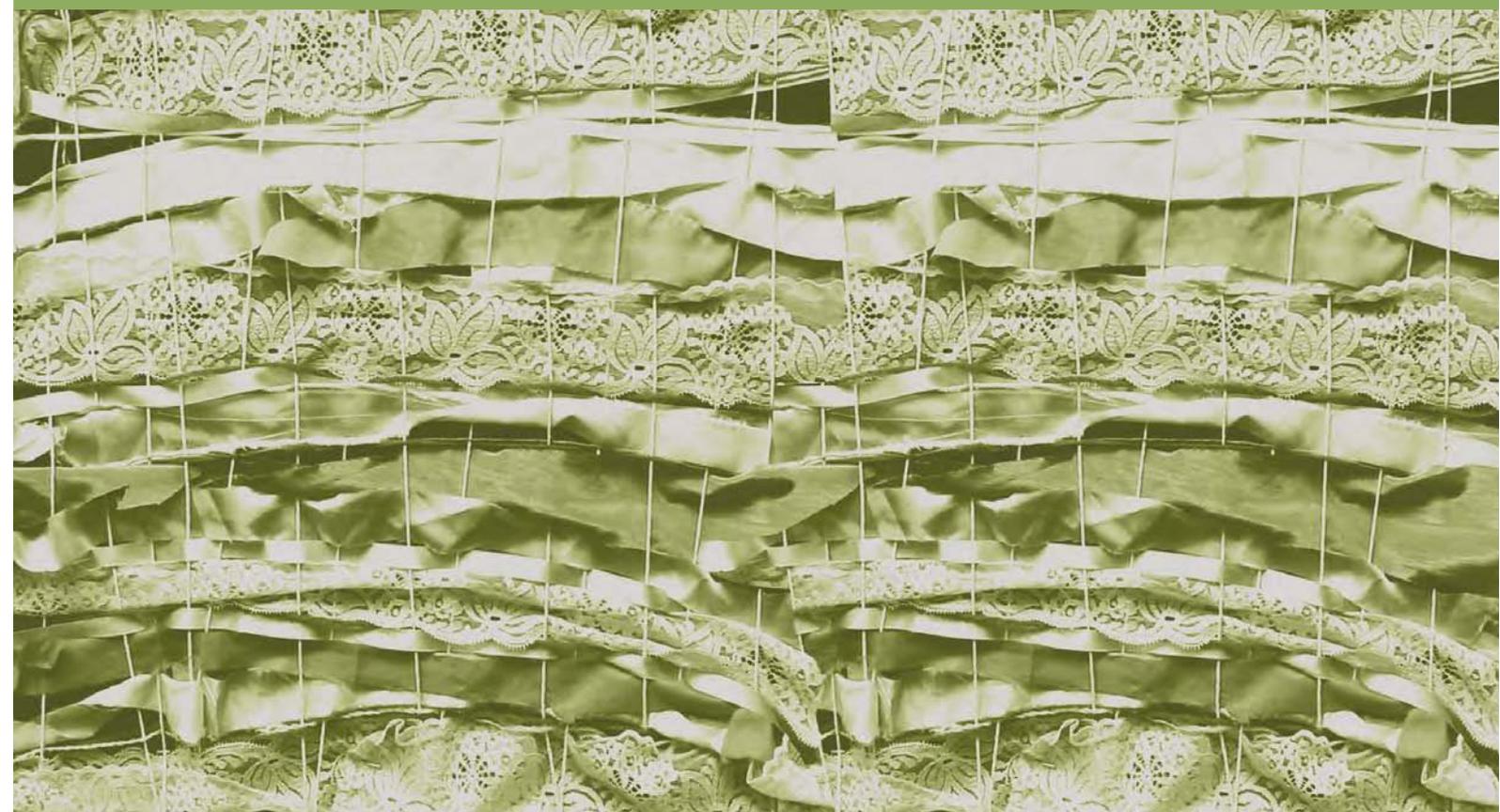


01. Aborto por medicamentos

Misoprostol en el Uruguay



Abril 2008

mYSU MUJER Y SALUD
EN URUGUAY



fondo de acción para
el aborto seguro

IWHC



ABORTO POR MEDICAMENTOS

Se refiere a la interrupción de un embarazo empleando medicamentos en lugar de un procedimiento quirúrgico. Aunque la idea de emplear medicamentos para inducir un aborto ha sido considerada por siglos, el uso de procedimientos basados en la evidencia en el primer trimestre del embarazo se hizo realidad sólo en los últimos 25 años. En el año 1981, en Ginebra, se realizó el primer estudio clínico de la mifepristona como fármaco abortivo. Este medicamento, conocido como RU-486 fue desarrollado en Francia en las décadas de 1970 y 1980. En 1985, los investigadores descubrieron que la combinación de mifepristona con un análogo de las prostaglandinas aumentaba la eficacia para la interrupción de un embarazo. En 1988, Francia aprueba esta combinación para el aborto temprano y desde entonces, el método se ha difundido lentamente a través del mundo y millones de mujeres lo han empleado universalmente. Su uso creciente responde al bajo riesgo de la práctica y a la posibilidad de ser utilizado por la misma mujer en un entorno amigable.

El aborto por medicamentos proporciona a las mujeres una nueva alternativa para la interrupción del embarazo y debe ser ofrecido junto con los métodos quirúrgicos,

siempre que sea posible. Estudios recientes establecen que muchas mujeres prefieren el aborto con medicamentos al aborto quirúrgico cuando se les ofrece la opción de elegir. Según estas investigaciones, eligen este método porque les ofrece mayor privacidad y autonomía, es menos invasivo y les resulta más natural que el aborto quirúrgico. Las desventajas más frecuentemente mencionadas incluyen: dolor, duración del sangrado y el tiempo que se debe esperar hasta que se produzca el aborto.

Implica el uso de pastillas en lugar de instrumentos. Tiene la ventaja de ser administrado por proveedores de nivel medio y por las propias mujeres. Las usuarias reportan que prefieren tener control sobre el proceso vivenciándolo como un aborto espontáneo. En comparación con el aborto quirúrgico, es un procedimiento sencillo.

Tiene el potencial de mejorar el acceso a los servicios seguros de aborto porque puede ser realizado en lugares en los que el aborto quirúrgico no está ampliamente disponible. El personal que no provee servicios clínicos, puede desempeñar un rol clave en la educación de mujeres sobre los regímenes de aborto con medicamentos y sus efectos secundarios, así como apoyarlas en la toma de decisiones sobre las alternativas disponibles.



La mayoría de los efectos secundarios relacionados se pueden anticipar y tienen un tratamiento sencillo. En un centro de salud, el personal (de medicina general, enfermería, obstetricia, psicología, asistencia social, recepción) debería ser capaz de manejar la mayoría de los problemas. Raras veces se requiere un médico/a para manejar efectos secundarios severos y poco frecuentes. Aunque la ecografía se utiliza consistentemente en muchos países para determinar la edad gestacional y/o para confirmar que se ha completado un aborto, no es un requisito absoluto.

MISOPROSTOL

El misoprostol fue originalmente registrado para la prevención y el tratamiento de úlceras gástricas. Como también induce contracciones uterinas, se lo utiliza para el tratamiento de pérdidas de embarazos tempranos, abortos incompletos y retenidos, o provocación de los mismos. Los estudios han demostrado que el misoprostol es efectivo y seguro en estos casos. Está indicado para el tratamiento del aborto incompleto y espontáneo en mujeres que presentan un tamaño uterino menor o igual a 12 semanas según la fecha de la última menstruación (FUM).

Tiene una efectividad de 85 a 90% en mujeres hasta con 9 semanas de amenorrea, disminuyendo a 80 a 90% entre las semanas 10 y 12. La administración de dosis repetidas de 800 miligramos de misoprostol vaginal a intervalos de 24 horas en embarazos de hasta 63 días de gestación es el régimen más frecuentemente utilizado y recomendado por la Organización Mundial de Salud (OMS, 2004). El medicamento puede ser administrado en un servicio de salud o en el hogar.

Usualmente, el comienzo del sangrado vaginal se observa dentro de las primeras 24 horas después de colocado el misoprostol, con una duración promedio entre 7 y 14 días, siendo habitual un sangrado ligero hasta el próximo periodo menstrual (Clark et al, 2007). Generalmente aparecen cólicos en forma simultánea con el sangrado o 30 minutos después de la administración de misoprostol (Say et al, 2005). La necesidad de intervenciones para el tratamiento de hemorragias es poco frecuente pero puede ocurrir (Philip et al, 2004).

Se ha propuesto el uso de misoprostol (y ha sido usado de forma generalizada en algunos lugares) para diversas indicaciones obstétricas o ginecológicas: inducción del parto, preparación del cuello uterino para procedimientos quirúrgicos, prevención o tratamiento de la hemorragia post parto e



interrupción del embarazo. Aunque el empleo del misoprostol para estas indicaciones es cada vez más frecuente en todo el mundo, dichos usos siguen siendo "extraoficiales".

Un porcentaje muy pequeño de embarazos puede continuar después de la administración de los medicamentos empleados para el aborto. En estos casos, si la mujer cambia de idea en relación con el aborto, o si el proveedor falla en la consulta de seguimiento y no diagnostica un embarazo que continuó, el embarazo puede llegar a término.

Aunque es posible que cualquiera de los medicamentos empleados pueda tener efectos teratogénicos (causar malformaciones en feto o embrión), no existe evidencia que indique que la mifepristona cause malformaciones en el feto. Si bien este riesgo puede existir, los estudios epidemiológicos indican que el mismo es bajo (menos de 10 malformaciones por 1.000 neonatos expuestos al misoprostol in utero (Gynuity, 2004).

SITUACIÓN EN URUGUAY

La obtención del misoprostol para las mujeres que opten por abortar bajo esta modalidad implica, no sólo disponer del dinero para su compra, sino ingresar a los

circuitos clandestinos de venta del medicamento. En nuestro país existen diferentes situaciones: algunas farmacias sólo venden el medicamento bajo receta de gastroenterólogo y otras no lo hacen aún presentando la receta. Excepcionalmente algunas lo venden sin receta y fraccionado (según la dosis que la persona solicita). La dosis suficiente para interrumpir un embarazo es usualmente de 4 pastillas y su precio oscila entre 1.400 y 1.800 pesos uruguayos. El costo de comercialización legal del medicamento bajo receta para uso gastroenterológico (28 grageas) es de aproximadamente 4.000 pesos (Carril, López Gómez, 2008).

De 412 usuarias que asistieron a la consulta post aborto en la Policlínica de Asesoramiento del Hospital Pereira Rossell (CHPR) entre marzo 2004 y mayo 2005, el 100% de las mismas sostuvieron haberse practicado un aborto mediante el uso de misoprostol. En el 93% de los casos a través de dosis única de 4 comprimidos y en el 84% el aborto se produjo durante las primeras 24 horas. No se detectó ninguna complicación grave con el uso de misoprostol (Iniciativas Sanitarias, 2007).

Del relato de mujeres que interrumpieron su embarazo, recabado en la investigación realizada por la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología (UDELAR), se



desprende que la mayoría conocía la forma de proceder con la medicación, los síntomas esperables y la importancia de una ecografía posterior para comprobar el proceso completo del aborto. Una minoría de ellas estaba al tanto de que podían sentir intensos dolores o tener efectos colaterales (náuseas, vómitos, diarrea). En algunos casos, las parejas habían participado activamente con la intención de aliviarles el malestar, monitorear el sangrado o acompañarlas afectivamente. Sin embargo, las mujeres percibían en ellos una ansiedad mayor a la de ellas mismas, por lo que algunas optaron por realizar el procedimiento a solas.

Utilizar el misoprostol implicó para la mayoría, prepararse para un procedimiento desconocido. En ciertos casos, vivieron la experiencia con la carga de angustia que ello supone ante un acontecimiento nuevo y con el temor a riesgos o reacciones en sus cuerpos. Algunas mujeres se dirigieron a una emergencia hospitalaria con un aborto incompleto, debiendo permanecer internadas para que se les practicara una evacuación completa por legrado y curetaje. De las mujeres que tuvieron internación, en muchos casos no hubo un buen trato ni una atención de calidad por persistencia en el personal de salud de actitudes de enjuiciamiento y sanción moral hacia ellas. Hubo casos de denuncia judicial, inducción a declarar "lo que hizo", realizaciones de legrados en lugar

de aspiración manual, sometimientos a esperas innecesarias, internaciones en salas junto a mujeres que recién habían parido, e incluso algunas mujeres afirmaron haber sido "rezongadas". El momento de la práctica con misoprostol fue vivido, en general, con temor e incertidumbre más allá de las diferencias de cada caso en particular. Se relata un sentimiento de alivio una vez completado el proceso con éxito.

Debido a que no existe una política sanitaria extendida de atención pre y post aborto en el país, las mujeres que recurren a los servicios de salud por complicaciones por aborto quedan a merced de los profesionales que las reciben en puerta de emergencia. A veces las respetan, otras veces las consideran como objetos de valoraciones morales, enjuiciamientos y censuras. (Carril, López Gómez, 2008).

DATOS EN URUGUAY

En 2003 la mortalidad materna por aborto representaba más de la mitad de los casos de muerte materna, disminuyendo drásticamente a un 11% en el año 2004. Para el análisis de esta importante disminución de la mortalidad por aborto inseguro existen varias hipótesis posibles.



Si bien no hay datos oficiales que indiquen con exactitud a qué se debió el descenso, puede suponerse que la difusión informal sobre el uso del misoprostol, junto con la entrada al mercado clandestino de este medicamento, han generado un cambio en las prácticas a las que recurren las mujeres para interrumpir un embarazo no deseado. La cobertura aportada por los medios de comunicación también puede ser un factor importante para la disseminación de esta información, así como de las vías de acceso al aborto por medicamentos (Observatorio MYSU, 2007).

Desde el segundo semestre de 2003 se ha instalado en el Hospital Pereira Rossell, una policlínica de asesoramiento precursora de la atención pre y post aborto que dio lugar a las Normas sobre Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo (Ordenanza N° 369 MSP- 2004). Esta instancia favorece la prevención de abortos de riesgo mediante un espacio de información técnica que otorga a la mujer las condiciones para tomar su decisión frente a un embarazo no esperado.

En Uruguay el aborto es considerado un delito en cualquier circunstancia o condición, razón por la cual no existe norma que obligue

a los servicios de salud a dar atención de calidad para su realización. Por otro lado, la ordenanza N° 369 establece la obligatoriedad de la atención de calidad en las instancias pre y post aborto, con el fin de reducir el daño por aborto inseguro, considerando el marco legal restrictivo vigente en nuestro país.

De todas formas la norma no se aplica en la gran mayoría de los servicios de salud del país y todavía no se cuenta con datos oficiales que permitan evaluar la implantación de esta prestación en aquellos en los que sí se implementa. El monitoreo realizado en 2006 por CNS mujeres sobre las políticas en salud sexual y reproductiva en el país, constató un conocimiento prácticamente nulo de esta normativa a través de los canales institucionales por parte de los directores departamentales de salud y coordinadores de ASSE. Se confirmó también que en el sistema mutual la normativa no es aplicada.

Hasta diciembre de 2007, y de acuerdo a datos relevados por el Observatorio en género y salud sexual y reproductiva, proyecto institucional de MYSU, la normativa se aplica en la Policlínica de Asesoramiento en Salud Sexual y Reproductiva del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en algunos



centros de salud del primer nivel de atención en Montevideo, en el centro de salud de Ciudad de la Costa y sus policlínicas dependientes, en el Hospital de Las Piedras (Canelones), en un servicio de salud del MSP en la ciudad de Rivera y en la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar. Por lo tanto, según la legislación vigente en el país, no existe normatividad que garantice trámites para la interrupción del embarazo antes de las doce semanas de gestación.

El proyecto de Ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, que fue aprobado en noviembre de 2007 en Cámara de Senadores y que se encuentra a consideración en la de Diputados, sería la única normativa que de ser aprobada, daría marco legal apropiado para la implementación de medidas de prevención, atención y cuidado desde los servicios de salud, para las situaciones de embarazo que deciden interrumpirse.

Fuentes consultadas:

Gynuity Health Project. (2004). “Prestación de servicios de aborto con medicamentos en los países en desarrollo: guía introductoria.” Population Council. Abuabara K, Blue, J. (ed.)

Flasog. (2007) “Uso de misoprostol en ginecología y obstetricia”, Faúndes A. (red)

Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. (2007) Briozzo L. (ed.) Editorial Arena. Montevideo.

Carril, E.; López Gómez, A. (2008): “Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad”. Editorial Trilce. Montevideo.

MYSU (2007), Informe del Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva en Uruguay. MYSU, Montevideo.

CNS mujeres (2006). A un año de gobierno progresista, Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva. Montevideo.

OMS 2003 “Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud.

www.clacai.org

HOJA INFORMATIVA MYSU

MUJER Y SALUD EN URUGUAY (MYSU) es una organización no gubernamental, feminista, cuya misión es la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos, desde una perspectiva de género y generaciones.

MYSU cuenta con un staff estable y con una red de profesionales e investigadores/as asociados/as a nivel nacional y regional.

Ediciones MYSU © MYSU. Montevideo, Abril 2008

Texto: Lilián Abracinkas | Diseño: Leonardo Zorrilla | Armado : Emiliano Sánchez | Impresión: Rosgal

Salto 1267 CP 11200
Montevideo / Uruguay
Telefax: (5982) 410 39 81 / 410 46 19
Cel institucional: 099 597 407
Email: mysu@mysu.org.uy / secretaria@mysu.org.uy

www.mysu.org.uy

mysu MUJER Y SALUD
EN URUGUAY