

notables, superándose los 30 puntos en Baleares, Cataluña y Galicia. Al margen de la evolución que se describe, en general, entre las menores de edad es más alto el porcentaje de embarazos que finalizan en un aborto que entre las de 18-19 años.

La evolución que muestra la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo es consecuencia de que se trata de embarazos no deseados, lo que ocurre en más del 90% de los casos de embarazos adolescentes, llegando estos porcentajes a alcanzar valores próximos al 100% cuando se trata de las menores de 18 años. Cabe hacerse la reflexión del porqué de esta conducta de nuestras jóvenes, pero, sobre todo, de la educación que los adultos les proporcionan en materia de sexualidad y reproducción.

T026

INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

¿ABORTO FARMACOLOGICO?

J. L. Carbonell i Esteve.

El aborto sigue constituyendo la 2ª causa de muerte materna en el mundo. Los mas insospechados y variados métodos para terminar un embarazo no deseado son utilizados en el planeta, especialmente en los países llamados del tercer mundo, donde habitan las 3/5 partes de la población mundial: instrumentos punzantes, pociones mágicas, hierbas tóxicas, agujas, sondas urinarias y un largo etc, en función de la cultura propia de cada país.

A principios de los 90 se estimaba que morían anualmente entre 150 y 250.000 mujeres jóvenes en edad fértil (15-45 años) por aborto inseguro, realizado en condiciones infrasanitarias.

Así pues el aborto constituye un problema de Salud Pública mundial de primer orden. En mi opinión ha habido 3 momentos históricos clave en lo que respecta a los derechos reproductivos de la mujer:

- 1) El descubrimiento de la píldora anticonceptiva por Phinkus a principios de la década de los 50.
- 2) El descubrimiento del método de aspiración o de Karman en los 60-70.
- 3) El descubrimiento de la RU-486 en los 80.

La RU-486 es al aborto y a los derechos reproductivos de la mujer casi lo mismo que fue el descubrimiento de la penicilina por Fleming para las infecciones. Por primera vez en la historia de la humanidad las mujeres contaban con un método no quirúrgico para determinar su reproductividad sin la intervención de las manos del médico.

Obviamente los métodos farmacológicos para aborto conllevan intrínsecamente:

- Disminución y/o eliminación de los riesgos inherentes al aborto quirúrgico: perforaciones, infecciones etc.
- Mayor autonomía para la mujer y mayor intimidad. La mujer no debe descubrir sus genitales y puede abortar en su casa.
- Mayor capacidad de decisión.
- Disminución "en general" del traumatismo psíquico y físico que comporta un aborto quirúrgico.

Estas son las ventajas desde el plano individual. Yo me atrevería humildemente a decir que se trata de un método "más feminista" que el aborto quirúrgico, ya que desmedicaliza el aborto, lo aleja del médico y lo acerca a la mujer, dándole más independencia.

Las ventajas desde el punto de vista del aborto como problema de salud pública internacional son "abrumadoras", dado que la utilización generalizada de los métodos farmacológicos para abortar especialmente en el tercer mundo conllevarían una drástica reducción de la mortalidad por aborto inseguro y la salvación de decenas de miles de vidas de mujeres cada año, por razones obvias.

De hecho es lo que ya está pasando desde hace unos años con el uso generalizado del Misoprostol (Cytotec). En 1997 la cifra que dio la OMS fue de solo 80.000 muertes por aborto inseguro. Esta sensible disminución de la mortalidad por aborto, en opinión de expertos internacionales es debida a 2 factores:

- La generalización del método de aspiración.
- Y la generalización del uso del misoprostol por parte de médicos y mujeres.

Hoy en día podríamos afirmar a la luz de la literatura científica existente que disponemos ya de 3 métodos diferentes de aborto farmacológico:

1) El mejor y más seguro, pero también el más caro es el Mifepristone (600 mg.) asociado 36-48 horas después con 400 µg de misoprostol por vía oral, con lo que se obtiene una tasa de aborto completo de 97-98%¹⁻³ solo en embarazos de hasta 7 semanas, lo cual disminuye sensiblemente las posibilidades de este método, ya que los abortos que se realizan en esta edad gestacional no superan en ningún caso el 60% del total de abortos en el mejor de los casos. Hay que señalar que en Inglaterra se utiliza hasta las 9 semanas y que diferentes publicaciones científicas obtienen la misma tasa de eficacia utilizando solo 200 mg de mifepristone, lo cual disminuye sensiblemente el precio de este fármaco. En Francia se han realizado desde 1991 más de 600.000 abortos con RU-486 y en China, India etc son ya varios millones

2) Asociando 50 mg./m² de methotrexate con 800 µg de misoprostol por vía vaginal se obtiene una tasa de aborto completo "inmediata" del 90-92%⁴⁻⁸ y "diferida" a los 21-36 días del 97-99%. Lo mismo ocurre si se administra una dosis estándar independiente del peso y la talla de la mujer de 50 mg de methotrexate por vía oral. Estos resultados son muy similares a los que se obtienen con la RU-486, por tanto su eficacia es prácticamente igual y su precio sensiblemente inferior.

3) Utilizando 800 µg de Misoprostol solo por vía vaginal cada 24 horas hasta un máximo de 3 dosis, se obtiene una tasa de aborto completo de 90-92%⁹⁻¹¹. Este fármaco es el más barato de los tres y al igual que el methotrexate está comercializado ya en prácticamente todo el mundo. Hay que resaltar que existe un 8-10% de fallos que deben ser legrados. El uso de estos 2 fármacos solos o asociados con fines abortivos es legal en EE.UU y Canadá.

En España existe desde 1997 una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana que en la práctica legaliza su uso con fines abortivos. Afirmando que son buenos y positivos para la salud de las mujeres

En cuanto a la aceptabilidad psicológica por parte de la mujer de los métodos abortivos farmacológicos hay que decir que esta es muy alta, como lo demuestran las siguientes cifras extraídas de diferentes ensayos clínicos publicados en revistas de reconocido prestigio científico internacional:

- más del 90% de las mujeres volverían a utilizar el mismo método en un futuro si necesitaran abortar otra vez.
- el 95% recomendarían este método a sus amigas.

Estos datos son superponibles con muy pequeñas variaciones para las 3 modalidades terapéuticas de aborto farmacológico expuestas anteriormente.

A modo de conclusión, no se trata de eliminar o suprimir la excelente, práctica y rápida arma terapéutica que constituye el aborto por aspiración o método Karman en el primer trimestre o las perfeccionadas técnicas de aborto de segundo trimestre como: D yE (dilatación y evacuación) y/o los métodos inductivos con prostaglandinas (misoprostol). Se trata simplemente de informar correctamente y ofrecer a las mujeres las dos alternativas terapéuticas de las que dispone para terminar su embarazo y que ella decida libremente. En otras palabras no se deben tomar posturas maximalistas y excluyentes. Igual que decíamos antes que cada mujer tiene su método anticonceptivo ideal. Ahora podemos decir que cada método abortivo tiene su candidata, su momento y su país ideal.

REFERENCIAS

- 1) Norman JE, Thong KJ, Baird DT. Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone. *Lancet* 1991; 338: 1233-6.
- 2) Peyron R, Aubeny E, Targosz V, et al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU-486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med* 1993; 328: 1509-13.
- 3) El-Rafey H, Fajasekar D, Abdalla IM, Calder L, Templeton A. Induction of abortion with mifepristone (RU-486) and oral or vaginal misoprostol. *New Engl J Med* 1995; 332: 983-7.
- 4) Creinin MD, Vittinghoff E, Keder L, Darney PD, Tiller G. Methotrexate and misoprostol for early abortion: a multicenter trial. I. Safety and efficacy.

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

T027

¿ABORTO FARMACOLOGICO?

Dr. Santiago Barambio i Bermudez.

Vicepresidente de Societat Catalana de Contracepció.

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

Permítanme que les explique una historia.

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

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

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