

# Misoprostol para tratamiento del aborto incompleto en el contexto argentino<sup>1</sup>



Nina Zamberlin<sup>2</sup>

Buenos Aires, Argentina | Noviembre de 2009

A través de la difusión de la evidencia científica disponible y la opinión y experiencia de los médicos sobre el misoprostol, este trabajo pretende contribuir a la aprobación del misoprostol para uso gineco-obstétrico en Argentina.

Según estimaciones recientes en la Argentina se realizan alrededor de 450.000 abortos al año, lo que significa más de un aborto por cada dos nacimientos (0,64 abortos por cada nacimiento)<sup>3</sup>.

Las complicaciones más comunes del aborto inseguro son el aborto incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la infección. Los datos sobre egresos hospitalarios para el año 2005 muestran que 68.869 mujeres recibieron atención en hospitales públicos por abortos incompletos en instituciones públicas de todo el país<sup>4</sup>. Después del parto normal, el aborto es la segunda causa de internación de mujeres en edad fértil en los servicios de ginecología y obstetricia<sup>5</sup>. La expresión más trágica de la alta incidencia del aborto inseguro es la elevada proporción que ocupa el aborto dentro de las causas de mortalidad materna (24%)<sup>6</sup>.

En países como la Argentina, donde el acceso al aborto está legalmente restringido, las mujeres se autoinducen el aborto o recurren a proveedores no calificados y luego ingresan a los servicios de salud con abortos incompletos y/o complicaciones. Por lo tanto, el tratamiento seguro y efectivo del aborto incompleto tiene una enorme capacidad para incidir sobre las cifras de morbi-mortalidad asociada al aborto inseguro.

Desde el año 2006 el Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante el Programa de Mejoramiento de la Atención Posaborto cuyo objetivo es reducir la morbilidad atribuible a los abortos inseguros y prevenir la repitencia de un embarazo no deseado, mediante tecnologías beneficiosas y costo-efectivas y un abordaje preventivo centrado en la mujer. Las acciones realizadas en el marco de este programa incluyen capacitación a equipos de salud sobre el modelo integral de atención posaborto que comprende atención humanizada, rápida, efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos. La Guía de Mejoramiento de la Atención Posaborto del Ministerio de Salud protocoliza este modelo para su aplicación en los servicios de salud<sup>7</sup>.

## El misoprostol

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1 ampliamente utilizado para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal y para disminuir el riesgo de gastropatía producida por la ingesta continua de anti-inflamatorios no esteroides. Por su capacidad de generar contracciones uterinas comenzó a ser utilizado para una variedad de indicaciones en ginecología y obstetricia incluyendo maduración cervical, inducción del parto<sup>8</sup>, tratamiento de la muerte fetal intrauterina, tratamiento de la hemorragia postparto, tratamiento del aborto incompleto e interrupción del embarazo. El misoprostol, particularmente en contextos de escasos recursos materiales y humanos tiene un enorme potencial para reducir la morbi-mortalidad materna<sup>9-10</sup>.

El misoprostol actualmente se encuentra disponible en 82 países del mundo. Posee una serie de ventajas en comparación con el resto de las prostaglandinas disponibles en el mercado:

1- La autora agradece la revisión de este documento por parte de la Dra. Gabriela Luchetti, el Dr. Daniel Lipchak, la Dra. Mariana Romero y el Dr. Miguel Curioni, así como la información aportada por el Dr. Rodolfo Gómez.

2- Investigadora adjunta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (ninazamberlin@yahoo.com.ar)

3- CEDES: Área Salud, Economía y Sociedad. Morbilidad materna severa en la Argentina. Estimación de la magnitud del aborto inducido. Buenos Aires; CEDES, CENEP, 2007. (CEDES. Resumen Ejecutivo, 3). Disponible en <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>.

4- Ministerio de Salud de la Nación: Sistema Estadístico de Salud. Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico Año 2005. Serie 11, N° 1, Buenos Aires, noviembre de 2007.

5- Idem

6- Ministerio de Salud de la Nación: Estadísticas Vitales Información Básica Año 2007, publicado en 2008

7- Disponible en <http://www.msal.gov.ar/hm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm>

8- El uso del misoprostol ha permitido reducir las fallas de inducción del parto y reducir la tasa de cesáreas.

9- FLASOG: Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología, 2007. Disponible en <http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf>

10- Elati, A. y Weeks, A. D.: "The use of misoprostol in obstetrics and gynaecology", en BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2009.

es económico, es estable a temperatura ambiente y fácil de administrar.

A pesar de las comprobadas ventajas de esta droga, su uso en ginecología y obstetricia ha sido aprobado en sólo dos países latinoamericanos (Brasil y Perú)<sup>11</sup>. No obstante, es ampliamente utilizado en muchos países y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) elaboró un manual específico sobre “Uso de Misoprostol en Ginecología y Obstetricia” con el fin de proveer normas claras a la comunidad médica<sup>12</sup>.

También es importante destacar que el aborto con misoprostol está creciendo en toda la región, y en los países donde el aborto no es legal ha aumentado la seguridad de los procedimientos clandestinos, disminuyendo las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro<sup>13-14-15-16</sup>.

## El misoprostol en la Argentina

En la Argentina el misoprostol sólo está disponible como un subcomponente del Oxaprost®, un analgésico citoprotector (diclofenac + misoprostol). Su presentación es en comprimidos para ser administrados por vía oral y contienen 200 mcg de misoprostol. En 1998 el Departamento de Farmacovigilancia de la Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) emitió la disposición 3634/98 que dispone la venta bajo receta archivada (Lista IV) del Oxaprost® y modifica el contenido del prospecto del medicamento agregando un anexo que destaca la contraindicación de su uso en mujeres embarazadas.

El misoprostol no ha sido aprobado por la ANMAT para ser usado en ginecología y obstetricia y no está disponible en forma de tabletas vaginales, por lo que sólo se obtiene de los comprimidos de Oxaprost®. Recientemente el Ministerio de Salud de la Nación convocó a una comisión de expertos para que diera sus recomendaciones acerca de las indicaciones y las formas de presentación del misoprostol para uso gineco-obstétrico.

Los equipos de salud utilizan el misoprostol para diferentes fines obstétricos aunque no siempre lo consignan en la historia clínica. Los datos reportados por la Argentina para la Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal (Organización Mundial de la Salud) muestran que en 2005 21.3% de las instituciones públicas de salud y 78.3% de las privadas usaban misoprostol para la inducción del parto<sup>17</sup>.

11- CLACAI. Disponibilidad y uso del misoprostol en los países de América Latina y el Caribe. Disponible en <http://clacai.org/home/images/img/usomisoprostolenamericalatinaycaribe.pdf>.

12- FLASOG, op. cit.

13- Briozzo, L.; Vidiella, G.; Rodríguez, F.; Gorgoroso, M.; Faundes, A. y Pons, J. E.: “A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion”, en *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 95, Nº 2, noviembre de 2006, págs. 221-6.

14- Faundes, A.: “Introducción”, en FLASOG, *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*, 2007. Disponible en <http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf>.

15- Grimes, D.: “Reducing the complications of unsafe abortion: the role of medical technology”, en I. Warrinere I. Shah (eds), *Preventing unsafe abortion and its consequences. Priorities for research and action*, Guttmacher Institute, 2006.

16- Miller, S. et al.: “Misoprostol and declining abortion related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association”, en *BJOG*, 2005.

17- 2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. Presentación de resultados preliminares, Buenos Aires, 2005.

18- Gadow, E. y Fiorillo, A.: *Obstetricia en esquemas*, Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 2004.

19- Para una descripción de la técnica de AMEU véase Guía de Mejoramiento de la Atención Postaborto del Ministerio de Salud de la Nación.

20- Forna, F. y Gülmezoglu, A. M.: *Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD001993. DOI: 10.1002/14651858.CD001993.

21- Rizzi, R.: “Tratamiento del aborto incompleto”, en FLASOG, *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*, 2007. Disponible en <http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf>

22- Blum, J.; Winikoff, B.; Gemzell-Danielson, K.; Ho, P. C.; Schiavon, R. y Weeks, A.: “Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol”, en *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 99, suppl. 2, 2007.

23- The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Misoprostol for Postabortion care*. ACOG Committee Opinion, Nº 427, febrero de 2009.

24- Rizzi, R., op. Cit.

## Tratamiento del aborto incompleto con misoprostol

El aborto incompleto puede derivar de un aborto espontáneo o provocado. Se diagnostica cuando la mujer tiene el cuello uterino abierto y ha expulsado parte del tejido del embarazo y quedan en el interior del útero restos ovulares y/o membranas. Se observa metrorragia, canal cervical permeable y dolor<sup>18</sup>.

**Si el aborto incompleto no recibe tratamiento adecuado oportunamente puede provocar alta morbilidad y mortalidad.**

Según la evidencia científica disponible, el tratamiento recomendado para el aborto incompleto es la aspiración manual endouterina (AMEU) o la aspiración por vacío eléctrico (AEEU), un procedimiento rápido, con bajo riesgo de complicaciones que se puede realizar con anestesia local y manejo conductual del dolor<sup>19</sup>. Históricamente se ha utilizado el legrado uterino instrumental bajo anestesia que implica mayor posibilidad de complicaciones como la perforación uterina y lesiones cervicales y que además implica altos costos económicos<sup>20-21</sup>.

En la última década se ha empezado a aplicar el manejo expectante (no tratar a la mujer inmediatamente y esperar que el aborto se resuelva solo) y el uso de técnicas no invasivas como alternativas al tratamiento quirúrgico. Hoy en día el manejo del aborto incompleto con misoprostol está siendo adoptado gradualmente por equipos de salud por la facilidad de su utilización, su conveniencia y bajo costo<sup>22</sup>.

**La disponibilidad de misoprostol para tratamiento del aborto incompleto tiene un gran potencial para reducir la morbimortalidad materna, especialmente para las mujeres que no tienen acceso inmediato a las instituciones de salud.**

El misoprostol posibilita la evacuación del aborto incompleto mediante un tratamiento exclusivamente farmacológico. Además de ser un procedimiento seguro, eficaz y aceptable tiene la potencialidad de facilitar ampliamente el acceso al tratamiento en el primer y segundo nivel de atención descomprimiendo los ya sobrecargados servicios terciarios<sup>23</sup>. Asimismo permite que la mujer no se separe de su familia y evita el riesgo de complicaciones del tratamiento quirúrgico<sup>24</sup>.

Las mujeres que presentan infección, hemorragia o anemia severa no deben ser tratadas con misoprostol y se les debe practicar la evacuación instrumental de inmediato. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que se atienden por aborto incompleto no presentan complicaciones y pueden ser tratadas con misoprostol de manera segura.

En abril de 2009 la Organización Mundial de la Salud incluyó el misoprostol en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales por haberse demostrado su eficacia y seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo<sup>25</sup>.

Las dosis recomendadas para el tratamiento del aborto incompleto para mujeres con altura uterina equivalente a 12 semanas o menos son<sup>26</sup>:

- Dosis única de 600 mcg por vía oral  
ó
- Dosis única de 400 mcg por vía sublingual

Se debe esperar de una a dos semanas para que se complete el proceso, y como mínimo 7 días para evaluar el éxito del tratamiento y considerar la opción de evacuación quirúrgica si todavía se encontraran restos. Para evaluar si se concluyó el proceso el profesional de la salud debe hablar con la mujer sobre su experiencia y realizar un examen pélvico. Debe ofrecerse la evacuación por AMEU o legrado en cualquier momento que la mujer lo requiera o lo solicite.

Se han efectuado más de una docena de ensayos aleatorizados o comparativos y los más recientes demuestran que la tasa de éxito del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es de alrededor de 90 a 100%, una efectividad equiparable al manejo quirúrgico<sup>27</sup>.

Los efectos secundarios más comunes son dolor, náuseas, vómitos y diarrea, y con menor frecuencia hipotensión, fiebre, escalofríos y temblor. Las mujeres deben recibir información sobre los posibles efectos secundarios más comunes y cómo manejarlos. Los efectos secundarios serios o prolongados son prácticamente inexistentes. Asimismo, las tasas de infección en mujeres tratadas con manejo expectante, quirúrgico y con misoprostol son bajas (2-3 %) y no difieren de un método de tratamiento a otro<sup>28</sup>.

Las mujeres pueden experimentar cólicos y dolor intenso, por lo general dentro de las primeras horas de la administración

**“La decisión del uso del misoprostol para el aborto incompleto necesita adecuada consejería, consentimiento informado y una toma de decisión basada en la elegibilidad clínica y el deseo de cada mujer”**

Rizzi, R. Tratamiento del aborto incompleto. En FLASOG Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología, 2007.

del misoprostol pero que también puede continuar por varios días. En estos casos se recomienda reposo, masajes y analgésicos (paracetamol o ibuprofeno).

Por lo general la fertilidad regresa casi inmediatamente después de un aborto y la ovulación puede ocurrir a los 14 días. La mujer debe recibir información sobre la prevención del embarazo no deseado el mismo día que recibe el misoprostol<sup>29</sup>. Algunos anticonceptivos se pueden ofrecer ese mismo día (condones y otros métodos de barrera, anticonceptivos orales e inyectables) y el DIU se puede colocar en la visita de seguimiento. Si la mujer no puede iniciar el método de su elección inmediatamente se le debe suministrar un método de barrera transitoriamente.

### La opinión de los profesionales de la salud sobre el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto en el contexto argentino

En el marco de las Iniciativas Locales apoyadas por el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI) con el financiamiento de la Fundación TIDES se realizó un estudio sobre el conocimiento y la opinión de profesionales de la salud acerca del uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto.

Se aplicó una encuesta anónima autoadministrada a un conjunto de médicos tocoginecólogos y osbtétricas de distintas provincias que participaron del “Taller Nacional de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad Materna” organizado conjuntamente por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Atención Postaborto del Ministerio de Salud de la Nación en agosto de 2009. Asistieron a esta reunión los responsables de los programas provinciales de salud reproductiva, los referentes del programa de postaborto, directores de hospitales y jefes de servicio de obstetricia y ginecología de todo el país.

25- La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud enumera los medicamentos mínimos necesarios para un sistema básico de atención de salud, e incluye los medicamentos más eficaces, seguros y eficientes para las enfermedades prioritarias. Véase [http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/17/sixteenth\\_adult\\_list\\_en.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/sixteenth_adult_list_en.pdf).

26- Las recomendaciones se toman de: 1) Gynuity Health Projects: Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria, 2009 (Disponible en [http://gynuity.org/downloads/Misoprostol\\_for\\_incomplete\\_abortion\\_guidebook\\_span.pdf](http://gynuity.org/downloads/Misoprostol_for_incomplete_abortion_guidebook_span.pdf)) y 2) Rizzi, R.: “Tratamiento del aborto incompleto”, en FLASOG, Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología, 2007. Disponible en <http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf>, 3) Blum, J.; Winikoff, B., Gemzell-Danielson, K.; Ho, P. C.; Schiavon, R. y Weeks, A.: “Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol”, en International Journal of Gynecology & Obstetrics, vol. 99, suppl. 2, 2007, y 4) Elati, A. y Weeks, A.D.: “The use of misoprostol in obstetrics and gynaecology”, en BJOG, 2009.

27- Gynuity Health Projects, op. cit.

28- Trinder, J.; Brocklehurst, P., Porter, R. et al.: “Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of a randomised controlled trials (miscarriage treatment (MIST) trial)”, en British Medical Journal, vol. 332, 2006, págs. 1235-1240.

29- Para las mujeres que tuvieron abortos espontáneos y desean volver a embarazarse se recomienda esperar por lo menos un período menstrual normal antes de intentar concebir nuevamente (Gynuity Health Projects, op. Cit.).

En el marco de este encuentro nacional se presentaron los objetivos del estudio, se distribuyó el cuestionario entre los asistentes y se dispuso una urna para depositar las encuestas. Respondieron la encuesta 58 profesionales<sup>30</sup>.

## Resultados de la encuesta

- La muestra estuvo conformada mayoritariamente por médicos/as tocoginecólogos/as (88%) y un 12% de obstétricas. La totalidad de los respondientes desarrolla su actividad profesional en el ámbito público (97% en hospitales, 10% en centros de salud y 9% en la función pública no asistencial). La edad promedio es de 40.5 años y el 60% de la muestra son mujeres.

- La AMEU es la técnica de preferencia para el tratamiento del aborto incompleto (60%), seguida por el legrado instrumental (27%) y por último el misoprostol (10%). Los motivos por los cuales se prefiere la AMEU se centran principalmente en evitar procedimientos quirúrgicos invasivos y sus riesgos, y la pronta recuperación de la mujer. Por su parte, quienes prefieren el legrado basan su preferencia en razones vinculadas a su formación (“es el único procedimiento que manejo”) o en la disponibilidad o falta de determinados recursos (disponibilidad permanente de anestesista en la institución o falta de equipos de AMEU). Finalmente, la minoría que expresa preferencia por el misoprostol justifica su elección por los beneficios de una práctica no invasiva y el carácter ambulatorio de la atención.

- Al evaluar comparativamente las diferentes técnicas de evacuación uterina los encuestados consideran que la AMEU es más conveniente con respecto al manejo del dolor (57%), a la posibilidad de complicaciones (47%), y la interacción entre el equipo médico y la mujer (62%). El misoprostol aparece como el menos conveniente cuando se considera el manejo del dolor, y como el segundo más conveniente en relación a la posibilidad de complicaciones y la interacción con el equipo de salud, mientras que el legrado en general es evaluado como poco conveniente en todos los aspectos.

- Para  $\frac{3}{4}$  de los encuestados las principales ventajas del uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto son que no requiere anestesia y no es invasivo. Por otro lado, más de la mitad considera positivo que no requiere internación, reduce costos, la mujer puede continuar con su vida habitual y el tratamiento puede ser provisto en instituciones del primer y segundo nivel.

- Entre las desventajas asociadas al uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, la amplia mayoría señala el tiempo indefinido de duración del proceso hasta completar la expulsión. Por otro lado, la mitad de los respondientes considera como desventaja la posibilidad de que queden restos y sea necesario realizar un legrado o AMEU posterior. También, en menor medida, mencionan que las mujeres no regresan a la consulta de seguimiento, que el tratamiento es doloroso, y que las mujeres lo rechazan por el costo, esto último asumiendo que se indica a las mujeres que compren la medicación por sus propios medios. Finalmente una minoría considera entre las desventajas el sangrado excesivo, la mayor posibilidad de infección y los efectos secundarios adversos.

- La percepción de los profesionales acerca de las preferencias de las mujeres en términos de alternativas de tratamiento para el aborto incompleto ubica a la AMEU con anestesia paracervical y sedación en primer lugar (47%) seguido del misoprostol (31%) y el legrado (29%). Cabe destacar que la percepción de los profesionales acerca de la preferencia de las mujeres por el misoprostol para este tipo de intervención es mayor que su propia preferencia por este mecanismo evacuatorio (10%).

- Entre los encuestados no existe consenso sobre la dosis de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, y las respuestas muestran una gran dispersión. Es muy baja la proporción de encuestados que señaló las dosis recomendadas por la bibliografía internacional de 600 mcg (15.5%) ó 400 mcg (12.1%). Por otro lado, tres de cada diez consideran que 200 mcg es la dosis más adecuada, 14% sugiere dosis menores a los 200 mcg, 14% 800 mcg y 15% ignora la dosis. Asimismo, 45%

VENTAJAS DEL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO CON MISOPROSTOL (%)		DESVENTAJAS DEL EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO CON MISOPROSTOL (%)	
No requiere ni esterilización ni anestesia	75.9	Lapso de tiempo indefinido hasta completar expulsión	79.3
No invasivo	74.1	Con frecuencia requiere legrado o AMEU posterior	53.4
No requiere internación	63.8	Requiere ecografía de control	53.4
Reduce costos	58.6	Las mujeres no vienen a consulta de seguimiento	36.2
Mujer puede continuar con su vida habitual	53.4	Doloroso	29.3
Puede ser provisto en instituciones de primer y segundo nivel	50.0	Las mujeres lo rechazan por el costo	24.1
Ninguna ventaja	1.7	Sangrado excesivo	15.5
		Mayor posibilidad de infección	13.8
		Las mujeres lo rechazan por el tiempo de duración	10.3
		Efectos secundarios adversos	6.9
		Poco eficaz	5.2

30- Si bien la muestra es pequeña, intencional y no representativa, consideramos importante relevar la opinión de este grupo por su rol clave en la elaboración e implementación de políticas públicas en todo el país.

cree que la dosis debe repetirse, mientras que 31% considera que debe ser única.

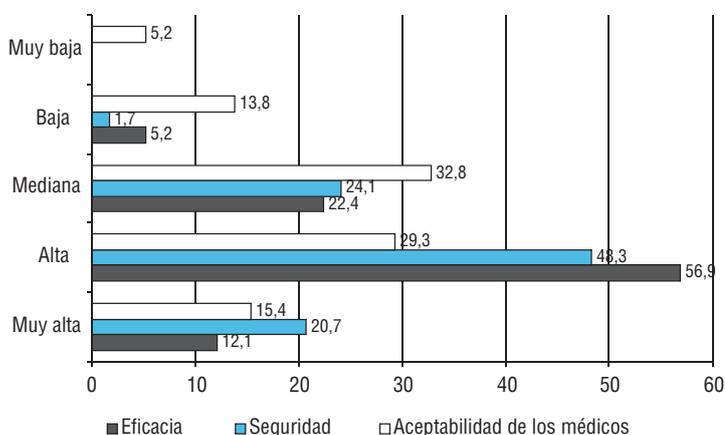
- Con respecto a la vía de administración del misoprostol considerada más apropiada para el tratamiento del aborto incompleto, 53% mencionó la vía vaginal, 40% una combinación de oral y vaginal, y 5% oral. Cabe señalar que la vía sublingual actualmente recomendada no fue mencionada en ningún caso.

- Entre los efectos secundarios más frecuentes asociados al uso de misoprostol para tratar el aborto incompleto los encuestados incluyen dolor agudo (51.7%), sangrado excesivo (48.3%), fiebre (27.6%) y náuseas (24.1%).

- Más de la mitad de los profesionales considera que su conocimiento acerca del uso de misoprostol para el aborto incompleto es insuficiente. Las fuentes más comunes a partir de las que obtienen información sobre este tema son las publicaciones científicas (88%) y los congresos y reuniones médicas (71%). La totalidad de los encuestados opina que es necesario difundir ampliamente información sobre misoprostol para uso obstétrico en la comunidad médica.

- Siete de cada diez profesionales considera que la eficacia del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es muy alta o alta y que es un procedimiento altamente seguro. Asimismo 45% expresa que este tipo de tratamiento es altamente aceptado por los médicos.

### Percepción de la eficacia, seguridad y aceptabilidad del misoprostol



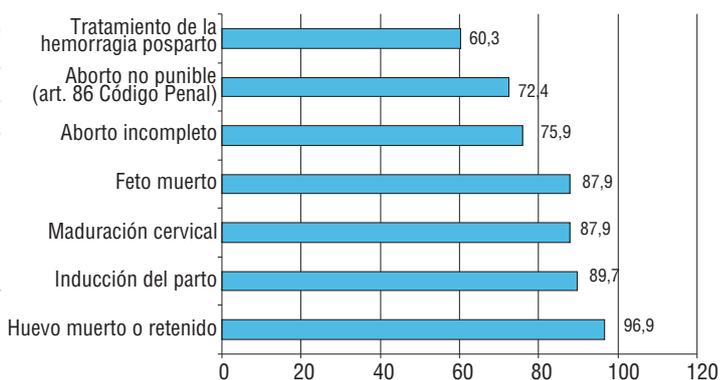
- Con respecto a los usos en los que se aplica en misoprostol en las instituciones de salud del país, cerca del 90% considera que se utiliza para la evacuación de huevo muerto y retenido, 64% expresa que se usa para los casos de muerte fetal, 60% para la inducción del parto, y una proporción sensiblemente menor (22%) afirma que se aplica para el tratamiento del aborto incompleto.

- Con respecto a la obtención del misoprostol, 64% refiere que el hospital público compra la medicación y 52% refiere que el personal médico indica a la mujer que compre la droga por sus propios medios, en general sin que se le expida la receta correspondiente.

- La casi totalidad de los respondientes (94.8%) considera que a pesar de no estar aprobado por la ANMAT para uso en obstetricia, el misoprostol es ampliamente utilizado para dicho fin, y acuerda que el uso de medicación para indicaciones no aprobadas por la ANMAT es apropiado cuando existe suficiente evidencia científica que lo respalda. Al mismo tiempo, el 80% considera que esto implica un riesgo legal para el médico.

- La amplia mayoría (96.6%) cree que la ANMAT debería aprobar el misoprostol para los distintos usos obstétricos, incluyendo el aborto incompleto (76%).

### Indicaciones para las que cree que el ANMAT debería aprobar el misoprostol



### Conclusiones

En primer lugar los resultados muestran una alta aceptación de la AMEU para el tratamiento del aborto incompleto. Esto es alentador, ya que hasta recientemente la AMEU no estaba institucionalizada en la mayoría de los efectores del sector público que utilizaban el legrado de manera casi exclusiva. Al mismo tiempo, aún cuando el misoprostol no sea el mecanismo de evacuación uterina de preferencia para la mayoría, se observa un amplio reconocimiento de los beneficios que aportaría el misoprostol para esa práctica.

Podemos afirmar que actualmente la atención postaborto está atravesando un gradual proceso de cambio donde los profesionales empiezan a percibir los beneficios de los procedimientos menos invasivos, rápidos y que no requieren necesariamente anestesia general<sup>31</sup>. Esto se acompaña, además, por la transformación que se ha dado en la práctica del aborto clandestino a partir de la difusión del misoprostol para la interrupción del embarazo disminuyó la incidencia y la severidad de las complicaciones.

Entre las principales desventajas asociadas al uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto se destaca es el lapso de tiempo necesario para que se complete el aborto. Los profesionales suelen preferir soluciones inmediatas. Sin embargo, es necesario también tener en cuenta la experiencia de las mujeres que en muchos casos prefieren evitar procedimientos invasivos, uso de anestesia y hospitalización<sup>32</sup>. Esto podría tal vez explicar la diferencia que

se observa entre la preferencia de los profesionales por el misoprostol y lo que ellos mismos consideran que sería la preferencia de las mujeres.

Otras desventajas como el sangrado excesivo aparecen sobredimensionadas en relación a la bibliografía disponible que muestra que los casos de sangrado excesivo son poco frecuentes y que el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto no implica mayores probabilidades de transfusión que otros tratamientos<sup>33-34</sup>.

La preocupación de los encuestados por el dolor agudo y sostenido que puede generar el tratamiento con misoprostol es un factor importante a tener en cuenta que es escasamente abordado en la bibliografía. Es por lo tanto necesario disponer de mayor información acerca de la experiencia física y subjetiva de las mujeres que son tratadas con misoprostol. Asimismo, se debe incorporar de manera más específica la dimensión del dolor al manejo del aborto incompleto con misoprostol, protocolizar los esquemas analgésicos que mejor funcionan y no interfieren con el proceso evacuatorio, y ofrecer apoyo, acompañamiento y contención a las mujeres en esta situación.

Si bien los encuestados dan cuenta de un uso extendido del misoprostol en ginecología y obstetricia, su aplicación para el tratamiento del aborto incompleto es mínima y se evidencia una importante falta de información sobre las dosis, esquemas y vías de administración recomendadas para esa práctica. Resulta por lo tanto fundamental difundir información, desarrollar actividades de formación médica continua sobre los beneficios del misoprostol y elaborar guías y protocolos basados en la evidencia científica disponible.

Los mecanismos de acceso al misoprostol muestran cierto grado de institucionalidad ya que los profesionales entrevistados refieren en una alta proporción que los hospitales compran la medicación para utilizar en los servicios de ginecología y obstetricia, aunque su uso se destine principalmente a la atención del parto. Existen dispositivos “ad hoc” para justificar la compra y otros mecanismos informales como solicitar la compra de la medicación a la mujer, por lo general sin que se le expida la receta correspondiente. Esto implica que la mujer debe valerse por sí misma para acceder a la droga y sortear las barreras económicas y de acceso que afectan la obtención del misoprostol.

31- Es necesario destacar que la población de profesionales de la salud que contestó la encuesta está particularmente sensibilizada con la AMEU ya que ha participado de las capacitaciones del Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Atención Postaborto. Relevamientos de otros contextos dan cuenta de un escaso uso de la AMEU (Comunicación personal, Dr. Ariel Karolinski, Coordinador General de la Red Perinatal AMBA).

32- Lafaurie MM; Grossman D; Troncoso E; Billings DL; Chávez S. Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: a qualitative study. *Reproductive Health Matters*. 2005;13(26):75-83.

33- Davis, A. R.; Hendlish, S. K.; Westhoff, C. et al.: “Bleeding patterns after misoprostol vs surgical treatment of early pregnancy failure: results from a randomized trial”, en *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, enero de 2007, vol. 196.

34- Sotiriadis, A.; Makrydimas, G.; Papatheodorou, S. et al.: “Expectant, medical or surgical management of first-trimester miscarriage: A meta-analysis”, en *Obstetrics & Gynecology*, 2005, vol. 105

35- Por ejemplo para la inducción del parto con feto vivo la dosis recomendada es de 25 mcg, y al fraccionar 1/8 de comprimido es muy probable que la distribución de la droga no esté homogeneizada.

**“Esta situación en la que los profesionales de la salud usan drogas no aprobadas en el embarazo no es una situación aislada, hasta el sulfato de magnesio no está aprobado para usar en el embarazo como anticonvulsivo. El sentido común acompañado de evidencia científica debe superar las barreras que no se sustentan en evidencia si es que la sociedad se compromete a salvar las vidas de las mujeres”**

D. Shaw, Presidenta de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (En *International Journal of Gynecology & Obstetrics. Supplement. Misoprostol for reproductive health: Dosage recommendations*. Dec. 2007)

El uso de medicación para fines no aprobados es altamente frecuente en la mayoría de las especialidades médicas, y se basa en la evidencia científica y los consensos de buenas prácticas que existen independientemente de las trabas administrativas, legales o comerciales que puedan tener las drogas. En este sentido, tal como evidencian los resultados de la encuesta, la falta de aprobación del misoprostol para uso gineco-obstétrico no impide su aplicación en esa práctica. Sin embargo, esto no sólo afecta el acceso y la disponibilidad de la droga en las presentaciones adecuadas<sup>35</sup>, sino que también genera dudas sobre la legalidad de su uso. En este sentido, es de suma importancia avanzar en la construcción de la aceptabilidad política del misoprostol para uso en ginecología y obstetricia. En esta tarea deberían jugar un rol fundamental las sociedades científicas, investigadores y referentes expertos, organismos internacionales, autoridades sanitarias, equipos de salud, empresas farmacéuticas y profesionales del derecho.

Se espera que este documento pueda contribuir a fomentar el compromiso de todos estos actores para requerir que el Estado ponga en marcha los mecanismos necesarios para normatizar y garantizar la disponibilidad y el uso del misoprostol como una droga fundamental para la práctica gineco-obstétrica y comprobados beneficios para la salud y la vida de las mujeres.

## RECURSOS

FLASOG, Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología, 2007.

<http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf>

Gynuity Health Projects. Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria

<http://gynuity.org/downloads/>

[Misoprostol\\_for\\_incomplete\\_abortion\\_guidebook\\_span.pdf](http://www.misoprostol.org)

Misoprostol for reproductive health: dosage recommendations.

*International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Vol. 99, Suppl. 2, 2007

[http://www.ijgo.org/issues/contents?issue\\_key=S0020-7292\(07\)X0317-5](http://www.ijgo.org/issues/contents?issue_key=S0020-7292(07)X0317-5)

Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI).

<http://www.clacai.org>

International Medical Abortion Consortium (ICMA)

<http://www.medicalabortionconsortium.org>

<http://www.misoprostol.org>

<http://www.ipas.org>

Guía de Mejoramiento de la Atención Postaborto del Ministerio de Salud de la Nación.

<http://www.msal.gov.ar/hm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm>