

Interrupción voluntaria del embarazo y aborto ilegal. Reflexiones de un médico de familia

Sr. Director: La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) está regulada en España desde 1985 y en los tres supuestos despenalizados la inducción del aborto debe ser supervisada por un médico en un establecimiento sanitario autorizado¹. Los métodos han sido tradicionalmente quirúrgicos. El aborto químico es un fenómeno mucho más reciente y que no se oferta rutinariamente. Se presentan 2 casos de inducción ilegal del aborto detectados en una consulta de atención primaria.

– **Caso 1:** mujer de 19 años de origen colombiano. Parto normal a los 18 años, usuaria inconstante de anticonceptivos orales. Tras contracepción poscoital inefectiva solicita a su médico una receta de misoprostol. Dice usar 400 mg por vía vaginal y 400 mg por vía oral, aconsejada «por una amiga que también lo hizo». Se deriva a clínica autorizada, a la que no acude por inducirse el aborto ella misma.

– **Caso 2:** mujer de 23 años nacida en Sierra Leona. Usuaria de método barrera. Acude por dolor abdominal tras el uso de misoprostol, 400 mg/día por vía oral, durante 2 días consecutivos para finalizar su embarazo «aconsejada por una amiga». Se deriva a clínica autorizada donde se realiza IVE.

Discusión. Los métodos químicos de inducción del aborto son escasamente utilizados en España, y su uso legal está restringido a establecimientos sanitarios autorizados. La frecuencia y la intensidad de hemorragia, dolor, escalofríos, vómitos o diarrea son superiores a las producidas por métodos quirúrgicos^{2,3}. Hay diferentes intervenciones farmacológicas, entre ellas el uso de misoprostol en monoterapia. Produce dilatación del cérvix uterino⁴ y contrac-

ciones de gran intensidad. Es un análogo de prostaglandina E1, aprobado como tratamiento digestivo, formulado para la vía oral. Su uso no autorizado en tocoginecología se debe a su bajo coste y facilidad de administración comparado con dinoprostona y gemeprost. Su utilización en monoterapia⁵ precisa de más ensayos clínicos para definir su dosis óptima y su seguridad en la inducción del aborto. Ha sido empleado con enorme variabilidad y se han comunicado serias complicaciones¹ como teratogénesis, roturas uterinas por la gran intensidad de las contracciones provocadas, abortos incompletos⁶, además de los efectos comunes al resto de los métodos químicos. Los casos presentados sugieren varias reflexiones:

– Es preciso que el médico de familia adopte un papel activo en el seguimiento de la planificación familiar, especialmente en la población extranjera, por sus peculiaridades socioculturales; interrogar periódicamente acerca del cumplimiento y el uso correcto del método elegido puede ser tan importante como su tolerancia o sus efectos secundarios.

– La segunda reflexión se refiere a la venta de misoprostol sin prescripción médica. Estos casos ponen de manifiesto un uso ilegal de la sustancia cuya frecuencia real no puede ser medida. Dado que las oficinas de farmacia solicitan la prescripción de los fármacos anticonceptivos y de la contracepción poscoital, ¿no sería también conveniente que se solicitase la prescripción facultativa de un fármaco que se usa en la práctica para inducir abortos ilegalmente?

M. Medina Sanpedro

Médico de Familia. Centro de Salud Los Rosales. Madrid. España.

1. Sánchez Mariscal D. Interrupción voluntaria del embarazo. En: Guía de actualización en atención primaria. 2.^a ed. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), 2002; p. 347-48.
2. Bygdeman M, Danielsson KG. Options for early therapeutic abortion: a comparative review. *Drugs* 2002;62:2459-70.
3. Kruse B, Poppema S, Creinin MD, Paul M. Management of side effects and complications in medical abortion. *Am J*

Obstet Gynecol 2000;183(Suppl 2):65-75.

4. Singh K, Fong YF. Preparation of the cervix for surgical termination of pregnancy in the first trimester. *Hum Reprod Update* 2000;6:442-8.
5. Blanchard K, Clark S, Winikoff B, Gaines G, Kahani G, Shannon C. Misoprostol for women's health: a review. *Obstet Gynecol* 2002;99:316-32.
6. Say L, Kulier R, Gulmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;4:CD003037.

Sobre la utilización de antibióticos en atención primaria

Sr. Director: Quiero felicitar a Palop et al¹ por su excelente revisión sobre la utilización de antibióticos en atención primaria, donde identifican claramente las causas del mal uso de los antibióticos. Debemos reconocer que, aunque sea una prioridad sanitaria, la Administración no ha respondido adecuadamente a las necesidades que tiene España para racionalizar el uso de antibióticos. A España se la conoce bien en el extranjero por su mala política respecto de los antibióticos². Los esfuerzos realizados por algunas sociedades científicas editando guías, y por algunas autonomías haciendo participar a farmacólogos clínicos para mejorar la prescripción, son importantes y necesarios, pero claramente insuficientes. Sobre otros factores identificados por Palop et al también se debe incidir, y es la Administración la que debe tomar la iniciativa.

De acuerdo con Palop et al, el mayor consumo de antibióticos mal indicados se realiza en las infecciones respiratorias. La mayoría de estas infecciones son de etiología viral, autolimitadas y de resolución espontánea, y sólo requieren tratamiento sintomático³. Este es el aspecto prioritario donde se debe mejorar la prescripción. Para

Palabras clave: Aborto ilegal. Aborto inducido por medicamentos. Misoprostol.

Palabras clave: Política. Antibióticos. Mal uso. Resistencias. Infecciones urinarias.

esto los médicos deben contar con el tiempo y los medios necesarios para establecer el diagnóstico y el tratamiento correctos de la enfermedad.

De acuerdo también con Palop et al, la aparición de resistencias se genera por la presión selectiva que realiza el antibiótico sobre el germen. Un ejemplo claro lo tenemos en el mal uso que se está realizando de las fluoroquinolonas, que están siguiendo el camino de trimetoprima-sulfametoxazol. Este excelente antibiótico se utilizó ampliamente para todo tipo de infecciones (urinarias, respiratorias, abdominales, etc.) hasta que su sobreutilización «quemó» el antibiótico. Hoy día tiene un uso restringido en unas pocas indicaciones. Recientemente se ha publicado un estudio comparativo de las resistencias bacterianas en infecciones urinarias en Europa⁴. España y

Portugal destacan como países con elevadas resistencias a ciprofloxacino, superiores incluso a Grecia, un país socioeconómicamente inferior al nuestro. Esta tasa tan elevada de resistencias no es explicable sólo por el uso del ciprofloxacino en las infecciones urinarias.

En conclusión, es importante concienciar-nos de que la política de antibióticos es un problema sanitario de primer orden, y en España una prioridad, y donde deben participar todos los agentes implicados incluida la Administración, articulando las acciones necesarias para que España deje de ser un país «diferente».

J. Pallarés Robles

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS La Pau. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

1. Palop Larrea V, Melchor Penella A, Martínez Mir J. Reflexiones sobre la utilización de antibióticos en atención primaria. *Aten Primaria* 2003;32:42-7.
2. Ena J, Amador C, Martínez C, Ortiz de la Tabla V. Risk factors for acquisition of urinary tract infections caused by ciprofloxacin resistant *Escherichia coli* [comentario editorial]. *J Urol* 1994;153:117-20.
3. González R, Batlet JG, Besser RE, Hickner JM, Hoffman JR, Sanfe MA. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute respiratory tract infections in adults: Background, specific aims and methods. *Ann Intern Med* 2001;134:479-529.
4. Kahlmeter G. An international survey of the antimicrobial susceptibility of pathogens from uncomplicated urinary tract infections: the ECO-SENS Project. *J Antimicrob Chemother* 2003;51:69-76.