

El aborto en el segundo trimestre

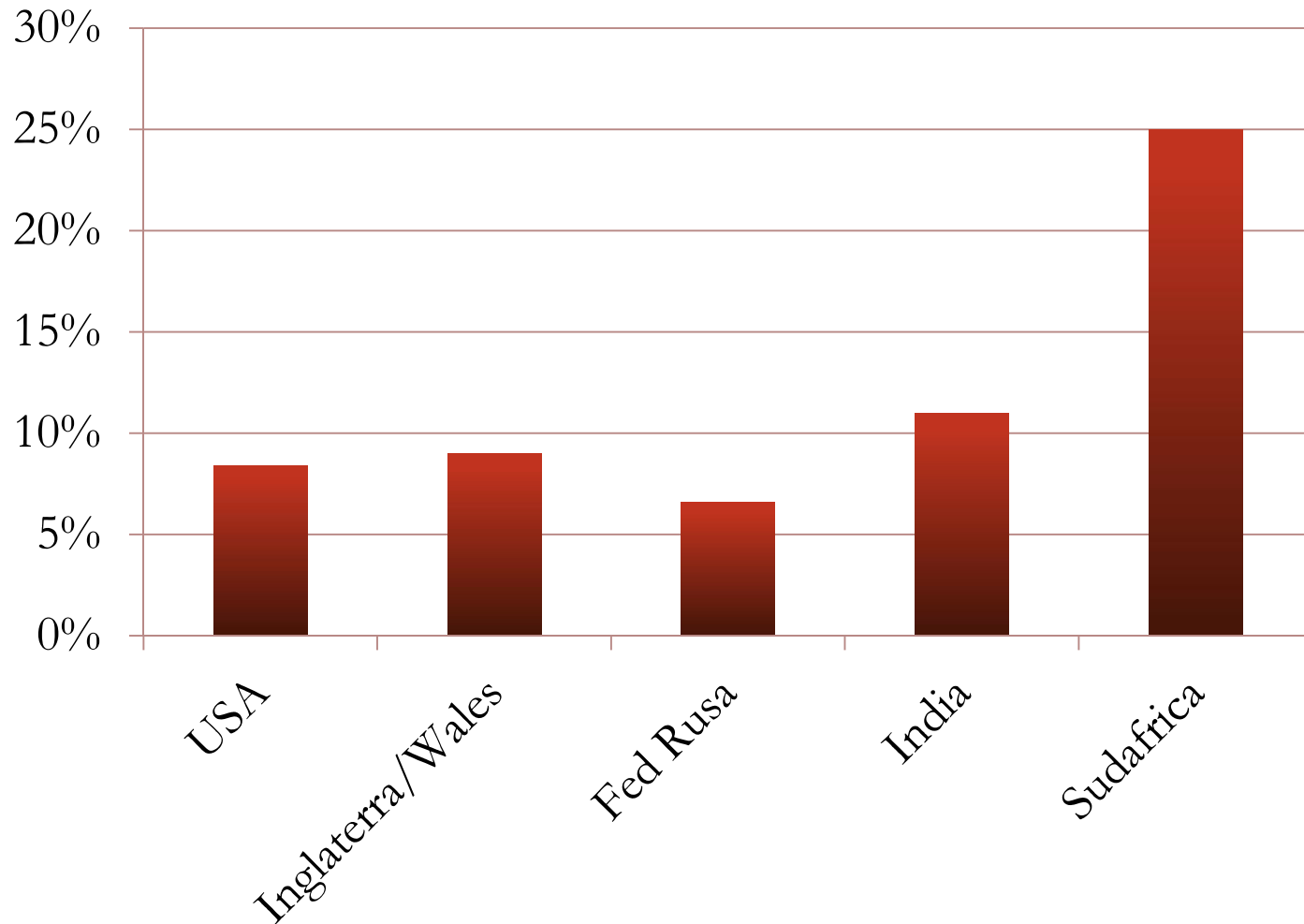
Dr. Daniel Grossman

8 de mayo 2015

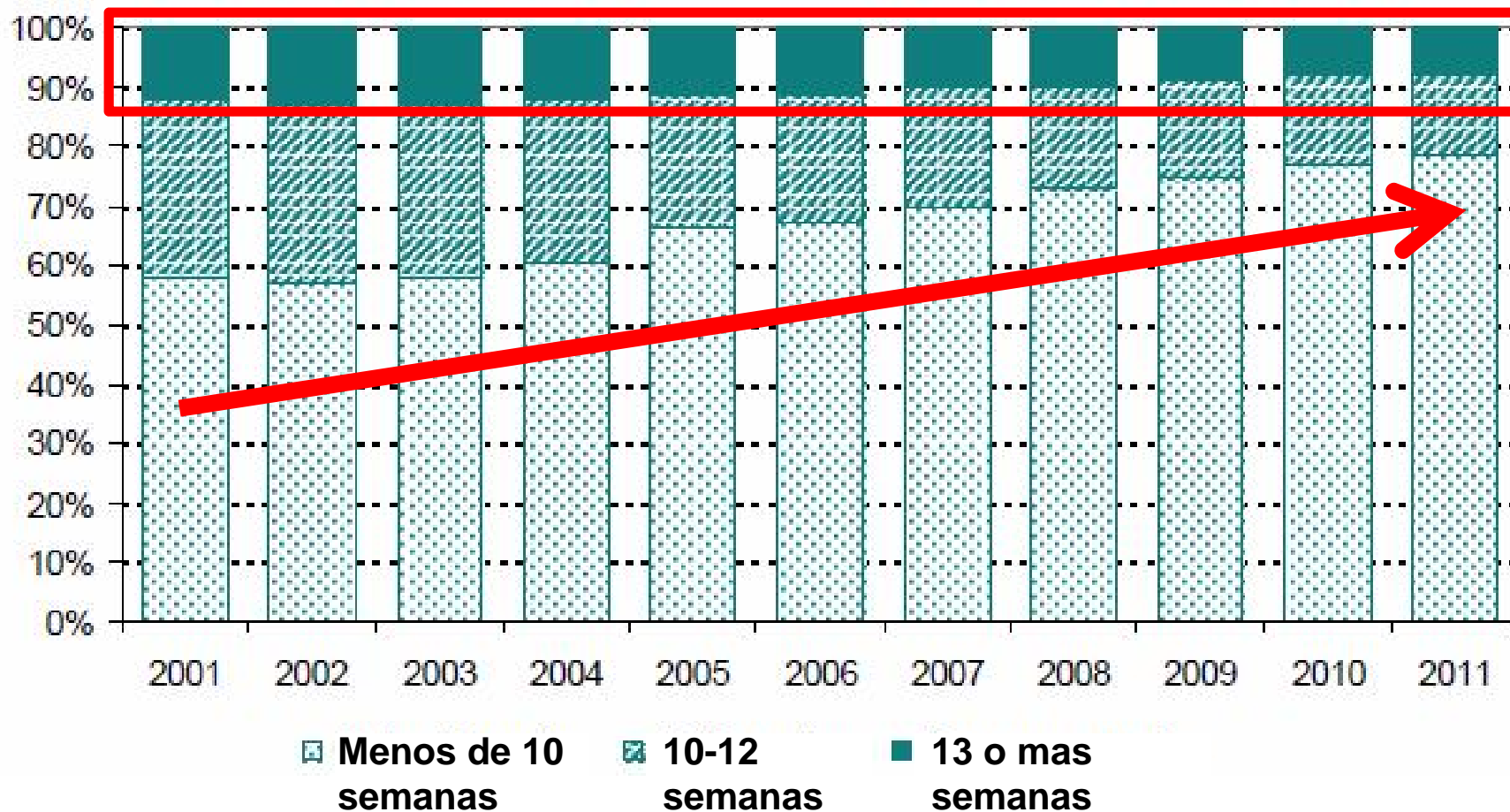


Ibis
Reproductive
Health

Porcentaje de todos los abortos hechos en el segundo trimestre



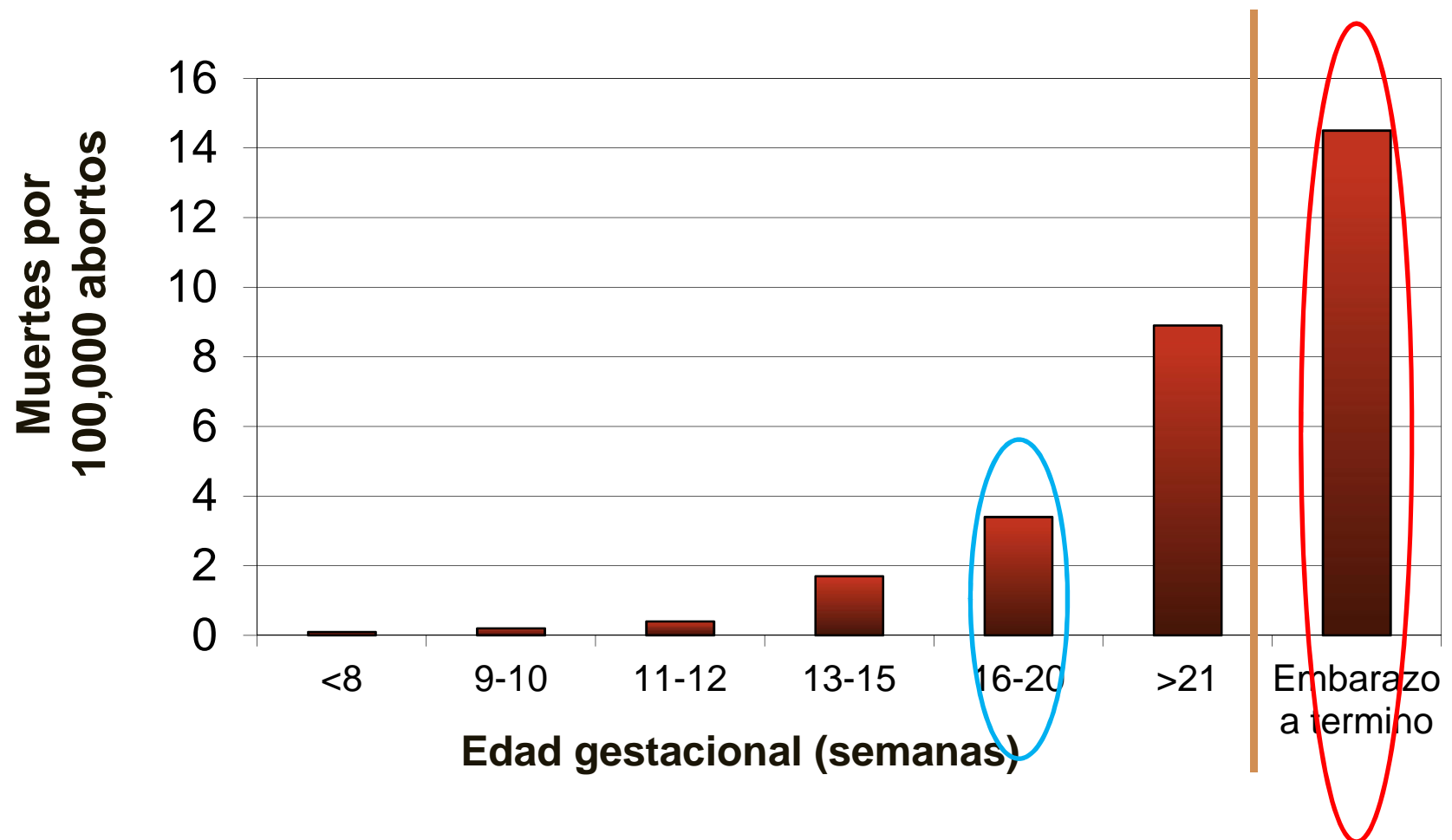
Abortos por edad gestacional, Inglaterra y Wales, 2001-2011



Government Statistical Office, England and Wales, 2012

Mortalidad relacionada con el aborto

Estados Unidos, 1988-1997

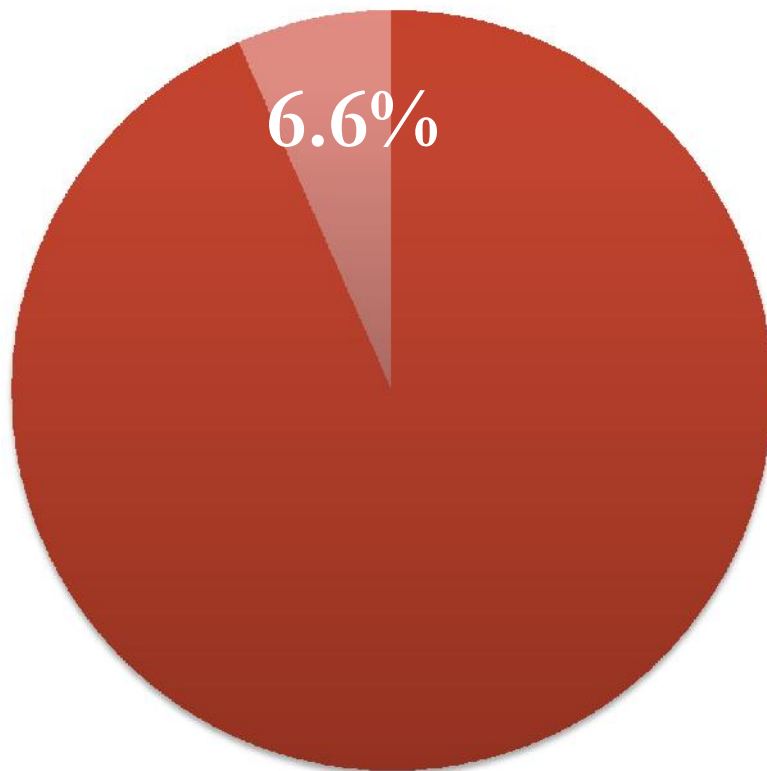


Bartlett, et al., Obstet Gynecol 2004

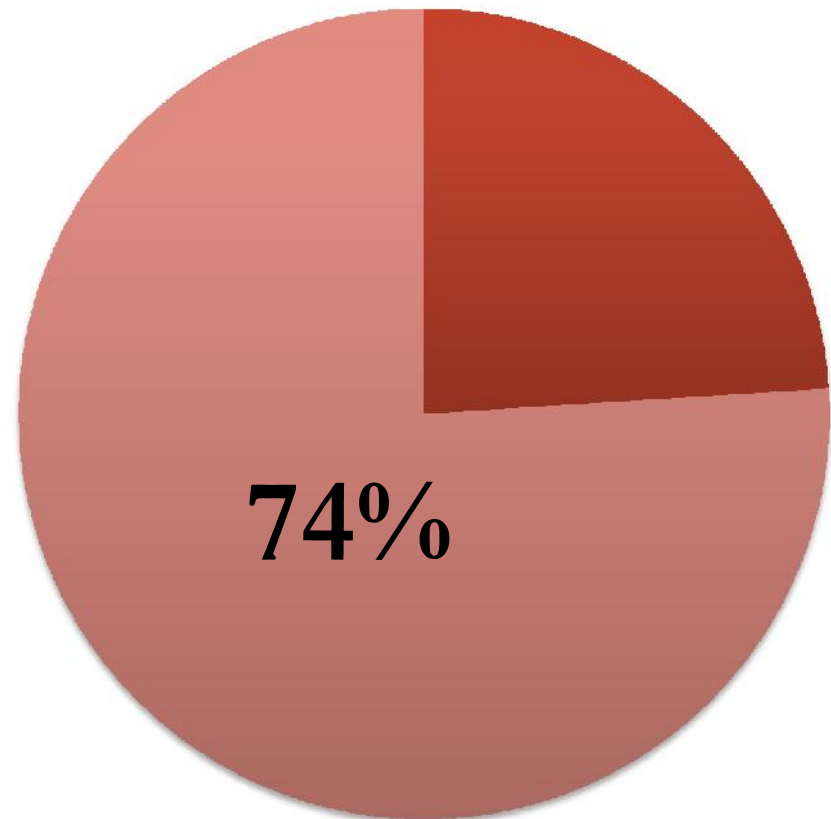
Mortalidad por edad gestacional

Federación Rusa, 1999

Total de abortos



Muertes por el aborto



- 1er trimestre
- 2do trimestre

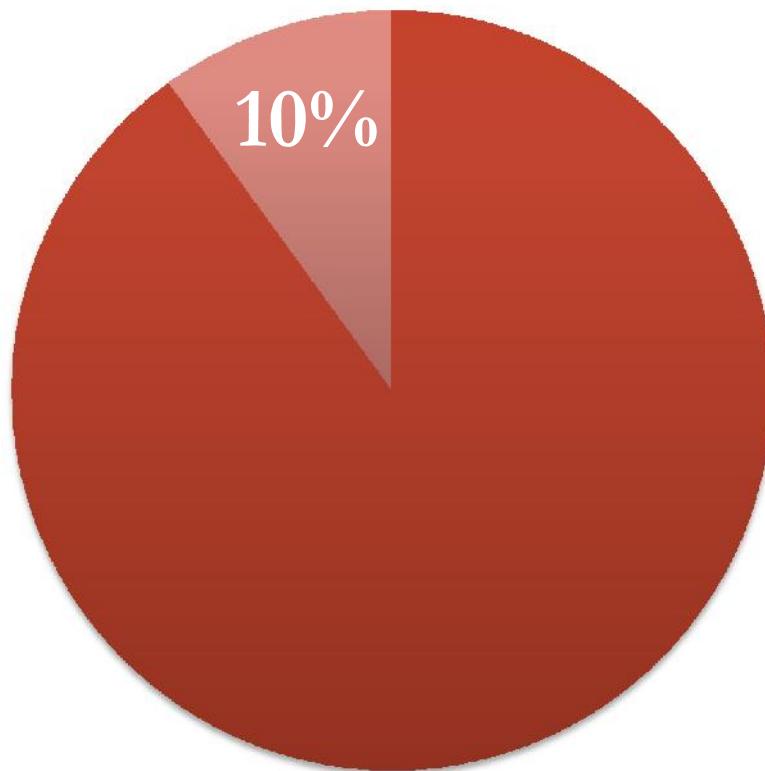


Zhirova, et al., SFP 2004

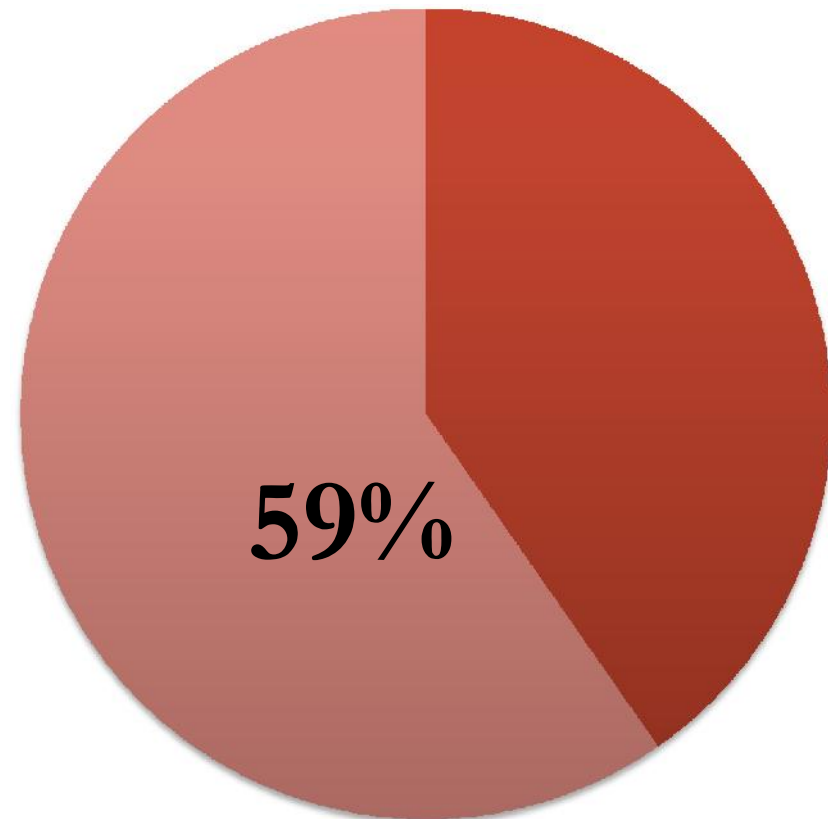
Mortalidad por edad gestacional

Ciudad de Benin, Nigeria, 1973-84

Total de abortos



Muertes por aborto



■ 1er trimestre

■ 2do trimestre



Unuigbe, et al., IJGO 1988

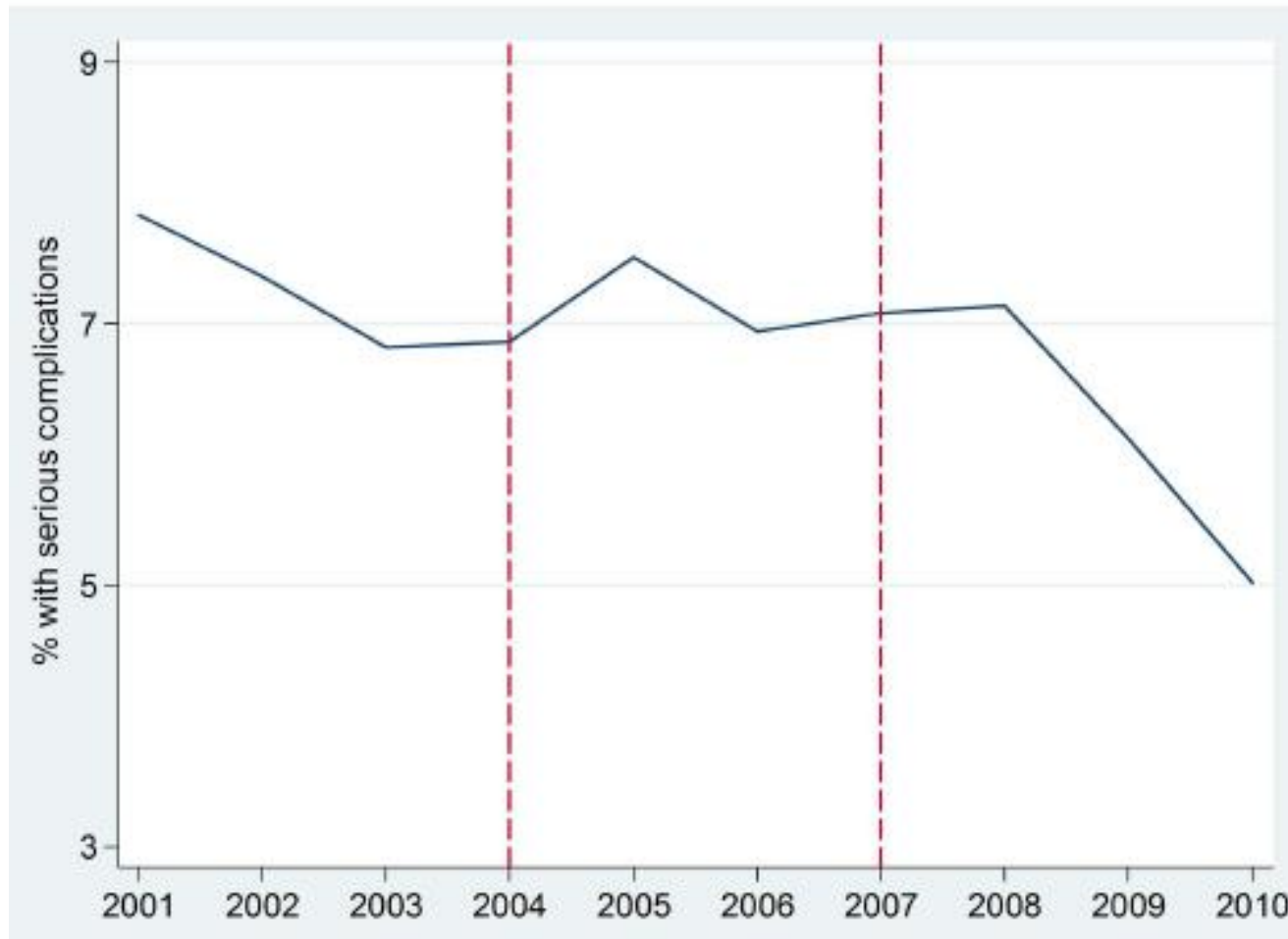
Mortalidad por edad gestacional

América Latina

- No existen estudios representativos
- México, 2001
 - Las únicas muertes maternas relacionadas con el aborto fueron casos de terminación en el 2º trimestre
- 12 muertes relacionados con el aborto inseguro en la Ciudad de México, 2005-2007
 - De 9 casos en que se reportaron la edad gestacional, 5 fueron abortos en el segundo trimestre



Proporción de abortos con complicaciones serias en 4 hospitales en Nepal



Henderson, et al., PLOS One 2013

Razones por la demora en Sudáfrica

- Estudio cualitativo: 27 entrevistas de profundidad con mujeres buscando aborto a las 13-20 semanas en Cape Town
 - No reconocimiento del embarazo (especialmente con las mujeres que tienen la menstruación irregular)
 - Ambivalencia, inseguridad
 - Falta de conocimiento de la ley, instituciones que hagan el procedimiento
 - Actitudes críticas de proveedores, referencias inapropiadas
 - Cambio de salud, incluyendo diagnóstico de VIH/SIDA



Aborto en el segundo trimestre en países donde la ley es restrictiva

- Con estas causales, con frecuencia no se detecta o no se presenta la situación hasta el segundo trimestre
 - Malformación fetal
 - Condiciones que amanecen la salud de la mujer
 - En casos de violencia sexual, puede haber una demora en el proceso de obtener permiso para tener un aborto legal

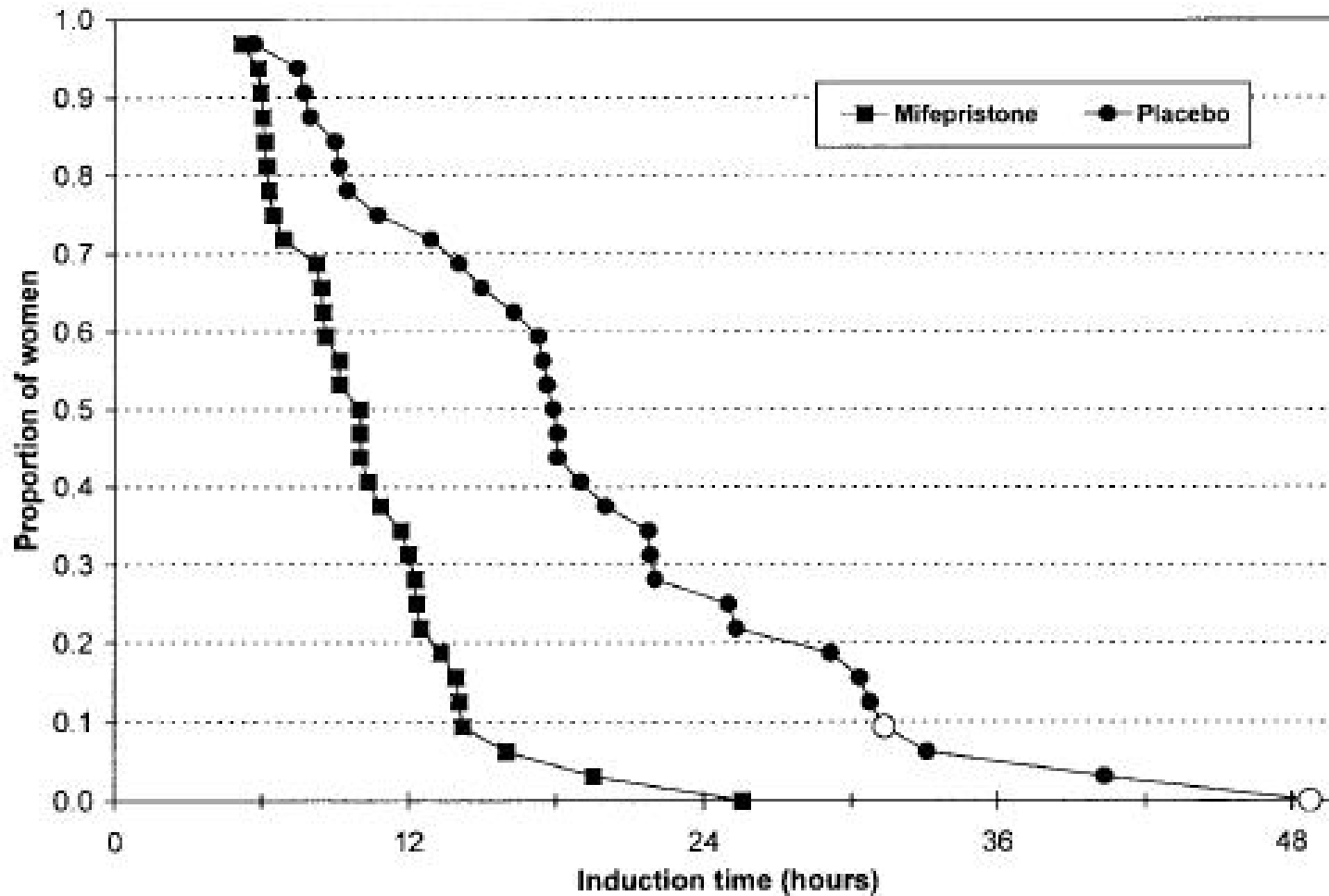


Métodos de aborto en el 2º trimestre

- Técnica de instilación: en general obsoleta
 - Ethacridine lactate extra-amniótico en la India
- Método quirúrgico: Dilatación y evacuación (DyE)
- Métodos medicamentosos
 - Misoprostol solo
 - Estándar en países donde la mifepristona no está disponible
 - Mifepristona con misoprostol
 - Reduce de manera significativa el tiempo de la inducción



Tiempo para completar el aborto



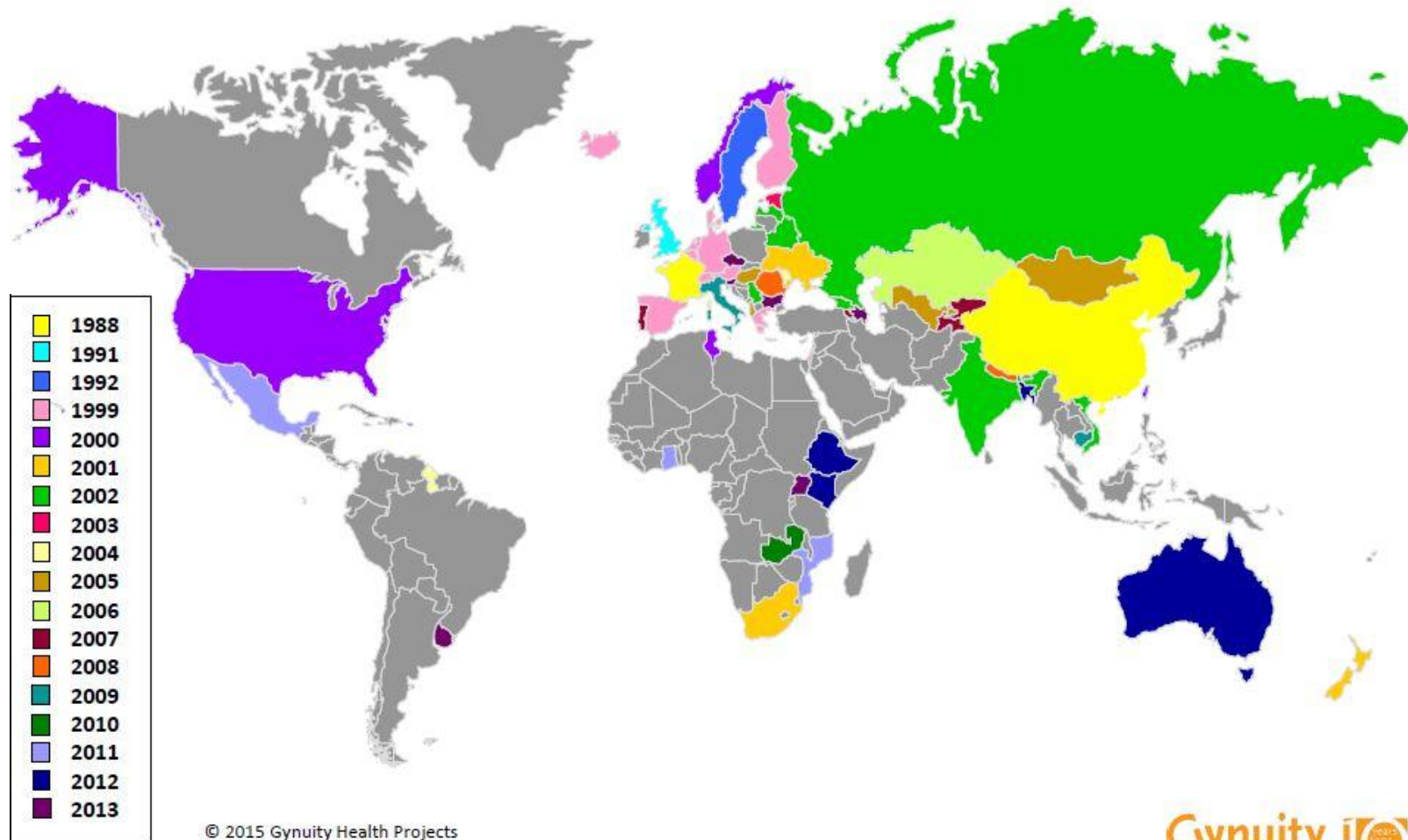
Kapp, et al., Obstet Gynecol 2007

Esquemas de aborto con medicamentos en el 2º trimestre

- Mifepristona con misoprostol
 - Mifepristona 200 mg VO, 24-48 horas después
 - Misoprostol 800 mcg VV o 400 mcg SL o bucal
 - Misoprostol 400 mcg VO, VV, SL o bucal cada 3 horas hasta 5 dosis
- Misoprostol solo
 - Misoprostol 600-800 mcg VV
 - Misoprostol 400 mcg VV o SL cada 3 horas hasta 5 dosis
 - VV mejor que SL con las nulíparas
- Se puede bajar la dosis inicial de misoprostol en caso de cesárea previa



Registro de mifepristona



© 2015 Gynuity Health Projects
Updated April 2015

Gynuity 
HEALTH PROJECTS



Inducción con el misoprostol solo en Sudáfrica

- Hospitales solo tienen unas pocas camas para las pacientes que van a abortar
- La inducción duró en promedio 23 horas, con un rango de 17-30 horas
- Demora entre la primera visita hasta el aborto fue en promedio 30 días (21-56)



Grossman, et al.,
Health Svc Res 2011



Necesidad para aspiración/legrado

- Seria de casos en Escocia (n=1,002): 8% necesitaban procedimiento quirúrgico
- En la práctica, puede ser más común
- 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)
 - Examinar y remover la placenta con fórceps
 - Misoprostol 400 mcg SL



Manejo de dolor

- En el AM en el primer trimestre, ibuprofeno es más eficaz que acetaminofen para reducir el dolor
- No hay datos sobre la eficacia del uso profiláctico de analgésicos en el 2do trimestre
- Mayoría de las mujeres requieren de analgésico
 - Ibuprofeno
 - Analgésicos con narcótico (oral)
 - Morfina



Cesárea previa

- Riesgo de ruptura uterina con la inducción en el 2^{do} trimestre
 - Con cesárea previa: 0.28% (95% CI 0.08-1.0%)
 - Sin cesárea previa: 0.04% (95% CI 0.01-0.2%)
- Los lineamientos en general apoyan el uso de inducción con medicamentos con una cesárea previa



Feticidio

- No hay evidencia de que el uso de feticidio reduce el riesgo de complicación o aumenta la seguridad
- Se puede usar después de las 20 semanas para evitar el nacimiento del feto vivo
- Esquemas
 - Inyección de digoxina 1 mg intraamniótica o intrafetal
 - Inyección de cloruro de potasio (KCl) dentro del corazón fetal



Cuando la inducción no es exitosa

- Son pocos los casos en que no hay expulsión del feto—especialmente con mifepristona
- Se puede repetir la mifepristona y las dosis de misoprostol o usar otra prostaglandina
- No aumenta la tasa de éxito el uso de dilatadores (como laminaria)
- En caso de fracaso absoluto
 - DyE (si hay medico/a capacitado)
 - Histerotomía—pero debe ser muy raro!!



Anticoncepción post-aborto en el 2º trimestre

- Se puede usar casi cualquier método anticonceptivo inmediatamente después del procedimiento
- Se puede insertar el DIU inmediatamente después del DyE
- No existen estudios sobre la inserción del DIU inmediatamente después de la inducción, pero es recomendado por la RCOG



Cremer, et al., Contraception 2011; Hohmann, et al., Contraception 2012;
Drey, et al., Contraception 2009

Comparando DyE a la inducción médica

D&E	Inducción médica
Procedimiento ambulatorio	Usuaria 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 complicaciones raras	Necesitan respaldo para aproximadamente 10-20% que requieren aspiración



¿Porqué no están disponibles los servicios de aborto seguro en el 2º trimestre?

- Barreras legales, reales o percibidas
- Falta de proveedores capacitados
- Falta de conocimiento de la evidencia
- Concentración de los servicios en los centros urbanos
- Estigma—aún más intenso para el aborto tardío



¿Qué se puede hacer?

- El aborto debe incorporarse en la formación de los médicos/as y enfermeras
- Mejorar el acceso a la mifepristona
- Reducir las demoras en las remisiones para la atención del aborto
- Información sobre la detección temprana del embarazo y la práctica temprana del aborto cuando el embarazo no sea deseado
- Reducir el estigma



CASOS



Caso 1

- 22 años, G1P0, pesa 110 kg
- Según la examinación clínica y la FUM, tiene 11 semanas gestacionales
- AMEU
- El cuello uterino es stenótico y se puede introducir solo un cánula de 9 mm
- Cuando se examina los productos, es obvio que es un embarazo mas avanzado—alrededor de 15 semanas. Qué haces?



Caso 2

- 31 años, G5P4 a las 14 semanas gestacionales
- Durante la AMEU, se nota que la cánula entra más profundamente y no para donde se espera el fondo del útero; Maria se queja de más dolor
- Cual es el diagnóstico? Qué haces?



Caso 3

- 17 años, G1P0 a las 21 semanas gestacionales
- Riesgo de salud mental
- Qué haces?



Caso 4

- 27 años, G3P2 con 2 cesáreas previas a las 19 semanas gestacionales
- Presenta con la placenta previa con sangrado no abundante
- Cuales son los posibles diagnósticos? Qué haces?



¡Gracias!



Ibis
Reproductive
Health

dgrossman@ibisreproductivehealth.org