

Nota clínica

Seguridad en la interrupción voluntaria del embarazo farmacológica en un entorno rural

Pau Nicolau^{a,*}, Mireia Massana^b, Zully Colman^a, Alba Calderer^c, Antonia Baraldés^d y Anna Forcada^d^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Comarcal Sant Bernabé, Barcelona, España^b Hospital Comarcal Sant Bernabé y ASSIR Berguedà, Barcelona, España^c ASSIR Berguedà, Barcelona, España^d Dirección Asistencial y Gerencia, Hospital Comarcal Sant Bernabé, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de octubre de 2021

Aceptado el 16 de noviembre de 2021

On-line el 20 December 2021

Palabras clave:

IVE

Complicación médica

Métodos anticonceptivos

Ámbito rural

RESUMEN

La interrupción voluntaria del embarazo a través de un método farmacológico, se ha introducido recientemente como parte de la cartera de servicios en nuestro ámbito, que se encuentra en un entorno rural.

Se realizó un estudio descriptivo de la serie de casos de IVE farmacológicas reportadas desde febrero a junio de 2021 en el Berguedà. Se analizaron las complicaciones asociadas, así como el perfil de las mujeres que solicitaban la prestación.

Se realizaron 33 IVE farmacológicas. Un 15,2% de las mujeres tuvieron que acudir posteriormente a Urgencias o llamar a algún teléfono de Emergencias. Solo una de ellas requirió un legrado obstétrico de recurso. No hubo ningún ingreso asociado por ninguna complicación mayor. Un 59,3% de las mujeres decidieron utilizar un método de larga duración que se insertó en las visitas posteriores.

En nuestro territorio, de tipo rural, no se ha detectado una tasa de complicaciones superiores a las descritas en la literatura, lo que permite afirmar que la IVE farmacológica puede ser segura y eficaz en nuestro contexto. Las visitas en torno a la IVE son un momento adecuado para realizar el consejo anticonceptivo.

© 2021 The Authors. Publicado por Elsevier Ltd. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pharmacological voluntary interruption of pregnancy in a rural area

ABSTRACT

The pharmacological voluntary interruption of pregnancy was performed out of our area up to nowadays.

A descriptive retrospective study of all voluntary interruptions of pregnancy in our hospital was planned, from February to June 2021 included. We analyzed the complications that occurred and the profile of the women who attend to this request.

There were 33 pharmacological voluntary interruptions of pregnancy. 15.2% of women needed to go to the Emergency Department after the procedure. Only a woman required an obstetric curettage for incomplete abortion. There was not any hospitalization because of a mayor complication. 59.3% of women applied for a long-acting reversible contraceptive method after the technique.

In our area, which is a rural territory, there were no more complications than the previously reported, therefore the pharmacological voluntary interruption of pregnancy is a safe and an effective method in this context. Medical visits after this procedure become a good moment for contraceptive methods counselling.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the license CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los derechos humanos incluyen los derechos en salud sexual y reproductiva, y por lo tanto, el derecho a decidir de forma libre y

responsable, sin discriminación y violencia¹. La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a través del método farmacológico es una prestación vigente dentro del Sistema Público de Salud en nuestro país, y consiste en la administración combinada de mifepristona y misoprostol, junto con analgesia, hasta las 9 semanas de embarazo². En Catalunya, el año pasado se realizaron 10.283 IVE farmacológicas, siendo este el método realizado con más frecuencia³. De todas ellas, 77 mujeres procedían de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pnicolau@hsb.cat (P. Nicolau).

la comarca del Berguedà, un ámbito eminentemente de tipo rural, que hasta la actualidad debían trasladarse a otros centros más alejados al no disponer de este método en la cartera de servicios de nuestra institución.

Los posibles síntomas asociados a una IVE farmacológica incluyen dolor, metrorragia, náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, taquicardia, escalofríos y febrícula. Todos ellos habitualmente superiores a los ocasionados en una menstruación, pero de características leves o moderadas, especialmente si la IVE se produce en las semanas iniciales de la gestación. Por este motivo, y por ser la administración del misoprostol igual de eficaz y segura, independientemente del entorno donde es administrado⁴, esta se realiza en el domicilio de la mujer según el protocolo habitual. Dentro de las complicaciones graves, se consideran la hemorragia abundante (que puede requerir transfusión sanguínea o cirugías hemostáticas/histerectomías de urgencia), la endometritis, isoinmunización por Rh, o el riesgo de malformaciones fetales en caso de embarazo evolutivo por método no eficaz⁵.

La tasa de eficacia de la interrupción farmacológica del embarazo hasta las 9 semanas es del 95-97%, con alrededor de un 1% de casos donde el embarazo continúa a pesar del tratamiento para la interrupción, y con una tasa global de complicaciones graves del 0,1-0,3%^{6,7}. La aceptación del método farmacológico, incluida la fase de la autoadministración en el domicilio, es alta o muy alta según diferentes estudios⁸.

El objetivo de nuestro trabajo fue conocer el perfil de las mujeres que realizaron una IVE farmacológica en nuestra institución, localizada en un entorno rural, así como la tasa de complicaciones graves referidas.

Pacientes y métodos

La población de estudio fueron todas aquellas mujeres que acudieron para la IVE farmacológica en el Hospital Comarcal Sant Bernabé de Berga, Barcelona, de febrero a junio de 2021 incluidos, a partir de la reimplementación de esta prestación en nuestra cartera de servicios (vigente anteriormente, pero no ofertada desde 2018). Todas ellas cumplían los criterios de inclusión para IVE, según el Protocolo actual de IVE² y la Ley orgánica vigente 2/2010, del 3 de marzo, y firmaron el consentimiento informado.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, analizando la serie de casos obtenida durante los 5 meses del período de estudio.

La variable principal del estudio fue la tasa de complicaciones mayores. Entre ellas, se incluyó la falta de eficacia del método con legrado quirúrgico de rescate y/o embarazo evolutivo, y el número de complicaciones médicas graves que requirieron ingreso hospitalario (hemorragia abundante, transfusión, endometritis, dolor intenso).

Las variables secundarias fueron la tasa de complicaciones menores, como la necesidad de nuevo ciclo de tratamiento por retención de restos ovulares, o la necesidad de visitas a Urgencias o llamadas telefónicas por síntomas menos intensos. Otras variables secundarias fueron la edad, la paridad, los días de gestación, el país de origen, y el tipo de método anticonceptivo tras el consejo anticonceptivo post-IVE.

El estudio sobre la seguridad de la implementación de la IVE farmacológica en nuestro centro siguió las directrices nacionales e internacionales (recomendaciones de las sociedades SCOG, SEGO y FEMA, código médico deontológico y Declaración de Helsinki), así como la normativa legal sobre la confidencialidad de datos (Ley Orgánica 15/1999 13 de diciembre sobre la Protección de Datos de carácter personal [LOPD]).

Resultados

Durante el período de estudio se realizaron 33 IVE farmacológicas en nuestro centro. La edad media de las mujeres que solicitaban esta práctica fue de 29,3 años (15-41). La media de los días de gestación en el momento de la toma de la mifepristona fue de 45,3 (6,3 semanas [35-63]). Hubo 12 (36,4%) casos de mujeres nulíparas, y 21 (63,6%)

Tabla 1

Características descriptivas de la población

Paridad	
Sin hijos previos	12 (36,4%)
Con hijos previos	21 (63,6%)
Abortos previos	
Sí	12 (36,4%)
No	21 (63,6%)
Origen	
Estado español	24 (72,7%)
Resto de Europa	1 (3%)
Sudamérica	5 (15,2%)
Centro América y el Caribe	1 (3%)
África	2 (6,1%)

casos de mujeres con hijas/os previos. En 12 ocasiones (36,4%) ya se había producido previamente un aborto.

Entre todas las mujeres que realizaron la IVE farmacológica, 24 (72,7%) habían nacido en territorio español, 1 (3%) su país de origen era de la Región Europea, 5 (15,2%) de origen sudamericano, 1 de origen caribeño (3%) y 2 (6,1%) de origen africano. Las características descriptivas de la población se resumen en la [tabla 1](#).

De todas las mujeres, 5 (15,2%) tuvieron que acudir a Urgencias o realizar alguna llamada telefónica al Servicio de Emergencias. Los motivos de consulta se resumen en la [tabla 2](#).

Entre las complicaciones post-IVE, objetivadas desde Urgencias o en la visita de control programada post-IVE, destacaron 3 (9%) casos de retención de restos ovulares que requirieron nuevo ciclo de tratamiento farmacológico (2 de ellos se solucionaron en el segundo ciclo, y en el tercer caso el nuevo método farmacológico tampoco resultó eficaz y requirió legrado quirúrgico aspirativo de recurso), y 1 (3%) caso donde la IVE no resultó eficaz y la paciente decidió, aun conociendo los riesgos asociados, proseguir con el embarazo que hasta la fecha se desarrolló dentro de la normalidad. No hubo ningún ingreso hospitalario por ninguna complicación grave asociada a la IVE.

Respecto al método anticonceptivo utilizado posterior a la IVE farmacológica, 16 pacientes/27 reportadas (59,3%) decidieron utilizar un método de larga duración (DIU o implante) que se insertó en la visita de control posterior programada, o en las semanas siguientes a la IVE ([fig.1](#)).

Discusión

La implementación de la IVE farmacológica en nuestro centro resulta eficaz y segura, sin un número de fallos definitivos de técnica o de complicaciones graves superior al reportado en estudios previos^{5,6,7}, o al previsto en los protocolos vigentes actuales.

Los escasos casos donde se objetivó una retención de restos ovulares en la primera visita, se resolvieron con un nuevo ciclo farmacológico, siendo necesario únicamente un legrado de recurso en un caso. Así pues, en 32 de las 33 mujeres que solicitaron una IVE (97%) la prestación resultó finalmente eficaz. La única complicación mayor asociada fue un único caso (3%) que tras el ciclo farmacológico inicial no eficaz, cambió de opinión y decidió no optar por el recurso quirúrgico y seguir con el embarazo evolutivo una vez siendo informada de los posibles efectos

Tabla 2

Motivos de consulta a Urgencias o de llamadas de Emergencias

Motivo de consulta	Requirió 2º ciclo farmacológico	Finalización
Dolor		
Caso 1	No	Resolución
Ausencia sintomatología		
Caso 2	No	Prosigue gestación
Metrorragia		
Caso 3	Sí	Resolución
Caso 4	Sí	Resolución
Caso 5	Sí	Requiere legrado

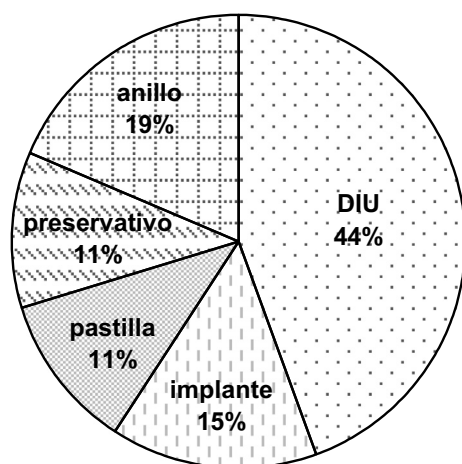


Figura 1. Método anticonceptivo posterior a la IVE.

teratogénicos de la medicación. Este porcentaje, ligeramente superior al reportado en la literatura^{6,7}, podría explicarse por el tamaño muestral analizado todavía limitado. No hubo ningún caso de dolor intenso, endometritis, o hemorragia abundante que requiriera ingreso de la paciente para tratamiento intravenoso, transfusión o cirugía urgente. Este hecho resulta especialmente relevante en un entorno rural como el nuestro, donde los servicios sanitarios pueden encontrarse más alejados del domicilio de las usuarias en caso de urgencia.

Por lo que se refiere al perfil de las mujeres que acudieron a la IVE farmacológica, la edad media fue ligeramente superior a la descrita históricamente en nuestro entorno. Del mismo modo, la proporción de mujeres residentes en Catalunya nacidas fuera del territorio español (27,3% en nuestro caso vs., 46,1 descritas en 2019) resultó ligeramente distinta³. El porcentaje de nuliparidad fue inferior a la descrita, pues en 2019 el porcentaje de mujeres sin hijos que acudían a una IVE en Catalunya fue del 49%, mientras que en nuestro caso solo el 36,4%³. A diferencia del paradigma clásico, durante estos meses la IVE ha sido requerida por mujeres de edades mayores, con menos proporción de nacidas fuera del estado español, y con más presencia de hijos. Esta situación podría explicarse por el momento actual de crisis socioeconómica asociada a la pandemia de la COVID-19, que podría ver disminuir los embarazos y los partos, y aumentar las IVE en todas las franjas y condiciones, como ha sucedido en crisis anteriores⁹.

Entre las fortalezas de nuestro estudio, destacan la demostración de la seguridad de la técnica en nuestro contexto, la posibilidad de descripción de un perfil de mujeres que acuden a la IVE en un momento como el actual, el elevado número de métodos anticonceptivos de larga duración insertados post-IVE, o la posibilidad de generalizar una prestación en salud sexual y reproductiva en un entorno rural. Consideramos especialmente relevante este último aspecto, pues a pesar de la vigencia del derecho a la IVE en el Sistema Público de Salud desde hace años, es conocida la dificultad de algunas mujeres para poder superar las barreras de acceso a este método en centros cercanos a su domicilio, especialmente si estos están alejados de las grandes ciudades¹⁰. La publicación de nuestros datos podría contribuir a generalizar su implementación en otros territorios de tipo rural.

Las limitaciones del trabajo son el corto tiempo de estudio y de la serie de IVE analizadas, así como la falta de algunos aspectos en la

recogida de datos que podrían apoyar todavía más a la seguridad de los resultados, como por ejemplo con la percepción del dolor. Al ser la media de semanas de gestación muy inferior a la habitual, al tratarse de un volumen de casos pequeño y unos circuitos más ágiles (6,3 semanas de gestación en nuestro estudio vs., 8,0 en Catalunya en 2019), es posible que en caso de poder comparar las molestias percibidas, con escalas u otros instrumentos validados, también se hubiese percibido una reducción objetiva del dolor o sangrado.

En conclusión, la implementación de la IVE farmacológica en nuestro entorno resulta segura y eficaz. Futuros estudios deberían ayudar a aumentar el conocimiento de esta técnica y contribuir a su plena generalización en el territorio.

Consideraciones éticas

El trabajo se ha llevado a cabo de conformidad con la Declaración de Helsinki.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Naciones Unidas. Informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf> 05/09/2021.
- Departament de Salut de Catalunya. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE). farmacològica fins als 63 dies d'embaràs. ; 2014. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/_content/_A-Z/1/interrupcio_voluntaria_embaras/documents_prof/arxiu/protocol_def_63.pdf, 05/09/2021.
- Departament de Salut de Catalunya. Estadística de la interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya. ; 2019. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/_content/_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/interrupcio-voluntaria-embaras/IVE-2019.pdf, 05/09/2021.
- Song LP, Tang SY, Li CL, Zhou LJ, Mo XT. Early medical abortion with self-administered low-dose mifepristone in combination with misoprostol. J Obstet Gynaecol Res. 2018;44(9):1705–11. <https://doi.org/10.1111/jog.13716>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology, Society of Family Planning. Medication abortion Up to 70 days of gestation: ACOG Practice Bulletin, Number 225. Obstet Gynecol. 2020;136(4):e31–47. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004082>.
- Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. Contraception. 2013;87(1):26–37. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.011>.
- Lete I, Coll C, Serrano I, Doval JL, Carbonell JL. Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2015;58(9):26–434.
- Dagousset I, Fourrier E, Aubéy E, Taurelle R. Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Use of Misoprostol for medical abortion: A trial of the acceptability for home use]. Gynecol Obstet Fertil. 2004;32(1):28–33. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2003.11.005>.
- Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Gac S. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS. 2014;28(S1):109–15.
- Baeyens- Fernandez JA, Alcalá-Alcalde MM. Abordaje de la paciente que se plantea una interrupción voluntaria de embarazo. FMC. 2021;28(2):74–80 05/09/2021.