



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



REVISIÓN

Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación



Iñaki Lete^{a,*}, Carmen Coll^b, Isabel Serrano^c, José Luis Doval^d y José Luís Carbonell^e

^a Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Araba, Vitoria, España

^b Centro Médico Montserrat, Mataró, Barcelona, España

^c Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Centro Municipal de Salud de Arganzuela, Madrid Salud, Madrid, España

^d Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

^e Unidad de Ginecología, Clínica Mediterránea Médica, Valencia, España

Recibido el 15 de marzo de 2015; aceptado el 18 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 21 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Mifepristona;
Misoprostol;
Embarazo;
Aborto farmacológico

Resumen

Objetivo: Revisar y actualizar las pautas del aborto farmacológico.

Material y método: Revisión de la literatura.

Resultados: La pauta terapéutica más utilizada en gestaciones de menos de 9 semanas (63 días) es la que combina 200 mg de mifepristona seguidos, a las 24-48 horas, de 800 μ g de misoprostol administrados por vía bucal o vaginal. Con esta pauta las tasas de eficacia oscilan entre el 96,12 y el 97,43% y la tasa de efectos secundarios mayores se sitúa entorno al 0,2%.

Conclusiones: El aborto farmacológico es eficaz y seguro hasta las 9 semanas de gestación y, por ello, debería de ser ofrecido, como una opción válida, a todas las mujeres que consultan para interrumpir una gestación de menos de 9 semanas.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Mifepristone;
Misoprostol;
Pregnancy;
Medical abortion

Medical abortion in the first trimester of pregnancy

Abstract

Objectives: To review and update the different treatment options of pharmacological abortion.

Material and methods: Literature search and review.

Results: The most widely used treatment in pregnancies of less than 9 weeks (63 days) is a combination of 200 mg of mifepristone followed by 800 micrograms of misoprostol at 24-48 hours administered either vaginally or orally. Efficacy rates vary from 96.12% to 97.43% and the incidence of severe effects is low (0.2%).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisignacio.letelasa@osakidetza.net (I. Lete).

Conclusions: Medical abortion is safe and effective and should be offered to all women requesting a termination up to 63 days of gestation.

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Comentario

El aborto farmacológico es una opción segura, efectiva y aceptada por las mujeres. Los sanitarios deberíamos ofrecer también esta opción a las mujeres que solicitan interrumpir su embarazo.

Introducción

En el mundo se realizan alrededor de 48 millones de abortos voluntarios cada año¹. En España se realizaron en el año 2013 108.690 interrupciones voluntarias del embarazo, de las que 15.407 (14,1%) fueron abortos farmacológicos con mifepristona como medicamento principal y el resto, 93.283, fueron abortos quirúrgicos².

El aborto quirúrgico, realizado bien mediante aspiración o legrado, ha sido el método de interrupción del embarazo utilizado durante décadas. Posteriormente, se utilizaron diferentes fármacos, fundamentalmente las prostaglandinas y el methotrexate para la interrupción del embarazo pero no fue hasta la aprobación de la mifepristona en Francia, en el año 1988, que se puso a disposición de las mujeres la posibilidad de abortar evitando una intervención quirúrgica.

Mientras que el aborto quirúrgico se caracteriza por la inmediatez de sus resultados el aborto farmacológico conlleva la ventaja de la participación de la mujer, una mayor autonomía e intimidad, la sencillez y la percepción de menor invasión. Debido a estas diferencias, en algunos países europeos el porcentaje de abortos farmacológicos se va incrementando gradualmente, al tiempo que las técnicas más invasivas asociadas al aborto quirúrgico se relegan para edades gestacionales más avanzadas. Para una mayor expansión del uso del aborto farmacológico, resulta necesario que la eficacia del mismo sea equiparable a la del aborto quirúrgico o instrumental³.

En la actualidad, y de acuerdo con la legislación española vigente, una mujer embarazada hasta 7 semanas que desee interrumpir su gestación puede optar entre un tratamiento médico basado en la utilización de 2 fármacos (mifepristona más misoprostol) y un tratamiento quirúrgico o instrumental. No obstante, existe evidencia de buena calidad basada en ensayos clínicos randomizados que ha demostrado la eficacia y seguridad del aborto farmacológico hasta las 9 semanas (63 días) de gestación.

En este artículo nos planteamos realizar una revisión sobre el aborto médico o farmacológico realizado hasta los 63 días de embarazo analizando las pautas más eficaces y seguras así como la aceptabilidad por parte de las mujeres.

Fármacos utilizados en el aborto médico

Hasta el momento se han utilizado diferentes fármacos: prostaglandinas, mifepristona y methotrexate, solos o en

combinación entre ellos. Inicialmente las dosis, pautas e intervalos entre dosis de estos fármacos se determinaron empíricamente. Cada grupo farmacológico tiene diferentes mecanismos de acción.

Mifepristona

La mifepristona es un derivado de la noretisterona que se fija al receptor de la progesterona con una mayor afinidad que esta última pero sin activar su receptor por lo que realmente actúa como una antiprogesterona⁴. La mifepristona pertenece al grupo de los moduladores selectivos del receptor de progesterona y tiene la capacidad de bloquear la fijación de la progesterona a su receptor. Es un esteroide con actividad antiprogesterona y antigluco corticoidea y hasta la fecha ha sido aprobada en diferentes países con las indicaciones de: interrupción voluntaria del embarazo (IVE) temprano, dilatación cervical previa a un aborto instrumental (debida al efecto directo en el colágeno y/o en la escasa fibra muscular lisa que existe en el cérvix), preparación para la IVE inducida por prostaglandinas del segundo trimestre y para la expulsión de un feto muerto durante el tercer trimestre de la gestación⁵.

Además de bloquear el receptor de progesterona, la mifepristona actúa a nivel miométrial incrementando la sensibilidad del músculo a la acción de las prostaglandinas⁶. Este efecto potenciador de la actividad de las prostaglandinas se produce a las 24-36 horas de su administración y tiene gran relevancia clínica⁷.

El efecto antigluco corticoide de la mifepristona se produce a 2 niveles: a nivel central inhibiendo el efecto feedback del cortisol sobre la hipófisis⁸ y a nivel periférico compitiendo con el efecto del cortisol a nivel vascular y/o cutáneo⁹. A pesar de este efecto no se han descrito, a las dosis utilizadas en el aborto farmacológico, signos clínicos o de laboratorio de fallo suprarrenal lo que corrobora su seguridad¹⁰.

Prostaglandinas

Las prostaglandinas son un conjunto de sustancias de carácter lipídico derivadas de los ácidos grasos de 20 carbonos (eicosanoides) que contienen un anillo ciclopentano y constituyen una familia de mediadores celulares, con efectos diversos, a menudo contrapuestos. Sus acciones son múltiples y algunas tienen utilidad práctica, como la PGE1, que se utiliza en clínica para mantener abierto el ductus arteriosus, en niños con cardiopatías congénitas (alprostadil) y para el tratamiento o prevención de la úlcera gastroduodenal (misoprostol). La PGE2 (dinoprostona) se emplea para la maduración cervical en la inducción del parto, la expulsión del feto muerto y el tratamiento de la mola hidatiforme o el aborto espontáneo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968512>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968512>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)