

El aborto en el segundo trimestre

Daniel Grossman¹

El aborto en el segundo trimestre es responsable de la mayoría de las complicaciones y muertes relacionadas con el aborto en las regiones donde prevalece el aborto inseguro y las restricciones al acceso a un aborto legal. Esta hoja informativa presenta, a través de una secuencia de preguntas, distintos aspectos que van desde la frecuencia a la seguridad del procedimiento haciendo especial énfasis en el abordaje y tratamiento basado en las últimas evidencias y recomendaciones disponibles. Las mujeres que requieren un aborto en el segundo trimestre del embarazo suelen ser las que sufren más situaciones de vulnerabilidad: las más jóvenes, las que viven violencia cotidiana, las que cuentan con poca o mala información, las que su salud está comprometida. Por ello, el aborto en el segundo trimestre debe ser parte de servicios integrales de aborto seguro y su provisión estar centrada en las necesidades de la mujer con los más altos estándares de calidad y oportunidad.

Pág. 2	¿Qué tan frecuente es el aborto en el segundo trimestre?
Pág. 2	¿El aborto en el segundo trimestre es seguro?
Pág. 3	¿Por qué las mujeres buscan servicios de aborto en el segundo trimestre?
Pág. 3	¿Es el aborto en el segundo trimestre legal?
Pág. 3	¿Cuáles son los métodos de aborto en el segundo trimestre recomendados por la Organización Mundial de la Salud?
Pág. 4	¿En qué consiste la dilatación y evacuación?
Pág. 5	¿En qué consiste el aborto con medicamentos en el segundo trimestre?
Pág. 6	¿Es necesario el legrado o aspiración manual después del aborto con medicamentos?
Pág. 6	¿Cuáles métodos anticonceptivos que se pueden usar después del aborto en el segundo trimestre?
Pág. 6	¿Por qué con frecuencia los servicios de aborto seguro en el segundo trimestre no están disponibles?
Pág. 7	Conclusión
Pág. 8	Bibliografía

[1] Daniel Grossman es profesor en la cátedra de clínica en la Universidad de California en San Francisco (UCSF), en el Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias Reproductivas y Director de ANSIRH - Advancing New Standards in Reproductive Health.

¿Qué tan frecuente es el aborto en el segundo trimestre?

Son pocos los países que tienen datos sobre el porcentaje de abortos que se hacen en el segundo trimestre. En países como los Estados Unidos, Inglaterra y Rusia, alrededor del 10% de todos los abortos son hechos en el segundo trimestre. Sudáfrica es el país que tiene una de las tasas más elevadas del aborto en el segundo trimestre: aproximadamente un cuarto de todos los abortos son procedimientos en el segundo trimestre. En países con leyes restringidas, como es la situación en casi toda América Latina, no se sabe la frecuencia del aborto en el segundo trimestre.

Aunque en un país como Sudáfrica debería ser posible disminuir la tasa del aborto en el segundo trimestre, no es posible eliminar estos procedimientos. En Inglaterra y los Estados Unidos en la última década, el porcentaje de abortos antes de las 10 semanas gestacionales se ha incrementado de manera significativa, probablemente debido al mejor acceso al aborto con medicamentos. Pero el porcentaje de abortos después de las 13 semanas se ha mantenido más o menos igual.

¿El aborto en el segundo trimestre es seguro?

En lugares donde se usan técnicas basadas en las evidencias, el aborto en el segundo trimestre es muy seguro. Datos recientes de los Estados Unidos indican que la tasa de mortalidad de un aborto practicado entre 14 y 17 semanas es de 2.5 muertes por 100,000 abortos legales, y de 6.7 muertes por 100,000 abortos legales a las 18 semanas o después. Estas tasas son más elevadas que la tasa de mortalidad del aborto temprano (0.3 muertes por 100,000 abortos legales para un aborto hecho a las 8 semanas o antes), pero son menores que la tasa de mortalidad materna de llevar el embarazo a término.

Pero en contextos donde el aborto inseguro es frecuente, es claro que la mayoría de las muertes relacionadas con el aborto son casos de aborto en el segundo trimestre. En un estudio de Nigeria en los años 1970s y 1980s, el 59% de las muertes relacionadas con el aborto fueron casos de aborto en el segundo trimestre. En otro estudio de la Ciudad de México, sobre 12 muertes relacionadas con el aborto entre 2005 y 2007, de los 9 casos en que se reportaron la edad gestacional, 5 fueron abortos en el segundo trimestre.

Hay evidencia de que la introducción de servicios seguros de aborto en el segundo trimestre disminuye la tasa mortalidad y morbilidad relacionada con el aborto inseguro. Por ejemplo, la ley de aborto en Nepal fue modificada en el año 2002, permitiendo el aborto sin límite gestacional si el embarazo presenta amenaza a la salud física o mental de la mujer o por malformación fetal. En los primeros años de la implementación de la ley, los autoridades se enfocaron en la introducción de la técnica de la aspiración manual (AMEU) y el aborto con medicamentos. En el año 2007 comenzaron a capacitar médicos para proveer el aborto en el segundo trimestre. Un estudio mostró que la tasa de mujeres internadas en hospitales en Nepal con complicaciones severas relacionadas con el aborto no disminuyó hasta el período de 2008-2010.

¿Por qué las mujeres buscan servicios de aborto en el segundo trimestre?

Investigaciones en varios países como los Estados Unidos, Colombia, Inglaterra y Sudáfrica han mostrado razones similares por las que las mujeres buscan servicios en el segundo trimestre. Una de las razones más importantes es el reconocimiento tardío del embarazo. Por ejemplo, el 58% de las pacientes buscando servicios en el segundo trimestre en San Francisco, California, ya estaban en el segundo trimestre cuando sospecharon que estaban embarazadas. Mujeres en Colombia buscando servicios entre 13 y 15 semanas eran en su mayoría jóvenes que reportaron demoras en el reconocimiento del embarazo, y también obstáculos logísticos como el no conocer adonde ir para obtener un aborto.

En Sudáfrica, las mujeres buscando servicios en el segundo trimestre también reportaron que no sabían que estaban embarazadas. Además, algunas reportaron que no sabían que el aborto era legal, o enfrentaron actitudes críticas en el servicio y decidieron no seguir con su plan de abortar por un tiempo, o recibieron referencias inapropiadas sobre el procedimiento. Para algunas mujeres, un cambio en su salud (como el diagnóstico de infección de VIH) o un cambio en la situación con su pareja motivó su decisión de buscar un aborto en el segundo trimestre.

¿Es el aborto en el segundo trimestre legal?

Son pocos los países en donde el aborto en el segundo trimestre es completamente ilegal. De hecho, en muchos países con leyes restringidas, las causales legales con frecuencia presentan en el segundo trimestre. Por ejemplo, normalmente no se detecta una malformación fetal hasta el segundo trimestre. Algunas condiciones de la salud de la mujer no se presentan hasta el segundo trimestre, como la hemorragia con la placenta previa o la preeclampsia severa. A veces en casos de violencia sexual, puede haber demoras en el proceso de obtener permiso para un aborto legal o demoras en reportar la violación que contribuyen a la necesidad de un procedimiento en el segundo trimestre.

¿Cuáles son los métodos de aborto en el segundo trimestre recomendados por la Organización Mundial de la Salud?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda dos métodos para el aborto en el segundo trimestre:

- Método quirúrgico: dilatación y evacuación (DyE)
- Métodos medicamentosos
- Mifepristona con misoprostol (el estándar de oro)
- Misoprostol solo (si la mifepristona no está disponible)

En la Tabla 1 se puede ver una comparación de los métodos recomendados.

Tabla 1. Comparando la dilatación y evacuación (DyE) y el aborto con medicamentos en el segundo trimestre.

DyE	Aborto con medicamentos
Procedimiento ambulatorio	Usuaría internada (si no se usa el esquema de mifepristona)
Más capacitación de médico/as	Dependen más de enfermeras
Necesitan alto volumen para mantener la técnica	Dependen menos del volumen
Puede ser más difícil emocionalmente para el/la proveedor/a	Puede ser más difícil emocionalmente para la mujer (y la enfermera que la atiende)
Necesitan respaldo para las complicaciones raras	Necesitan respaldo para aproximadamente 10-20% que requieren aspiración

¿En qué consiste la dilatación y evacuación?

La primera etapa de la DyE es la preparación cervical para lo cual se pueden usar dilatadores osmóticos (como laminaria) o medicamentos como el misoprostol. La laminaria se coloca en el cérvix 18-24 horas antes del procedimiento, mientras que el misoprostol se puede usar 3-4 horas antes. La dosis de misoprostol recomendada es 400 mcg vía bucal o vaginal, y se puede repetir la dosis si la dilatación no es suficiente. Con el misoprostol, con frecuencia hay que usar dilatadores rígidos para llegar a la dilatación necesaria. En la segunda etapa del procedimiento se usan pinzas no-traumáticas (como pinzas Sopher or Beier) para remover el embarazo en pedazos a través del cérvix. Normalmente se usa el bloqueo paracervical con anestesia local y algún analgésico oral, intramuscular o intravenoso para el manejo del dolor con la DyE.

Las complicaciones severas con la DyE son raras. El riesgo de perforación del útero es menor del 0.1%. El uso de ultrasonido durante el procedimiento puede reducir el riesgo de perforación, especialmente durante la capacitación inicial del proveedor. Otras complicaciones como hemorragia o infección son poco frecuentes. Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos con la DyE.

¿En qué consiste el aborto con medicamentos en el segundo trimestre?

El aborto con medicamentos en el segundo trimestre requiere de dosis repetidas de misoprostol. Los esquemas recomendados por la OMS se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Esquemas del aborto con medicamentos en el segundo trimestre.

<input checked="" type="checkbox"/> Mifepristona con misoprostol
<ul style="list-style-type: none">• Mifepristona 200 mg VO• 24-48 horas después de la mifepristona: Misoprostol 800 mcg VV o 400 mcg SL o bucal• Misoprostol 400 mcg VO, VV, SL o bucal cada 3 horas hasta 5 dosis
<input checked="" type="checkbox"/> Misoprostol solo
<ul style="list-style-type: none">• Misoprostol 600-800 mcg VV• Misoprostol 400 mcg VV o SL cada 3 horas hasta 5 dosis• VV mejor que SL con las nulíparas
VO: vía oral / VV: vía vaginal / SL: vía sublingual

En caso de cesárea previa, la recomendación es reducir la dosis de misoprostol.

Varios estudios han comparado el esquema combinado de mifepristona más misoprostol con el esquema de misoprostol solo. Es muy claro que el uso de mifepristona aumenta la eficacia del procedimiento y reduce el tiempo para la inducción de manera significativa. De hecho, si la mujer empieza con el misoprostol temprano, es muy probable que puede irse de alta el mismo día y no tiene que permanecer en el centro de salud.

El dolor es común con el aborto con medicamentos y es importante darle a la mujer medicamentos para tratar el dolor. El ibuprofeno es mejor que el acetaminofen para reducir el dolor. No existen datos sobre el uso profiláctico de analgésicos en el segundo trimestre. Además de ibuprofeno, se puede usar analgésicos orales con narcóticos o la morfina.

Las complicaciones severas son raras con el aborto con medicamentos. Hemorragia que requiere de transfusión de sangre ocurre en 1-4% de los casos, lo cual puede ser un poco más común que con la DyE. La ruptura uterina con el aborto con medicamentos es muy rara, ocurriendo en menos de 0.5% de los casos. No parece que el riesgo es significativamente elevado con mujeres que han tenido una cesárea previa, y los lineamientos en general apoyan el uso de inducción con medicamentos con una cesárea previa.

¿Es necesario el legrado o aspiración manual después del aborto con medicamentos?

En una serie de casos en Escocia, el 8% de mujeres que recibieron el esquema de mifepristona más misoprostol requirió de una aspiración (nunca es necesario usar el legrado). En la práctica, puede ser más común que la mujer requiera de una aspiración por la placenta retenida o por hemorragia.

Hay algunas intervenciones que se puede hacer para reducir la necesidad de aspiración:

- Administración de oxytocina 5 u IV/IM en el momento de expulsión
- ESPERAR (por lo menos 1-2 horas)
- Colocar un especulum y remover la placenta con pinzas o fórceps
- Misoprostol 400 mcg SL

¿Cuáles métodos anticonceptivos que se pueden usar después del aborto en el segundo trimestre?

Se puede usar casi cualquier método anticonceptivo inmediatamente después de la DyE o del aborto con medicamentos en el segundo trimestre. Cualquier método hormonal se puede iniciar el mismo día del procedimiento. Solo si la mujer quiere utilizar el diafragma o capuchón cervical hay que esperar unas dos semanas hasta que el útero recupere su tamaño normal. Se puede insertar el DIU inmediatamente después del DyE. No existen estudios sobre la inserción del DIU inmediatamente después del aborto con medicamentos, pero es recomendado por el Colegio Real de Obstetricia y Ginecología (RCOG) de Gran Bretaña.

¿Por qué con frecuencia los servicios de aborto seguro en el segundo trimestre no están disponibles?

Son varias las razones por las que los servicios de aborto en el segundo trimestre son difíciles de acceder. A veces no existen porque hay una percepción de que el procedimiento es ilegal, pero como se mencionó arriba, son pocos países donde el aborto en el segundo trimestre es completamente ilegal. Otra barrera tiene que ver con la falta de proveedores capacitados en las técnicas basadas en las evidencias. El hecho de que la mifepristona está registrada en pocos países en América Latina también limite el acceso al aborto en el segundo trimestre.

El estigma relacionado con el aborto sin duda jueguen un papel importante también en la disponibilidad limitada de servicios de aborto en el segundo trimestre. En el segundo trimestre, se magnifica el estigma que rodea al aborto. De hecho, no es posible enfrentar el problema del aborto en el segundo trimestre sin enfrentar el problema del estigma relacionado.

Conclusión

El aborto en el segundo trimestre es responsable de la mayoría de las complicaciones y muertes relacionadas con el aborto en lugares donde el aborto inseguro es común. No es posible erradicar el aborto inseguro y su impacto en la salud de las mujeres y sus familias sin enfrentar este problema. El aborto en el segundo trimestre debe ser parte de servicios integrales de aborto seguro, y los servicios deben ser basados en las evidencias, centrados en la mujer, y sin estigmatización.

Bibliografía

- Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception*. 2004 Jan;69(1):51-8.
- Baum S, DePiñeres T, Grossman D. Delays and barriers to care in Colombia among women obtaining legal first- and second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2015;131(3):285-8.
- Boland R. Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations. *Reprod Health Matters* 2010;18(36):67-89.
- Committee on Practice Bulletins-Gynecology, American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No 135: Second-trimester abortion. *Obstet Gynecol* 2013;121(6):1394-1406.
- De Piñeres T, Baum S, Grossman D. Acceptability and clinical outcomes of first- and second-trimester surgical abortion by suction aspiration in Colombia. *Contraception*. 2014 Sep;90(3):242-8.
- Drey EA, Foster DG, Jackson RA, Lee SJ, Cardenas LH, Darney PD. Risk factors associates with presenting for abortion in the Second trimester. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107(1):128-125.
- Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2009 May;113(5):1117-23.
- Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *BJOG* 2004;111(2):148-53.
- Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. *Reproductive Health Matters* 2008;16(31 Supplement):173-82.
- Grossman D, Constant D, Lince N, Alblas M, Blanchard K, Harries J. Surgical and medical second trimester abortion in South Africa: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2011 Sep 19;11:224.
- Harries J, Lince N, Constant D, Hargey A, Grossman D. The challenges of offering public second trimester abortion services in South Africa: health care providers' perspectives. *J Biosoc Sci*. 2012 Mar;44(2):197-208.
- Harries J, Orner P, Gabriel M, Mitchell E. Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reproductive Health* 2007; 4(1):7.
- Harris LH, Grossman D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Oct;115(1):77-9.
- Harris LH. Second trimester abortion provision: breaking the silence and changing the discourse. *Reprod Health Matters* 2008;16(31 Suppl):74-81.
- Henderson JT, Puri M, Blum M, Harper CC, Rana A, Gurung G, et al. Effects of abortion legalization in Nepal, 2001-2010. *PLoS One*. 2013 May 31;8(5):e64775.
- Kaltreider NB, Goldsmith S, Margolis AJ. The impact of midtrimester abortion techniques on patients and staff. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1979;135(2):235-38.
- Kapp N, Borgatta L, Stubblefield P, Vragovic O, Moreno N. Mifepristone in second trimester medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1304-10.
- 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;117(12):1512-20.

- Ngoc NT, Shochet T, Raghavan S, Blum J, Nga NT, Minh NT, Phan VQ, Winikoff B. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2011 Sep;118(3):601-8.
- Regmi K, Madison J. Ensuring patient satisfaction with second trimester abortion in resource-poor settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;108(1):44-7.
- Unuigbo JA, Oronsaye AU, Orhue AA. Abortion-related morbidity and mortality in Benin City, Nigeria: 1973-1985. *Int J Gynaecol Obstet* 1988;26(3):435-9.
- van Dijk MG, Ahued Ortega A, Contreras X, García SG. Stories behind the statistics: a review of abortion-related deaths from 2005 to 2007 in Mexico City. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Sep;118 Suppl 2:S87-91.
- Walker D, Campero L, Espinoza H, Hernández B, Anaya L, Reynoso S, et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reprod Health Matters* 2004;12(24 Suppl):27-38.
- Zane S, Creanga AA, Berg CJ, Pazol K, Suchdev DB, Jamieson DJ, Callaghan WM. Abortion-Related Mortality in the United States: 1998-2010. *Obstet Gynecol.* 2015 Aug;126(2):258-65.
- Zhirova IA, Frolova OG, Astakhova TM, Ketting E. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Stud Fam Plann* 2004;35(3):178-88.
- Regmi K, Madison J. Ensuring patient satisfaction with second trimester abortion in resource-poor settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;108(1):44-7.
- Unuigbo JA, Oronsaye AU, Orhue AA. Abortion-related morbidity and mortality in Benin City, Nigeria: 1973-1985. *Int J Gynaecol Obstet* 1988;26(3):435-9.
- van Dijk MG, Ahued Ortega A, Contreras X, García SG. Stories behind the statistics: a review of abortion related deaths from 2005 to 2007 in Mexico City. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Sep;118 Suppl 2:S87-91.
- Walker D, Campero L, Espinoza H, Hernández B, Anaya L, Reynoso S, et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reprod Health Matters* 2004;12(24 Suppl):27-38.
- Zane S, Creanga AA, Berg CJ, Pazol K, Suchdev DB, Jamieson DJ, Callaghan WM. Abortion-Related Mortality in the United States: 1998-2010. *Obstet Gynecol.* 2015 Aug;126(2):258-65.
- Zhirova IA, Frolova OG, Astakhova TM, Ketting E. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Stud Fam Plann* 2004;35(3):178-88.

REDAAS Argentina (Red de Acceso al Aborto Seguro) es una red de profesionales de la salud y el derecho sin ánimo de lucro vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina, que tiene el compromiso de acompañar y atender a las mujeres en situaciones de aborto legal, entendiéndolo como parte de nuestro deber profesional, ético y jurídico.

La Serie Documentos REDAAS está destinada a profesionales de la salud vinculados con servicios de la salud pública y comunitaria, así como a abogadas/os que trabajan en servicios de salud pública y, en general, a profesionales de diversas disciplinas que trabajan para garantizar el ejercicio del derecho al aborto de las mujeres y niñas de Argentina.



Grossman, Daniel

El aborto en el segundo trimestre / Daniel Grossman. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES ; Ciudad Autónoma de Buenos Aires : REDAAS - Red de Acceso al Aborto Seguro, 2016. Libro digital, PDF - (Documentos REDAAS; 5)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-29257-8-9

1. Aborto Legal. 2. Derechos de la Mujer. 3. Acceso a la Salud. I. Título.
CDD 618.29

Este documento fue redactado por Daniel Grossman, en el marco del proyecto “Tejiendo redes: estrategias para mejorar el acceso al aborto legal para mujeres víctimas de violencia en Argentina” apoyado por SAAF (Safe Abortion Action Fund) y gracias a los aportes de “Iniciativas locales” de CLACAI (Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro) y IWHC (International Women’s Health Coalition).