### 12. ¿Pueden utilizarse otras prostaglandinas?

Varias prostaglandinas que se utilizaron antes, como la sulprostona y la 15-metil prostaglandina F<sub>2α</sub>, han dejado de usarse debido a sus efectos secundarios adversos o a su relativa falta de eficacia (1).

#### Referencias

1. Sang G et al. A large-scale introductory trial on termination of early pregnancy by mifepristone in combination with different prostaglandins. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 15:323–329.

### 13. ¿Es crucial el intervalo entre la administración de mifepristona y la de prostaglandina?

El intervalo autorizado y más comúnmente utilizado (36–48 horas) (1, 2) corresponde al momento en el que el útero es más sensible a la prostaglandina después de la preparación con mifepristona; de ese modo, la dosis terapéutica puede reducirse al mínimo. Además, en estudios iniciales en los que se midió la contractilidad del útero en distintos momentos entre la administración de la mifepristona y de prostaglandina, también se encontró que ese intervalo es el más eficaz (3). Se ha demostrado recientemente, no obstante, que el intervalo puede reducirse a 24 horas o aumentarse hasta 72 horas sin pérdida de eficacia cuando la mifepristona se utiliza en combinación con 0,8 mg de misoprostol por vía oral (4, 5). Si el misoprostol se administra por vía oral en dosis de 0,4 mg, el intervalo de 36–48 horas debe respetarse. Se está estudiando otros intervalos (6).

#### Referencias

1. von Hertzen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG*, 2003, 110:808–818.
2. MIFEPREX® (mifepristone) Tablets, 200 mg; for oral administration only. Available at: <http://www.earlyoptionpill.com/pdfs/prescribing071905.pdf>; accessed on 17 February 2006.
3. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 95:126–134.
4. Schaff EA et al. Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: a randomized trial. *JAMA*, 2000, 284:1948–1953.
5. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion. *Contraception*, 2001, 64:81–85.
6. Creinin MD et al. A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:851–859.

### 14. ¿Puede inducirse el aborto utilizando sólo prostaglandina?

Es posible inducir el aborto en las primeras fases del embarazo solamente con prostaglandinas. Sin embargo, incluso los regímenes terapéuticos más eficaces, que entrañan dosis repetidas y relativamente altas de misoprostol (0,8 mg) o gemeprost (1 mg) por vía vaginal, son menos eficaces y tienen más efectos secundarios que los regímenes terapéuticos de combinación en los que se administra un tratamiento previo con mifepristona.

No hay pruebas suficientes que apoyen las recomendaciones sobre la dosis, la vía de administración y los tiempos de los tratamientos que sólo utilizan prostaglandinas. Las series de casos comunicadas sugieren que se necesita la administración repetida de 0,8 mg de misoprostol por vía vaginal. El único estudio aleatorizado (aún inédito), en el que se compararon un intervalo breve (tres horas) y uno largo (12 horas) entre las dosis administradas por vía vaginal y sublingual, demostraron que si el misoprostol se administra por vía sublingual, debe administrarse con el intervalo más corto para tener una eficacia análoga a la de la administración vaginal.

### Otras lecturas

1. Jain JK et al. A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Human Reproduction*, 2002, 17:1477–1482.
2. Meckstroth KR, Darney PD. Prostaglandins for first-trimester termination. *Best Practices in Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 17:745–763.
3. Carbonell JL et al. Oral and vaginal misoprostol 800 microg every 8 h for early abortion. *Contraception*, 2003, 67:457–462.
4. Norman JE et al. Medical abortion in women of less than or equal to 56 days amenorrhoea: a comparison between gemeprost (a PGE1 analogue) alone and mifepristone and gemeprost. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1992, 99:601–606.

### 15. ¿Qué analgésicos debe tener a su alcance la mujer en un aborto farmacológico?

El dolor es provocado no sólo por el proceso de interrupción del embarazo, sino también como efecto secundario de la prostaglandina. Es especialmente probable en las primeras horas que siguen a la administración de la prostaglandina, cuando el saco gestacional/embrión está siendo expulsado del útero. Algunos estudios han demostrado que la mujer siente menos dolor si tiene más edad, ha estado embarazada en otras ocasiones o está en las primeras semanas del embarazo. Sin embargo, ninguno de esos factores es suficientemente predictivo para ser de utilidad en la atención de casos particulares.

La percepción del dolor y la necesidad de alivio del dolor varían en gran medida de una persona a otra y de una cultura a otra. En cualquier caso, los proveedores de atención sanitaria deben hacer que todas las mujeres que lo soliciten durante un aborto farmacológico tengan a su disposición un analgésico adecuado. Entre los preparados que se utilizan comúnmente se encuentran los siguientes: paracetamol 500–1000 mg o

antiinflamatorios no esteroideos, como ibuprofeno 200 mg. Si el dolor es intenso, puede añadirse codeína (30–40 mg) a cualquiera de los tratamientos antes indicados.

### Otras lecturas

1. Ashok PW et al. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG*, 2002, 109:1281–1289.
2. Westhoff C et al. Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. *Contraception*, 2000, 61:225–229.
3. Westhoff C, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception*, 2000, 62:311–314.



# **ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO**





## 16. ¿Si el aborto es incompleto, ¿es preciso proceder a la evacuación quirúrgica del útero?

Normalmente, la hemorragia vaginal disminuye gradualmente durante las dos semanas que siguen a un aborto farmacológico, pero en casos particulares el sangrado puede prolongarse hasta 45 días. En general, la hemorragia posterior a un aborto farmacológico es más prolongada que después de una aspiración al vacío. Si la mujer se encuentra bien, ni la hemorragia prolongada ni la presencia de tejido en el útero (detectado por ecografía) son una indicación para una intervención quirúrgica. Los productos de la concepción que aún permanezcan en el útero serán expulsados durante el sangrado subsiguiente. La evacuación quirúrgica del útero puede realizarse si la mujer lo solicita o si el sangrado es intenso o prolongado o provoca anemia, o si existen pruebas de infección. En el último caso, debe iniciarse un tratamiento con antibiótico (véase la pregunta 17).

### Otras lecturas

1. Fiala C et al. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 109:190–195.
2. Acharya G et al. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2004, 83:390–394.
3. Cowett AA et al. Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:871–875.

## 17. ¿Cómo debe diagnosticarse y tratarse la infección pélvica después de un aborto?

El aparato genitourinario es más susceptible a una infección ascendente cuando el cuello uterino está dilatado después de un aborto o un parto. Existen escasos datos acerca de la incidencia de la infección pélvica de significación clínica después de un aborto farmacológico, pero parece ser rara y probablemente sea menos frecuente que después de la aspiración. Muchos de los síntomas de la infección pélvica, como el dolor, son más bien inespecíficos por lo que es difícil llegar a un diagnóstico preciso. Las mujeres que presenten signos clínicos como dolor de pelvis, dolor abdominal o anexial al tacto, secreción vaginal y fiebre deben ser tratadas con antibióticos de amplio espectro.

En el Canadá (un caso) y en los Estados Unidos (cuatro casos) se han notificado casos raros de infección anaerobia sin fiebre tras una interrupción del embarazo por el método farmacológico. No se han comunicado casos de ese tipo ni en China ni en Europa. En los casos notificados, las mujeres presentaban poca o ninguna fiebre; náuseas variables,

vómitos, debilidad y cierto dolor abdominal; un deterioro rápido en cuestión de horas o días; taquicardia e hipotensión refractaria, derrames múltiples, elevación del hematocrito y del recuento de leucocitos, y neutrofilia. Las cinco mujeres presentaban síndrome tóxico relacionado con *Clostridium sordellii*.

### Referencias

1. FDA Public health advisory; sepsis and medical abortion. US Food and Drug Administration. Available at <[www.fda.gov/cder/drug/advisory/mifeprex.htm](http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/mifeprex.htm)>; accessed on 20 February 2006.

### Otras lecturas

1. Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183–190.
2. Sitruk-Ware R, Spitz IM. Pharmacological properties of mifepristone: toxicology and safety in animal and human studies. *Contraception*, 2003, 68:409–420.

### 18. ¿Cómo debe confirmarse el resultado del aborto farmacológico?

En todas las mujeres que se someten a un aborto farmacológico, es importante confirmar que el embarazo ha sido verdaderamente interrumpido. Si la expulsión de los productos de la concepción ha sido confirmada por una persona calificada en las horas siguientes a la administración de la prostaglandina, el seguimiento posterior no es siempre necesario. De todos modos, puede concertarse una visita de seguimiento al cabo de unas dos semanas de la administración de mifepristona si así lo desea la paciente.

En la visita de seguimiento, el aborto completo debe confirmarse clínicamente, sea por examen pélvico y manual o, si se dispone de los medios necesarios, por ecografía pélvica. Si se utilizan mediciones seriadas de la gonadotropina coriónica humana en la sangre o la orina, debe recordarse que en algunos casos los niveles bajos de esa hormona puede seguir detectándose hasta cuatro semanas después de una expulsión completa. Las mujeres que siguen padeciendo síntomas de embarazo o que presentan un sangrado mínimo probablemente sigan estando embarazadas.

### 19. ¿Cómo debe identificarse el embarazo ectópico después de un aborto farmacológico?

El embarazo ectópico es una anomalía que pone en peligro la vida y es una importante causa de mortalidad materna. En la pregunta 7 se exponen los pasos que deben darse antes de un aborto farmacológico para detectar un embarazo ectópico.

Incluso cuando hayan dado esos pasos, los proveedores de atención sanitaria deben tener presente la posibilidad del embarazo ectópico y el hecho de que el aborto farmacológico puede enmascarar sus síntomas. En ocasiones contadas, un embarazo ectópico puede coexistir con un embarazo intrauterino.

Si los signos clínicos hacen sospechar un embarazo ectópico (por ejemplo, la mujer sigue teniendo síntomas de embarazo o padece dolor abdominal), se realizarán otros estudios, como una ecografía pélvica o una medida seriada de la gonadotropina coriónica humana. Si esto no es posible, la mujer debe ser remitida a un centro especializado.

### Otras lecturas

1. Kelly AJ, Sowter MC, Trinder J. *The management of tubal pregnancy*. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004 (RCOG Guideline No.21).
2. Shannon C et al. Ectopic pregnancy and medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 104:161–167.

## 20. ¿Hay riesgo de anomalías fetales después de un aborto farmacológico fallido?

Solamente se ha comunicado una anomalía consecutiva al uso de mifepristona sola. Este caso, descrito como una sirenomelia (1), no pudo relacionarse con la ingestión del fármaco. En efecto, este tipo de anomalías se produce en una fase muy temprana del embarazo, en torno a las cuatro semanas de desarrollo embrionario, mientras que el tratamiento se administró en la quinta semana de gestación. Se han comunicado otros 13 casos de malformaciones, todos los cuales se produjeron en embarazos en los que se administró mifepristona a las 7–9 semanas de amenorrea, seguida en ocho casos por gemeprost y en cinco casos por misoprostol. Ninguno de los casos pudo relacionarse de manera concluyente con el tratamiento (2).

No es posible determinar si las anomalías comunicadas fueron provocadas por el tratamiento, dado que la incidencia de defectos congénitos en una población normal gira en torno a 2 por cada 100 nacidos (3). Algunas prostaglandinas han sido clasificadas como teratogénicas, aunque el misoprostol no indujo efectos de ese tipo en los estudios de embriotoxicología (4). La mifepristona no es un agente teratogénico pero, cuando se utiliza en combinación con una prostaglandina, puede inducir contracciones uterinas, lo que explicaría algunos de los defectos observados (5).

Dado que los datos disponibles son limitados y no concluyentes, no hay necesidad de insistir en la interrupción de un embarazo tras un aborto farmacológico fallido si la mujer decide seguir adelante con el embarazo. No obstante, debe informarse a la mujer de que, dado el riesgo desconocido de los fármacos abortivos para el feto, el seguimiento es importante.

### Referencias

1. Pons J-C et al. Development after exposure to mifepristone in early pregnancy. *The Lancet*, 1991, 338:763.
2. Exelgyn. *Periodic safety update No. 16*, 31 May 2005.
3. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *The Lancet*, 1998, 352:323.
4. Kotsonis FN et al. Preclinical toxicology profile of misoprostol. *Digestive Diseases Sciences*, 1985, 30 (11 Suppl.) 142S–146S.
5. Jost A. New data on the hormonal requirements of the pregnant rabbit: partial pregnancies and fetal abnormalities after treatment with a hormonal antagonist at subabortifacient doses. *Comptes Rendues de l'Académie des Sciences*, 1986, 303 (series III, No. 7):281–284.

### 21. ¿Qué métodos anticonceptivos puede utilizar la mujer después de un aborto farmacológico?

La mayoría de las mujeres que se someten a un aborto provocado para poner fin a un embarazo no deseado no quieren quedarse embarazadas de nuevo inmediatamente. En algunos casos, además, puede haber razones médicas para evitar un embarazo inmediato. Por todo ello, la planificación familiar posterior a un aborto forma parte integral de la atención completa en caso de aborto (1, 2).

Las mujeres que han sufrido un aborto temprano están casi inmediatamente expuestas a quedarse embarazadas de nuevo. La ovulación puede producirse ya en el día 10 (3) después de un aborto de primer trimestre; en un estudio, hasta el 78% de las mujeres habían ovulado cuando se presentaron al examen de seguimiento de las seis semanas (4).

Las mujeres que se han sometido a un aborto farmacológico pueden utilizar después cualquier método anticonceptivo moderno. Cuando se asesora a la mujer acerca del aborto, conviene aprovechar la oportunidad para examinar con ella sus necesidades en materia de anticonceptivos. En condiciones ideales, hay que proporcionarle un método anticonceptivo eficaz inmediatamente después del aborto.

Las píldoras anticonceptivas orales combinadas pueden iniciarse el mismo día en que se administra el misoprostol, cuando suele producirse la expulsión. Dos estudios de cohortes controlados aleatorizados en los que se evaluaron los efectos del uso inmediato de píldoras anticonceptivas orales combinadas frente a un placebo tras un aborto farmacológico, no encontraron diferencia alguna en las tasas de aborto completo, los efectos secundarios y la duración del sangrado (5, 6). Los métodos a base de progestágeno solo suelen ir asociados a un sangrado intermenstrual, que puede confundirse con un aborto incompleto.

Las inyecciones y los implantes de medroxiprogesterona de depósito a menudo van asociados a una amenorrea o a un sangrado irregular, lo que puede hacer difícil determinar si el embarazo ha sido interrumpido. Por tanto, tal vez sea preferible comenzar a utilizar esos métodos sólo cuando se haya confirmado que el embarazo ha sido efectivamente interrumpido. La esterilización y la inserción de un dispositivo intrauterino deben retrasarse hasta que se haya confirmado que el aborto ha sido completo.

Las mujeres que eligen un método anticonceptivo que no puede iniciarse inmediatamente deben utilizar preservativos mientras tanto. Otros métodos, como los capuchones, esponjas y diafragmas, las espumas espermicidas, las gelatinas y los comprimidos vaginales pueden utilizarse en cuanto se reanuden las relaciones sexuales, de preferencia cuando haya terminado el sangrado. Los métodos de planificación familiar natural sólo pueden reanudarse cuando se hayan instaurado los ciclos menstruales con regularidad.

### Referencias

1. Johnson BR et al. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning*, 2002, 33:195–202.
2. Pandey DN et al. Contraceptive coverage after medical termination of pregnancy. *Indian Journal of Hospital Pharmacology*, 1989, 26:154–157.
3. Boyd EF, Holmström EG. Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1972, 113:469–473.
4. Lähteenmäki P et al. Return of ovulation after abortion and after discontinuation of oral contraceptives. *Fertility and Sterility*, 1980, 34:246–249.
5. Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception*, 1998, 58:99–103.
6. Tang OS et al. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, 2002, 17:99–102.

### CUESTIONES RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ABORTO FARMACOLÓGICO

#### *Cuestiones legales y reglamentarias*

La práctica del aborto está regida por normas que operan dentro del marco jurídico del país o la localidad de que se trate. En mayoría de los países, la interrupción del embarazo está permitida legalmente para al menos una indicación, por ejemplo después de una violación o para proteger la vida de la madre. En algunos países, la legislación autoriza el aborto para una amplia gama de indicaciones. Con frecuencia, el marco jurídico fue establecido mucho antes de que existieran los métodos farmacológicos de inducción del aborto.

El desarrollo de los métodos de aborto farmacológico puede plantear ciertas dudas en la interpretación de las normas o las leyes vigentes, pues éstas normalmente fueron promulgadas cuando el aborto quirúrgico era el método predominante. Por ejemplo, en algunos países, la ley exige que los abortos se practiquen en una clínica específicamente autorizada para ello. En el caso de los métodos quirúrgicos, no hay duda en cuanto al lugar en el que se practica el aborto. Pero cuando el aborto se induce mediante medicamentos, ¿se practica donde se recetan los medicamentos, o donde se administran? ¿O donde se expulsan los productos de la concepción?

#### *Establecimiento de un servicio de aborto farmacológico*

Los gestores sanitarios que estén estudiando la posibilidad de establecer un servicio de interrupción del embarazo por métodos farmacológicos habrán de saber en primer lugar cuál es el marco jurídico pertinente en el país en lo que se refiere al aborto farmacológico. En muchos países, no existe reglamentación específicamente referida a estos métodos; en ese caso, el aborto farmacológico está cubierto por la legislación general en materia de aborto. Otros países pueden disponer de una reglamentación específica sobre la práctica del aborto farmacológico.

Quizá existan normas sobre el tipo de establecimientos que pueden proporcionar servicios de interrupción del embarazo. En algunos países, el gobierno nacional puede estipular normas en la legislación o bien mediante la reglamentación del sistema sanitario. En otros lugares, esa normativa puede ser elaborada en el nivel provincial, estatal o local.

El aborto farmacológico puede ser ofrecido en establecimientos sanitarios que no proporcionen servicios de aborto quirúrgico. En condiciones ideales, debería integrarse en los servicios más amplios de salud reproductiva, lo que permitiría a las mujeres que se han sometido a un aborto farmacológico acceder con facilidad a otros servicios, por ejemplo la planificación familiar, como importante elemento de una atención amplia en materia de interrupción del embarazo.

En el mismo establecimiento o por un mecanismo de envío de casos con enlaces establecidos, se tendrá acceso a cuidados de urgencia y a medios para practicar intervenciones quirúrgicas. Los servicios de apoyo deben incluir los de evacuación uterina, reposición de líquidos y transfusión de sangre.

### **Obtención de los medicamentos necesarios**

En los lugares donde la mifepristona ya está autorizada para la interrupción del embarazo, la autorización suele especificar que debe utilizarse con cierta prostaglandina (por lo general, misoprostol), o simplemente que se utilice una “prostaglandina apropiada”. En los países en los que el aborto farmacológico está autorizado, la mifepristona puede conseguirse en el médico o en la clínica. Sin embargo, cabe la posibilidad de que no esté autorizada ninguna prostaglandina apropiada para utilizarla en un aborto farmacológico precoz. En estos casos, normalmente suele utilizarse misoprostol ya que está disponible en muchos países, aunque no esté específicamente autorizado para su uso abortivo.

En muchos lugares, pueden utilizarse medicamentos autorizados para indicaciones clínicas que no están cubiertas por el registro original del producto. A menudo, los médicos tienen la libertad de utilizar medicamentos para fines no cubiertos por la autorización cuando existen datos médicos que apoyan ese uso. Si un médico utiliza un fármaco para fines distintos de aquellos para los que está autorizado, habrá de informar al paciente al respecto. Los gestores que estén estudiando la posibilidad de introducir el aborto farmacológico deben comprobar la situación en su país en lo que atañe a esta cuestión. En algunos sistemas de reembolso, los médicos pueden prescribir un uso no previsto en la autorización, pero los pacientes no pueden solicitar en el reembolso del tratamiento.

De acuerdo con la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, “la práctica médica correcta y el mejor interés del paciente exigen que el médico utilice los fármacos, las sustancias biológicas y los dispositivos legalmente disponibles de acuerdo con su leal saber y entender. Si el médico utiliza un producto para una indicación que no está incluida en la rotulación aprobada, tiene la responsabilidad de informarse cabalmente acerca del producto, basar su utilización en argumentos científicos firmes y en datos médicos sólidos, y llevar un registro del uso y los efectos del producto”.

### **Otras lecturas**

1. MIFEPREX® (mifepristone) Tablets, 200 mg; for oral administration only. Available at: <http://www.earlyoptionpill.com/pdfs/prescribing071905.pdf>; accessed on 23 February 2006
2. Misoprostol. Major labelling changes. *WHO Pharmaceuticals Newsletter*, 2002, 3:5.
3. Weeks AD, Fiala C, Safar P. Misoprostol and the debate over off-label drug use. *BJOG*, 2005, 112:269–272.

**CONFERENCIA INTERNACIONAL DE CONSENSO SOBRE EL ABORTO NO QUIRÚRGICO (FARMACOLÓGICO) EN LAS PRIMERAS SEMANAS DEL PRIMER TRIMESTRE SOBRE CUESTIONES RELACIONADAS CON LOS RÉGIMENES TERAPÉUTICOS Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**Centro de Conferencias de Bellagio (Italia)  
1 a 5 de noviembre de 2004**

**Participantes**

**Dr David Baird**, Profesor, Contraceptive Development Network, Universidad de Edimburgo, Edimburgo (Escocia)

**Dra Laura Castleman**, Directora Médica, Ipas, Chapel Hill, NC ( EE.UU.)

**Dr Linan Cheng**, Director, Shanghai Institute of Family Planning Technical Instruction, Shanghai (República Popular China)

**Dr Kurus Coyaji**, Director y Profesor Honorario, Departamento de Obstetricia y Ginecología, K.E.M. Hospital, Pune (India)

**Sra Angela Davey**, Business and Medical Services Director, Exelgyn, Oxfordshire (Reino Unido)

**Dr Christian Fiala**, Presidente de FIAPAC, Viena (Austria)

**Dra Kristina Gemzell-Danielsson**, Directora, Centro Colaborador de la OMS sobre Reproducción Humana, Departamento de Salud de la Mujer y del Niño, División de Obstetricia y Ginecología, Hospital de la Universidad Karolinska, Estocolmo (Suecia)

**Dra Selma Hajri**, Consultora en Salud Reproductiva, Túnez (Túnez)

**Dra Helena von Hertzen**, Oficial Médico, Directora, Grupo de Estudio sobre métodos postovulatorios de regulación de la fecundidad, Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/ Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP), Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)

**Dr Pak Chung Ho**, Profesor y Catedrático de Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Hong Kong (Región Administrativa Especial de China)



**Dra Lena Marions**, Consultora Superior, Centro Colaborador de la OMS sobre Reproducción Humana, Departamento de Salud de la Mujer y del Niño, División de Obstetricia y Ginecología, Hospital de la Universidad Karolinska, Estocolmo (Suecia)

**Dra Suneeta Mittal**, Profesora y Directora, Departamento de Obstetricia y Ginecología y Directora en Funciones, Centro Colaborador de la OMS en Reproducción Humana, Instituto Panindio de Ciencias Médicas, Nueva Delhi (India)

**Dr Nguyen thi Nhu Ngoc**, Consultor en Investigación y Colaboración Internacional, Sección de Aborto Farmacológico, Centro Colaborador de la OMS en Reproducción Humana, Hungvuong Hospital, Ho Chi Minh City, Viet Nam

**Dr Joachim Oehler**, Director Ejecutivo, The Concept Foundation, Pathumthani (Tailandia)

**Dra Gillian Penney**, Profesora Clínica Adjunta en las Universidades de Edimburgo y Aberdeen, SPCERH, Hospital de Maternidad de Aberdeen, Aberdeen (Escocia)

**Dra Gilda Piaggio**, Estadística, Equipo de Apoyo en Estadística e Informática, Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP), Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)

**Dr Eric A. Schaff**, Profesor de Medicina Familiar, Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Director, Reproductive Health Program Fellowship, Departamento de Medicina Familiar, Universidad de Rochester, Facultad de Medicina, Rochester, NY (EE.UU.)

**Dra Régine Sitruk-Ware**, Profesora Adjunta, Universidad Rockefeller, y Directora Ejecutiva de Desarrollo de Anticonceptivos, Centro de Investigaciones Biomédicas, Consejo de Población, Nueva York, NY (EE.UU.)

**Dr Oi Shan Tang**, Consultor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Queen Mary, Hong Kong (Región Administrativa Especial de China)

**Dra Beverly Winikoff**, Presidenta, Gynuity Health Projects, Nueva York, NY (EE.UU.)