

TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS EN LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

Santiago Barambio
Presidente de ACAI
Agrupación Tutor Medica Barcelona

Esta ponencia se puede enfocar de distintas maneras puesto que las técnicas para la interrupción de la gestación dependen de que profesional la aborda, la demanda de la usuaria y donde se practica.

En España hemos tenido dos maneras de enfrentarnos al procedimiento, desde los centros especializados y desde los departamentos de ginecología y obstetricia general de los hospitales de la red pública o privada.

TECNICAS:

Distinguiremos:

Técnicas:

- A.-** Farmacológica
- B.-** Instrumental
- C.-** Combinada
- D.-** Quirúrgicos

En diferentes semanas de amenorrea:

- a)** Primer trimestre próximo (hasta 7 semanas de amenorrea)
- b)** Primer trimestre tardío (de 7 a 12 semanas)
- c)** Segundo trimestre próximo (de 12 a 14-16 semanas)
- d)** 1ª parte de Segundo trimestre tardío (de 14-16 a 20-22 semanas)
- e)** 2ª parte de segundo trimestre tardío (de 20-22 semanas a 24 semanas)
- f)** Tercer trimestre (mas de 24 semanas)

En lugar de la prestación:

- a)** Centro especializado:
- b)** Centro e ginecoobstetricia general (público o privado).

A.- Farmacológica:

Edades gestacionales:

- **Primer trimestre próximo (<7 sem.):**

Han tenido en general poca acogida en España. Desde el año 2000 es posible aplicarlas hasta las 7 semanas de amenorrea combinando la Mifepristona (RU 486)

con la Prostaglandina E₁ Misoprostol (MI) según el patrón de la Agencia Española del Medicamento, de 600 mg. de Mifepristona y 400 µg, por vía oral en una o mas dosis según resultados.

Con posterioridad, la practica ha demostrado que 200 mg. de Mifepristona eran igual de eficaces y que la mejor vía era la vaginal así que

Las clínicas especializadas la han ofrecido a las pacientes dentro de sus servicios hasta **las 7 semanas de amenorrea** usando la vía oral o vaginal, no obstante las mujeres frecuentemente lo desestiman porque les parece que deben dedicar mucho tiempo al proceso, que no tienen garantizado el confort y la ausencia de dolor (estudio OCU 2010) y además temen que la confidencialidad se vea perjudicada.

Los establecimientos de ginecología general públicas o privadas no lo han usado para provocar abortos, aunque a todos nos han llegado pacientes a las que se les había administrado Misoprostol en dosis variopintas y con frecuencias variables, según más la imaginación del médico que de un método.

- **Primer trimestre tardío (7 a 12 sem.):**

En España en **las clínicas especializadas** se utiliza, en algunos casos, como preparación a los métodos instrumentales que describimos después.

En las **instituciones de ginecología general** públicas y privadas se aplica el legrado convencional (couretage) o la aspiración con cánula de Karman. En contados lugares se usa preparación farmacológica con Mifepristona y solo en algunos se usa el Misoprostol.

- **Segundo trim. próximo y 1ª parte de segundo trim. tardío (12 a 20-22 sem):**

En las **clínicas especializadas** se utiliza el Misoprostol como preparación a los métodos instrumentales que describimos después, si las condiciones del cervix son muy desfavorables (hipoplasia, cono, amputación, úteros dobles, etc.), en ocasiones se asocia también la Mifepristona.

En los **servicios generales de ginecología** públicos y privados se inducen fármacológicamente, con dosis y secuencias variables de Misoprostol hasta conseguir la salida del contenido uterino, en ocasiones, especialmente en segundo trimestre tardío, con feticidio previo. En muy escasos centros se usa la Mifepristona.

- **2ª parte de segundo trimestre tardío y tercer trimestre (> de 20-22 sem.):**

A partir de la semana 20-22 se vuelven a usar los métodos farmacológicos en el procedimiento que llamamos inducción.

Los centros especializados utilizan la Mifepristona y 12 a 72 h. después se inicia Misoprostol a dosis de 800 µg. vaginal cada 3-4 h.. Algunos centros, si la valoración del cuello uterino es poco favorable, insertan previamente tantos Dilapan® como permita el canal cervical, hay quien rompe bolsa en cuanto se puede y hay quien asocia Oxitocina en cuanto la bolsa se rompe de forma natural o artificial.

En el momento que la dilatación lo permite, en muchos de los **centros especializados** realizan una **finalización instrumental** que describiremos en los métodos instrumentales. En muy escasas ocasiones debemos finalizar con un **método quirúrgico como la histerotomía**.

En los **centros de ginecología general**, públicos o privados solo se realizan inducciones con Misoprostol a dosis variables y con secuencias variables, aún tenemos noticias recientes del uso de prostaglandinas E₂ intracervicales y F2 α intrauterinas y también de la occitocina, raramente se usa la Mifepristona y la única finalización en caso necesario es la histerotomía.

B.- Instrumental:

- **Primer trimestre próximo (<7 sem.):**

En las **clínicas especializadas** se realiza por el método de Dilatación y Aspiración (DyA) normalmente a partir de la 6^a semana de amenorrea, si el cuello es muy desfavorable se procede a preparación cervical con Misoprostol 400 μ g. muy ocasionalmente se considerara un farmacológico (RU+Misoprostol) con finalización instrumental.

Los centros de ginecología general públicos o privados, antes de las 7semanas no realizan procedimientos instrumentales salvo para abortos en curso.

- **Primer trimestre tardío (7 a 12 sem.):**

Las clínicas especializadas practican DyA normalmente directamente, si la valoración del cervix es muy desfavorable se considera la preparación cervical previa con Misoprostol 1 o 2 horas antes y eventualmente lo que se podría llamar farmacológico (RU +Misoprostol) con finalización instrumental (DyA).

Los **centros de ginecología general** públicos y privados, realizan legrado convencional (DyC) o, cada vez más, DyA, en algunos casos con preparación con Misoprostol la noche antes, muy escasos centros utilizan la Mifepristona.

- **Segundo trimestre próximo (12 a 14-16 sem.):**

En **los centros especializados** se dan variedades, los hay que practican DyA con o sin preparación con Misoprostol, raramente con Mifepristona y los hay que realizan DyE con o sin preparación con Misoprostol, raramente con Mifepristona previa, alvo que el cervix presente un aspecto potencialmente problematico.

En los **centros de ginecología general** practican inducción con Misoprostol en dosis variables y frecuencias variables hasta la expulsión fetal, en raros centros utilizan la Mifepristona previa.

- **1ª parte de Segundo trimestre tardío** (14-16 a 20-22 sem.):

En Centros especializados se practica la DyE normalmente con preparación cervical con Misoprostol y raramente con Mifepristona previa. La DyE se ha demostrado como *Kelly T, Suddes J, Howel D, Hewison J, Robson S. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: a randomised controlled trial. BJOG 2010; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02712.x* cuando dicen:

“The findings show that women prefer the surgical method. The study also produced some evidence that the surgical method is associated with better short term psychological outcome but this evidence needs confirming by undertaking a larger trial that is adequately powered. The implications from these results indicate that women should have the option of surgical termination.”

"Los resultados muestran que las mujeres prefieren el método quirúrgico. El estudio también produjo algunas pruebas de que el método quirúrgico se asocia con mejores resultados a corto término psicológico, pero esta evidencia debe confirmar mediante la realización de un ensayo más amplio que es el poder estadístico adecuado. Las implicaciones de estos resultados indican que las mujeres deben tener la opción de interrupción quirúrgica".

Una revisión Cochrane de 2008 (6) de *Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K., cuando dicen: "The number of women experiencing adverse events was also lower with D&E than with mifepristone and misoprostol (OR 0.06, 95% CI 0.01-0.76). Although women treated with mifepristone and misoprostol reported significantly more pain than those undergoing D&E, efficacy and acceptability were the same in both groups. In both trials, fewer subjects randomised to D&E required overnight hospitalisation".*

"El número de mujeres que experimentan efectos adversos también fue menor con D y E que con mifepristona y misoprostol (OR 0.06, IC 95% 0,01-0,76). Aunque las mujeres tratadas con mifepristona y misoprostol informaron significativamente más dolor que los sometidos a D & E, la eficacia y aceptabilidad de la misma en ambos grupos. En ambos ensayos, menos sujetos asignados al azar a D & E requiere hospitalización durante la noche".

En centros de ginecología general practican inducción con Misoprostol o técnicas mas antiguas (Occitocina, E₂, F2 ∞), escasos centros utilizan la Mifepristona previa.

- **2ª parte de segundo trimestre tardío** (20-22 a 24 sem.):

Los centros especializados recurren a la **Inducción** según se ha explicado en los métodos farmacológicos pero recurriendo con frecuencia a la **Finalización Instrumental**, cuando el desprendimiento no es espontáneo, lo que significa utilizar el instrumental de la DyE para extraer el contenido uterino, fragmentando si es preciso el feto para evacuarlo por la dilatación conseguida, es particularmente interesante en presentaciones anómalas (hombro, duplicatus, hidrocefalias, etc.) o que colaboran mal, así minimizamos el tiempo de trabajo uterino disminuyendo el

riesgo de infección y de atonía uterina, al mismo tiempo aumentamos el confort de la usuaria.

- **Tercer trimestre** (>24 semanas):

En Centros especializados la Inducción ya descrita con finalización instrumentada (Finx, vasotripsio, forceps Simpson) cuando es posible y/o recomendable.

En centros de ginecología general se opta por la Inducción esperando la evacuación espontánea.

C.- Combinadas:

La clínicas especializadas, en su acumulo de experiencia, han combinado las técnicas para mejorar la seguridad, el tiempo dedicado por la paciente y los profesionales, el coste y el confort. De hecho estas combinaciones se han descrito en la descripción de las técnicas farmacológica e instrumental, se basan en combinar los recursos: Mifepristona, Misoprostol, Dilapan®, instrumental para DyA, instrumental para DyE e instrumental obstétrico de manera que se minimice el impacto somático y psíquico

<http://www.tutormedica.com/hemeroteca/estudios/20100520-PsicopatologiaVE.pdf>.

Se puede plantear un aborto farmacológico convencional pero finalizarlo de manera instrumentarlo después de una hora o dos de la administración del Misoprostol, haciéndolo mas confortable, lo que reduce importantemente el impacto psíquico.

Cuando la inspección física o la historia gineco-obstétrica del cervix uterino sugiera una posible problemática se usaran la Mifepristona y el Misoprostol para mejorar sus condiciones y facilitar la dilatación en la DyA y La DyE pero no hace falta hacerlo de manera sistemática, ni con ambos fármacos, puesto que no siempre es necesario. Hay que tener en cuenta que estos útiles fármacos necesitan tiempo para lograr su finalidad y también tienen sus contraindicaciones, riesgos y efectos indeseados, en especial el Misoprostol que origina contracciones incontrolables que pueden originar rotura en úteros intervenidos previamente y una autentica tormenta vegetativa que presenta reacciones indeseables en el 40% de las mujeres embarazadas en forma de diarrea, vómitos nauseas, elevación de la temperatura, tiritonas etc.. Sí, es recomendable, su utilización sistemática, a partir de la 16 sem., puesto que sus beneficios superan sus inconvenientes y riesgos.

En las inducciones es muy útil la finalización instrumental por lo que supone de acortamiento del proceso, minimización de riesgos (infección, atonía), costes e incremento del confort, lo que deriva en una mejor tolerancia psíquica. Para ello se utilizan fundamentalmente las pinzas de la DyE (Finx, Bierer etc) y también fórceps pequeños, vasotripsios, etc..

Los centros de ginecología general no aplican métodos combinados, salvo en algunos centros que se utiliza sistemáticamente el Misoprostol a dosis variables antes de los legrados hasta la 12 semana sean DyC o DyA. Que yo conozca no se utiliza la DyA ni la DyE después de la semana 12 ni la finalización instrumental. Como se observa en el cuadro (G 14) las noches generadas son abismalmente

diferentes en el sector público y privado en relación al sector extrahospitalario privado 1819 en el primero entre una y 7 o mas noches, 0 en el segundo, con el coste económico que supone al pagador del servicio, pero también la alteración de la vida cotidiana de la mujer y lo que ello supone.

D.- Quirúrgicos:

Aunque a los métodos instrumentales también se les llama quirúrgicos en realidad no lo son puesto que son técnicas que no crean una solución de continuidad en el organismo, los que si crean una solución de continuidad son la **histerotomía** (microcesárea) y la **histerectomía**.

La Histerotomía, solo debe practicarse programada, cuando las condiciones de la gestante no dan otra oportunidad, pacientes que por sus condiciones psíquicas no toleraran una inducción ni siquiera con peridural, en placentas previas después de la 20-22 semana, cuando hay cesáreas anteriores especialmente si son corporales o de calidad dudosa y de recurso si una inducción se estaciona y no es finalizable instrumentalmente. Debe ser fúndica o corporal hasta que se considere que hay segmento por lo que los embarazos posteriores seran de riesgo.

Es bastante normal que los centros de ginecología general que en su mayoría desconoce la DyE (G14) se practiquen cesáreas muy precoces

La Histerectomía solo si ya estaba indicada con anterioridad.

DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS:

Técnica de DyA

- Aseptización de la vagina con especulo o valva
- Infiltración con un anestésico local en uterosacros, paracervical o intracervical.
- Colocacion de Pozzi o tenáculo en cervix.
- Dilatación del cervix con dilatadores progresivos hasta el un número, si es posible, igual a la semana de amenorrea o mayor.
- Aspiración del contenido uterino, con cánula diseñada a tal efecto de número igual a la semana de amenorrea si es posible o mayor a presión negativa de 0,4-0,6 bar.
- Hay quien legra con cureta al finalizar por comprobación aunque no es necesario.
- Es aconsejable una gasa vaginal al finalizar aunque no es siempre necesario.
- Alta medica, si la perdida es escasa o nula en los 20 minutos siguientes o cuando se considere que la paciente esta en condiciones. (Aldrete modificado)

Técnica de DyE

- Aseptización de la vagina con especulo o valva
- Infiltración con un anestésico local en uterosacros o paracervical y intracervical.
- Colocación de Pozzi o tenáculo en cervix.
- Dilatación del cervix con dilatadores progresivos hasta un número, si es posible, igual a la semana de amenorrea o mayor.
- Introducción de fórceps específicos (Pinzas de Finx, Bierer, Hern, Maclintosh) con los que se morcela el contenido uterino hasta que pueda ser traccionado a través de la dilatación cervical conseguida y así evacuar todo el contenido uterino.
- Hay quien finaliza con aspiración o legrado con cureta o limpieza con gasa de la superficie interior uterina.
- Es aconsejable una gasa vaginal al finalizar aunque no es siempre necesario.

- Hay quien deja Misoprostol endorectal 400 a 800 µg. como prevención de la atonía.

Finalización instrumental

- Evaluación de la dilatación cervical o del estado del cuello.
- Aseptización de la vagina con valva.
- Infiltración con anestésico local del cuello a nivel de uterosacros e intracervical.
- Fijación con tenáculos del cervix si es preciso dilatar.
- Introducción de los instrumentos adecuados según arte y oficio.
- Extracción del fruto entero o por fracciones.
- Legrado convencional, con gasa o con cánula de aspiración de la cavidad.
- Revisión del canal cervical.
- Dejar gasa vaginal un tiempo prudencial.

Microcesárea

Es una cesárea como las otras, con incisión de Phanestil, apertura por planos e incisión fúndica o corporal mientras no sea posible la segmentaria. Cierre por planos y cuidados postoperatorios habituales de esta intervención.

Alta según evolución

APOYOS:

• Ecografía.

Es recomendable tener previamente valorada la mujer ecográficamente pero también monitorizar la intervención y hacer un control al finalizar el proceso.

Informa de anomalías morfológicas de genitales internos, de cursos anormales de la gestación como el ectópico y previene los desgarros uterinos instrumentales.

• Anestesia y Analgesia

La anestesia local paracervical e intracervical asociada a la sedación consciente o profunda si es necesario y las peridúrales en las inducciones, aunque con ellas se debe extremar la vigilancia del tono uterino, pues puede ocultar una rotura uterina producida por la hipertonía que a menudo produce el Misoprostol.

La analgesia intra procedimiento, post procedimiento inmediato y diferido.

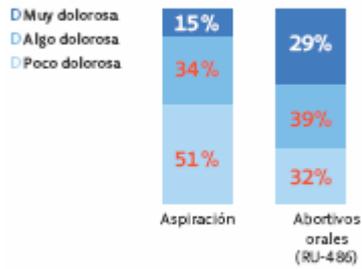
• La antibioterapia

peroperatoria y de cobertura los 5 días siguientes que cubra especialmente los gérmenes Gram negativos, principalmente la Chlamydea y la Neisseria, responsables de gran parte de los problemas en reproducción posterior, como el ectópico, de elección son: la Doxiciclina y el Metronidazol.

REIVINDICACIÓN

Desde aquí reivindicamos que la comercialización del Misoprostol con indicación para la interrupción del embarazo, aprobada por la Agencia Española del Medicamento con el nombre de Misive 200® que el laboratorio farmacéutico BIAL, propietario lo tiene parado sea exigida por las autoridades sanitarias Españolas o se le inste a ceder la comercialización a otra empresa con carácter inmediato.

Una intervención dolorosa



Las encuestadas de España, Italia y Portugal marcaron en una escala hasta qué punto fue dolorosa la intervención. Nuestros datos muestran que los abortos quirúrgicos resultan menos dolorosos que los farmacológicos.

El dolor 15 días después de la intervención también fue mayor en el caso de la píldora abortiva

LA VOZ DE LA OCU

La información también debe mejorar

El crecimiento del porcentaje de mujeres que abortan en España cada año no es una buena noticia. Por eso como OCU pedimos:

- Más y mejor educación sexual e información sobre métodos anticonceptivos para reducir el número de embarazos no deseados y, por tanto, el número de abortos.
- Que a las mujeres que decidan abortar se les ofrezca más información los distintos tipos de intervención y sus riesgos, para que puedan elegir el más adecuado para su situación. ❤️

TABLA G.14.
I.V.E. NÚMERO SEGÚN TIPO DE CENTRO Y SEMANAS DE GESTACIÓN, MOTIVO DE LA INTERRUPCIÓN,
MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN, NOCHES DE ESTANCIA.

2008. TOTAL NACIONAL

	Tipo de centro						
	TOTAL	HOSPITALARIO			EXTRAHOSPITALARIO		
		Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
TOTAL I.V.E.	115.812	14.784	2.208	12.576	101.028	0	101.028
<u>Semanas de gestación</u>							
8 ó menos semanas	72.847	7.679	567	7.112	65.168	0	65.168
9-12 semanas	29.878	2.808	383	2.425	27.070	0	27.070
13-16 semanas	7.079	1.990	451	1.539	5.089	0	5.089
17-20 semanas	4.046	1.362	445	917	2.684	0	2.684
21 ó más semanas	1.934	924	352	572	1.010	0	1.010
No consta	28	21	10	11	7	0	7
<u>Motivo interrupción</u>							
Salud materna	112.288	12.449	841	11.608	99.839	0	99.839
Riesgo fetal	3.315	2.292	1.353	939	1.023	0	1.023
Violación	27	7	6	1	20	0	20
Varios motivos	182	36	8	28	146	0	146
No consta	0	0	0	0	0	0	0
<u>Método intervención</u>							
Aspiración	100.978	9.914	197	9.717	91.064	0	91.064
Dilatación	4.333	693	183	510	3.640	0	3.640
Legrado	3.106	2.025	965	1.060	1.081	0	1.081
Ru486	4.940	733	312	421	4.207	0	4.207
Inyección intravenosa	359	358	12	346	1	0	1
Inyección intrauterina	48	47	45	2	1	0	1
Histerotomía	7	5	2	3	2	0	2
Histerectomía	8	4	3	1	4	0	4
Otros métodos	1.993	968	454	514	1.025	0	1.025
No consta	40	37	35	2	3	0	3
<u>Noches de estancia</u>							
Ninguna	113.980	12.964	900	12.064	101.016	0	101.016
Una	1.198	1.198	707	491	0	0	0
Dos	438	438	424	14	0	0	0
Tres	90	90	85	5	0	0	0
Cuatro	35	35	34	1	0	0	0
Cinco	16	16	16	0	0	0	0
Seis	9	9	9	0	0	0	0
Siete o más	33	33	32	1	0	0	0
No consta	13	1	1	0	12	0	12