

EL ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

Síntesis de las recomendaciones clínicas de OMS, ACOG y RCOG

REDAAS tiene como uno de sus objetivos promover estándares para mejorar las condiciones de prestación del aborto seguro para que mujeres y personas con capacidad de gestar accedan a servicios oportunos y de calidad.

Para ello, los equipos de salud deben contar con la tecnología adecuada, las últimas evidencias disponibles, capacitación continua y herramientas para la sistematización y evaluación de su quehacer.

El aborto del segundo trimestre es un desafío para el sistema de salud, los equipos y las mujeres. Al mismo tiempo es un componente importante de la atención de la salud sexual y reproductiva. Si bien su frecuencia es baja -no supera el 10% de todos los procedimientos de aborto legal-, el impacto en las mujeres y equipos de salud es relevante.¹ Las circunstancias que llevan a una mujer a un aborto del segundo trimestre incluyen diversas barreras y dificultades vinculadas a la sospecha y confirmación del embarazo, la obtención de referencias acerca de un proveedor/a o servicio, la localización y distancia para acceder a ese servicio, la falta de recursos económicos para cubrir el traslado o la atención, y el desconocimiento de los procedimientos apropiados por parte de los/as proveedores/as de servicios de salud, entre otras. Estas situaciones afectan principalmente a mujeres en situación de vulnerabilidad social y familiar y, en particular, a las niñas y adolescentes con embarazos forzados consecuencia de abuso sexual. Las barreras también incluyen el desconocimiento de los procedimientos apropiados por parte de los/as proveedores/as de servicios de salud y los condicionantes propios de la organización y funcionamiento de los servicios de salud de los diversos niveles de atención.

Es crucial que los/as proveedores/as de salud tengan las habilidades y destrezas para manejar estos casos de manera oportuna, rápida y eficaz, tomando en cuenta los factores que contribuyen a una mayor vulnerabilidad en estas situaciones.

Por estas razones, **REDAAS - Red de Acceso al Aborto Seguro - junto a SAGIJ (Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil), AMAdA (Asociación Médica Argentina de Anticoncepción) y AMES (Asociación Metropolitana de Equipos de Salud)** entendieron oportuno sintetizar las recomendaciones clínicas provenientes de organizaciones reconocidas por su rigurosidad - Organización Mundial de la Salud (OMS)^{2 3}, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG)⁴ y el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG)^{5 6} con el objetivo de promover un manejo clínico apropiado y buenas prácticas en la atención del aborto del segundo trimestre.

A los fines de hacer más sencilla la lectura de esta hoja se optó por presentar las recomendaciones de la OMS y de acuerdo a la sección, las recomendaciones adicionales de ACOG y/o RCOG según sea el caso.

¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO DE PREFERENCIA PARA EL ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE?³

Al comparar los métodos para el aborto en el segundo trimestre, el equipo de salud debe considerar la seguridad, la efectividad, el costo, la logística, la preferencia de la paciente y la indicación. **La dilatación y evacuación (DyE)** es segura y efectiva y tiene ventaja sobre la terminación por aborto con medicamentos. El tiempo de la DyE es predecible, y aunque puede requerir visitas ambulatorias preoperatorias para la preparación cervical, el procedimiento generalmente es más rápido. El aborto con medicamentos o la DyE intacta pueden ser preferibles cuando se desea una autopsia. La DyE intacta también puede ser el método preferido cuando se debe minimizar la instrumentación uterina, como en el caso de la corioamnionitis, o con ciertas anomalías fetales, como la hidrocefalia grave, que pueden dificultar la extracción o la expulsión.

La preferencia de la mujer debe tenerse en cuenta. Aunque algunas mujeres prefieren el aborto con medicamentos, las investigaciones han demostrado que muchas pacientes prefieren la DyE y la consideran menos desafiante emocionalmente que la inducción. La evidencia indirecta sugiere que las mujeres buscan servicios de DyE aun cuando implique demoras significativas en el acceso a la interrupción.

➤ **Métodos recomendados para el aborto de embarazos con una edad gestacional mayor a 12 o 14 semanas**

Se recomiendan tanto la dilatación y evacuación (DyE) como los métodos médicos (mifepristona y misoprostol; misoprostol solo) para el aborto cuando la gestación es mayor a 12 o 14 semanas.

Las instituciones de salud deben ofrecer al menos uno de estos métodos, y preferentemente ambos, según la disponibilidad de los medicamentos, la experiencia de los profesionales y su capacitación.

➤ **Métodos recomendados para el aborto con medicamentos con una edad gestacional mayor a 12 semanas⁷**

El método recomendado para el aborto médico es la mifepristona seguida de misoprostol

El método recomendado para el aborto médico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de dosis repetidas de misoprostol entre 36 y 48 horas más tarde.

- ◆ En el caso de gestaciones de más de 12 semanas, las dosis de misoprostol deben ser de 400 µg y se deben administrar por vía bucal, vaginal o sublingual, cada tres horas hasta la expulsión.⁸
- ◆ En el caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones de posología específicas.

Si no se dispone de mifepristona

El método recomendado para el aborto médico es 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, cada tres horas en dosis repetidas hasta la expulsión.⁸

- ◆ En el caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones de posología específicas.

No es necesario el uso de una dosis de carga de misoprostol. El uso de comprimidos de misoprostol seco no tiene ninguna ventaja sobre el uso de comprimidos de misoprostol humedecido.

RCOG indica que la evacuación quirúrgica del útero no se requiere de manera rutinaria después del aborto con medicamentos entre las 13 y las 24 semanas de gestación. Se debe realizar sólo si hay evidencia clínica de que el aborto está incompleto.

SÍNTESIS DE LAS RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO MÉDICO DEL ABORTO (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2018)³

Recomendaciones	Régimen Combinado (Recomendado)		Misoprostol solo (Alternativo)
	Mifepristona << 1-2 días >>	Misoprostol	Misoprostol
Aborto Incompleto ≥ 13 Semanas	Ninguno	Use el régimen de misoprostol solo	400 µg Via Bucal, Via Vaginal o Via Sublingual (**) cada 3 horas
Muerte Fetal Intrauterina ≥ 14–28 Semanas	200 mg Via Oral una vez	400 µg Via Vaginal o Via Sublingual (**) cada 4-6 horas	400 µg Via Sublingual (preferido)(**) o Via Vaginal cada 4-6 horas
Aborto Inducido ≥ 12 Semanas	200 mg Via Oral una vez	400 µg Via Bucal (*), Via Vaginal o Via Sublingual (**) cada 3 horas	400 µg Via Bucal (*), Via Vaginal o Via Sublingual (**) cada 3 horas

(*) Via Bucal (entre la encía y la mejilla)

(**) Via Sublingual (bajo de la lengua)

Tratamiento médico del aborto incompleto de ≥ 13 semanas de gestación

Para el tratamiento del aborto incompleto de ≥ 13 semanas de tamaño uterino, se sugiere el uso de dosis repetidas de 400 μg de misoprostol administrado por vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas.

Tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina en ≥ 14 a ≤ 28 semanas de gestación

Se sugiere el uso de 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida 1 a 2 días después de dosis repetidas de 400 μg de misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal cada 4 a 6 horas.

El intervalo mínimo recomendado entre el uso de mifepristona y misoprostol es de 24 horas. Para el régimen de misoprostol solo, se sugiere el uso de dosis repetidas de 400 μg de misoprostol administrado por vía sublingual cada 4 a 6 horas.

Cuando no se usa el misoprostol sublingual, se sugiere el uso de dosis repetidas de 400 μg de misoprostol por vía vaginal cada 4 a 6 horas.

◀ **Métodos recomendados para el aborto con medicamentos con una edad gestacional mayor a 12 semanas**

Dilatación y evacuación (DyE)

Recomendaciones:

- ◆ En todos los casos que se realicen dilatación y evacuación (DyE) con un embarazo de más de 14 semanas de gestación debe realizarse la preparación del cuello uterino antes del procedimiento.
- ◆ Los métodos recomendados para la preparación del cuello uterino antes de la dilatación y evacuación (DyE) después de las 14 semanas de gestación son los dilatadores osmóticos o el misoprostol.

ACOG además recomienda:

- ◆ Cuando existe la sospecha de una inserción placentaria anormal, la DyE es el método de aborto preferido, y se debe prever una posible hemorragia asegurándose de que el procedimiento se realice en una instalación adecuada con acceso a hemoderivados, radiología intervencionista y la capacidad de realizar una histerectomía si es necesario. (Recomendación de nivel B)
- ◆ El uso de vasopresina en el bloqueo paracervical puede disminuir la pérdida de sangre por la DyE. (Recomendación de nivel B)
- ◆ Para garantizar el acceso a la DyE, los programas de capacitación de residencia deben ofrecer capacitación sobre aborto que incluya la DyE en el segundo trimestre. (Recomendación de nivel C)

La DyE se usa después de las 12 o 14 semanas de embarazo. En aquellos lugares donde se dispone de profesionales con experiencia y capacitados es la técnica quirúrgica más eficaz y segura para embarazos avanzados. La DyE requiere la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos y la evacuación del útero mediante aspiración al vacío con una cánula de 12 a 16 mm de diámetro y pinzas largas. Dependiendo de la duración del embarazo, la preparación para lograr una dilatación adecuada del cuello uterino puede tardar entre dos horas y dos días. Si bien no es esencial, a muchos profesionales les resulta útil la utilización de una ecografía durante el procedimiento de la DyE.

Se ha comparado la DyE con el uso de mifepristona con dosis repetidas de misoprostol en un ensayo pequeño, y se descubrió que está asociada con menos dolor y eventos adversos. Al igual que cualquier procedimiento médico, los profesionales requieren capacitación, insumos y habilidades necesarios para realizar la DyE en forma segura.

El procedimiento de la DyE en general puede realizarse en forma ambulatoria con un bloqueo paracervical y antiinflamatorios no esteroideos o sedación consciente. La anestesia general no es necesaria y puede aumentar los riesgos. Usualmente, el procedimiento de la DyE no lleva más de 30 minutos. Tanto los profesionales como la mujer que se somete a este procedimiento deben esperar más riesgo de hemorragias vaginales durante el posoperatorio que en abortos del primer trimestre. Se debe capacitar al personal para ofrecer asesoramiento e información específica sobre el aborto durante el segundo trimestre.

Adicionalmente, RCOG señala que la aspiración endouterina se puede realizar entre las 14 y 16 semanas de gestación; es posible que se requieran cánulas de gran diámetro y tubos de succión para completar el procedimiento sin el uso de fórceps para extraer partes fetales más grandes.

Otros métodos quirúrgicos de aborto para aborto del 2do trimestre

No deben utilizarse las cirugías mayores como métodos principales para un aborto. La histerotomía no tiene indicación, dado que su morbilidad y costos son marcadamente más altos que los de la DyE u otros métodos médicos de aborto. La histerectomía solo debe utilizarse en mujeres con afecciones que justifiquen la operación en forma independiente. ACOG señala que, en ocasiones, el aborto en el segundo trimestre puede realizarse mediante histerectomía o histerotomía. Estos procedimientos se asocian con un riesgo de complicación mucho mayor que los riesgos de la DyE o el aborto con medicamentos, y solo deben realizarse cuando los dos últimos procedimientos fallaron o estén contraindicados.

Inducción de la asistolia fetal antes del procedimiento

Cuando se utilizan métodos médicos de aborto después de las 18-20 semanas de gestación, debe considerarse la inducción de la asistolia fetal antes del procedimiento. La probable sobrevida transitoria del feto después de la expulsión está relacionada con la progresión de la edad gestacional⁹ ¹⁰. Los métodos médicos modernos, como la combinación de regímenes de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo, no producen directamente la asistolia del feto. Entre los regímenes utilizados frecuentemente previo al procedimiento para inducir la asistolia se incluyen:¹¹

- ◆ Inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina. La digoxina tiene una tasa de fracaso más alta que el cloruro de potasio (KCl); no obstante, es técnicamente más fácil de usar, no requiere una ecografía si se administra por vía intraamniótica, y su seguridad ha sido demostrada (los niveles desuero maternos permanecen en los niveles terapéuticos o subterapéuticos de digoxina).⁸ La digoxina requiere tiempo para la absorción fetal; en consecuencia, suele administrarse el día a interior a la inducción del aborto.^{12 13}
- ◆ Inyección de KCl a través del cordón umbilical o en las cavidades cardíacas del feto, que es sumamente eficaz pero requiere experiencia para aplicar la inyección en forma segura y precisa y tiempo para observar la cesación cardíaca mediante ecografía.

ACOG señala que la DyE es el método de elección porque se asocia con un menor riesgo de complicaciones que la inducción médica; sin embargo, la preferencia de la mujer, la necesidad de autopsia fetal y la disponibilidad de un/a proveedor/a calificado/a pueden influir esta decisión. Aunque muchos/as equipos de salud creen que las mujeres que terminan un embarazo por anomalías fetales y muerte fetal prefieren la inducción a la DyE, este puede no ser el caso. Cuando se les permite someterse al procedimiento de su elección, la resolución del duelo parece ser similar entre las mujeres que eligen la DyE y las que eligen el aborto con medicamentos para interrumpir el embarazo.

REFERENCIAS

1. Grossman, D. El aborto en el segundo trimestre. Documento REDAAS Num. 5. Abril, 2016. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/nuestro-trabajo-documento.php?a=35>
2. Organización Mundial de la Salud (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ed. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/
3. World Health Organization (2018). Medical Management of Abortion. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/en/>
4. American College of Obstetrics and Gynecology (2013, reaffirmed 2017). Second Trimester Abortion. Practice Bulletin. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins----Gynecology/Public/pb135.pdf?dmc=1&ts=20190403T0841378327>
5. Royal College of Obstetrics and Gynecology (2015). Best practices in comprehensive abortion care. Best practice paper No. 2. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>
6. Royal College of Obstetrics and Gynecology (2011). The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf
7. Esta sección ha sido actualizada siguiendo el documento Medical management of abortion (World Health Organization, 2018), disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/en/>
8. Las dosis repetidas de misoprostol se utilizan para completar el aborto. Esta publicación (Medical Management of Abortion, WHO 2018) no indica el número máximo de dosis de misoprostol. Los equipos de salud deben usar su juicio clínico para decidir cuál es el número máximo de dosis de misoprostol en una mujer con una cicatriz uterina previa. La ruptura uterina es una complicación infrecuente. Cuando se trata de un embarazo de edad gestacional avanzada debe usarse el criterio clínico y la capacidad del sistema de salud para responder a una complicación eventual (WHO, 2018). Adicionalmente, cabe agregar que Ipas indica que "Se han informado casos de ruptura uterina durante el aborto con medicamentos en el segundo trimestre tanto en mujeres con cicatriz uterina como en aquellas sin cicatriz uterina. Para cualquier mujer en proceso de aborto con medicamentos en el segundo trimestre, el riesgo de ruptura uterina es muy raro: ocurre en menos de 1 por cada 1000 mujeres (Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 113(5), 1117-1123. doi:10.1097/AOG.0b013e31819dbfe2). Para mujeres con antecedentes de histerotomía, el riesgo de ruptura uterina es de aproximadamente 3 por cada 1000 mujeres. Dado que la ruptura uterina es un suceso raro para todas las mujeres, recomendamos que no se haga ningún cambio en el régimen de aborto con medicamentos para las mujeres cuya gestación es de menos de 22 a 24 semanas y que han tenido solo una cirugía uterina anterior. En mujeres con tamaño uterino mayor que corresponde a una gestación de 22 a 24 semanas, o en mujeres con más de una cirugía uterina anterior, recomendamos disminuir las dosis de misoprostol; sin embargo, no hay suficiente evidencia para indicar que cambiar el régimen de dosis disminuirá el riesgo de ruptura uterina." Ipas (2019), Guía de referencia sobre el aborto con medicamentos aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre') Disponible en: <https://www.ipas.org/resources/guia-de-referencia-sobre-el-aborto-con-medicamentos-aborto-inducido-y-atencion-postaborto-a-las-13-semanas-o-mas-de-gestacion-segundo-trimestre>
9. Drey E et al. Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 182:1063–1066.
10. Lalitkumar S et al. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update*, 2007, 13:37–52.
11. Hammond C. Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 200:347–356.
12. Borgatta L, Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 2011, 84(1):4–18.
13. Nucatola D, Roth N, Gatter M. A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second trimester surgical abortion. *Contraception*, 2010, 81:67–74.