

Boletín Médico de IPPF

Contenido

- Declaración del IMAP sobre Educación Integral en Sexualidad 1
Interrupción del embarazo durante el primer trimestre mediante misoprostol solo
Oi Shan Tang, Marcel Vekemans, Helena von Hertenzen, Pak Chung Ho 3

Declaración del IMAP sobre Educación Integral en Sexualidad

Esta Declaración fue preparada por el Panel Asesor Médico Internacional (IMAP) en octubre del 2007.

IPPF reconoce la necesidad de aumentar el acceso a la educación integral en sexualidad de alta calidad, basada en los derechos y sensible al género para toda la gente joven.¹ Por lo tanto, uno de los objetivos dentro del marco de trabajo estratégico dirigido a adolescentes y jóvenes es “aumentar el acceso a la educación integral en sexualidad”.

Actualmente existen numerosas metodologías para la educación en sexualidad que se utilizan en escuelas, colegios, ambientes educativos y en otros contextos alrededor del mundo. La conformación y puesta en marcha de estas metodologías se basa en los valores del contexto cultural en los que se proporciona dicha educación, y dependiendo del contexto, la educación en sexualidad puede ser controvertida.

La educación integral en sexualidad se define como “un proceso de adquisición de información y formación de actitudes, creencias y valores sobre la identidad, relaciones e intimidad a lo largo de la vida que incluye el desarrollo sexual, la salud reproductiva, las relaciones interpersonales, el afecto, la intimidad, la imagen corporal y los roles de género. La educación integral en sexualidad trata las dimensiones biológicas, socioculturales, psicológicas y espirituales de la sexualidad desde las áreas cognitivas, afectivas y conductuales, incluyendo la capacidad para comunicarse de manera efectiva y para la toma de decisiones responsables”. Aquellas metodologías que no incluyen todas estas características son consideradas como incompletas o menos efectivas que la educación integral en sexualidad.

Esta declaración proporciona una respuesta a la creciente necesidad entre las Asociaciones Miembros de guía y de consenso sobre este tópico. Dado que los Indicadores Globales de IPPF muestran que la mayoría de las Asociaciones Miembros están de una manera u otra proporcionando educación en sexualidad, esta declaración también está diseñada para garantizar que la organización continúa mejorando la calidad y efectividad de tales programas.

Razonamiento para la educación integral en sexualidad

El derecho de las y los jóvenes a la información y a la educación (incluida la educación en sexualidad) está incorporado en varios acuerdos y convenciones internacionales, incluyendo la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). El derecho a la educación en sexualidad está respaldado por una definición de trabajo proveniente de expertos en derechos sexuales y que pone de manifiesto “el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación o violencia a: los más altos estándares de salud sexual posibles (incluyendo el acceso a los servicios de atención de salud sexual y reproductiva); a buscar, recibir e impartir información relacionada con la sexualidad; a la educación en sexualidad; al respeto por la integridad corporal; a la elección de su pareja; a la decisión de ser o no sexualmente activo; a las relaciones sexuales consensuales; al matrimonio consensual; a la decisión de tener o no y de cuando tener hijos; y al seguimiento de una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.” Aunque las y los jóvenes tienen derecho a una educación en sexualidad efectiva, es también esencial ayudarles a prepararse para una vida sana y gratificante. Una información de alta calidad y una educación integral en sexualidad puede prepararles al proporcionar el conocimiento, las capacidades y las actitudes necesarias para la toma de decisiones informadas durante el presente y en el futuro.

Esto mejorará su independencia y autoestima y les ayudará a tomar conciencia de su sexualidad y disfrutar sus relaciones interpersonales de una manera positiva.

Debido a que las y los jóvenes se dan cuenta de la sexualidad o son activos a una edad temprana, es necesario dirigir una educación integral en sexualidad para jóvenes que sea apropiada y sensible a su edad antes de que lleguen a ser sexualmente activos. La edad de la primera relación sexual está disminuyendo en muchas partes del mundo. Se necesita una educación integral en sexualidad para tratar las preocupaciones y cuestiones relacionadas con la prevención de las ITS y la transmisión del VIH/SIDA y para proporcionar una guía para contrarrestar el miedo y el posible riesgo de embarazos no deseados.

Las y los jóvenes frecuentemente reciben mensajes contradictorios sobre el sexo y la sexualidad: estos mensajes son a menudo negativos y asociados con la culpa, el miedo y la enfermedad, sin embargo, los medios de comunicación y sus amigos generalmente los describen como positivos y deseables. El efecto de estos mensajes sobre las y los jóvenes depende del nivel de conocimiento sobre sus propios derechos y responsabilidades, de las expectativas de género y también de su nivel de madurez cognitiva y emocional. Una educación integral en sexualidad puede proporcionarles los conocimientos necesarios para hacer desaparecer los mitos asociados con la sexualidad; lo que, a su vez, puede ayudar a reducir la discriminación, el estigma y la violencia, incluidos el abuso por parte de un compañero/a íntimo o miembro de la familia.

Es importante entender que la educación integral en sexualidad ofrece a las y los jóvenes un amplio rango de posibilidades para el sexo seguro, incluyendo la abstinencia. A pesar de lo que a menudo se argumenta, la educación integral en sexualidad y en salud reproductiva no pretende reemplazar los valores familiares tradicionales, sino que pretende ayudar a las y los jóvenes a identificar sus propios valores y a mejorar su conocimiento sobre todas las posibles opciones adecuadas a sus necesidades.

Evidencia

Existe evidencia concluyente de que la educación integral en sexualidad puede retrasar de una manera efectiva la iniciación de la actividad sexual, reducir la frecuencia de la actividad sexual y del coito desprotegido, disminuir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos. Contrariamente a la preocupación de que al proporcionar una información integral sobre sexo seguro podría incitar a las y los jóvenes a iniciar su actividad sexual y mostrar una conducta sexual irresponsable, las investigaciones muestran que el involucrar a las y los jóvenes en la toma de decisiones libres e informadas sobre la anticoncepción no conduce ni a un aumento en las conductas de riesgo ni al comienzo de la actividad sexual en las y los adolescentes. La literatura científica muestra cada vez más que la educación integral en sexualidad no sólo aumenta el conocimiento sobre el sexo y la sexualidad, sino que también afecta directamente a la conducta sexual de las y los jóvenes. Concretamente, se ha demostrado que la educación integral en sexualidad conduce a un retraso en la iniciación del coito, una disminución de la frecuencia del sexo y del número de parejas sexuales y a un aumento en el uso de condones y de otros anticonceptivos.

Las revisiones de los programas de educación de la sexualidad y del VIH basados en el currículo y en el grupo han mostrado que, tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados, estos programas tienen una mayor probabilidad de tener un impacto más positivo que negativo sobre la conducta sexual. Además, cuanto más integral es la metodología, mayor efectividad tiene para cambiar la conducta. Esto es reforzado por la evidencia proveniente de varios países y cada vez mayor de que los resultados en salud pueden beneficiarse de una metodología sobre la educación integral en sexualidad que considere las normas de género y las desigualdades de poder y que siga un acercamiento más positivo en lo que se refiere a sexualidad. Varios estudios han demostrado que una mayor aceptación y apertura con respecto a la sexualidad adolescente pueden aumentar la capacidad de las y los jóvenes para negociar su toma de decisiones sexuales y anticonceptivas.

Características de una educación en sexualidad efectiva

Al permitir a los jóvenes vivir una vida más sana, los programas de educación en sexualidad pueden conducirlos a una mejor calidad de vida. Las revisiones recientes de los programas de educación en sexualidad efectivos han encontrado una serie de características comunes que son beneficiosas para la salud sexual de los jóvenes. Estas incluyen:

- Dar una gran importancia a la reducción de conductas de riesgo específicas
- Un claro conocimiento sobre qué influye en las elecciones y las conductas sexuales de la gente
- Mensajes claros y continuamente reforzados sobre la conducta sexual y la reducción de riesgos adecuados para la edad, incluyendo el conocimiento, las aptitudes, valores, actitudes, normas y comunicación
- Información precisa sobre los riesgos relacionados con la actividad sexual, la anticoncepción y el control de natalidad y sobre las diferentes maneras de evitar o posponer el coito
- Aconsejamiento sobre la presión de grupo u otro tipo de presión social sobre las y los jóvenes y proporcionar oportunidades para practicar la comunicación, la negociación y las habilidades asertivas
- Varios métodos para la enseñanza y el aprendizaje que involucren a las y los jóvenes y que les ayuden a personalizar la información
- Métodos de enseñanza y aprendizaje que sean apropiados para la edad, la experiencia y los antecedentes culturales de las y los jóvenes
- Adecuada colaboración con los servicios de anticoncepción y de ETS/VIH/SIDA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado un documento titulado 'Prevención del VIH/SIDA en jóvenes: revisión sistemática de la evidencia proveniente de países en vías de desarrollo', en el que se revisa la evidencia sobre los planes de acción y los programas para jóvenes y para la prevención del VIH/SIDA en países en vías de desarrollo y que mostraron resultados similares. Así mismo, destaca la importante relación existente entre la educación de la sexualidad en la escuela, la reducción en el uso de drogas inyectables y el aumento de las remisiones a los servicios de salud. También se muestra cómo al promover intervenciones que modelen las aptitudes en una comunidad se consigue reducir de manera efectiva la práctica del sexo desprotegido (e incluso la violencia de género).

La investigación demuestra cada vez más la escasa eficacia de los programas basados únicamente en la abstinencia para proteger a las y los jóvenes contra el VIH/SIDA, las ITS y los embarazos no deseados. Un enfoque basado únicamente en la abstinencia puede conducir a la adopción de conductas sexuales más seguras por parte de ciertos grupos (tales como las personas muy jóvenes con fuertes antecedentes y valores religiosos y tradicionales). Sin embargo, no existe evidencia suficiente que indique que los programas basados únicamente en la abstinencia tengan un impacto positivo para posponer la edad del primer coito o para reducir el embarazo en adolescentes. De hecho, tales programas son a menudo contraproducentes, causando un impacto negativo sobre la salud y sobre la calidad de vida: las personas más jóvenes que deciden mantener su virginidad exclusivamente mediante la abstinencia muestran un tercio menos de probabilidades de utilizar anticoncepción y buscar tratamiento para las infecciones de transmisión sexual cuando llegan a ser sexualmente activas. Existe la creencia común entre las y los jóvenes de que la abstinencia se refiere únicamente al coito vaginal, lo cual conlleva a un desconocimiento del riesgo de otros tipos de actividad sexual como el coito anal. Además, presentar el matrimonio heterosexual como la única opción aceptable de relación sexual podría alienar a alguno(a)s jóvenes que no se ajustan a esta norma.

Puesta en marcha de una educación integral en sexualidad por la IPPF

A la vista de la evidencia mencionada anteriormente, la IPPF promueve una metodología integral para la educación en sexualidad centrada en actitudes específicas y conductas relacionadas con los derechos humanos, la igualdad de sexo, la integración de la prevención del VIH/SIDA, la promoción del bienestar sexual y que llegue a aquellos grupos más vulnerables y necesitados.

Derechos sexuales y reproductivos

Una educación integral en sexualidad debe adoptar una metodología basada en los derechos, que se base en los principios de los derechos humanos y en leyes que garanticen la dignidad humana y el tratamiento igualitario para todas las personas. Utilizando una metodología basada en los derechos, la educación integral en sexualidad debe enfatizar las habilidades de pensamiento crítico que fomenten una conducta responsable, una ciudadanía efectiva y un entendimiento de cómo funcionan las instituciones y las leyes en una sociedad.

Igualdad de género

La educación integral en sexualidad debe funcionar con el objetivo de reducir las desigualdades de género y de eliminar los estereotipos y debe ser accesible lo antes posible.

Integración del VIH/SIDA

La educación en sexualidad es a menudo considerada como independiente de los programas de prevención del VIH/SIDA y centrada principalmente en la prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual, sin embargo, ambas están estrechamente relacionadas. La información y prevención del VIH/SIDA es una parte integral de la educación integral en sexualidad. Para las y los jóvenes, esta información actúa positivamente para prevenir la propagación del VIH a través de su impacto a varios niveles: proporcionando a las y los jóvenes con una descripción completa del VIH/SIDA; enseñando las aptitudes que ayudaran a las y los jóvenes a tomar decisiones positivas relacionadas con su salud (incluyendo el uso correcto y consistente de condones) y centrándose en normas sociales y desigualdades de género que podrían hacer que algunos grupos de la población (por ejemplo las mujeres) fueran más vulnerables a la coerción y menos capaces de negociar prácticas seguras.

Bienestar sexual

Otra dimensión que necesita abordarse es la dicotomía existente entre cómo los medios de información y el discurso popular tienden a presentar el sexo como algo positivo y agradable, mientras que la educación en sexualidad y los servicios de salud a menudo presentan únicamente la cara negativa y dañina de la sexualidad. Con el fin de evitar esto, en la educación de la sexualidad se debe destacar también el papel del placer y la aceptación de una sexualidad positiva. Existe por lo tanto, la necesidad de un modelo de educación en sexualidad que siga una metodología positiva y respetuosa por las relaciones sexuales y que prepare a las y los jóvenes (tanto a los sexualmente activos como a los abstinentes) con la información y las aptitudes para tomar decisiones informadas y disfrutar de una vida sexual saludable, agradable y libre de embarazos no deseados, de ITS y del VIH/SIDA.

Alcance a grupos vulnerables

Una metodología amplia para la educación integral en sexualidad puede llevar a una mejora en los resultados de salud para una proporción de jóvenes más alta de la que normalmente se alcanza. Puede ir dirigida a quienes presentan un mayor riesgo, personas vulnerables o marginales y a quienes a menudo son excluidos de los programas de educación sexual convencionales, como son las y los jóvenes que abandonan los estudios, los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen sexo con otros hombres y las mujeres que tienen sexo con otras mujeres. Además, una educación integral en sexualidad reconoce que todos los individuos, incluyendo aquellos mental y físicamente incapacitados, deben poder disfrutar de derechos y de salud sexual y reproductiva.

A menudo, el proceso mismo de proporcionar educación en sexualidad puede ser tan importante como sus resultados. Las personas involucradas en planificar la educación sexual deben adoptar una metodología apropiada que fomente la participación y apoye la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y aptitudes. Esta metodología debe formar parte de un proceso continuo de aprendizaje y de cambio de conducta y debe estar firmemente conectado con los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a las y los jóvenes.

Marco estratégico de IPPF para la educación integral en sexualidad

IPPF ha desarrollado un marco de trabajo para la educación integral en sexualidad que proporciona una visión global del que ha sido considerado como el modelo de educación en sexualidad más efectivo para mejorar la salud sexual y el bienestar de las y los jóvenes. Dentro de este marco de trabajo, IPPF sigue una metodología para la educación integral en sexualidad basada en los derechos y sensible al género: buscando dotar a las y los jóvenes con el conocimiento, habilidades, actitudes y valores que necesitan para decidir y disfrutar su sexualidad, física y emocionalmente, consigo mismo y en sus relaciones. Considera a la 'sexualidad' holísticamente y dentro de un contexto de desarrollo emocional y social. IPPF reconoce que únicamente con la información no es suficiente y que a las y los jóvenes necesita ofrecérseles la oportunidad de adquirir habilidades esenciales para la vida y desarrollar actitudes positivas y valores.

¿Qué pueden aportar las Asociaciones Miembros?

Las Asociaciones Miembros de IPPF pueden trabajar a varios niveles para proporcionar y promover una educación integral en sexualidad.

Dentro de sus propios programas y servicios:

- Crear y poner en marcha programas de educación en sexualidad o

actualizar los programas de educación existentes (semejantes) para asegurarse de que cubren todas las áreas del marco de trabajo de la IPPF para una educación integral en sexualidad y las pautas para la educación en sexualidad

- Desarrollar unos materiales de información, educación y comunicación (IEC) de alta calidad con mensajes basados en los derechos, imparciales, que traten varios asuntos (no solamente salud reproductiva) y utilizar métodos innovadores para comunicar los mensajes relacionados con la educación integral en sexualidad. Estos incluyen la promoción de los condones y del sexo seguro
- Entrenar a los proveedores de servicios, incluyendo a los profesionales de la salud y colegas educadores, en una educación integral en sexualidad basada en los derechos, que incluya una variedad de metodologías de participación.²
- Asegurar una conexión entre las actividades de sus programas de educación en sexualidad y los servicios de salud para jóvenes
- Perseguir la participación de las y los jóvenes en el diseño, puesta en marcha y evaluación de los programas de educación integral en sexualidad
- Proporcionar entrenamiento para padres y grupos de discusión sobre cómo hablar abiertamente sobre la sexualidad con sus hijo(a)s estimular una buena comunicación entre los padres y profesores sobre este asunto

Dentro del sistema escolar:

- Entrenar y apoyar a los profesores para aumentar los estándares profesionales para impartir una educación integral en sexualidad en las escuelas
- Asegurarse de que la educación integral en sexualidad sea un tema obligatorio en las escuelas de enseñanza primaria y secundaria, con unos estándares mínimos y unos objetivos de enseñanza claramente establecidos y proporcionando los recursos y materiales necesarios y adecuados para las y los jóvenes. La implementación de la educación sobre sexualidad deberá ser monitorizada y evaluada
- Monitorizar de qué manera el currículo de educación en sexualidad es implementado a nivel local, regional y nacional dentro y fuera del contexto escolar

Alcance a grupos vulnerables

Esforzarse especialmente en proporcionar información y educación mediante programas de mayor alcance y basados en los centros, así como programas dirigidos a grupos vulnerables y marginales, como personas que abandonan los estudios, niños de la calle, jóvenes que viven con el VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres que tienen sexo con otras mujeres, jóvenes que presenten un riesgo de que se trafique con ellos, mujeres sometidas a la mutilación genital femenina y jóvenes con incapacidades. Para poder llegar a estos grupos deben utilizarse unas metodologías flexibles y creativas, cuidadosamente planeadas y monitorizadas.

Influencia a nivel nacional y legislativo

- Crear colaboraciones con los padres y comunidades que trabajan para promover una educación integral en sexualidad. Esto incluye establecer fuertes redes entre colegas defensores comprometidos, asociaciones internacionales, gubernamentales o no gubernamentales, para asegurar un desarrollo positivo
- Crear redes de apoyo sostenibles para promover una educación integral en sexualidad y comprometerse a llevar a cabo actividades de defensa y a hacer campaña a nivel nacional
- Recibir a los medios de información y al sector publicitario para asegurarse de que los mensajes relacionados con la educación en sexualidad que difunden son integrales, precisos e imparciales
- Apoyar el desarrollo de futuras investigaciones sobre la eficacia de la educación integral en sexualidad, especialmente de una educación que adopte una metodología amplia en asuntos de derechos, sexualidad y género. Las Asociaciones Miembros deben documentar efectivamente y compartir los resultados de investigación
- Reconocer y abordar los estereotipos y percepciones locales sobre la educación en sexualidad dentro de la comunidad y esforzarse por superarlos con mensajes creíbles, informados y basados en la evidencia

El Marco de IPPF para la educación integral en sexualidad ofrece una lista de recursos e información adicional sobre la educación integral en sexualidad.³

IPPF se reserva el derecho de modificar esta Declaración a la vista de futuros desarrollos en esta área.

1. El término 'gente joven' se refiere al grupo de edad compuesto por personas de 10 a 24 años de edad, también reconocido de esta forma por la Organización Mundial de la Salud.

2. Las metodologías participativas involucran activamente y otorgan poderes a los participantes, asegurándose de que son completamente informados y de que participan en las decisiones que afectan a sus vidas. Estas metodologías pueden incluir grupos de discusión, ejercicios de clarificación de valores (dirigidos a clarificar y explorar actitudes y valores personales) y ejercicios de auto exploración para desarrollar una capacidad de pensamiento crítico.

3. Ver: <http://www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/Framework+for+Comprehensive+Sexuality+Education.htm>

Interrupción del embarazo durante el primer trimestre mediante misoprostol solo

Oi Shan Tang, Marcel Vekemans, Helena von Hertzen, Pak Chung Ho

La aspiración por vacío es actualmente el método estándar para la interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación. Se trata de un método efectivo, con una tasa de continuación del embarazo por debajo del 1%.¹ Sin embargo se trata de un procedimiento invasivo que ha sido asociado con complicaciones mayores en hasta un 1% de las mujeres y con problemas menores en un 10%,² incluso cuando es llevado a cabo por proveedores entrenados y en condiciones de higiene. La situación es mucho peor en varios países en vías de desarrollo que carecen de servicios de aborto seguro, donde las complicaciones del aborto inseguro (incluyendo el aborto incompleto, la sepsis, las hemorragias y lesiones intraabdominales) pueden causar hasta un 50% de las defunciones maternas.³ Muchas de las complicaciones del aborto quirúrgico pueden evitarse si el embarazo es interrumpido farmacológicamente mediante el aborto médico. Esto es especialmente importante en contextos donde el aborto quirúrgico no es seguro.⁴ El aborto médico también puede constituir una buena manera de introducir los servicios de aborto en países en vías de desarrollo donde los recursos de las salas de cirugía son limitados, ya que la aspiración por vacío solamente es necesaria entre un 5% y un 10% de los casos.

Régimen estándar de aborto médico durante el primer trimestre

El descubrimiento del antiprogéstano mifepristona en 1980 hizo posible el desarrollo de un método no quirúrgico efectivo para la interrupción del embarazo. La mifepristona actúa bloqueando los receptores de progesterona, de manera que se inhibe la influencia de la progesterona. Esto conduce a un reblandecimiento y dilatación del cérvix uterino y a un aumento de la sensibilidad del útero hacia las prostaglandinas. De esta manera, el tratamiento previo con mifepristona reduce la cantidad de prostaglandina requerida para el aborto médico. Cuando la prostaglandina se administra entre 24 y 48 horas después de la mifepristona, las contracciones uterinas hacen que se expulsen los productos de la concepción.

Durante la última década, el análogo de la prostaglandina E1, misoprostol, ha reemplazado a la PGE2 y a la PGF2a como prostaglandinas de elección dada su efectividad, precio, amplia disponibilidad y estabilidad a temperatura ambiente. También presenta un perfil de seguridad y tolerancia muy favorables. El régimen secuencial de mifepristona/misoprostol ha sido aprobado por la Organización Mundial de la Salud para la interrupción temprana del embarazo durante las primeras 9 semanas de gestación. Este régimen es utilizado en 36 países y existe evidencia de que el método también funciona entre las 9 y las 13 semanas de gestación, aunque a menudo se requieren repetidas dosis del análogo de la prostaglandina.

Necesidad de un régimen de misoprostol solo debido a la no disponibilidad de mifepristona

El uso extendido de este régimen secuencial es limitado debido a que la mifepristona no está disponible en muchos países, bien sea por razones políticas o por otras razones. Además, el coste de la mifepristona puede hacer que su uso sea prohibitivo. El misoprostol por otra parte, al estar registrado a nivel mundial para el tratamiento de la úlcera péptica está ampliamente disponible. Los investigadores han intentado desarrollar un régimen utilizando el misoprostol solo con el propósito de que sea posible proporcionar el aborto médico en países donde la mifepristona no está disponible.

Regímenes para el aborto médico con misoprostol solo basados en la evidencia médica

En la pasada década se han publicado informes sobre el uso de los regímenes de misoprostol solo para el aborto médico durante el primer trimestre.⁵⁻²¹ Sin embargo y debido a la falta de consistencia de muchas de sus variables, no es posible comparar los resultados de estos informes.

La mayoría de estos estudios no fueron aleatorizados y algunos contenían unos tamaños de muestra pequeña y un amplio rango de edades de gestación. Los intervalos entre dosis variaban entre las 3 y las 48 horas y los puntos temporales para evaluar los resultados variaban desde unos pocos días a varias semanas. Por lo tanto, es difícil recomendar cual podría ser el mejor régimen de uso del misoprostol solo para el aborto médico durante el primer trimestre.

Es ampliamente reconocido que a menudo en los regímenes de misoprostol solo se requieren dosis repetidas de misoprostol, incluso para embarazos tempranos. Por lo tanto, para evaluar estos regímenes habrá que considerar la dosis de misoprostol, el intervalo entre dosis, la ruta de administración y el número total de dosis requeridas para alcanzar una alta eficacia. A pesar de que la tasa de continuación de embarazo tras el régimen secuencial de mifepristona/misoprostol está por debajo del 1 %, los regímenes de misoprostol solo fracasan en la terminación de entre un 4 % a un 9 % de los embarazos. Además del tipo régimen utilizado, la tasa de éxito parece estar asociada con la duración de la gestación, siendo su eficacia más alta en embarazos tempranos.

La tasa de aborto completo es más alta siguiendo el régimen secuencial junto con la aspiración por vacío que con el régimen de misoprostol solo. A pesar de que cuando se utiliza el aborto médico la tasa de aborto completo parece ir asociada con la experiencia del proveedor,²² conseguir el aborto (la terminación del embarazo) depende más del régimen, de la edad gestacional y de otros factores asociados con la mujer.

Posología del misoprostol

La mayoría de las publicaciones describen la administración vaginal de múltiples dosis de 800 µg de misoprostol.¹⁵⁻¹⁹ Los regímenes que utilizan dosis más bajas (entre 200 y 600 µg) muestran tasas de absorción menores que no se ven compensadas por el acortamiento del intervalo de administración.^{5,15-19} Se han utilizado dosis de hasta 1000 µg, sin embargo, las tasas de absorción completas no son superiores a las de los estudios que utilizaron dosis de 800 µg de misoprostol.⁸ Por lo tanto, 800 µg de misoprostol es probablemente la dosis óptima y es la dosis utilizada más frecuentemente en los regímenes de misoprostol solo.

Ruta de administración

Los efectos del misoprostol sobre el cérvix uterino y sobre su contractibilidad son cruciales para que se produzca un aborto con éxito. Alrededor de 3 horas después de la administración del misoprostol, el cérvix se reblandece y está dilatado, siendo este un efecto que se observa independientemente de la ruta de administración utilizada. Cuando el misoprostol es administrado vaginalmente, los niveles de misoprostol se mantienen por más de 6 horas tras una dosis única²³ y las contracciones uterinas continúan intensificándose durante al menos 4 horas.²⁴ La administración sublingual induce fuertes contracciones, que comienzan a disminuir entre 2 y 3 horas tras su administración.²⁵

Intervalo entre las dosis y número de dosis

Los datos sobre la farmacocinética del misoprostol²⁶ indican que la ruta de administración es importante para la eficacia del régimen y también para la elección del intervalo óptimo después del cual se deberá repetir la dosis. De esta manera, con la administración vaginal se necesitan dosis menos frecuentes en comparación con la ruta sublingual.

Un reciente ensayo aleatorio comparaba la administración sublingual y vaginal de 3 dosis de 800 µg de misoprostol administradas a intervalos de 3 ó 12 horas en abortos llevados a cabo durante las 9 primeras semanas de gestación. Se eligió un intervalo de 3 horas debido a que este régimen fue considerado como el más conveniente ya que el curso de 3 dosis de misoprostol puede ser administrado durante un día. Los resultados mostraron que el misoprostol vaginal es probablemente la ruta de elección para el régimen de misoprostol solo. Cuando se administró el misoprostol vaginalmente, se indujo aborto en un 96 % de las mujeres del grupo de tres horas de intervalo y en un 95 % de las mujeres del grupo de 12 horas. Esta diferencia no fue significativa y las tasas de aborto completo fueron similares (85 % y 83 % respectivamente). Por lo tanto, parece ser que la administración vaginal no es muy sensible al intervalo transcurrido entre las dosis y que puede elegirse el intervalo más conveniente entre 3 y 12 horas. De acuerdo con los estudios farmacocinéticos, el intervalo óptimo podría ser de 6 horas. Sin embargo, cuando el misoprostol es administrado debajo de la lengua, su eficacia es significativamente mayor cuando se administra a intervalos de 3 horas en comparación con los intervalos de 12 horas: el embarazo continuó en un 9 % de las mujeres del grupo de 12 horas y un 6 % del grupo de 3 horas. Las tasas de aborto fueron de un 78 % y de un 84 % respectivamente. La ventaja de administrar misoprostol

en un intervalo más corto es que el intervalo de inducción del aborto es más corto. Sin embargo, la incidencia de algunos efectos secundarios podría ser más alta.¹⁹

En la mayoría de estudios que utilizaron 800 µg de misoprostol, se les administraron hasta 3 dosis a las mujeres. El número de dosis necesarias podría depender de la duración de la gestación. Al comienzo del primer trimestre y después de la tercera dosis se produjeron muy pocos abortos completos adicionales.

Existe mucha menos evidencia sobre la eficacia en gestaciones que sobrepasan los 63 días, sin embargo la evidencia disponible sugiere que las tasas de fracaso son más altas y que las tasas de aborto completo son más bajas que en embarazos más tempranos.⁵⁻⁷

Problemas relacionados con los regímenes de misoprostol solo

Debido a que los regímenes de misoprostol solo presentan una eficacia más baja que el régimen secuencial, un mayor número de mujeres requerirá del aborto quirúrgico para completar el tratamiento. Debido a que no es posible predecir qué mujeres fallaran en responder al tratamiento, es vital monitorizar a todas las mujeres que reciban un aborto médico para identificar los posibles fallos. Las mujeres que continúen presentando síntomas de embarazo y aquellas que produzcan únicamente manchado (y no sangrado real) es probable que todavía estén embarazadas. En la mayoría de los casos, la confirmación clínica de la evacuación de los productos de concepción puede ser difícil y en casos de duda es útil un examen de ultrasonidos. Por lo tanto es muy importante el seguimiento de la mujer después del tratamiento.

La cantidad total de fármaco utilizado en el régimen de misoprostol solo es alta y por lo tanto se espera que la mujer experimente más efectos secundarios que tras el régimen secuencial. Bajo una dosis normal, el régimen de misoprostol solo es seguro y no se han descrito complicaciones serias. Hasta ahora, el régimen de misoprostol solo ha sido aprobado para el aborto únicamente en Brasil.

La exposición al misoprostol en embarazos tempranos ha sido asociada con malformaciones congénitas, lo cual es un motivo de preocupación cuando continúa el embarazo a pesar del tratamiento. La vasoconstricción durante las fuertes contracciones uterinas causa interrupciones temporales de la perfusión placentaria, lo que conduce a una isquemia, hipoperfusión e hipoxia en el feto en desarrollo. Las anomalías de las que más se informa son normalmente defectos del sistema nervioso central y de las extremidades. El síndrome de Moebius, caracterizado por una parálisis facial congénita con o sin defectos en las extremidades, ha sido asociado con la exposición al misoprostol.²⁷ Se ha informado de otras anomalías como los defectos transversos de extremidades, artrogriposis, hidrocefalia, holoprosencefalia y extrofia de la vejiga.²⁸ Estas malformaciones son a menudo asociadas con el uso de misoprostol solo para el aborto, pero no con el régimen secuencial de mifepristona/misoprostol. Por lo tanto, debe aconsejarse a la mujer que una vez que se haya expuesto al misoprostol el embarazo debe ser terminado. Es muy importante el seguimiento y la terminación del embarazo en casos en los que se produzca un fallo.

Por la serie de informes descritos parece ser que las tasas de aborto completo disminuyen a medida que aumenta la edad gestacional. Las mujeres deben recibir asesoramiento e información con respecto a la alta tasa de fracaso presente al aumentar el tiempo de gestación para que puedan decidir por sí mismas un método de aborto apropiado.

Conclusión

El misoprostol solo, aunque no es tan efectivo como el régimen secuencial de mifepristona/misoprostol para la inducción del aborto, sigue siendo una alternativa para las mujeres que no aceptan el aborto quirúrgico y para mujeres en áreas donde el aborto quirúrgico es asociado con una alta morbilidad. Sin embargo, no debe considerarse como un método que pueda reemplazar al aborto quirúrgico en áreas en donde éste no es posible ya que el aborto quirúrgico siempre será requerido como un método de seguridad en aquellos casos en los que se produzca un fallo. A pesar de todo, el uso de misoprostol solo en algunas áreas puede ser más seguro que otras técnicas muy poco seguras.

Referencias

La lista completa de referencias puede encontrarse en el Boletín Médico online de marzo 2008. <http://www.ippf.org/en/Resources/Medical/>