

GUÍA DE
PRÁCTICA
CLÍNICA

MANEJO SEGURO
DE LAS **MUJERES EN SITUACIÓN
DE ABORTO** EN EL SEGUNDO
TRIMESTRE DEL EMBARAZO



FEDERACIÓN CENTROAMERICANA DE ASOCIACIONES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
FECASOG

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

MANEJO SEGURO DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO



FEDERACIÓN CENTROAMERICANA DE ASOCIACIONES DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
FECASOG

07/2021

La Federación Centroamericana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología (FECASOG), fue conformada el 25 de mayo de 1949, por las sociedades profesionales en Ginecología y Obstetricia de: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, con la misión de **“Promover el desarrollo integral profesional de las asociaciones, sociedades y sus asociados, a través del desarrollo integral de políticas y estrategias que resulten en acciones para el bienestar social de la región Centroamericana”**

A partir de lo anterior, esta guía de práctica clínica se ha desarrollado con el apoyo de profesionales activos de las sociedades de Ginecología y Obstetricia de cada uno de los países miembros de la FECASOG. Para su elaboración, se obtuvo el apoyo del IPAS, organización con presencia mundial, fundada en el año 1973 y la cual basa sus servicios en mejorar el acceso a la anticoncepción y aborto seguro para que todas las mujeres y niñas puedan determinar su propio futuro.

FECASOG e IPAS son organizaciones sin fines de lucro, puede conocer más sobre las actividades de ambas instituciones al ingresar a sus respectivos sitios de internet, por medio de los siguientes vínculos electrónicos.



FECASOG

<http://www.fecasog.com/fecasog>



IPAS

<https://www.ipas.org/>

El uso del contenido ya sea de manera parcial o total de este documento para fines de práctica clínica o académicos está autorizado, debiendo citarse de la siguiente manera:

Guía de práctica clínica para el **manejo seguro de las mujeres en situación de aborto en el segundo trimestre del embarazo FECASOG**, por Cárcamo, W.; Quijada, R.; Beitía, A.; Vargas, A.; Bravo Raúl.; Bravo, S.

Se habilita la reproducción parcial o completa de este documento, para ser incluido en otras guías de práctica clínica o directrices de aplicación en los sistemas de salud, debiendo previamente solicitarse autorización, por medio de comunicación dirigida a la presidencia de la FECASOG, la cual puede ser enviada a la siguiente dirección de correo electrónico:

administracion@fecasog.com



Este trabajo cuenta con licencia de **Creative Commons Attribution-NonCommercial-Share Alike 4.0 International License**



9 788418 471797 >

ISBN 978-84-18471-79-7

****IMPORTANTE****

Las recomendaciones incluidas en esta guía de práctica clínica se fundamentan en la evidencia científica actualizada, analizada y validada por profesionales vinculados al campo de la Obstetricia, Ginecología y Metodología de la Investigación en Salud.

Se resalta que, de acuerdo con la definición de práctica basada en evidencia, se requiere contar con la experiencia y el conocimiento suficiente, para obtener los mejores resultados posibles en la práctica clínica profesional; por lo que no se deben poner en práctica las recomendaciones incluidas en este documento, por quienes carecen de los conocimientos y competencias necesarias para garantizar la seguridad de las usuarias de los sistemas de salud.

La evidencia científica y la práctica médica están en continua evolución y pueden variar, por lo que este documento está sujeto a revisiones programadas, pudiendo presentarse la posibilidad de que una o más recomendaciones puedan desactualizarse durante el periodo de vigencia de esta guía de práctica clínica.

La FECASOG no es responsable de resultados no esperados, eventos adversos leves o graves vinculados a la práctica profesional de quienes utilicen el contenido de este documento.

Este documento no tiene por objetivo la promoción o inducción a la práctica de abortos; su finalidad es proporcionar conocimiento clínico a los profesionales de la salud sobre líneas de acción que han demostrado mayor beneficio para las mujeres en situación de aborto. Por lo que se pide a los lectores, tomar en cuenta las disposiciones legales o regulatorias vigentes en cada país, para identificar la posibilidad de aplicación de las recomendaciones clínicas propuestas.

Consultas relacionadas al contenido o sugerencias sobre el mismo, pueden ser dirigidas a la siguiente dirección de correo electrónico: administracion@fecasog.com



**COMITÉ EJECUTIVO FECASOG
2018 – 2021**

PRESIDENTE

Dr. Raúl E. Bravo Vásquez

SECRETARIO

Dr. Roberto Epifanio Malpasi

TESORERO

Dr. Jaime Luis Sánchez Salazar



1. AUTORES Y VALIDACIÓN

Coordinación y Elaboración

Dra. Wendy Cárcamo – Especialista en Obstetricia y Ginecología, Especialista en Medicina Materno Fetal, Profesor adjunto del Post grado de Ginecología y Obstetricia, miembro del cuerpo médico del servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto Hondureño de Seguridad Social, presidenta de la Sociedad de Ginecología y Obstétrica de Honduras. Honduras.

Dr. Roberto Quijada Cartagena – MSc. Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, Ms. Economía de la Salud y del Medicamento. Consultor para la elaboración de guías de práctica clínica y ensayos clínicos. El Salvador.

Grupo Desarrollador

Dr. Alfredo Beitia – Especialista en Obstetricia y Ginecología de la Caja del Seguro Social de Panamá. Miembro del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Panamá.

Dra. Angélica Vargas Campos – Especialista en Obstetricia y Ginecología, presidenta de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Costa Rica. Costa Rica.

Dr. Raúl E. Bravo Vásquez – Especialista en Obstetricia y Ginecología, expresidente de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología, expresidente de la FECASOG. Hospital Santo Tomas, Panamá. Panamá.

Dra. Sugey del Carmen Bravo Cabrera – Especialista en Obstetricia y Ginecología, Ms. en Salud Pública y presidenta de la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia. Nicaragua.

Validación Externa

Dra. Ana Patricia Gómez – Especialista en Obstetricia y Ginecología, Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, Instituto Salvadoreño del Seguro Social. El Salvador.

Dra. Aneth Judith Bonilla Cruz – Especialista en Obstetricia y Ginecología, Gerente médico de la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia. Hospital Dr. Arnulfo Arias Madrid, Caja del Seguro Social, Panamá. Panamá.

Dr. Edwar Herrera – Especialista en Obstetricia y Ginecología, Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, Instituto Salvadoreño del Seguro Social. El Salvador.

Dr. Josué Ariel Bonilla Peña – Especialista en Obstetricia y Ginecología, Instituto Hondureño de Seguridad Social. Honduras.

Dr. Rubén Darío Fernández Serrano – Especialista en Obstetricia y Ginecología, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa. Honduras.

Dra. Sara Edith Campana – Especialista en Obstetricia y Ginecología de la Caja del Seguro Social de Panamá. Panamá.



ÍNDICE

1.	AUTORES Y VALIDACIÓN	5
2.	GLOSARIO DE TÉRMINOS	7
3.	PRESENTACIÓN	8
4.	RESUMEN DE PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES	9
5.	INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.....	11
6.	OBJETIVO	12
7.	ALCANCE	12
8.	USUARIOS ESPERADOS DE LA GPC.....	13
9.	ÁMBITO ASISTENCIAL DE APLICACIÓN.....	13
10.	METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GPC	13
11.	DECLARACIÓN DE INTERESES Y FINANCIAMIENTO	16
12.	COMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS.....	16
13.	PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES.....	17
14.	ANEXOS.....	41
	14.1 ANEXOS PREGUNTA 1.....	41
	14.2 ANEXOS PREGUNTA 2.....	45
	14.3 ANEXOS PREGUNTA 3.....	49
	14.4 ANEXOS PREGUNTA 4.....	52
	14.5 ANEXOS PREGUNTA 5.....	56
	14.6 ANEXOS PREGUNTA 6.....	60
	14.7 ANEXOS PREGUNTA 7.....	67
	14.8 ANEXOS PREGUNTA 8.....	74
15.	REFERENCIAS	76



2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

AGREE:	Valúo de Guías para Investigación y Evaluación
AINES:	Antiinflamatorios no esteroideos
BPC:	Bloqueo Paracervical
EC:	Ensayo Clínico
EtD:	Evidencia a Decisión
ETB:	Escala Taft-Baker
EVA:	Escala Visual Análoga
EVC:	Escala de Validación de Conflictos
DE:	Desviación Estándar
DM:	Diferencia de Medias
FECASOG:	Federación Centroamericana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
GRADE:	Metodología para la Calificación, Valoración, Desarrollo y Evaluación de Recomendaciones
GDG:	Grupo Desarrollador de la Guía de Práctica Clínica
GPC:	Guía de Práctica Clínica
MA:	Metaanálisis
LARC:	Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada
OG:	Obstetricia y Ginecología
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PDC:	Productos de la Concepción
PP:	Placenta Previa
RA:	Reacciones Adversas
RS:	Revisión Sistemática
SoF:	Resumen de Hallazgos
SOGC:	Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá
USG:	Ecografía o ultrasonografía



3. PRESENTACIÓN

La Guía de Práctica Clínica para el Manejo Seguro de Mujeres Situación de Aborto en El Segundo Trimestre del Embarazo que les presentamos, ha sido realizada pensando en la necesidad que tenemos a nivel de Centroamérica de contar con lineamientos claros, actualizados y basados en evidencia científica en el manejo de una condición que se da durante el embarazo de forma muy frecuente y, que además es causa de un porcentaje importante de MORTALIDAD MATERNA en la región.

La mortalidad materna sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial y Centroamérica no escapa de esta realidad, incluso, y considerando que ha disminuido globalmente, la región de las Américas y en especial en Centroamérica se mantienen aún cifras altísimas de mortalidad materna prevenible, siendo así, que aun con el interés de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, no se han logrado disminuir las cifras con respecto a las metas planeadas y por lo cual ha sido necesario plantearlo nuevamente en el objetivo tres de los Objetivos del Desarrollo Sostenible 2015-2030.

La Federación Centroamericana de Sociedades y Asociaciones de Ginecología y Obstetricia (FECASOG) promueve la elaboración, difusión y utilización de estas Guías de Práctica Clínica, conscientes de que facilitarán a diario la toma de decisiones clínicas y que son una herramienta para mejorar los resultados en salud de las mujeres centroamericanas. Este documento, es el resultado del trabajo de un grupo de profesionales, procedentes de los diferentes países que conforman nuestra Federación y el proceso de revisión ha contado con expertos de reconocido prestigio, que han aportado su tiempo y experiencia en el desarrollo de recomendaciones contrastadas con la evidencia científica actualizada.

Dr. Raúl E. Bravo Vásquez
Especialista en Obstetricia y Ginecología, Panamá.
Presidente, periodo 2018 – 2021 de la FECASOG



4. RESUMEN DE PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES

1- ¿En mujeres en situación de aborto, está indicada la consejería antes de realizar cualquier intervención de tipo farmacológico o quirúrgica?

Se recomienda que entre mujeres en situación de aborto, se implemente la consejería antes de realizar cualquier procedimiento médico o quirúrgico.

2- ¿Antes de realizar cualquier procedimiento médico o quirúrgico entre mujeres en situación de aborto, debería ofrecerse consejería en materia de anticoncepción?

Se recomienda que durante el desarrollo de la consejería pre-procedimiento entre mujeres en situación de aborto, se informe sobre los diferentes métodos de anticoncepción disponibles, tomando en cuenta las preferencias de las usuarias.

3- ¿Está indicada la evaluación ecográfica antes de implementar procedimientos médicos o quirúrgicos en mujeres en situación de aborto?

Se recomienda realizar ecografía como parte del proceso de planificación de la inducción del aborto.

4- ¿Se debería administrar antibióticos como profilaxis en el preoperatorio a todas las mujeres en situación de aborto que recibirán manejo quirúrgico?

Antibióticos profilácticos deben ser indicados en el preoperatorio a todas las mujeres en situación de aborto que recibirán tratamiento por medio quirúrgico.

5- ¿Debería indicarse analgesia y sedación a mujeres que se someten a manejo quirúrgico del aborto?

Se recomienda ofrecer sedación y analgesia a las mujeres en situación de aborto que recibirán tratamiento quirúrgico.

6- ¿Está indicado un régimen de maduración cervical o preparación del cuello uterino antes de realizar el manejo quirúrgico de un aborto?

Se recomienda la maduración cervical o preparación del cuello uterino en embarazos superiores a 13 semanas.

7- ¿Cuál es el fármaco o combinaciones de fármacos recomendados para el manejo médico del aborto en el segundo trimestre del embarazo, incluyendo causas asociadas a muerte fetal y anomalías congénitas?

Entre mujeres en situación de aborto en el segundo trimestre del embarazo, se recomienda el uso de misoprostol como fármaco de primera línea para la inducción de la expulsión fetal.

8- ¿Se debería realizar examen histopatológico de los productos de la concepción posterior a un aborto médico o quirúrgico?

Se recomienda realizar estudio histopatológico de los productos de la concepción.



9- ¿Cuáles son los cuidados sugeridos y complicaciones más frecuentes observadas en mujeres posterior a un aborto en embarazos mayores 13 semanas de gestación?

Todo profesional de la salud debe reconocer cuales son las actividades generales asociadas con el manejo médico y quirúrgico de las mujeres en situación de aborto, para tener criterio de los posibles riesgos a los que se ve expuesta una mujer y los cuidados que debería recibir. **(Consultar cuidados sugeridos en la discusión de la pregunta 9).**

10- ¿Cuáles son las condiciones sobre las que debería tener entrenamiento el personal de salud con funciones en centros de atención orientados al cuidado de mujeres en situación de aborto?

Tomando en cuenta el interés de la FECASOG en promover la provisión de servicios de salud seguros, eficientes y efectivos en la región centroamericana, se propone un resumen de las condiciones mínimas necesarias con las cuales deberían contar los profesionales de la salud, con funciones en establecimientos orientados al cuidado de mujeres en situación de aborto. **(Consultar aspectos sugeridos en la pregunta 10).**



5. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El aborto peligroso se define como “una intervención destinada a la interrupción de un embarazo, practicado ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o realizado en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez”;¹ estimándose por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que entre los años 2010 al 2014 se realizaron un total de 25 millones de abortos peligrosos, representando un 45% de todas las interrupciones del embarazo a nivel mundial y 97% de estos realizados en países ubicados en América Latina, Asia y África.² Durante el mismo periodo, de acuerdo con reporte emitido por el Instituto Guttmacher en el año 2018, en América Latina y el Caribe se registraron un total de 6.5 millones de abortos inducidos, siendo esto un incremento del 47% con respecto los observados entre los años 1990 a 1994. Datos relevantes con respecto a la práctica del aborto demuestran que más de setecientas mil mujeres en la región latinoamericana reciben tratamiento médico por complicaciones asociadas a procedimientos inseguros, y un aproximado del 10% de todos los casos de mortalidad materna están de manera similar directamente vinculados al manejo inseguro de los abortos;³ considerándose además que, un tercio de todos los abortos realizados en la región latinoamericana cumplen las características de peligrosos o inseguros.⁴ En total, para la región de Latinoamérica se estima entre los años 2015 al 2019, una tasa de 32 abortos por cada mil mujeres entre los 15 a 49 años.⁵

De manera general, la interrupción del embarazo puede alcanzarse por medios farmacológicos y quirúrgicos; y para considerar seguro cualquiera de los dos abordajes, el sistema o servicio de salud donde se realice debería al menos contar con dos componentes esenciales: el primero, que sea hecho por personas con los conocimientos y competencias suficientes para su práctica y segundo, que sea realizado en un ambiente seguro, con capacidad para la atención de emergencias obstétricas.

En los Estados Unidos de América, los abortos inducidos, independientemente de la causa o el motivo que condicionó su práctica, se observan en el 88% de los casos en las primeras doce semanas del embarazo, 7.4% entre las trece a veinte semanas y 1.4% en la semana veintiuno o más.⁶ Para el año 2018 en este país, la mayor proporción de abortos de ≤ 13 semanas de gestación, se realizó mediante métodos quirúrgicos (52,1%), seguido de los métodos farmacológicos (38,6%). De manera paralela, los abortos de > 13 semanas de gestación se realizaron con métodos quirúrgicos en el 7,8% y con métodos farmacológicos en 1,4%; otros métodos presentaron una baja frecuencia de utilización ($< 0,1\%$).⁷

La finalización de la gestación por métodos farmacológicos puede ser llamada o reconocida también como “aborto farmacológico”, “aborto no quirúrgico” o “aborto médico”; y se fundamentan principalmente en el uso de los siguientes:

Misoprostol: Análogo sintético de la prostaglandina E1, pueden encontrarse en concentraciones de 25 mcg (tabletas vaginales), 100 mcg (tabletas orales), 200 mcg (formula de liberación vaginal) y 400 mcg (tabletas orales). Su absorción es en aproximadamente doce minutos al ingerirse por vía oral, observándose también disminución en su concentración cuando es ingerido en combinación con los alimentos o con antiácidos. Puede utilizarse por múltiples vías para su administración.

Sus indicaciones terapéuticas en el campo de la obstetricia y ginecología son los siguientes:

- Prevención y tratamiento de hemorragia postparto cuando la oxitocina no está disponible o no puede ser utilizada de manera segura
- Manejo de abortos incompletos, inducido o espontáneo
- Inducción del aborto en el primer trimestre
- Maduración cervical, previa instrumentación uterina.⁸



Mifepristona: Esteroide sintético con efecto anti-progestacional, disponible en tabletas con concentración individual de 200 mg o en combinación con misoprostol. Ejerce su acción por medio de la competencia a nivel de los receptores de progesterona, antagonizando los efectos de esta sobre el endometrio y miometrio, teniendo como efecto final la sensibilización del miometrio a las contracciones inducidas por prostaglandinas o análogos.

Sus indicaciones terapéuticas son:

- Interrupción médica del embarazo intrauterino
- Ablandamiento y dilatación del cérvix uterino, previo a la interrupción quirúrgica del embarazo en el primer trimestre
- Preparación para la acción de análogos de prostaglandina en la interrupción del embarazo por razones médicas, después del primer trimestre
- Inducción del parto por muerte fetal in útero.^{9 10}

Dinoprostona: Prostaglandina de la serie E, con acciones directas sobre el músculo liso en la inducción de contracciones del músculo uterino cualquier etapa del embarazo. Su presentación es en solución (ampolla 750 mcg), 1 mg de dinoprostona y tabletas vaginales de 3 mg.^{11 12}

En cuanto a los métodos quirúrgicos disponibles, se encuentran los procedimientos transcervicales de aspiración al vacío y dilatación más aspiración. Importante resaltar que la dilatación y curetaje como técnica de terminación de embarazo, en la actualidad se considera como una intervención obsoleta y de alto riesgo, recomendándose por la OMS la preferencia por los métodos de aspiración o los farmacológicos.¹³

En la selección de cada una de las opciones terapéuticas previamente mencionadas, existen diferentes acercamientos, situaciones y antecedentes que condicionan la preferencia de unos sobre otros, y que por tanto sus criterios de selección y modalidades de prescripción o utilización son discutidos directamente en la evaluación de las preguntas clínicas que son parte de esta GPC.

6. OBJETIVO

Proporcionar criterios técnicos basados en evidencia médica y científica actualizada para la implementación de intervenciones efectivas y seguras entre mujeres en situación de aborto con embarazo mayor a 12 semanas.

7. ALCANCE

Generar recomendaciones basadas en evidencia científica actualizada; que puedan aplicarse de manera segura, efectiva y responsable por los profesionales de la salud de los diferentes sistemas de provisión de servicios de atención de mujeres de la región centroamericana, que cumplen criterios clínicos y legales para proceder con la suspensión de un embarazo mayor a 12 semanas.



8. USUARIOS ESPERADOS DE LA GPC

Profesionales de la salud: Personal médico, de enfermería, tomadores de decisiones en ámbitos administrativos u otros que pudieran estar vinculados a la atención o planificación de la provisión de servicios de salud a mujeres que presenten las condiciones clínicas y legales que permitan la suspensión del embarazo. También puede ser utilizado por trabajadores de servicios sociales, especialistas en psicología u otros con funciones en el seguimiento del cuidado clínico, social o comunitario de las usuarias de los sistemas de salud.

Usuarias de sistemas de salud: Mujeres que bajo el cuidado de profesionales de la salud cualificados, requieran la interrupción de un embarazo mayor de doce semanas de gestación.

Esta GPC no establece o contempla dentro de su contenido criterios asociados a leyes nacionales que regulen el acceso a la suspensión del embarazo; en este sentido, se encomienda a cada persona con interés en aplicar las recomendaciones clínicas contenidas en este documento, verificar las leyes vigentes del país donde ejerce su práctica profesional. Así mismo, se informa a las usuarias de los sistemas de salud, sobre la importancia de que las recomendaciones clínicas contenidas en esta GPC no sean puestas en práctica sin el conocimiento, supervisión e involucramiento directo de profesionales de la medicina avalados para la práctica de la obstetricia y ginecología en sus países de residencia.

9. ÁMBITO ASISTENCIAL DE APLICACIÓN

Las recomendaciones asociadas a consejería y similares pueden ser aplicadas en todos los niveles de atención. Las recomendaciones que requieran intervención farmacológica o quirúrgica deberán ser aplicadas en centros de atención de segundo o tercer nivel, de acuerdo con las condiciones propias de cada país o sistema de salud, y siempre que estos establecimientos cuenten con los recursos profesionales y materiales para la atención de emergencias que pudiesen presentarse durante la aplicación de cualquiera de las medidas terapéuticas para la interrupción de embarazos con edad gestacional superior a 12 semanas.

10. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GPC

Inicialmente, se procedió a conformar el grupo desarrollador de la GPC (GDG), posteriormente se cumplieron las siguientes etapas:

- Capacitación y entrenamiento en práctica basada en evidencia, análisis e interpretación de revisiones sistemáticas (RS) y metaanálisis (MA), metodología para la calificación, valoración, desarrollo y evaluación de recomendaciones (GRADE por sus siglas en inglés).
- Establecimiento de un plan de trabajo para el desarrollo de la GPC
- Discusión y definición de objetivo, alcance, posibles usuarios y sistemas de salud que podrán aplicar las recomendaciones clínicas
- Identificación de fuentes de evidencia (GPC) actualizadas y que fueran susceptibles de adaptación
- Establecimiento de la metodología de desarrollo de la GPC
- Verificación de la evidencia disponible
- Elaboración de preguntas clínicas
- Análisis de evidencia identificada
- Generación de cuadros de resumen de hallazgos (Summary of Findings o SoF por sus siglas en inglés) GRADE



- Elaboración de recomendaciones y actividades sugeridas que favorecen la mejor aplicación y posibles resultados en la práctica clínica
- Etapas varias de validación de preguntas, recomendaciones clínicas y contenido de la GPC
- Generación de resumen de la evidencia a la decisión (Evidence to Decision o EtD por sus siglas en inglés).

10.1 Identificación de guías

Los desarrolladores de GPCs tienen la posibilidad de la elaboración de este tipo de documentos a partir de tres opciones: 1) adoptar recomendaciones existentes de otros documentos disponibles, 2) adaptar recomendaciones existentes para ser aplicadas en el contexto y lugar de interés, 3) crear recomendaciones “de novo” o nuevas. Una cuarta alternativa es la combinación de todas las anteriores con el objetivo de agilizar el proceso de producción de GPCs, inclusive favorecer la introducción de recomendaciones basadas en evidencia en ambientes con recursos limitados; este mecanismo se enmarca en el modelo ADOLPMENT, también desarrollado por el grupo de trabajo GRADE.¹⁴

Para los objetivos de esta GPC, después de un proceso sistematizado de búsqueda de documentos conteniendo recomendaciones afines al tema de interés, se lograron identificar cuatro guías de práctica clínica establecidas como significativas por el GDG, con la finalidad de servir de fuente para instaurar un modelo de elaboración basado mayoritariamente en la adaptación.

Para seguir una estructura de elaboración cuidadosa, se utilizó como modelo de conducción la “Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia”, desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud;¹⁵ la cual incluye procedimientos y descripción de las actividades a contemplar y cubrir, para garantizar el rigor metodológico en la generación de recomendaciones basadas en evidencia. De igual manera, en todo el proceso de elaboración se siguieron los procedimientos de análisis y valúo de la evidencia científica sugeridos y recomendados en el manual GRADE, desarrollado por el grupo de trabajo GRADE.¹⁶

10.2 Validación y selección

Se establecieron los siguientes criterios para la identificación de documentos que pudieran aportar información sobre recomendaciones clínicas de interés, siendo estos:

- Documentos con fecha de publicación no mayor a 5 años
- Vinculación directa al manejo del aborto en gestaciones en el segundo trimestre o superiores a doce semanas
- Inclusión de recomendaciones farmacológicas, quirúrgicas y de ser posible psicosociales
- Preferentemente desarrolladas por medio de metodología GRADE
- Evidencia de evaluación de contenido y metodología por pares
- Presentación de recomendaciones clínicas dependientes de preguntas claramente definidas
- Disponibilidad de referencias para validación de las fuentes bibliográficas que dan origen a las recomendaciones clínicas
- Documentos disponibles en idioma español, inglés, portugués o italiano.

Después de realizar búsqueda en diversos repositorios electrónicos, entre los que se incluyen: PUBMED, EMBASE, Librería Cochrane, base de datos de la Red Internacional de Guías (GIN por sus siglas en idioma inglés) y diversos sitios gubernamentales; se identificaron cuatro documentos como posibles fuentes referenciales, siendo estos:

- **Cuidado del Aborto.** National Institute for Health and Care Excellence, Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Reino Unido, año 2020.¹⁷
- **Actualizaciones clínicas en salud reproductiva.** IPAS, Estados Unidos de América, año 2020.¹⁸



- **Tratamiento Médico del Aborto.** Organización Mundial de la Salud, año 2019. ¹⁹
- **Aborto inducido: Aborto quirúrgico y métodos médicos en el segundo trimestre.** Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá. Canadá (SOCG), año 2018. ²⁰

Cinco especialistas en Obstetricia y Ginecología (OG) de manera individual evaluaron el contenido de cada uno de los documentos antes mencionados, utilizando el instrumento de Valúo de Guías para Investigación y Evaluación II (AGREE II por sus siglas en idioma inglés) ²¹. Estableciéndose que, los documentos con puntaje promedio mayor o igual a 4.5 (escala 1 al 7), serían las fuentes de referencias principales para la elaboración de esta GPC. Siendo los documentos con el puntaje más alto y por tanto los utilizados como fuente principal de información, los siguientes:

- **Tratamiento Médico del Aborto.** Organización Mundial de la Salud, año 2019. ¹⁹
- **Aborto inducido: Aborto quirúrgico y métodos médicos en el segundo trimestre.** Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá. Canadá, año 2018. ²⁰

Las investigaciones o fuentes de información utilizados en los documentos antes mencionadas, fueron revisadas para determinar la existencia de actualizaciones y su pertinencia para ser aplicadas en el contexto centroamericano. La búsqueda de actualizaciones o nueva evidencia científica se enfocó principalmente en la identificación de RS, MA y Ensayos Clínicos (EC); teniendo principalmente como fuentes de referencia la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América por medio del sitio de internet Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), la Librería Cochrane (<https://www.cochranelibrary.com/>) y la base de datos y referencias de la Editorial Elsevier, Embase (<https://www.embase.com/>); todos los anteriores cuentan con derechos de propiedad y diferentes políticas de acceso y uso del material disponible en sus respectivos sitios de internet; los cuales se han atendido y aplicado en el proceso de elaboración de este documento.

Los desenlaces clínicos contenidos en cada una de las preguntas fueron analizados individualmente por el GDG y validados por otros expertos que hicieron revisión de este documento. Para este componente se tomó de base la escala de calificación definida por el grupo de trabajo GRADE, siendo la siguiente:

IMPORTANCIA LIMITADA			IMPORTANTE PERO NO CRÍTICO			CRÍTICO		
1 Menor importancia	2	3	4	5	6	7	8	9 Mayor importancia

Figura 1. Escala de calificación de desenlaces clínicos ¹⁶

Siguiendo las disposiciones existentes, se informó sobre el interés en utilizar el documento perteneciente a la SOCG, solicitando al mismo tiempo los cuadros SoF GRADE, las cuales están disponibles, previa solicitud. En cuanto a la GPC elaborada por la OMS, cuenta con licencia Creative Commons 3.0 sin derecho comercial y habilitado su contenido para procesos de adaptación.

Las recomendaciones clínicas incluidas en esta GPC pueden también proceder de conclusiones emitidas por medio de opiniones consensuadas entre expertos, siempre que así se haya considerado pertinente por el GDG. Las situaciones asociadas para optar por esta vía son: (1) recomendaciones incluidas en las GPC no dependientes de RS, MA o fuentes de evidencia de alta calidad, (2) cuando por aspectos específicos se identificaron barreras significativas para la implementación de alguna intervención o procedimiento. Las situaciones en las que optó por este mecanismo de generación de recomendaciones clínicas, siempre se tomó de base la información publicada de diversas fuentes confiables y cuando fue posible soportada por información epidemiológica local.



11. DECLARACIÓN DE INTERESES Y FINANCIAMIENTO

Todos los miembros del GDG declaran no tener conflictos de intereses con respecto al tema asociado a esta GPC.

12. COMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Todas las recomendaciones clínicas incluidas en esta GPC dependen de una pregunta que ha contemplado al menos dos de los siguientes componentes en su estructura: problema/población, intervención, comparador y desenlace/outcome/resultado (PICO).

La metodología GRADE propone un proceso de calificación de la calidad de la evidencia disponible y a partir de esta, la elaboración de recomendaciones clínicas. Para esto, establece niveles o grados a partir de la evidencia evaluada, que se interpretan de la siguiente manera:

CALIDAD DE LA EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
ALTA 	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
MODERADA 	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
BAJA 	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
MUY BAJA 	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

Cuadro 1. Calidad de la evidencia e interpretación¹⁶

Una vez establecida la certeza de la calidad de la evidencia seleccionada, se procedió con la sistematización de las recomendaciones, tomando en cuenta para esto el balance beneficio/riesgo de las intervenciones o acciones propuestas, valores y preferencias de pacientes, contexto de aceptación e implementación de las recomendaciones, costos, etc. Un resumen de este proceso puede encontrarse en la sección anexos, en los cuadros EtD.

De manera adicional, para cada pregunta, se consideraron aspectos denominados como “Pautas de Buena Práctica”, las cuales aportan contenido con criterios o puntos específicos que se consideraron como esenciales para la implementación de la recomendación propuesta.

La sección 13, relacionada a preguntas y recomendaciones, contiene las pautas para la aplicación de la recomendación y también incluye la discusión asociada a la evidencia bibliográfica obtenida y el análisis consensado por expertos.

La sección 14, anexos, incluye la información de soporte para cada pregunta, entre estas: estrategia de búsqueda, análisis de la evidencia, cuadros EtD y cuadros de evidencia GRADE.



13. PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES

13.1 PREGUNTA 1

En mujeres en situación de aborto, está indicada la consejería antes de realizar cualquier intervención de tipo farmacológico o quirúrgica?

	RECOMENDACIÓN	Se recomienda que entre mujeres en situación de aborto, se implemente la consejería antes de realizar cualquier procedimiento médico o quirúrgico.
	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	CONSENSO DE EXPERTOS
	FUERZA DE RECOMENDACIÓN	FUERTE A FAVOR
	PAUTAS DE BUENA PRÁCTICA	<ul style="list-style-type: none">• El proceso de consejería debe ser adaptado a las necesidades de las mujeres, procurando que sea seguro, confidencial y proporcionado por personal de salud apropiadamente entrenado y sin conflictos de intereses.• Principalmente, la consejería debería enfocarse en lo siguiente:<ol style="list-style-type: none">1- Condición o estado del embarazo (edad gestacional, situaciones relevantes del embarazo, posibilidades de adopción u otros servicios de apoyo social).2- Información y explicación sobre los métodos disponibles (médicos y quirúrgicos).3- Explicación de los riesgos y beneficios de cada uno de los métodos.4- Confirmación y consentimiento de que la decisión es voluntaria.5- Evaluación de situaciones emocionales, valores, mecanismos para sobrellevar duelo, identificación de medios de soporte y atención en casos de complicaciones.6- Opciones de anticoncepción posterior al embarazo.7- Necesidad de referencia pre o post procedimiento

DISCUSIÓN PREGUNTA 1

La recomendación incluida en la GPC, Aborto inducido: Aborto quirúrgico y métodos médicos en el segundo trimestre, tiene como fuentes documentos y regulaciones de aplicación principalmente en Canadá, no dependientes de manera directa de RS, MA o EC ²⁰. Por lo anterior, se realizó búsqueda y selección de información que permitiera establecer la utilidad de la consejería pre-procedimiento.

Se identificaron un total 127 documentos que incluían los términos de interés; de estos, 15 contenían información considerada como relevante para la generación de la recomendación clínica, finalmente se incluyen en el análisis de evidencia 9 estudios, no evaluándose un total de 6 documentos: No se identificó acceso a un documento, ²² un documento únicamente disponible en idioma francés, ²³ un documento con información limitada al ser un resumen de poster, ²⁴ un documento con información limitada al ser un



resumen de comunicación libre,²⁵ dos estudios que cubren la consejería relacionada a la elección y uso de métodos anticonceptivos,²⁶ ²⁷ y un estudio con enfoque en consejería, aunque solo toma en cuenta la utilidad de esta en la aceptación o rechazo del procedimiento.²⁸

Debido a que múltiples países cuentan con leyes que habilitan el aborto legal voluntario, la mayoría de los informes identificados y utilizados para la construcción de esta recomendación se fundamentan en las experiencias observadas o medidas asociadas al acceso a este tipo de servicios.

La consejería pre-aborto tiene tres propósitos principales: 1) apoyar a la mujer en la toma de una decisión sobre su embarazo, 2) ayudarla a poner en práctica la decisión, 3) ayudarla a controlar su futura fertilidad. Bajo estos criterios, independientemente de las condiciones que conlleven a la suspensión de un embarazo, debe promoverse la implementación de la consejería pre-aborto, especialmente en sistemas de salud que no tienen trayectoria amplia en este tema; ya que se observa de acuerdo con los documentos analizados, que en los países con más tiempo y experiencia en la implementación de políticas y servicios para la atención de la mujer en situación de aborto; en la mayoría de los casos, la decisión tomada por la misma mujer, pocas veces se ve influenciada por la consejería y similares.

Es recomendable que los procesos de consejería estén regulados, pero no restringidos desde la perspectiva de contenido y abordaje a proporcionar a la mujer; así mismo, su provisión debe ser hecha por personal capacitado y cuando sea posible, por otra persona diferente al proveedor de servicios de salud en ginecología al que asiste de manera rutinaria una mujer.

El respeto a la confidencialidad y autodeterminación son aspectos esenciales que deben garantizarse a las mujeres que ingresan a un proceso de consejería pre-aborto.

No se identifican técnicas o documentos ampliamente validados para conducir una consejería, pero como marco de referencia puede utilizarse la escala de validación de conflictos o la escala Taft-Baker.²⁹

El grupo de expertos coincide en que, la implementación de un proceso de consejería efectivo y continuo es necesario y por lo cual se vuelve una prioridad. También se espera que este tenga un efecto importante, especialmente con fines de equidad y la evaluación de valoración de los beneficios y riesgos por parte de las mujeres, quienes se concluye se verían beneficiadas directamente si se toma en cuenta que procesos educativos continuos favorecen a tomar decisiones informadas y particularmente en mujeres en situación de aborto, a prevenir el acceso a servicios peligrosos o de alto riesgo. La evidencia aunque dependiente de fuentes no relacionadas a EC o similares, coincide con la experiencia profesional en procesos de consejería aplicados en situaciones no relacionados al pre-aborto o cuando por consenso clínico, que conlleva el seguimiento a causales específicas para la práctica de un aborto amparado bajo regulaciones propias de cada país, se ha implementado la consejería como práctica rutinaria.

Se sugiere que durante el proceso de consejería se establezca fecha o momento en que se procederá con una evaluación física, pero esta última no puede ser realizada sin que la mujer en situación de aborto haya recibido la información completa relacionada a cualquiera de las intervenciones disponibles y haya consentido voluntariamente continuar con la atención clínica.

La implementación de consejería pre-aborto se concluye que sería aceptada, pero puede dificultarse ante la posibilidad de que se requiera inversión definida como “moderada” para garantizar el servicio con los recursos adecuados y el personal de salud capacitado para su aplicación.

Estrategias de búsqueda y análisis de evidencia pueden ser consultadas en ANEXO 1 al final del documento.



PREGUNTA 2

¿Antes de realizar cualquier procedimiento médico o quirúrgico entre mujeres en situación de aborto, debería ofrecerse consejería en materia de anticoncepción?

	RECOMENDACIÓN	Se recomienda que durante el desarrollo de la consejería pre-procedimiento entre mujeres en situación de aborto, se informe sobre los diferentes métodos de anticoncepción disponibles, tomando en cuenta las preferencias de las usuarias.
	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	BAJA
	FUERZA DE RECOMENDACIÓN	FUERTE A FAVOR
	PAUTAS DE BUENA PRÁCTICA	<ul style="list-style-type: none">• No hay certeza sobre el momento adecuado para ofrecer anticoncepción en mujeres en situación de aborto, pero debido a que hay posibilidad de pérdida de seguimiento, la anticoncepción debería ofrecerse desde que se inicia con el proceso de consejería.• Cualquier método anticonceptivo puede ser utilizado. Aunque los métodos reversibles de larga acción muestran superioridad comparados con otros métodos. Específicamente con el uso de los dispositivos intrauterinos, se observa una reducción de futuros abortos y embarazos, principalmente cuando son colocados inmediatamente después de la finalización del tratamiento médico o quirúrgico.• Los beneficios y riesgos sobre el método elegido deben ser informados de manera detallada y completa.

DISCUSIÓN PREGUNTA 2

Para esta pregunta, se incluye de manera adicional una RS publicada en el año 2019,³⁰ la cual es utilizada como fuente de información para la elaboración del perfil de evidencia GRADE, ya que después de analizarse la información incluida en la guía de práctica clínica utilizada como base del proceso de adaptación y realizar búsqueda relacionada al tema de interés, no se identifican otras publicaciones, con contenido diferente y que tengan el potencial de modificar la recomendación existente; así mismo, algunos de los estudios utilizados para la generación de la recomendación en la guía fuente, fueron incluidos en la RS identificada.

La consejería sobre el uso de anticonceptivos comprende la provisión de información, el soporte para tomar una decisión relacionada a los anticonceptivos (nuevas usuarias) o el seguimiento al mantenimiento de su uso (usuarias continuas), independientemente del método elegido o por elegir.³⁰ A pesar que a la fecha no se cuenta con resultados concluyentes que den certeza completa del tiempo apropiado para proporcionar información sobre los diferentes métodos anticonceptivos, se estima que en términos generales el acceso limitado a los diferentes métodos disponibles, impide la prevención anual de aproximadamente 67 millones de embarazos no planificados, 37 millones de inducciones de abortos y 76,000 muertes maternas;^{30 31} concluyéndose por diferentes organizaciones y expertos en el tema, que debido al riesgo de pérdida de citas y seguimientos, además de la alta probabilidad de nuevos embarazos entre mujeres que han estado en situación de aborto previo, la cual en algunos países como China representa un tercio de los embarazos no planificados (3.3 millones anuales),³² en ningún momento debe perderse la oportunidad de informar al respecto, utilizando las técnicas de aplicación disponibles o reguladas en la provisión de servicios de salud (Consultar pregunta y recomendación 1).



Es prioritario durante el proceso de consejería informar los beneficios y riesgos de los diversos métodos disponibles; en este contexto, de acuerdo con la evidencia analizada, los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC por sus siglas en idioma inglés), son los métodos que muestran mayor efectividad en la prevención de futuros abortos y embarazos, este resultado principalmente vinculado a que inserciones tempranas de este tipo de métodos se asocian a uso continuo por periodos superiores a 6 meses.

El grupo de expertos concuerda con la evidencia presentada, considerando la relevancia de proporcionar consejería relacionada a los anticonceptivos a mujeres en situación de aborto y preferentemente consensuar durante esta actividad el método y el momento de inicio. Con respecto al acceso a los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, desde la perspectiva de servicios de salud estatales, puede existir la limitante de oferta de algunas opciones, especialmente aquellos que tengan costos elevados para los sistemas de salud, por lo que se concluye que para hacer viable este tipo de servicios, cualquier método puede ser utilizado, estableciéndose como relevante proporcionar en esta GPC información relacionada al perfil de uso de los diferentes métodos disponibles, con el objetivo de facilitar la posibilidad de realizar un análisis comparativo al lector (ver cuadro 2). Se sugiere respetar las decisiones de las usuarias y en todo momento buscar la posibilidad de ofertar los métodos que presentan mayor efectividad, sean accesibles y provean el mayor beneficio en cuanto a prevención de embarazos y limitación de riesgos futuros.

Debido a que en todos los países de la región centroamericana se cuenta con programas relacionados a la salud sexual y reproductiva, no se observan impedimentos en la provisión de métodos anticonceptivos, aunque sí pueden existir barreras en los casos que las preferencias de las mujeres estén orientadas a la utilización de métodos no disponibles en los sistemas de salud dependientes principalmente de los gobiernos de cada país. Se recomienda mantener actividades de capacitación relacionadas a la colocación de DIU e implantes, con el objetivo de limitar eventos adversos, incrementar la satisfacción con el servicio recibido y conservar o mejorar la adherencia a seguimientos o controles rutinarios de salud.

Cuadro de resumen de las recomendaciones médicas de elegibilidad posterior al aborto para los anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos y métodos anticonceptivos de barrera											
POSTERIOR AL ABORTO	AOC	AIC	Parche y anillo vaginal	PPS	AMPD, EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU de cobre	DIU de liberación de LNG	Preservativo	Espermicida	Diafragma
Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
Inmediatamente después de un aborto séptico	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1

Cuadro 2. recomendaciones médicas de elegibilidad posterior al aborto para los anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos y métodos anticonceptivos de barrera. Tomado del guía de práctica clínica, Aborto sin riesgos. Guía técnica para políticas en salud. OMS 2019¹³

AIC: anticonceptivo inyectable combinado. **AOC:** anticonceptivo oral combinado. **AMPD/EN-NET:** inyectables de progesterona sola: acetato de medroxiprogesterona de depósito/enantato de noretisterona. **DIU:** dispositivo intrauterino. **LNG/ETG:** implantes de progesterona sola: levonorgestrel/etonorgestrel. **PPS:** píldora de progesterona sola.



Definición de categorías

- 1: No hay restricciones en el uso de los métodos anticonceptivos.
- 2: Las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados.
- 3: Los riesgos teóricos o comprobados habitualmente superan las ventajas de usar el método.
- 4: Existe un riesgo para la salud inaceptable si se utiliza el método anticonceptivo.

Estrategias de búsqueda, análisis de evidencia pueden ser consultadas en ANEXO 2 al final del documento.

PREGUNTA 3

¿Está indicada la evaluación ecográfica antes de implementar procedimientos médicos o quirúrgicos en mujeres en situación de aborto?

	RECOMENDACIÓN	Se recomienda realizar ecografía como parte del proceso de planificación de la inducción del aborto.
	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	CONSENSO DE EXPERTOS
	FUERZA DE RECOMENDACIÓN	FUERTE A FAVOR
	PAUTAS DE BUENA PRÁCTICA	<ul style="list-style-type: none">• La determinación de la edad gestacional en el proceso de diagnóstico y planificación del procedimiento puede realizarse clínicamente. Aunque, tomando en cuenta el contexto de aplicación de las recomendaciones incluidas en esta GPC, se considera como necesaria la utilización de la ecografía para la estimación de la edad gestacional y localización placentaria, principalmente entre mujeres en situación de aborto en el segundo trimestre del embarazo y con historia de placenta previa o de cirugías uterinas.• Se sugiere la referencia a experto cuando se identifique placenta previa invasiva o hallazgos de cirugías uterinas.• Si la placenta es previa o se localiza anterior y baja, el riesgo de hemorragia es mayor.• La presencia de antecedentes de cirugía uterina puede hacer necesario la utilización de otro tipo de pruebas, entre estas: evaluación por Doppler, tomografía computarizada o resonancia magnética. Es importante reconocer las limitaciones que cada una de estas pruebas debe tener; por lo que se sugiere la individualización de cada caso.

DISCUSIÓN PREGUNTA 3

Complementariamente a las fuentes bibliográficas utilizadas en la guía de referencia, se identifican 3508 documentos; posterior a su revisión, un total de 4 proporcionan información adicional y actualizada con respecto al tema de interés. Documentos no directamente relacionados al manejo de la mujer en situación de aborto en el segundo trimestre de la gestación no fueron incluidos en el análisis de las fuentes de evidencia. Adicionalmente, se descarta una RS y MA, vinculada al uso de ecografía para la identificación de embarazo intra o extrauterino.³³



Existen múltiples fuentes de información que proporcionan conclusiones diversas con respecto a la utilidad de la ecografía antes de cualquier procedimiento a realizar a una mujer en situación de aborto. Ensayos clínicos disponibles se fundamentan principalmente en edades gestacionales menores a 13 semanas y por lo cual, la información con respecto a la ecografía y su utilidad en abortos con edad gestacional mayor a 13 semanas no es concluyente, ya que en la mayoría de los casos depende de estudios observacionales que cuentan con limitaciones, y que debido a los lugares o países de origen de los datos, su validez externa puede ser también escasa para el contexto centroamericano. A pesar de la divergencia de opiniones, no se establece en ninguno de los estudios consultados que la realización de ecografía imponga riesgos adicionales a la mujer; contrariamente, se observan beneficios en su utilidad para la estimación de edad gestacional, principalmente cuando se carece de la experiencia clínica suficiente y de manera secundaria para la localización placentaria. Asimismo, se identifica la importancia de la ecografía en los casos de retención de productos de la concepción (PDC) después de abortos en el segundo trimestre del embarazo, y además, la detección de vascularidad que puede orientar predictivamente a la posibilidad de que se presenten hemorragias severas.

El grupo de expertos reconoce de que a pesar de que existen controversias entre la utilidad de la ecografía pre-procedimiento, y teniendo en cuenta que en ambientes con recursos limitados podría inclusive ser una barrera al acceso a servicios clínicos para las mujeres en situación de aborto, recomienda que se debe procurar realizar ecografía; de lo contrario, especialmente en centros de atención clínica en que se cuente con poca experiencia y trayectoria en el manejo o atención de casos de aborto, se pueden generar prácticas inseguras que conlleven a instaurar procedimientos rutinarios de alto riesgo que incidan directamente en el incremento de morbilidad y mortalidad. Se reitera de que en la actualidad existen indicaciones emitidas por algunas organizaciones como la OMS en las cuales no se sugiere el uso de la ecografía de rutina, sugiriéndose su uso principalmente en la planificación de la intervención a realizar, cuando se identifican antecedentes de cicatriz uterina o donde no se puede determinar la edad gestacional con certeza, a partir de la última menstruación o por exploración clínica;¹³ pero, tomando en cuenta el contexto legal centroamericano y que la sugerencia antes mencionada depende de fuentes de evidencia de baja calidad, el grupo de expertos reconoce como relevante en que se identifiquen los mecanismos para la utilización de la ecografía como procedimiento de rutina.

Se concluye que los beneficios esperados son superiores a los riesgos y que las limitantes para la disponibilidad de este tipo de servicios son esencialmente financieras; aunque la brecha de servicios de ecografía se va cerrando continuamente en la región centroamericana, esperándose que en un futuro cercano su prestación sea rutinaria. Desde la perspectiva de equidad y de existir la disponibilidad de ecografía para la población en estado de gestación, la limitación de servicios de ecografía entre mujeres en situación de aborto, comparada con aquellas que no están en esta condición, puede conllevar a que se interprete que determinados servicios de salud se limitan para poblaciones específicas, situación esencial en lo relacionado al aborto, en vista de que en algunas ocasiones, independientemente de la causa que lo motivó, se puede generar rechazo o estigma social. Finalmente, debido a la escasa validez externa que pueden tener algunos de los resultados disponibles, se sugiere profundizar la investigación al acceso a servicios de ecografía disponibles en la región centroamericana, utilización de equipos, resultados obtenidos, entre otros.

Estrategias de búsqueda, análisis de evidencia pueden ser consultadas en ANEXO 3 al final del documento.



PREGUNTA 4

¿Se debería administrar antibióticos como profilaxis en el preoperatorio a todas las mujeres en situación de aborto que recibirán manejo quirúrgico?



RECOMENDACIÓN

Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos en el preoperatorio a todas las mujeres en situación de aborto que recibirán tratamiento por medio quirúrgico.



CALIDAD DE LA EVIDENCIA

ALTA

FUERZA DE RECOMENDACIÓN

FUERTE A FAVOR



PAUTAS DE BUENA PRÁCTICA

- Aunque poco frecuentes, el desarrollo de infecciones post-aborto quirúrgico en el segundo trimestre, puede llevar a consecuencias importantes con alto riesgo de morbilidad e inclusive mortalidad.
- Comparativamente, no se identifica superioridad entre los antibióticos profilácticos: doxiciclina, metronidazol o betalactámicos y macrólidos.
- Aunque con evidencia limitada, se recomienda que a todas las mujeres en situación de aborto que recibirán un procedimiento quirúrgico (aspiración, dilatación y evacuación), se les debe administrar terapia antibiótica antes del tratamiento. No se recomienda la implementación de terapia profiláctica en los manejos médicos o farmacológicos del aborto.
- Las mujeres en riesgo o con sospecha de padecer una infección de transmisión sexual deben ser tamizadas al momento del procedimiento, prescribiendo el tratamiento correspondiente. Además, la ausencia de este tipo de pruebas no debe impedir o retrasar un procedimiento previamente programado.
- Una dosis de antibiótico antes de la intervención quirúrgica demuestra ser lo suficientemente efectiva comparada a regímenes con duración de hasta tres días.
- Es viable el inicio de la terapia antibiótica desde el momento de la preparación cervical con dilatadores osmóticos.

DISCUSIÓN PREGUNTA 4

Para esta pregunta, la fuente de referencia base aporta un total de 13 documentos utilizados para construir la recomendación, de manera adicional se identifican un total de 92 reportes de investigaciones; de estos, la mayoría se enfocan en tratamientos o abordajes específicos para el primer trimestre de la gestación, otros han sido incluidos como parte de recomendaciones clínicas en otras GPC y de los que son específicos para gestaciones en el segundo trimestre, la mayoría de los estudios identificados son parte de una RS, la cual ha sido incluida en esta pregunta. Es de importancia mencionar que una RS se enfoca en el uso profiláctico de antibióticos en gestaciones durante el primer trimestre, esta se decide tomar como fuente de referencia, ya que permite evaluar la eficacia de las alternativas de regímenes profilácticos disponibles en diferentes etapas del embarazo.



Se identifican tres estrategias para disminuir el riesgo de infecciones posterior al aborto quirúrgico:

- Terapia profiláctica universal.
- Tamizaje universal y tratamiento basado en casos positivos.
- Tamizaje universal y terapia profiláctica universal.

La evidencia disponible informa sobre disminuciones con rangos del 30% al 70% en el riesgo de desarrollo de infección del tracto genital superior posterior a la inducción de un aborto cuando se establece regímenes profilácticos no universales y universales, estos datos son similares tanto para procedimientos realizados en el primer o segundo trimestre del embarazo; excepto que, para este último periodo de la gestación, la RS utilizada como base de esta pregunta clínicas, evalúa la eficacia de las terapias por medio de 12 ensayos clínicos en embarazos que no superan las 16 semanas, por lo que puede concluirse que la información para poblaciones con gestaciones arriba de 16 semanas es limitada.^{34 35} No se identifica superioridad marcada en cuanto a las terapias disponibles, pero se observa efecto satisfactorio cuando se eligen medicamentos como: nitroimidazoles (metronidazol), betalactámicos y tetraciclinas (doxiciclina). Otros regímenes también consideran la utilización de azitromicina, aunque su uso puede representar una barrera, debido a su costo superior comparado a otras opciones.

Para fines prácticos, se proponen los siguientes regímenes de profilaxis, los cuales pueden variar de acuerdo con la oferta disponible en cada país o lugar de provisión de servicios de salud:

REGÍMENES SUGERIDOS
200 mg de doxiciclina por vía oral antes del procedimiento o 500 mg de azitromicina por vía oral antes del procedimiento o 500 mg de metronidazol por vía oral antes del procedimiento
200 mg de doxiciclina por vía oral no más de 2 horas antes del procedimiento o 500 mg de azitromicina por vía oral no más de 2 horas antes del procedimiento
200 mg de doxiciclina por vía oral dentro de 1 hora antes del procedimiento

Cuadro 3. Regímenes de terapia profiláctica para la prevención de infecciones del tracto genital superior post-aborto. Tomada y adaptada de las actualizaciones clínicas en salud reproductiva IPAS.³⁶

El grupo de expertos considera que la introducción de terapias para la prevención de infecciones posterior al aborto quirúrgico es esencial, y debe mantenerse el criterio que debería optarse por la modalidad universal. Se concluye que las opciones terapéuticas disponibles no son de difícil acceso en la región centroamericana, pero debe tenerse en cuenta los perfiles de resistencia bacteriana que puedan estar vigentes a nivel local al momento de prescribir o instaurar un régimen profiláctico. No se considera que la utilización de antibióticos pueda representar problemas de equidad, costos u otras dificultades, ya que su disponibilidad es amplia. Aun así, de encontrarse en una situación en que exista limitación de terapias, pueden explorarse otras opciones a las propuestas en esta GPC, ya que existe evidencia que demuestra efectos favorables al elegir las, como por ejemplo: macrólidos o inclusive fluoroquinolonas. Preferentemente, siempre debe tenerse la posibilidad de hacer tamizaje para la detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS), de carecerse de medios de laboratorio durante la evaluación clínica o etapas de consejería pre-aborto para poner en práctica este componente, deben identificarse los riesgos asociados al padecimiento de ETS, instituyendo el tratamiento pertinente y cuando sea posible, prescribirlo también a la pareja sexual.

Estrategias de búsqueda, análisis de evidencia pueden ser consultadas en ANEXO 4 al final del documento.



PREGUNTA 5

¿Debería indicarse analgesia y sedación a mujeres que se someten a manejo quirúrgico del aborto?



RECOMENDACIÓN

Se recomienda ofrecer sedación y analgesia a las mujeres en situación de aborto que recibirán tratamiento quirúrgico.



CALIDAD DE LA EVIDENCIA

MODERADA

FUERZA DE RECOMENDACIÓN

FUERTE A FAVOR



PAUTAS DE BUENA PRÁCTICA

- El orden sugerido de provisión de analgesia farmacológica es AINES, seguido de bloqueos paracervicales y sedación consciente cuando se defina como necesaria.
- Se ha observado reducción del dolor entre mujeres con abortos quirúrgicos por medio de bloqueos paracervicales, utilizando lidocaína (20 ml al 1%), aplicada de manera profunda en 4 sitios (2, 4, 8 y 10 de acuerdo con las agujas del reloj). Esta opción puede acompañarse de sedación consciente y AINES.
- El tiempo para alcanzar el efecto analgésico después de la aplicación puede variar, observándose en algunos casos que se obtiene a los tres minutos.
- El total de lidocaína utilizado no debe exceder de 4.5 mg/kg.
- Es importante verificar la correcta aplicación y efectos de la lidocaína. Aunque no frecuentes, los signos graves de toxicidad por lidocaína pueden ser: anafilaxis, convulsiones y alteraciones cardíacas. Por lo que se recomienda mantener control de la cantidad de medicamento utilizada y contar con las medidas de soporte para la atención de complicaciones asociadas al uso de este medicamento.
- La sedación consciente puede ofrecerse a las mujeres, para la cual podría utilizarse la combinación de fentanilo 50 a 100 µg IV y midazolam 1 a 2 mg IV. Otras combinaciones pueden estar disponibles, por lo que se sugiere que para la decisión de administración de este tipo de medicamentos se cuente con la participación de profesionales vinculados al campo de la anestesiología.
- La valoración de utilización de anestesia general en los procedimientos quirúrgicos debe establecerse a partir de criterios clínicos, teniendo en cuenta de que no es el tipo de intervención para control de dolor más frecuentemente utilizado.
- La anestesia inhalada puede incrementar el riesgo de hemorragia.
- Se debe tener en cuenta que las dosis de medicamentos a utilizar durante la sedación consciente pueden variar de acuerdo con las características anatómicas y fisiológicas de cada mujer, por ejemplo ante presencia de obesidad o adolescentes con bajo peso.



DISCUSIÓN PREGUNTA 5

Un total de 414 documentos se identifican relacionados al manejo del dolor entre mujeres en situación de aborto en el segundo trimestre del embarazo, de estos, nueve son incluidos de manera completa en el análisis de evidencia realizado. Estudios adicionales proporcionados por la GPC utilizada como fuente de referencia no se incluyen totalmente en el análisis, ya que en la mayoría de los casos concluyen resultados a partir de intervenciones realizadas únicamente durante el primer trimestre del embarazo y de manera similar, otros que incluyen el componente de analgesia durante el aborto en el segundo trimestre son parte de una RS identificada, publicada en el año 2020, y que explora intervenciones directamente vinculadas a esta etapa de la gestación.³⁷

La perspectiva de manejo exclusiva en el uso de bloqueos paracervicales (BPC), no demuestra superioridad cuando se compara contra placebo, inclusive la percepción de dolor por parte de las mujeres puede llegar a ser mayor en 10% (75% BPC vs 65% placebo, administrado en forma de solución salina), requiriéndose la adición de morfina por vía endovenosa en el 80% de los casos para ambos grupos. La información con respecto a los BPC no es concluyente. Diferentes reportes lo favorecen al combinarse con otras opciones analgésicas, especialmente en el manejo de abortos en el primer trimestre del embarazo, pero en la mayoría de los casos se describe que su efecto es superior cuando los bloqueos son profundos y estos se colocan en al menos cuatro puntos y no dos como puede ser en algunas ocasiones la aplicación rutinaria. De igual manera, y aunque los BPC se concluyen como favorables en la guía de referencia, al menos una RS establece la falta de superioridad comparado a no usarlos, aunque esta conclusión se obtiene a partir de dos estudios, identificándose heterogeneidad alta entre ellos (94%).³⁸ Al realizar un análisis de los modelos de control de analgesia asociados con los abortos quirúrgicos en 23 centros de atención de Suecia, se observa que en 21 de estos centros los BPC son parte de las opciones analgésicas principales disponibles.³⁹ Por lo que tomando en cuenta lo informado, se concluye en múltiples GCP como abordaje sugerido el uso de BPC más sedación consciente, además de la inclusión de AINES como terapia farmacológica inicial, ya que pueden favorecer la disminución de dolor posterior al procedimiento.⁴⁰ "container-title": "Royal College of Obstetricians & Gynaecologists", "language": "en-US", "title": "The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7).

La utilización de AINES al inicio de la terapia con misoprostol, en un régimen combinado de misoprostol-mifepristona, se muestra como efectiva, con diferentes grados de percepción de analgesia que pueden oscilar desde el 20% hasta el 80%. Los medicamentos que mejores resultados presentan de acuerdo con la opinión de las pacientes por medio de escala visual análoga (EVA) es el diclofenaco, paracetamol + codeína y acetaminofén, en el mismo orden. Importante resaltar que el paracetamol como monoterapia no tiene efecto suficiente para promover analgesia satisfactoria y sostenida, por lo que su uso bajo estas condiciones no está recomendado.

En cuanto a los métodos de analgesia controlados por paciente, los resultados son variables, reportándose que en aproximadamente 50% de los casos se puede lograr analgesia sostenida y satisfacción cuando los medicamentos en uso son fentanilo, morfina y midazolam; pero cuando los usados son tramadol en combinación con metoclopramida y remifentanilo, los niveles de analgesia pueden ser mayores. Se observa adecuado control de dolor, con efecto incrementado a favor de la combinación de tramadol con metoclopramida entre las 16 y 20 horas después de iniciado su uso. Limitaciones en contra de esta combinación es que los resultados provienen de una muestra considerada como baja.

Las opciones de sedación profunda pueden ser controversiales ya que imponen condiciones adicionales de recursos para garantizar su provisión, debido a que su implementación requiere mayor número de involucrados en la atención, instalaciones adecuadas y se asocia a la necesidad de mantener intubación endotraqueal para asegurar la vía aérea durante el procedimiento; por lo que se concluye en algunos casos que los servicios de atención a mujeres en situación de aborto no deberían fundamentarse sobre



la disponibilidad de esta modalidad de anestesia ⁴⁰”container-title”:"Royal College of Obstetricians & Gynaecologists”,”language”:"en-US”,”title”:"The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7). Pero, en algunos sistemas de salud este medio de provisión de analgesia es requerido por ley o abiertamente disponible de acuerdo con las preferencias de las usuarias. Para todas las opciones revisadas, es la que presenta un mejor perfil de analgesia y satisfacción para las pacientes, hasta antes del periodo de recuperación post-procedimiento, ya que posteriormente pueden manifestarse efectos comunes como somnolencia, náuseas, cefalea, confusión, entre otros. De acuerdo con dos reportes que incluyen entre ambos una muestra superior a 16,000 pacientes, el desarrollo de complicaciones al realizar sedación profunda sin intubación se presenta entre el 0.03 y 0.08 de los casos, reportándose únicamente 7 complicaciones serias de tipo pulmonar.

El grupo de expertos concluye que es importante tomar en cuenta las preferencias de las mujeres en situación de aborto con respecto a las opciones de analgesia o anestesia que se pueden proporcionar, por lo que siempre debe informarse los beneficios y riesgo de manera completa de cada una de estas opciones y en ningún caso se debe de dejar de ofrecer terapia farmacológica para aminorar la percepción del dolor. Preferentemente, se debe contar con medidas varias de control de dolor, ya que puede presentarse la posibilidad de que la opción terapéutica elegida no sea tan efectiva como se esperaba. Se considera de igual manera que al elegirse la sedación consciente, esta debe ser provista por profesionales capacitados para su administración y con la capacidad de atención de efectos adversos u emergencias asociadas a este tipo de terapias, inclusive la disponibilidad de agentes con capacidad de revertir los efectos de benzodiazepinas y opioides. No se recomienda priorizar los servicios basados en la provisión de anestesia general.

Tomando en cuenta la información diversa y en algunos casos poco concluyente relacionado al manejo del dolor entre mujeres en situación de aborto, el grupo de expertos también concluye que, existe una brecha de conocimiento en cuanto a las intervenciones terapéuticas que se proporcionan en la región centroamericana, y se recomienda indagar desde la perspectiva de investigación las intervenciones y los efectos obtenidos, para tener un panorama más completo de los tipos de terapias ofertadas, costos, y otros desenlaces clínicos relevantes.

[Estrategias de búsqueda, análisis de evidencia pueden ser consultadas en ANEXO 5 al final del documento.](#)



PREGUNTA 6

¿Está indicado un régimen de maduración cervical o preparación del cuello uterino antes de realizar el manejo quirúrgico de un aborto?

	RECOMENDACIÓN	Se recomienda la maduración cervical o preparación del cuello uterino en embarazos superiores a 13 semanas.
	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	MODERADA
	FUERZA DE RECOMENDACIÓN	FUERTE A FAVOR
	PAUTAS DE BUENA PRÁCTICA	<ul style="list-style-type: none">• En edades gestacionales menores a 17 semanas, puede utilizarse misoprostol 400 µg por vía oral (preferentemente sublingual) o vaginal, inclusive 3 a 4 horas antes de realizar el procedimiento quirúrgico. Dosis adicionales pueden ser requeridas.• En edades gestacionales menores a 17 semanas, la preparación cervical puede lograrse por medio del uso de laminaria/dilatadores osmóticos (DO) solos o en combinación con misoprostol 400 µg por vía oral o vaginal, hasta 3 a 4 horas antes de realizar el procedimiento quirúrgico. Pueden ser requeridas dosis adicionales de medicamentos y el proceso de preparación debe iniciar con los DO al menos 24 a 36 horas antes del procedimiento.• Comparativamente, las reacciones adversas observadas con el uso de misoprostol como monoterapia o en combinación con dilatadores osmóticos, son similares.• En embarazos con edad gestacional de 17 a 24 semanas, el uso de laminaria/DO en combinación con misoprostol 400 µg por vía oral (preferentemente sublingual) o vaginal, 3 a 4 horas antes de realizar el procedimiento quirúrgico, se asocia con una mayor dilatación que con el uso DO solos. Aunque de no contarse con DO, se obtiene evidencia de que el uso de misoprostol también es efectivo como monoterapia, pero con probabilidad incrementada de requerirse métodos adicionales de dilatación.• En embarazos con edad gestacional de 17 a 24 semanas puede utilizarse misoprostol 400 µg por vía oral (preferentemente sublingual) o vaginal, 3 a 4 horas antes de la dilatación, más el uso de inserciones seriadas de DO, aunque este último procedimiento puede condicionar a mayor apareamiento de complicaciones.• Mifepristona puede utilizarse durante la noche previa al procedimiento quirúrgico, en combinación con DO y/o misoprostol, observándose que su adición influye principalmente en el tiempo de duración del procedimiento, quirúrgico, el cual puede ser menor a 10 minutos, siempre que sea realizado por profesionales capacitados y con las competencias suficientes.



- Cuando se utilizan DO, misoprostol, mifepristona u otro tipo de dilatación cervical debe tenerse disponibilidad y acceso inmediato a cuidados de emergencia, debido a que entre las reacciones adversas que pueden presentarse están las hemorragias superiores a 500 ml o laceraciones cervicales.
- De no estar disponibles mifepristona y dilatación por medios osmóticos, la preparación cervical puede realizarse únicamente con misoprostol.

DISCUSIÓN PREGUNTA 6

Posterior a realizar búsqueda de información adicional a las fuentes proporcionadas por la guía de referencia, se identificaron un total de 218 reportes asociados al tema de interés, finalmente se utilizan dos de los resultados adicionales obtenidos. Es de hacer notar que muchos de los estudios identificados son similares entre ellos y no aportan resultados que puedan cambiar los conocimientos actuales con respecto al tema, ya que principalmente evalúan patrones de atención dispuestos al interior de centros hospitalarios o servicios de manejo ambulatorio, situación que puede condicionar a baja validez externa, por las dificultades para replicar los modelos de atención, especialmente en ambientes que puedan tener recursos limitados; otros estudios no son incluidos por ser su análisis mediciones enfocadas en embarazos en el primer trimestre. Entre los estudios identificados se incluyen dos RS, una de ellas publicada en el año 2020 ⁴¹, la cual se descarta ya que cuenta únicamente con tres estudios, dos de ellos incluidos en la RS utilizada para construir el perfil de evidencia GRADE, el tercer estudio incluido se analiza de manera individual.

Esencialmente, la dilatación o preparación del cuello uterino antes de un procedimiento quirúrgico a efectuarse entre mujeres en situación de aborto se fundamenta en permitir el paso para la instrumentalización y facilitar la extracción de productos de la concepción (PDC), con el objetivo de reducir el riesgo de laceraciones, perforaciones y consecuentemente pérdidas sanguíneas que puedan poner en riesgo la vida de la mujer. ⁴² Dentro de las opciones más comúnmente disponibles para lograr la dilatación del cuello uterino se encuentran el misoprostol, la mifepristona y los dilatadores osmóticos con enfoque principal en la laminaria. De acuerdo con la evidencia identificada, es posible establecer un efecto favorable entre los métodos disponibles, cuando son aplicados en periodos puntuales de la dilatación. Por ejemplo, el inicio de la dilatación se ve favorecido con el uso de DO, pero la capacidad de lograr una dilatación continua y sin menos dificultades se observa con el uso de prostaglandinas. El efecto de la mifepristona con fines de preparación cervical es ejercido por medio de la sensibilización del miometrio a las contracciones inducidas por prostaglandinas, en este sentido, su mayor utilidad se observa principalmente al momento que se realiza el procedimiento quirúrgico; de manera adicional ejerce función como antagonista de la progesterona y su uso puede condicionar al desarrollo de reacciones adversas como dolor abdominal, náuseas, vómitos, etc. ⁴³ La posibilidad de lograr efectos beneficiosos se puede ver mejorada al utilizar combinaciones como DO más misoprostol, misoprostol más mifepristona o DO más mifepristona; para esto, es necesario tener en cuenta aspectos como edad gestacional, embarazos previos y preferencias de la paciente.

En cuanto a misoprostol, puede ser administrado por diferentes vías: oral, bucal, sublingual, vaginal y rectal. Para la decisión de uso deben tomarse en cuenta las preferencias de las mujeres y la planificación que se tenga del procedimiento, ya que a partir de la vía de administración seleccionada, así serán los tiempos en que se pueden presentar sus efectos. Las dosis recomendadas oscilan entre los 400 µg a 800 µg, utilizándose las dosis menores cuando se prefiere la vía oral, y requiriendo mayor observación de las pacientes al utilizar las dosis más altas, ya que pueden estar asociadas con mayor riesgo de desarrollo de reacciones adversas, especialmente cuando se combinan con DO.¹³ Tomado en cuenta la farmacocinética



del producto, la vía sublingual, vaginal y bucal son las recomendadas. La vía sublingual tiene la ventaja de presentar niveles máximos de concentración en sangre en 30 minutos y mantenerse activa hasta por 6 horas, similar a lo observado al utilizar la vía vaginal, con la diferencia de que su pico de concentración se ve en aproximadamente 75 minutos. La vía bucal, también presenta concentración máxima en 75 minutos, pero su pico de efecto se mantiene por menos de dos horas, por lo cual pueden requerirse más dosis. Para las tres opciones, el inicio de acción del medicamento sobre el tono uterino se presenta entre los 8 y 20 minutos posterior a su administración, para lograr contracciones uterinas sostenidas y especialmente cuando no se está utilizando una combinación de métodos, es posible que sea necesario administrar dosis adicionales.^{44 45}

El grupo de expertos al igual que las recomendaciones observadas en las diferentes fuentes de evidencia, concluye en la importancia de prescribir un régimen apropiado de dilatación cervical; en este sentido, se hace mención a que no en todos los sistemas de atención de la zona centroamericana se cuenta con disponibilidad de laminaria u otros DO, por lo que se recomienda que se proceda con la combinación de mifepristona más misoprostol y si por circunstancias particulares, tampoco se cuenta con mifepristona, la maduración del cuello uterino debe realizarse únicamente con misoprostol. Además, se reconoce que de contarse con alternativas, la preferencia del método de preparación debe consensuarse con la mujer en situación de aborto, explicando los riesgos y beneficios de cada opción y tiempos estimados para ver los efectos. Es importante reconocer que en diferentes contextos sociales o personales, la utilización de medicamentos por vía vaginal puede ser rechazada, por lo cual se debe dar la oportunidad a las mujeres para optar por otras vías de administración del misoprostol, requiriéndose a los profesionales de la salud mantener el cuidado de informar de igual manera los tiempos y efectos esperados al elegir una vía de administración por sobre otras. La provisión de preparación cervical no se considera una barrera para la población, ya que desde la perspectiva de oferta, se cuentan con acceso y disponibilidad continua de misoprostol. Se reconoce que el misoprostol es un medicamento potente cuyo efecto está directamente vinculado con la dosis prescrita y la vía de utilización seleccionada, de ahí la importancia de un monitoreo continuo y personalizado a las mujeres en etapa de preparación cervical, ya que los efectos de las reacciones adversas pueden presentarse de manera inadvertida. En conjunto con la preparación del cuello uterino, debe también asegurarse un acceso venoso, implementación de técnica de “no tocar” para limitar el incremento en el riesgo de desarrollo de infecciones y disponibilidad sin retrasos a uterotónicos.

Estrategias de búsqueda, análisis de evidencia pueden ser consultadas en ANEXO 6 al final del documento.



PREGUNTA 7

¿Cuál es el fármaco o combinaciones de fármacos recomendados para el manejo médico del aborto en el segundo trimestre del embarazo, incluyendo causas asociadas a muerte fetal y anomalías congénitas?



RECOMENDACIÓN

Entre mujeres en situación de aborto en el segundo trimestre del embarazo, se recomienda el uso de misoprostol como fármaco de primera línea para la inducción de la expulsión fetal y placentaria.



CALIDAD DE LA EVIDENCIA

MODERADA

FUERZA DE RECOMENDACIÓN

FUERTE A FAVOR



PAUTAS DE BUENA PRÁCTICA

- La opción de manejo farmacológico se considera la adecuada en los casos que se necesita obtener un feto intacto.
- El tratamiento debe implementarse preferentemente en ambiente hospitalario, ya que su duración puede ser superior a 24 horas. Principalmente debe considerarse esta opción en embarazos con edad gestacional avanzada.
- Los regímenes recomendados de misoprostol son:
 1. 13 – 24 semanas: misoprostol 400 µg vía vaginal, sublingual o bucal, cada 3 horas. Cuando esté disponible, agregar mifepristona 200 mg, dosis única aplicado entre uno a dos días, antes del inicio de la terapia con misoprostol.
 2. Manejo 25 – 26 semanas: misoprostol 200 µg vía vaginal, sublingual o bucal, cada 4 horas. Cuando esté disponible, agregar mifepristona 200 mg, dosis única aplicado entre uno a dos días, antes del inicio de la terapia con misoprostol.
 3. Manejo 27 – 28 semanas: misoprostol 200 µg vía vaginal, sublingual o bucal, cada 4 - 6 horas. Cuando esté disponible, agregar mifepristona 200 mg, dosis única aplicado entre uno a dos días, antes del inicio de la terapia con misoprostol.
- Debido a que el periodo de inducción puede requerir inversión abundante de tiempo y recursos hospitalarios, se puede utilizar maduración cervical para disminuir el tiempo de expulsión. Pudiéndose utilizar mifepristona 24 a 48 horas antes del inicio de la terapia con misoprostol. No se recomienda el uso de dilatadores mecánicos u osmóticos o donadores de óxido nítrico.
- Los regímenes similares a los informados previamente pueden aplicarse para el manejo de muerte fetal intrauterina.
- Para aborto incompleto se sugiere utilizar: 400 µg vía vaginal, sublingual o bucal, cada 3 horas hasta la expulsión.



DISCUSIÓN PREGUNTA 7

El aborto médico en el segundo trimestre comprende la utilización de productos farmacológicos para lograr la expulsión, su elección por sobre la dilatación y evacuación se fundamenta cuando existe un feto completo y se busca mantener la integridad ya sea por razones psicológicas, sociales, de diagnóstico, evaluación de futuro reproductivo o legales.

Se identifican un total de 1694 documentos relacionados al tema de interés. Tres de manera particular tienen un enfoque específico y comparativo entre las diferentes opciones de tratamiento disponibles para el manejo médico del aborto en el segundo trimestre. El primero es una RS elaborada en el año 2010 y que incluye un total de 38 estudios con muestra de 3,679 mujeres (incluye la provisión de servicios por muerte fetal y anomalías fetales) ⁴⁶, el cual es la base para la elaboración del perfil de evidencia GRADE; el segundo es un MA en red, elaborado en el año 2015 que incluye 56 estudios con un total de 7,636 mujeres, para este último estudio sus desenlaces no están habilitados para consulta completamente, por lo que solo se pueden obtener resultados parciales ⁴⁷, el tercer documento es una RS, publicada en el año 2020, que incluye un total de 43 estudios con muestra de 8,284 mujeres. ⁴⁸ Las recomendaciones de la GPC de referencia se contrastan por las sugeridas en los documentos antes mencionados, los cuales también incluyen la mayoría de los reportes utilizados en la GPC de la SCOG.

En términos generales, las conclusiones observadas en los estudios identificados son similares, observando variaciones principalmente en las rutas de administración del medicamento para la inducción del aborto. La RS Cochrane publicada en el año 2010 establece la ruta vaginal como eficaz, la RS publicada en el año 2020 reconoce las rutas vaginal, bucal y sublingual como eficaces; y el MA en red establece la vía oral y bucal como las más eficaces. En cualquier caso, la ruta de administración debe ser consensuada con la paciente y se recomienda tener en cuenta las variaciones farmacocinéticas relacionadas a concentración y picos de efecto máximo que puede tener el misoprostol.

Se deben proporcionar analgésicos inicialmente tipo AINES para el manejo del dolor en mujeres situación de aborto que reciben tratamiento por medios farmacológicos. Además, no están recomendados el uso de dilatadores osmóticos o mecánicos, los cuales pueden estar asociados con más dolor y en algunos casos se ha observado que su efecto no es superior al generado por la mifepristona, cuando el tiempo para llegar al parto es la variable medida. De igual manera, el uso de catéteres tipo Foley, a pesar de no ser incluido en los desenlaces analizados no muestra efectos favorables en disminuir los tiempos de expulsión.

Otros medicamentos disponibles como prostaglandinas E2 y E2 alfa, no demuestran superioridad, con respecto al misoprostol, ya que este último presenta menos riesgo de que un embarazo no se extienda más de 24 horas posterior al inicio del tratamiento. Aunque su uso en algunos sistemas de salud sigue siendo rutinario, de ahí que deben considerarse como opciones de no contar con misoprostol.

En cuanto a las dosis de misoprostol, los mejores resultados se observan cuando estas son bajas (menor o igual 800 µg) o moderadas (entre 800 µg y 2400 µg), en ambos casos acumulativas y se administran en intervalos de tiempo de 3 a 4 horas. No se recomiendan las dosis de carga de misoprostol. Regímenes similares se recomiendan para la atención de muerte fetal intrauterina y aborto incompleto, exceptuando el uso de mifepristona para este último caso. ^{18 19}

El grupo de expertos coincide en que la evidencia actual es concluyente en que la combinación de misoprostol más mifepristona son efectivas y eficaces en el manejo de mujeres en situación de aborto y en quienes el manejo médico es el elegido. Se recomienda que en vista de las diferentes opciones de administración disponibles del misoprostol, debe consensuarse la vía de administración con la paciente. En cuanto a la posibilidad de reacciones adversas a los medicamentos, se reconoce por experiencia profesional que estos pueden ser mínimos, manifestándose principalmente en dolor, náuseas, sangrados



vaginales de bajo volumen; pero al mismo tiempo, hay evidencia de probabilidad de observar partos precipitados, hemorragias importantes, e inclusive laceraciones y rupturas uterinas, por lo que se recomienda mantener vigilancia continua, preferentemente con cuidado hospitalario a las mujeres que han iniciado tratamiento con misoprostol. De presentarse un aborto fallido se sugiere informar a las mujeres sobre la posibilidad de optar por la vía quirúrgica para la lograr la evacuación. No se identifican barreras en cuanto al abastecimiento y provisión de las combinaciones de medicamentos sugeridas.

Estrategias de búsqueda, análisis de evidencia pueden ser consultadas en ANEXO 7 al final del documento.

PREGUNTA 8

¿Se debería realizar examen histopatológico de los productos de la concepción posterior a un aborto médico o quirúrgico?



RECOMENDACIÓN

Se recomienda realizar estudio histopatológico de los productos de la concepción.



CALIDAD DE LA EVIDENCIA

CONSENSO DE EXPERTOS

FUERZA DE RECOMENDACIÓN

FUERTE A FAVOR



PAUTAS DE BUENA PRÁCTICA

- Inicialmente después de un procedimiento debe procederse con la revisión macroscópica de los productos de la concepción.
- Posterior al análisis macroscópico de los productos de la concepción, estos deben referirse a estudio histopatológico (cuando estén disponibles).
- Ante la presencia de un examen anormal o tejidos incompletos, se sugiere considerar la posibilidad de retención de productos de la concepción y por tanto, proseguir con nueva aspiración, preferentemente con evaluación previa y dirección del nuevo procedimiento utilizando ecografía.

DISCUSIÓN PREGUNTA 8

Para esta pregunta se realiza una búsqueda que permite identificar un total de 23 estudios, de estos, 4 incluyen información asociada a los términos de interés y los cuales son utilizados como fuentes adicionales a los contenidos provistos en la GPC de referencia. No se hace análisis de calidad de evidencia ya que son reportes de resultados patológicos o de la pertinencia de su uso.

De manera rutinaria está recomendada la revisión de los PDC inmediatamente después del procedimiento aplicado. El proceso de revisión macroscópico sugerido conlleva la colocación de los productos en un recipiente con un pequeño contenido de agua para inspección visual, cuando se pretende realizar estudios cromosómicos posteriores, se deben colocar los productos en solución salina o ácido acético. La inspección inicial de los tejidos debe realizarse en ambientes con suficiente iluminación y preferentemente teniendo como fuente directa una caja luminosa de luz blanca, similar a las utilizadas para la lectura de radiografías simples (negatoscopio). Debe tomarse en cuenta las características del tejido decidua (claro, color poco intenso o rojo con tonalidad color café), la decidua capsular tiene apariencia opaca con marcas hemorrágicas, características de los tejidos y presencia de todas las partes anatómicas esperadas.



En abortos del segundo trimestre, debe evaluarse la anatomía fetal, incluido el tejido placentario, con el fin de confirmar edad gestacional y extracción completa de todos los tejidos.

Ante la presencia de un examen anormal o tejidos incompletos, se sugiere considerar la posibilidad de retención de PDC y por tanto, proseguir con nueva aspiración, preferentemente con evaluación previa con ecografía y de ser posible, también el procedimiento dirigido con ecografía. En una revisión retrospectiva realizada en el año 2008 en 91 pacientes con sospecha de retención de productos de la concepción, después de abortos espontáneos en el primer trimestre de la gestación, se observó sensibilidad del 93% y especificidad de 50% del sangrado vaginal como predictor de retención de PDC, con valores predictivos positivos y negativos de 74% y 82%, respectivamente. El examen histopatológico confirma la presencia de vellosidad coriónica en el 60% de los casos (n=55) y decidua en el 40% de los casos (n=36). La respuesta hiperecogénica tiene sensibilidad de 78% y especificidad del 100% en la predicción de retención de PDC. Se recomienda la utilización inicial de ecografía para la detección de PDC, ante la presencia de hallazgos clínicos como sangrado.⁴⁹ En un segundo análisis retrospectivo de solicitudes de estudio histopatológico (n=292), se reconoce que molas parciales se observan en el 17% de los casos y anomalías no diagnosticadas en 1.7% de todas las revisiones.⁵⁰

En una evaluación realizada en el año 2020 asociada a los requerimientos de estudios de análisis de PDC, se observa que el 62% (n=52) de las admisiones de tejidos al laboratorio de histopatología son asociados con abortos incompletos y 29% con abortos completos. De estos, en términos de anomalías, mola hidatiforme se identificó en el 8.4% de los casos, observándose además que, por medio de ecografía no se logran diagnosticar dos casos de mola hidatiforme; por lo cual, se recomienda mantener patrones de rutina de referencia de PDC para evaluación histopatológica.⁵¹

A pesar de que se reconoce la utilidad del estudio histopatológico de los PDC, diferentes opiniones pueden existir al respecto. Algunas definiendo este paso como no necesario ya que impone barreras a la provisión de servicios a mujeres en situación de aborto, al generar costos adicionales a las mujeres; en otros casos se recomienda que solo bajo circunstancias en que las leyes lo requieran se proceda con el estudio. En un reporte publicado en el año 2014, sobre las prácticas de expertos en obstetricia y ginecología en Australia, con respecto al requerimiento de estudios histopatológicos de PDC, se identifica a partir de una muestra de 56 opiniones, que solo el 76% requieren rutinariamente el estudio, de estos, la mayoría lo hace para mantener un diagnóstico certero de la posible causa de aborto. En los casos que no se realizan los estudios histopatológicos las causas aducidas son la no seguridad de que aporte algún beneficio, costo elevado, preferencia por utilización de ecografía y examen macroscópico considerado como suficiente.⁵²

El grupo de expertos considera que el estudio histopatológico de los PDC no debe ser obviado, ya que a partir de este se pueden obtener respuestas confirmatorias de edad gestacional, anomalías congénitas, entre otras; además, en los casos de muerte fetal o abortos espontáneos puede aportar información relevante que permita reconocer patologías o condiciones que ayuden a planificar futuros embarazos o inclusive el futuro reproductivo de una mujer. Pueden existir controversias en los lugares en que se permite el aborto legal, ya que esta situación puede hacer de que la utilización rutinaria de estudios histopatológicos sea considerada como de alto costo y barrera para el acceso a este tipo de servicios; pero, reconociendo los aspectos legales vigentes en la región centroamericana, se concluye que siempre que estén disponibles los servicios de estudios histopatológicos, se debe requerir la revisión de los PDC tanto en cumplimiento de regulaciones de los centros de atención como para la protección de la mujer bajo criterios médicos y legales, además la de los profesionales de la salud también bajo la figura legal. Desde la perspectiva de equidad, un acceso irrestricto a este tipo de servicios garantiza que cualquier persona pueda tener información adicional que puede servir en el contexto emocional, social, legal y de salud reproductiva.

Estrategias de búsqueda puede ser consultada en ANEXO 8 al final del documento.



PREGUNTA 9

¿Cuáles son los cuidados sugeridos y complicaciones más frecuentes observadas en mujeres posterior a un aborto en embarazos mayores 13 semanas de gestación?



CALIDAD DE LA EVIDENCIA

CONSENSO DE EXPERTOS

FUERZA DE RECOMENDACIÓN

FUERTE A FAVOR

DISCUSIÓN PREGUNTA 9

La presente pregunta no propone una recomendación específica, ya que se encuentra sustentada en evidencia contrastada y sugerida en múltiples GPCs, tomando en cuenta este criterio, se utiliza para su construcción todos los documentos que fueron analizados para ser considerados en el proceso de adaptación de esta GPC.

En primer lugar, todo profesional de la salud debe reconocer cuales son las actividades generales asociadas con el manejo médico y quirúrgico de las mujeres en situación de aborto, para tener criterio de los posibles riesgos a los que se ve expuesta una mujer y los cuidados que debería recibir. Se presenta un resumen en el siguiente cuadro:

ABORTO QUIRÚRGICO	ABORTO MÉDICO
1 a 2 días de preparación del cuello uterino, seguido de extracción quirúrgica y tiempo de recuperación post-anestesia o sedación.	Procedimiento puede durar de dos a tres días con necesidad de ingreso hospitalario.
Utilización de analgésicos sedantes o anestesia en algunos casos que pueden estar vinculadas con reacciones adversas.	Necesidad de administración continua de medicamentos para lograr expulsión.
Limitada o nula posibilidad de interacción física con el feto.	Posibilidad de interacción física con el feto.
Complicaciones potenciales como sangrado abundante, perforación uterina, infección, aborto incompleto, histerectomía y necesidad de transfusiones.	Complicaciones potenciales: sangrado abundante, infección, aborto incompleto, necesidad de dilatación y curetaje, histerectomía y necesidad de transfusiones.

Cuadro 4. Adaptada de Aborto inducido: Aborto quirúrgico y métodos médicos en el segundo trimestre.²⁰

Para la etapa post-aborto se debería tener definido desde el proceso de consejería pre-aborto, el método anticonceptivo a utilizar posterior al procedimiento, por lo cual el método elegido por la paciente en esta etapa debería estar colocado o como mínimo listo para ser prescrito o entregado al momento del alta.

Las mujeres que recibieron sedación o analgesia deberán ser observadas por un profesional capacitado para atender reacciones adversas y hacer un monitoreo completo durante el periodo de recuperación posterior al aborto, especialmente entre aquellas que recibieron sedación moderada o profunda. Por lo que de estar disponible, debería mantenerse al menos un oxímetro de pulso para el control de variables fisiológicas que puedan alertar sobre posibles complicaciones clínicas.

No se debe dar el alta sin antes haber confirmado ausencia de sangrado activo y dolor que genere incomodidad, presencia de buena oxigenación, capacidad para deambular, además de pulso cardíaco y presión arterial estable. Algunas mujeres pueden experimentar dolor abdominal y sangrado vaginal ocasional hasta 10 días posterior al procedimiento.⁵³ El sangrado debería desaparecer de manera completa en un periodo de 3 semanas y está recomendada la prescripción de AINES post-aborto para el manejo de dolor, no se recomienda la indicación y uso de opioides.



No es infrecuente que se mantenga la creencia popular, de la existencia de problemas mentales (psicológicos y emocionales) posterior a un aborto. En una RS realizada en el año 2011, se identifica que el factor principal para el padecimiento de problemas mentales después de un aborto es la misma existencia de historia de problemas mentales previo al aborto. Se identifican otros factores predictores no consistentes, como por ejemplo actitud negativa hacia el aborto, incluyendo duelo e incertidumbre en la decisión y presión ejercida para abortar por parte de la pareja de la mujer.⁵⁴ Tomando en cuenta lo anterior, se resalta la importancia de la consejería pre-aborto para la identificación de problemas mentales o situaciones que se estime puedan ejercer un impacto emocional, y cuando se identifica algún riesgo, la mujer debe recibir el apoyo necesario para evitar consecuencias que atenten contra su integridad física, psicológica y social. De igual manera, se recomienda garantizar la existencia de un sistema de soporte emocional alrededor de la mujer, proveyendo información sobre medios o servicios que pueden atenderla en casos en que sea necesario. En las situaciones que se estime conveniente debe considerarse la referencia a un especialista clínico con enfoque en salud mental. Las mujeres con embarazo en curso que sufren muerte fetal intrauterina pueden verse beneficiadas de consejería para manejo del duelo.

No está recomendado el seguimiento posterior a mujeres en situación de aborto que han recibido un procedimiento médico o quirúrgico, excepto en condiciones que por complicaciones o necesidades predeterminadas así se haya definido. Dentro de las posibles causas que condicionan a seguimiento se identifican: la necesidad de confirmación por parte del proveedor de salud de ausencia de PDC, discusión adicional o provisión retrasada de anticoncepción, toma de prueba de Papanicolau y respuesta, diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual, seguimiento a complicaciones.⁵⁵

COMPLICACIONES INMEDIATAS

Hemorragia.

Aunque la hemorragia al momento del aborto es infrecuente y se presenta en menos del 1% de los casos, los profesionales clínicos deben estimar medidas para prevenir o prepararse ante la posibilidad de que se presente sangrado aumentado en mujeres con riesgo incrementado de hemorragia y se encuentran en proceso de aborto.

Las causas posibles de hemorragia podrían ser las siguientes:

- Atonía, cesárea previa, uso de anestésicos halogenados, edad gestacional mayor a 20 semanas, edad materna avanzada.
- Coagulopatía.
- Placentación anormal (historia de procedimientos quirúrgicos).
- Perforación (experiencia limitada del cirujano, dilatación cervical inadecuada, no uso de ecografía durante el procedimiento, edad gestacional avanzada).
- Laceración cervical (inexperiencia del cirujano, dilatación cervical inadecuada, nuliparidad, edad gestacional mayor a 20 semanas).
- Tejidos retenidos (inexperiencias del cirujano, no uso de ecografía en situaciones clínicas que ameritaban su utilización).⁵⁶

Dependiendo de la causa de la hemorragia, el tratamiento adecuado puede incluir la re-evacuación del útero, la administración de fármacos uterotónicos, la reposición de líquidos por vía intravenosa y, en casos graves, transfusiones sanguíneas o de hemoderivados, laparoscopia o laparotomía exploratoria.¹³



No está claramente definida, pero puede establecerse la presencia de una hemorragia cuando se identifican pérdidas sanguíneas mayores a 250 ml, y se requiere al menos una intervención clínica (ejemplo: reposición hídrica endovenosa, el uso de uterotónicos) o inestabilidad que requiere transfusión sanguínea u hospitalización.^{20 56}

Pasos sugeridos en el proceso de evaluación y atención de una hemorragia:

Identificación de factores de riesgo	<p>Bajo - Sin antecedentes relevantes</p> <p>Moderado - 2 o más cesáreas previas, cesárea y placenta previa, historia de hemorragia obstétrica, extremos de la vida reproductiva, edad gestacional mayor a 20 semanas, fibromas, obesidad.</p> <p>Alto - placenta accreta, historia de hemorragia obstétrica más transfusión, cualquiera de las condiciones definidas como riesgo moderado.</p>
Reconocer el sangrado y pedir ayuda	<ul style="list-style-type: none"> ● Establecer acceso venoso periférico ● Iniciar fluidos endovenosos ● Conteo sanguíneo ● Tipo sanguíneo y Rh ● Tiempos de coagulación ● Paciente inestable atender bajo código de emergencia ● Uso de uterotónicos
Palpación	<ul style="list-style-type: none"> ● Aplicar presión directa sobre el útero con la mano y además presión en el fondo uterino.
Inspección	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinar causa y origen de la hemorragia, considerando: retención de productos de la concepción, trauma del tracto genital, atonía uterina y coagulopatía. ● Si el sangrado proviene del cérvix considerar embolización urgente o laparotomía. ● Si se identifica una laceración, la reparación o sutura debe hacerse tomando en cuenta la condición general de la paciente, proporcionándose de acuerdo con el cuadro clínico analgesia local, regional, sedación o anestesia general.
Retención de PDC	<ul style="list-style-type: none"> ● Reexaminar tejido, ecografía, aspiración.



Intervención	<p>De acuerdo con la etiología de la hemorragia se podrían implementar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Taponamiento con balón intrauterino con gasa estéril, de 30 ml a 75 ml con balón de sonda Foley, balón obstétrico o condón inflado colocado en el útero. ● Referencia de emergencia a especialista (de ser necesario) ● Laparoscopia ante la sospecha de perforación ● Laparotomía cuando la paciente está en condición inestable. <p>Una laceración cervical puede ser tratada con presión directa con una gasa o pinza con esponja, aplicación de agentes coagulantes tópicos (como nitrato de plata o una solución de sulfato férrico), o colocando suturas absorbibles.</p> <p>La atonía uterina requiere una respuesta secuencial rápida, comenzando con un masaje uterino, seguido de medicamentos uterotónicos, re-aspiración, taponamiento uterino y finalmente medidas quirúrgicas.</p> <p>Los profesionales de la salud deben tener en cuenta de que el manejo clínico de la atonía uterina es dinámico y por lo cual, se debe avanzar rápidamente en las intervenciones en caso de no obtener la respuesta esperada.</p> <p>Cuando se utilizan medicamentos uterotónicos, pueden administrarse dosis adicionales o repetidas si el sangrado no disminuye después de la primera dosis.</p> <p>Opciones de uterotónicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “Metilergonovina 0.2mg por vía intramuscular o intracervical; repetir cada 2 a 4 horas. Evitar en mujeres con hipertensión arterial. ● Misoprostol 800 mcg por vía sublingual o rectal ● Oxitocina De 10 a 40 unidades por cada 500 ml a 1000 ml de líquido intravenoso o 10 unidades por vía intramuscular”.
--------------	---

Cuadro 5. Manejo de la hemorragia al momento del aborto. Adaptada de GPC inducción del aborto y aborto quirúrgico, manejo de la hemorragia post-aborto y actualizaciones clínicas en salud reproductiva, hemorragia postaborto: prevención y manejo. ^{20 56 57}

Ante la sospecha o confirmación de perforación uterina, se sugiere:

- “A toda mujer bajo sospecha de perforación uterina, aunque sea asintomática, se le debe informar de la complicación y observar su cuadro clínico.
- Si la mujer está estable, se le debe informar sobre los signos de alarma, que indican cuándo debe buscar asistencia de emergencia, si es necesario, y se debe formular un plan de seguimiento antes de darla de alta del centro de salud.
- Si la mujer está inestable o se observa que su cuadro clínico está empeorando, debe ser trasladada a un establecimiento de salud de tercer nivel de atención para recibir el manejo correspondiente.
- Toda mujer que presente una perforación uterina confirmada, con evidencia de lesión intestinal, debe ser trasladada a un establecimiento de salud de tercer nivel para que reciba el manejo correspondiente”. ⁵⁸



Complicaciones Tardías

Signos y síntomas de alarma de complicaciones asociadas al aborto inducido:

- Dolor severo no controlado con analgésicos.
- Sensación de enfermedad continua (debilidad, mareos, náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, astenia).
- Síntomas sugestivos de continuidad del embarazo.
- Depresión e ideas suicidas.
- Necesidad de cambio de toallas sanitarias de manera continua (2 toallas sanitarias en al menos una hora por dos horas consecutivas).
- Fiebre mayor a 38°C, que dure al menos 6 horas.
- Descarga vaginal con olor desagradable e intenso.
- Ausencia de menstruación después de dos meses de realizada la inducción.

Infecciones: el desarrollo de infecciones que requieren el uso de antibióticos posterior a un aborto se observa en aproximadamente el 2% de los casos.⁵⁹ El tratamiento sugerido es antibióticos de amplio espectro, antipiréticos y de acuerdo con la condición de la paciente, hospitalización, desbridamiento y antibióticos endovenosos. Se debe sospechar la posibilidad de retención de los PDC.

Retención de los PDC: los síntomas incluyen sangrado vaginal, dolor abdominal y signos de infección. Se recomienda aspiración o utilización de misoprostol.¹³

Aborto fallido y continuidad del embarazo: el riesgo de falla del procedimiento puede ser tan bajo como del 0.1% o hasta el 0.23% cuando las gestaciones son de hasta 12 semanas.⁵⁶ El riesgo se incrementa en gestaciones menores a 6 semanas, en mujeres nulíparas que se someten a un aborto quirúrgico. Este hallazgo puede ser reconocido inmediatamente por medio de la identificación de PDC al utilizar ecografía. Si una mujer no observa su periodo menstrual 4 a 8 semanas después del aborto con evidencia de síntomas y signos de continuación del embarazo, evacuación uterina debe ser ofrecida.

PREGUNTA 10

¿Cuáles son las condiciones sobre las que debería tener conocimiento o entrenamiento el personal de salud con funciones en centros de atención orientados al cuidado de mujeres en situación de aborto?

Tomando en cuenta el interés de la FECASOG en promover la provisión de servicios de salud seguros, eficientes y efectivos en la región centroamericana, para esta pregunta se propone un resumen de las condiciones mínimas necesarias con las cuales deberían contar los profesionales de la salud, con funciones en establecimientos orientados al cuidado de mujeres en situación de aborto.

Antecedentes para la prestación de servicios de aborto:

- Disposiciones legales, regulatorias y de políticas
- Efectos del aborto inseguro sobre la salud
- Responsabilidad ética de realizar un aborto (o de derivar a mujeres cuando el profesional de la salud tiene objeciones por razones de conciencia para proporcionar el aborto) y de tratar las complicaciones del aborto inseguro
- Estándares y guías nacionales e internacionales para la atención para el aborto
- Derechos humanos relacionados con el aborto sin riesgos



Asesoramiento e interacción paciente-proveedor:

- Clarificación de las actitudes del profesional de la salud y creencias relacionadas con el aborto
- Confidencialidad y privacidad
- Comunicación interpersonal y capacidad de asesoramiento
- Información sobre el aborto y la anticoncepción
- Temas y riesgos asociados con el VIH y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
- Consideración de las necesidades de todas las mujeres, incluidas las adolescentes, las mujeres de bajos ingresos, las mujeres de minorías étnicas, las refugiadas y las que han tenido que dejar su hogar por razones de fuerza mayor, las mujeres con discapacidades, las sobrevivientes de violación, las mujeres que viven con VIH, mujeres con diagnóstico o riesgo de ETS o cualquier otra situación identificada de vulnerabilidad.
- Reconocimiento de signos de que la mujer ha sido víctima de violencia, y orientación para ayudarla a obtener asesoramiento y servicios adicionales
- Toma de decisión informada

Capacidades clínicas:

- Anatomía y fisiología relevantes al embarazo y aborto
- Evaluación previa al procedimiento (por ejemplo, antecedentes médicos, exámenes, tiempo de embarazo)
- Tamizaje para ETS
- Dilatación cervical
- Evacuación uterina
- Prevención de infecciones
- Manejo del dolor
- Reconocimiento y tratamiento de las complicaciones del aborto
- Manejo y cuidado posteriores al procedimiento, incluida la provisión de información, asesoramiento
- Métodos anticonceptivos
- Criterios y procedimientos de derivación
- Manejo de emergencias y códigos asociados con riesgo importante de muerte

Temas administrativos y garantía de calidad:

- Organización de servicios para garantizar un flujo de pacientes eficaz y, al mismo tiempo, mantener privacidad y la confidencialidad
- Registro y elaboración de informes de las estadísticas del servicio
- Prácticas para mantener la privacidad y la confidencialidad
- Logística, manejo del equipamiento e inventario
- Supervisión, evaluación y mejora/garantía de calidad
- Mecanismos para un transporte y derivación eficaces
- Criterios de supervisión

Cuadro 6. Tomada y adaptada de la guía aborto sin riesgos, guía técnica y de políticas para sistemas de salud de la OMS.¹³



14. ANEXOS

14.1 ANEXOS PREGUNTA 1

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA PREGUNTA 1

Fuente de referencias	Resultados	Estrategia de búsqueda
Pubmed	63	((pre-abortion) OR (preabortion)) AND (counselling)
Embase	53	(('female'/expOR 'female' OR 'females' OR 'woman' OR 'women' OR 'women, working') AND 'pre abortion' OR preabortion) AND ('counseling'/exp OR 'counseling' OR 'counselling') AND 'human'/de
Librería Cochrane	11	abortion in Title Abstract Keyword OR pre-abortion in Title Abstract Keyword OR preabortion in Title Abstract Keyword AND counseling in Title Abstract Keyword
Total de documentos seleccionados: 15		

Cuadro 7. Estrategia de búsqueda pregunta 1.

FUENTES DE EVIDENCIA PREGUNTA 1

DOCUMENTO	DISEÑO	MUESTRA	RESUMEN DE RESULTADOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA*
Malas decisiones”: Embarazo no planificado y aborto. Enfermeras y consejeros en la provisión de consejería pre-aborto. Sudáfrica 2021. ⁶⁰	Cualitativo, narrativa constructivista	NA	Análisis fundamentado en cinco preguntas que compara cuatro componentes informados por cuatro profesionales de la salud: motivación, objetivo de la consejería, provisión de información y manejo de otros involucrados durante la consejería. Conclusiones: (1) la consejería debería ser un medio para la normalización del aborto, esta normalización conlleva a la visibilización, desestabilización y desnaturalización de ideas patriarcales y cisnormativas sobre la “feminidad adecuada” y por medio de la cual se define a una mujer que por diferentes razones requiere un aborto; (2) la consejería debería ser regulada teniendo el cuidado de no enmarcarla de manera compleja para evitar su rechazo, tomándose en cuenta el contenido y quien la puede proporcionar, para garantizar autodeterminación reproductiva, autonomía, calidad y servicios seguros.	ALTA JBI Qualitative research tool
Resistiendo el estigma del aborto in situ. Sudáfrica 2020. ⁶¹	Cualitativo, narrativa discursiva	NA	Análisis de la experiencia de 30 mujeres incluidas en el grupo de pacientes y 4 proveedores de servicios de salud relacionado al estigma generado en las áreas de espera pre-consejería y posterior a recibir una intervención relacionada a la terminación del embarazo. Resultados: la consejería previa y posterior al aborto debe entenderse y concebirse como una estrategia social a implementarse a pequeña escala para combatir el estigma dirigido a las mujeres. Para las mujeres la consejería generó carga emocional en algunos casos, pero para la mayoría fue “curativa o beneficiosa”, la manera en cómo los profesionales sanitarios les apoyaron.	ALTA JBI Qualitative research tool
Arquitectura de elección ética en la consejería pre-aborto.2020. ⁶²	Artículo de opinión	NA	La arquitectura de selección fue implementada en el sector salud para que el pacientes o usuario esté informado, ya que permite aclarar opciones, eliminando sesgos para optar por la mejor decisión posible. Su uso no es ético cuando se utiliza para aminorar o suprimir la auto determinación de las mujeres.	ALTA JBI Text and opinions tool
Consejería pre-aborto obligatoria, puede ser una barrera para acceder al aborto seguro. Camerún 2019. ⁶³ Ensayo-revisión narrativa de literatura NA			Modelos de implementación de consejería con enfoque ético deben ser utilizados. La consejería pre-aborto es efectivo, pero su aplicación debe ser aceptada de manera voluntaria por la mujer, de lo contrario se pueden imponer barreras que fomentan el acceso a un aborto inseguro.	NA



Medición de la seguridad de la decisión entre mujeres que buscan un aborto. Estados Unidos de América 2016. ²⁹	Transversal analítico	500	El objetivo principal del estudio era examinar las razones de las mujeres para no proceder con un aborto durante el periodo regulado de al menos dos visitas previas. Estudio explora dos herramientas de medición que pueden ser incluidos en procesos de preevaluación y consejería, escala de validación de conflictos (EVC) y la denominada por los autores del estudio como escala "Taft-Baker" (ETB). Para la EVI se identifica poca indecisión en optar con la suspensión del embarazo, mediana 9.4 (0.0-68.4), media 15.4 (Desviación Standard-SD 15.2), los resultados demuestran alta consistencia. Para la ETB se observan resultados consistentes y similares, mediana 6.3 (0-56.3), media 12.4 (SD 14.7). La mayoría de las mujeres están seguras de decisión, 85% de los casos reportan que la toma de esta decisión no fue fácil. Estudio no reporta factores confundentes, aunque sí imitaciones.	ALTA JBI analytical cross-sectional studies tool
Necesidades no cubiertas en consejería entre mujeres accediendo a servicios de aborto. Sudáfrica 2016. ⁶⁴	Cualitativo con métodos mixtos	60	Se exploran los siguientes componentes de la consejería: accesibilidad, utilidad, actitud del proveedor de servicios de salud y experiencia obtenida. La consejería se realiza una a dos semanas antes del procedimiento, se recomienda a los consejeros tener preparación en temas relacionados a violencia, al requerirse los servicios de aborto mayoritariamente (2.16 veces) cuando una mujer está sometida a este tipo de ambiente. Se observa desarrollo de aislamiento de algunas mujeres, por lo cual los servicios deben ser seguros, basados en derechos y con acceso a la discusión y oferta de servicios de soporte. Se sugiere la existencia de protocolos de consejería claros y aplicados por profesionales entrenados para ese fin. La consejería debe ser vista como una inversión enfocada en los derechos a salud sexual y reproductiva de toda mujer y por lo tanto considerarse como una inversión a largo plazo.	ALTA JBI Qualitative research tool
Factores que influyen en la comunicación de las mujeres con sus proveedores de atención ginecológica habituales. Estados Unidos de América 2016. ⁶⁵	Cualitativo con entrevistas semiestructuradas	30	Solo el 33% de 24 mujeres que tienen un proveedor de servicios ginecológicos asistió a su proveedor para discutir los aspectos relacionados a la suspensión de un embarazo, las razones: percepción de que la discusión no será de beneficio, expectativa de que el procedimiento no podrá ser realizado por su proveedor, anticipación de barreras logísticas y preocupación en dañar la relación paciente-proveedor. Se observa como limitante una muestra baja y resultados podrían no ser generalizables a otros ambientes.	ALTA JBI Qualitative research tool
Es necesaria la consejería pre-aborto entre mujeres que buscan la terminación del embarazo. Reino Unido, 2015. ⁶⁶	Transversal analítico por cuestionarios autoadministrados	201	Más del 80% consideraron que no era necesaria la consejería al tener una decisión tomada. Solo el 50% de quienes buscaron consejería la consideraron como útil. Se sugiere que la consejería podría influir principalmente en proporcionar apoyo y reafirmación, en lugar de ayudar en el proceso de decisión. Análisis estadístico no está claramente descrito y sin aportar detalles completos con respecto a los diferentes grupos analizados	MODERADA JBI analytical cross-sectional studies tool
Consejería pre-aborto desde la perspectiva de mujeres. Bélgica 2013. ⁶⁷	Transversal analítico por cuestionarios administrados antes y después de la consejería	971	En más del 80% de los casos se discute sobre el procedimiento (método), uso de anticonceptivos, dudas y decisiones. Entre el 20% al 30% responden la discusión de temas como: consecuencias, razones para solicitar el aborto, alternativas, emociones, experiencia de otras personas, función de la pareja. El análisis del cuestionario pre-consejería indica una percepción de utilidad entre las mujeres encuestadas de 6.36 (máximo 10 ES:0.10) y 8.44 de 10 posibles puntos ES:0.07, en la evaluación post-consejería. Limitaciones: consejeros brindando mayor calidad de servicios al conocer el desarrollo del estudio de investigación, baja muestra de mujeres de origen diferente a Bélgica no es un estudio exploratorio.	ALTA JBI analytical cross-sectional studies tool

Cuadro 8. Análisis de fuentes de evidencia, pregunta 1

NA: No aplica

* Herramienta o escala utilizada para analizar la calidad de la evidencia (nivel alta, moderada y baja)



CUADRO EtD PREGUNTA 1

¿EN MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO, ESTÁ INDICADA LA CONSEJERÍA ANTES DE REALIZAR CUALQUIER INTERVENCIÓN DE TIPO FARMACOLÓGICO O QUIRÚRGICO?	
POBLACIÓN:	MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO
INTERVENCIÓN:	CONSEJERÍA PRE-ABORTO
COMPARACIÓN:	NO CONSEJERÍA
DESENLACES PRINCIPALES:	-----
LUGAR DE APLICACIÓN:	CUALQUIER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD
PERSPECTIVA:	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
ANTECEDENTE:	-----
CONFLICTO DE INTERÉS:	NINGUNO

RESUMEN DE JUICIOS

PROBLEMA	JUICIO						
	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No se sabe
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Bajo	Moderado	Alto		Varía	No se sabe
EFFECTOS NO DESEADO	Alto	Moderado	Bajo	Trivial		Varía	No se sabe
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto			Estudios no incluidos
VALORES	Incertidumbre variabilidad importante	Posible variabilidad importante	Probablemente no hay variabilidad importante	Posible variabilidad no importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se sabe
RECURSOS REQUERIDOS	Altos costos	Moderados costos	Costos y ahorro sin impacto importante	Ahorros moderados	Ahorros altos	Varía	No se sabe
CERTEZA DE EVIDENCIA DE NECESIDAD DE RECURSOS	Muy baja	Baja	Moderada	Alto			No se incluyen estudios
COSTO EFECTIVIDAD	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se incluyen estudios
EQUIDAD	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente no impacto	Probablemente incrementado	Incrementado	Varía	No se sabe
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No se sabe
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No se sabe

Cuadro 9. Resumen de juicios, pregunta 1.



TIPO DE RECOMENDACIÓN

RECOMENDACIÓN FUERTE EN CONTRA DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL EN CONTRA D ELA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL YA SEA A FAVOR O EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL A FAVOR DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN FUERTE A FAVOR DE LA INTERVENCIÓN
○	○	○	○	●

CONCLUSIONES

Recomendación
Se recomienda que entre mujeres en situación de aborto, se implemente la consejería antes de realizar cualquier procedimiento médico o quirúrgico.
Justificación
La implementación de un proceso de consejería efectivo y continuo es necesario y por lo cual se vuelve una prioridad; también se espera que este tenga un efecto importante especialmente con fines de equidad y la evaluación de valoración de los beneficios y riesgos por parte de las mujeres, quienes se concluye se verían beneficiadas directamente si se toma en cuenta que procesos educativos continuos favorecen a tomar decisiones informadas y particularmente en mujeres en situación de aborto a prevenir el acceso a servicios peligrosos o de alto riesgo.
Consideraciones subgrupo
Ninguna
Consideraciones para la implementación
Se vinculan principalmente a la necesidad de con personal suficiente y capacitado para proporcionar las consejerías
Monitoreo y evaluación
Ninguna
Prioridades en investigación
Debería promoverse la investigación de la consejería pre-aborto y sus efectos en la región centroamericana



14.2 ANEXOS PREGUNTA 2.

FUENTES DE EVIDENCIA PREGUNTA 2

DOCUMENTO	DISEÑO	MUESTRA	RESUMEN DE RESULTADOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA*
Efectividad de las estrategias de consejería para métodos anticonceptivos modernos. Londres 2019. ³⁰	Revisión sistemática	61 estudios	<p>Análisis de la efectividad de diferentes tipos de consejería y su aplicación en momentos o bajo circunstancias diversas. Para la consejería pre-aborto se incluyen 11 estudios, con solo 3 EC. En los Estados Unidos las entrevistas motivacionales tienen mejores resultados con el inicio de anticonceptivos reversibles de larga duración, mayor satisfacción y uso de los métodos informados. En China, la consejería individual (cara a cara) con acompañamiento de pareja masculina demuestra incremento en el uso de cualquier método anticonceptivo (97.6% vs 98.4%) y uso de métodos efectivos (89.3 % vs 96.2%). De igual manera, embarazos, nuevas inducciones y embarazos no planificados se ven reducidos con la consejería individual en comparación con modelo de información limitado y referencia. Para el Reino Unido, Cambodia y Brasil, diferentes intervenciones no muestran un mayor incremento en el uso de anticonceptivos después del aborto. En el Reino Unido, la consejería telefónica pre-procedimiento está asociado con un incremento del 60% en la probabilidad de utilizar LARC u optar por esterilización. Otros estudios de Estados Unidos por medio de la herramienta para la toma de decisiones de la OMS, Rusia y Egipto no muestran modificación en el cambio de comportamientos con respecto al uso de anticonceptivos. En Rusia se observa incremento en el uso de anticonceptivos cuando el proveedor tiene entrenamiento previo en el tema.</p> <p>Limitaciones: no se hace un análisis de riesgo de sesgo, no se informa sobre la muestra total de personas incluidas en la RS, únicamente la muestra de estudios seleccionados; 54.00% son EC controlados, solo 3 para la consejería pre-procedimiento, los restantes estudios observacionales en los cuales se informa principalmente sobre la posible presencia de sesgos de selección, se identifican inconvenientes con la calidad de los datos y heterogeneidad en los tipos de intervenciones comparadas y poblaciones estudiadas.</p>	MODERADA AMSTAR 2
Cuidado de la mujer que solicita la inducción de aborto. Real Colegio de Obstetricia y Ginecología. Reino Unido 2011. ⁶⁸	Guía de práctica clínica	692	La evidencia disponible no es concluyente. Dos estudios identificados, un EC (Islandia n=420) y otro retrospectivo (Estados Unidos de América n=272). El primero muestra que no hay diferencias en cuanto al uso de anticonceptivos 6 meses después del aborto, si la consejería se proporciona pre o post-aborto. El estudio retrospectivo identifica mayor asistencia a citas y descenso en el número de mujeres sin utilizar algún método anticonceptivo cuando la consejería fue pre-aborto.	
Aborto sin riesgo. Guía técnica para políticas en salud. OMS 2012. ¹³	Guía de práctica clínica	NA	La consejería sobre anticoncepción y suministro debe tener por objetivo iniciar el método elegido de forma inmediata, después de asegurarse que es el más adecuado y aceptable para la mujer. No se informa sobre las fuentes utilizadas para concluir lo anterior.	
Inserción de DIU temprana vs retardada después de la aspiración uterina. Estados Unidos 2011. ⁶⁹	Ensayo clínico de no inferioridad	375	<p>Se incluyen dos grupos (inserción 15 minutos después del procedimiento o inmediata n=258 e inserción 2 a 6 semanas después del procedimiento o tardía n=226 de 327). Desenlaces: expulsión, eventos adversos, uso continuo, retiro, embarazo no planificado. Riesgo absoluto (RA) colocación inmediata 92.3, tardía 76.6. Reducción absoluta del riesgo (RAR) 15.7, NNT: 6.36. Eventos adversos observados, principalmente asociados a la aspiración y no al DIU.</p> <p>Limitantes: estudio en población con embarazos de 5 a 12 semanas, pérdida de seguimiento a 6 meses en inserción inmediata y tardía de 25% y 27% respectivamente.</p>	ALTA CASP randomized controlled trials checklist
Efecto de la anticoncepción provista a la terminación del embarazo y la incidencia de terminaciones subsecuentes. Reino Unido 2012. ⁷⁰	Estudio transversal	986	Revisión de casos para determinar terminaciones de embarazos subsecuentes en un periodo de 24 meses, posterior a la última terminación de embarazo registrada. 488 mujeres de 898 posibles fueron identificadas utilizando algún método anticonceptivo, de estas utilizaban métodos orales el 29.8%, implantes con progesterona sola el 15.5% y 9.5% sistema intrauterino/DIU. Las mujeres que optaron por DIU disminuyeron la posibilidad de retornar por otra terminación de embarazos en 20 veces OR=0.05, y las que optaron por un implante en 16 veces OR=0.06, ambos casos comparados con métodos orales de anticoncepción. Limitaciones: el estudio solo da seguimiento a mujeres que solicitaron un procedimiento subsecuente en el mismo hospital, un 28% de los potenciales casos no fue incluido al no identificarse notas de seguimiento o ausencia de documentos completos.	ALTA JBI analytical cross-sectional studies tool



Efectos del dispositivo intrauterino de cobre frente a la anticoncepción de progestágeno inyectable en las tasas de embarazo y la interrupción del método entre las mujeres que acuden a los servicios de terminación del embarazo en Sudáfrica. Sudáfrica 2016. ⁷¹	Ensayo clínico	2493	Comparación entre DIU de cobre (n=1247) e inyectables base progesterona (n=1246). Desenlaces medidos son embarazo, discontinuación y efectos adversos. Incidencia de embarazos en el grupo con DIU 5.8% (56 de 971) y en el grupo usando inyectables 8.4% (83 de 992). Mujeres con DIU, presentan mayor probabilidad de discontinuar uso debido principalmente a dolor abdominal. Limitaciones: Pérdida de seguimiento del 21.3% para la medición del desenlace primario embarazo, se identifican múltiples desviaciones al protocolo.	MODERADA CASP randomized controlled trials checklist
Inserción inmediata frente a la tardía de dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel posterior a dilatación y evacuación. Estados Unidos 2011. ⁷²	Ensayo clínico	93	Seguimiento a mujeres que optaron por la inserción de DIU (inmediata, 3 y 6 semanas), después de dilatación y evacuación entre las semanas 15 a 23 de gestación. 37% de mujeres perdieron seguimiento a los seis meses. Solo el 45.5% de las mujeres programadas para inserción tardía recibió el dispositivo (20/44). La expulsión del DIU es más frecuente en la colocación inmediata 3 casos contra 1 observado en la inserción tardía, en este último grupo también se observa un embarazo. La continuidad en la utilización del DIU a 6 meses es superior para el grupo de inserción inmediata 85.2% vs 62.9%. Pérdida de seguimiento importante que impide identificar posibles eventos adversos u otras complicaciones.	MODERADA CASP randomized controlled trials checklist
Inserción inmediata vs. tardía de DIU T de cobre 380A post-aborto en gestación de más de 12 semanas. Estados Unidos 2010. ⁷³	Ensayo clínico	215	159 mujeres completaron el estudio (inserción inmediata 78 y tardía 81). Las mujeres que optaron por la inserción inmediata muestran más probabilidad de mantener el uso del DIU a los 6 meses (81.7% vs. 28.4%, p=.003). Limitaciones: algunas pacientes no asisten a su control de seis meses, por lo que se confirma de manera no presencial la continuidad de uso de DIU, no hay confirmación por parte del proveedor de servicios de salud, hay pérdidas importantes de seguimiento.	ALTA CASP randomized controlled trials checklist

Cuadro 10. Análisis de fuentes de evidencia, pregunta 2

NA: No aplica

*** Herramienta o escala utilizada para analizar la calidad de la evidencia (nivel alta, moderada y baja)**



CUADRO PERFIL DE EVIDENCIA GRADE PREGUNTA 2

Autor(es): Grupo Desarrollador de GPC

Pregunta: 2. ¿Antes de realizar cualquier procedimiento médico o quirúrgico, entre mujeres en situación de aborto, debería ofrecerse consejería en materia de anticoncepción?

Contexto: Cualquier nivel de atención en salud

Referencia: Efectividad de las estrategias de consejería para métodos anticonceptivos modernos.¹

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudios	Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Consejería	No ofrecer consejería	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Uso de método anticonceptivo a 6 meses post aborto												
11	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	Serio a	No serio	Serio b	Ninguno	0/0	0/0	OR 2.03 (1.04 to 3.98)	2 menos por 1,000 (de 4 menos a 1 menos)	⊕⊕○○	IMPOR-TANTE

Cuadro 11. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 2

CI: Intervalo de confianza; OR: Odds ratio

Explicación

a. Se detecta una heterogeneidad grande en los estudios incluidos. Se incluyen 11 estudios que los identifican como ensayos no controlados, siendo solo 3 controlados. Las poblaciones y los desenlaces no están definidos de la misma forma entre los estudios incluidos.

b. Se identifica que los diferentes estudios incluidos miden los desenlaces de manera distinta por lo que no lo cual en algunos estudios significó utilizar desenlaces de manera indirecta, sin embargo, la definición de uso de anticonceptivos detalla los elementos que incluye.

Referencias

1. Cavallaro F, Benova L, Owolabi O, Ali M. A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptives methods: What works and what doesn't? BMJ sex Reprod Health; 2020.

CUADRO EtD PREGUNTA 2

¿ANTES DE REALIZAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO ENTRE MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO, DEBERÍA OFRECERSE CONSEJERÍA EN MATERIA DE ANTICONCEPCIÓN?	
POBLACIÓN:	MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO
INTERVENCIÓN:	CONSEJERÍA PRE-ABORTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN
COMPARACIÓN:	NO CONSEJERÍA
DESENLACES PRINCIPALES:	USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO A 6 MESES POST ABORTO
LUGAR DE APLICACIÓN:	CUALQUIER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD
PERSPECTIVA:	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
ANTECEDENTE:	-----
CONFLICTO DE INTERÉS:	NINGUNO

RESUMEN DE JUICIOS

PROBLEMA	JUICIO						
	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No se sabe
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Bajo	Moderado	Alto		Varía	No se sabe
EFFECTOS NO DESEADO	Alto	Moderado	Bajo	Trivial		Varía	No se sabe
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto			Estudios no incluidos
VALORES	Incertidumbre variabilidad importante	Posible variabilidad importante	Probablemente no hay variabilidad importante	Posible variabilidad no importante			



BALANCE DE LOS EFECTOS	JUICIO						
	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se sabe
RECURSOS REQUERIDOS	Altos costos	Moderados costos	Costos y ahorro sin impacto importante	Ahorros moderados	Ahorros altos	Varía	No se sabe
CERTEZA DE EVIDENCIA DE NECESIDAD DE RECURSOS	Muy baja	Baja	Moderada	Alto			No se incluyen estudios
COSTO EFECTIVIDAD	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se incluyen estudios
EQUIDAD	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente no impacto	Probablemente incrementado	Incrementa	Varía	No se sabe
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe

Cuadro 12. Resumen de juicios, pregunta 2.

TIPO DE RECOMENDACIÓN

RECOMENDACIÓN FUERTE EN CONTRA DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL EN CONTRA D ELA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL YA SEA A FAVOR O EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL A FAVOR DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN FUERTE A FAVOR DE LA INTERVENCIÓN
○	○	○	○	●

CONCLUSIONES

Recomendación
Se recomienda que durante el desarrollo de la consejería pre-procedimiento entre mujeres en situación de aborto, se informe sobre los diferentes métodos de anticoncepción disponibles, tomando en cuenta las preferencias de las usuarias.
Justificación
No hay certeza, sobre el momento adecuado para ofrecer anticoncepción en mujeres en situación de aborto, pero debido al riesgo de pérdida de citas y seguimientos, además de la alta probabilidad de nuevos embarazos entre mujeres en que han estado en situación de aborto previo, en ningún momento debe perderse la oportunidad de informar al respecto, utilizando las técnicas de aplicación disponibles o reguladas en la provisión de servicios de salud.
Consideraciones subgrupo
Ninguna
Consideraciones para la implementación
Pueden existir barreras en los casos que las preferencias de las mujeres estén orientadas a la utilización de métodos no disponibles en los sistemas de salud.
Monitoreo y evaluación
Ninguna
Prioridades en investigación
No se proponen



14.3 ANEXOS PREGUNTA 3

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA PREGUNTA 3

Fuente de referencias	Resultados	Estrategia de búsqueda
Pubmed	3505	((“second trimester abortion”) OR (abortion)) AND (“Ultrasonography”[Mesh]) AND ((humans [Filter]) AND (1995:2021[pdat]))
Embase	6	((“second trimester abortion”/exp OR ‘abortion, midtrimester’ OR ‘midtrimester abortion’ OR ‘second trimester abortion’) AND (‘echography’/exp OR ‘diagnostic ultrasonic examination’ OR ‘diagnostic ultrasonic imaging’ OR ‘diagnostic ultrasonic method’ OR ‘diagnostic ultrasound’ OR ‘duplex echography’ OR ‘echogram’ OR ‘echographic evaluation’ OR ‘echography’ OR ‘echoscopy’ OR ‘echosound’ OR ‘high resolution echography’ OR ‘scanning, ultrasonic’ OR ‘sonogram’ OR ‘sonographic examination’ OR ‘sonographic screening’ OR ‘sonography’ OR ‘ultrasonic detection’ OR ‘ultrasonic diagnosis’ OR ‘ultrasonic echo’ OR ‘ultrasonic examination’ OR ‘ultrasonic scanning’ OR ‘ultrasonic scintillation’ OR ‘ultrasonogram’ OR ‘ultrasonographic examination’ OR ‘ultrasonographic screening’ OR ‘ultrasonography’ OR ‘ultrasound diagnosis’ OR ‘ultrasound scanning’)) AND ‘human’/de AND (‘article’/it OR ‘review’/it)
Librería Cochrane	0	“second trimester abortion” in Title Abstract Keyword AND “echography” in Title Abstract Keyword
Total de documentos seleccionados: 4		

Cuadro 13. Estrategia de búsqueda pregunta 3.

FUENTES DE EVIDENCIA PREGUNTA 3

DOCUMENTO	DISEÑO	MUESTRA	RESUMEN DE RESULTADOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA*
¿Afecta la ecografía previa a la seguridad del aborto inducido a las 13 semanas de gestación o después? Nepal 2021. ⁷⁴	Transversal analítico	2294	Se observaron casos con gestaciones superiores a 13 semanas. En el 80% de los casos se realizó ecografía, aunque 3% superior en el grupo que recibió manejo médico 82%, comparado con el quirúrgico 79%. 71% de todos los casos con USG normal. Anormalidades fueron más comunes entre quienes recibieron tratamiento quirúrgico 8% vs 7%. El evento adverso más común después del procedimiento fue la retención de productos, 12.9% entre quienes recibieron USG y 16.3% quienes no la recibieron. No se identifica correlación para tener menor posibilidad de complicaciones con procedimiento quirúrgico o manejo médico cuando la complicación analizada es únicamente retención de placenta. Se concluye que en ambientes de bajos recursos podrían realizarse procedimientos entre mujeres en situación de aborto en ausencia de USG, pero si los responsables de la atención cuentan con las competencias suficientes para identificar posibles complicaciones por medio de examen físico. Limitaciones observadas: el diseño retrospectivo del estudio no permite dar un seguimiento de los posibles desenlaces cuando desde el inicio se toma la decisión para realizar o no USG, no se cuenta con datos de los motivos que condicionan a la indicación de un procedimiento médico o quirúrgico. Desde la perspectiva de examen físico se evalúa la similitud entre la edad gestacional medida por USG y examen físico, pero no se incluyen otras variables que pudieran ser de utilidad para determinar claramente que la USG puede ser opcional, especialmente en la planificación de procedimientos entre mujeres con antecedentes quirúrgicos uterinos u otras patologías. Se reportan expedientes médicos con datos limitados, no aclarando el manejo proporcionado en casos de pacientes incluidas con datos incompletos.	ALTA JBI analytical cross-sectional studies tool
Evaluación de la vascularidad ecográfica para predecir futuras hemorragias graves en (PDC) retenidos tras un aborto del segundo trimestre. 2019 Japón. ⁷⁵	Cohorte retrospectiva, factores predictivos	103	Análisis retrospectivo de la utilidad de la ecografía en la evaluación de la vascularidad asociada a retención de productos de la concepción: divida en grado 1 (confinada a endometrio), grado 2 (abarca hasta el 50% externo del miometrio), grado 3 (abarca el 50% interno del miometrio). Se observa retención en 19% de mujeres. Historia cirugía intrauterina y hemorragia postparto severa son las principales causas de vascularización grado 2 y 3. Se concluye que la evaluación con USG ante la retención de productos de concepción enfocada en la profundidad y tamaño de la vascularización es esencial para determinar el riesgo de hemorragia severa. Limitaciones: diseño retrospectivo y por lo que el estudio no se maneja de manera cegada, ausencia de comparaciones, no análisis de posibles fuentes de sesgo.	MODERADA CASP clinical prediction rule checklist



Análisis completo del uso de la USG pre-procedimiento en los abortos durante el primer y segundo trimestre. OMS, Suiza 2010. ⁷⁶	Revisión de alcance (Scoping review) de ECs	25 EC	La revisión tiene por objetivo verificar la eficacia y seguridad observada al utilizar ecografía en procedimientos de aborto. No se identifica evidencia clara sobre la eficacia y seguridad de la ecografía pre-procedimiento. Principalmente se observa la utilidad en la estimación de la edad gestacional, aunque puede ser no relevante cuando esta se estima por personal con experiencia en el examen clínico. Limitaciones: no se propone una pregunta a responder, no se identifican estudios que midan de manera directa los desenlaces establecidos en la revisión.	MODERADA JBI Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses
Ecografía de rutina durante el procedimiento en el segundo trimestre, reducción de perforaciones uterinas. Estados Unidos 1989. ⁷⁷ Transversal 1316			Análisis de resultados de ecografías realizadas durante el procedimiento quirúrgico, entre los años 1978 a 1985. Todas las pacientes evaluadas recibieron dilatación osmótica. Se observan diferencias en el número de perforaciones uterinas cuando no se usó USG, aunque, no puede asegurarse que esta alternativa debe estar siempre presente en quirófanos, ya que las diferencias son observadas en 4 pacientes de una muestra superior 800. El estudio no evalúa limitaciones o confusores presentes entre los casos observados.	MODERADA JBI analytical cross-sectional studies tool
Aborto quirúrgico en el segundo trimestre. Estados Unidos 2009. ⁷⁸	Descripción narrativa	NA	Se concluye que las dos actividades más relevantes en el preoperatorio son la historia más evaluación clínica, con énfasis en procedimientos quirúrgicos uterinos previos y la realización de ecografía, esta última para la estimación de la edad gestacional y localización placentaria.	NA
Placenta previa y el riesgo de eventos adversos durante el aborto en el segundo trimestre. Estados Unidos 2017. ⁷⁹	Cohorte retrospectiva	612	Se observa si hay mayor necesidad de transfusión sanguínea en pacientes con PP identificada contra las que no tiene PP, además de mayor hemorragia e hysterectomías. Muestra inicial 909 mujeres, se descarta el 32.7% de los casos al no tener registros de localización placentaria (la mayoría nulíparas). Mujeres con PP n=87, y sin PP n=525. Pérdida de sangre superior a 500 cc mayor en casos en que hay PP, incremento en 8.4%, transfusiones incremento en 2.1% e hysterectomías en 1%. Tanto las hemorragias como hysterectomía se presentan principalmente cuando la placenta es completa, con promedios estimados de sangre de 355 cc. A pesar de que los datos son similares a las tendencias conocidas, muestran la importancia de la localización placentaria pre-procedimiento. Limitaciones: Información en algunos casos incompleta por las características retrospectivas del diseño implementado, las USG en los casos que hubo identificación de la placenta fueron realizados por personal médico en entrenamiento, la estimación de la pérdida sanguínea se cree que podría ser no objetiva. A pesar del reconocimiento de los anteriores, el control de factores confusores no se aplica a análisis realizado. Se elimina un número importante de la muestra por falta de localización placentaria.	MODERADA JBI checklist for cohort studies

Cuadro 14. Análisis de fuentes de evidencia, pregunta 3.

NA: No aplica

* Herramienta o escala utilizada para analizar la calidad de la evidencia (nivel alta, moderada y baja)



CUADRO EtD PREGUNTA 3

¿Está indicada la evaluación ecográfica antes de implementar procedimientos médicos o quirúrgicos en mujeres en situación de aborto?	
POBLACIÓN:	MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO
INTERVENCIÓN:	REALIZAR ECOGRAFÍA
COMPARACIÓN:	NO ECOGRAFÍA
DESENLACES PRINCIPALES:	INFECCIÓN DEL TRACTO GENITAL SUPERIOR POSTERIOR A PROCEDIMIENTO DE ABORTO QUIRÚRGICO
LUGAR DE APLICACIÓN:	CUALQUIER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD
PERSPECTIVA:	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
ANTECEDENTE:	-----
CONFLICTO DE INTERÉS:	NINGUNO

RESUMEN DE JUICIOS

PROBLEMA	JUICIO						
	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Bajo	Moderado	Alto		Varía	No se sabe
EFFECTOS NO DESEADO	Alto	Moderado	Bajo	Trivial		Varía	No se sabe
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto			Estudios no incluidos
VALORES	Incertidumbre variabilidad importante	Posible variabilidad importante	Probablemente no hay variabilidad importante	Posible variabilidad no importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se sabe
RECURSOS REQUERIDOS	Altos costos	Moderados costos	Costos y ahorro sin impacto importante	Ahorros moderados	Ahorros altos	Varía	No se sabe
CERTEZA DE EVIDENCIA DE NECESIDAD DE RECURSOS	Muy baja	Baja	Moderada	Alto			No se incluyen estudios
COSTO EFECTIVIDAD	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se incluyen estudios
EQUIDAD	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente no impacto	Probablemente incrementado	Incrementa	Varía	No se sabe
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe

Cuadro 15. Resumen de juicios, pregunta 3.



TIPO DE RECOMENDACIÓN

RECOMENDACIÓN FUERTE EN CONTRA DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL YA SEA A FAVOR O EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL A FAVOR DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN FUERTE A FAVOR DE LA INTERVENCIÓN
○	○	○	○	●

CONCLUSIONES

Recomendación
Se recomienda realizar ecografía como parte del proceso de planificación de la inducción del aborto.
Justificación
El uso de la ecografía se vuelve prioritario para establecer la edad gestacional y localización placentaria, principalmente entre mujeres en situación de aborto en el segundo trimestre del embarazo y con historia de placenta previa o presencia de cirugías previas uterinas. La ausencia de provisión de servicios de ecografía especialmente en ambientes con poca experiencia y trayectoria en el manejo o atención de casos de aborto, se pueden generar prácticas inseguras que conlleven a instaurar procedimientos rutinarios de alto riesgo y que incidan directamente en el incremento de morbilidad y mortalidad.
Consideraciones subgrupo
Ninguna
Consideraciones para la implementación
En ambientes con recursos limitados podría ser una barrera al acceso a servicios clínicos para las mujeres en situación de aborto., aunque la provisión de servicios de estas características incrementa continuamente en la región centroamericana.
Monitoreo y evaluación
No se proponen
Prioridades en investigación
Se propone profundizar la investigación al acceso a servicios de ecografía disponibles en la región centroamericana, utilización de equipos, resultados obtenidos, profesionales capacitados para la provisión de este tipo de servicios, regulaciones para su utilización, entre otros.

14.4 ANEXOS PREGUNTA 4

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA PREGUNTA 4

Fuente de referencias	Resultados	Estrategia de búsqueda
Pubmed	20	("surgical abortion") AND ("antibiotic prophylaxis")
Embase	67	'second trimester abortion'/exp OR 'abortion, midtrimester' OR 'midtrimester abortion' OR 'second trimester abortion' OR 'surgical abortion'/exp OR 'surgical abortion' OR 'surgical abortions' AND ('prophylaxis'/exp OR 'disease prevention' OR 'disease prophylaxis' OR 'health protection' OR 'prevention, disease' OR 'preventive medication' OR 'preventive therapy' OR 'preventive treatment' OR 'prophylactic institution' OR 'prophylactic management' OR 'prophylactic medication' OR 'prophylactic therapy' OR 'prophylactic treatment' OR 'prophylaxis') AND ('antibiotic agent'/exp OR 'antibiotic' OR 'antibiotic agent' OR 'antibiotic combination' OR 'antibiotic drug' OR 'antibiotic ointment' OR 'antibiotic residue' OR 'antibiotic spectrum' OR 'antibiotics' OR 'antibiotics and their derivatives' OR 'antibiotics, combined' OR 'antibiotics, folate antagonists' OR 'antibiotics, miscellaneous' OR 'antibiotics, nitrofurans' OR 'antibiotics, oxalodiones' OR 'combined antibiotic')
Librería Cochrane	4	"second trimester abortion" in Title Abstract Keyword OR surgical abortion in Title Abstract Keyword AND antibiotic prophylaxis in Title Abstract Keyword
Total de documentos seleccionados: 2		

Cuadro 16. Estrategia de búsqueda pregunta 4.



FUENTES DE EVIDENCIA PREGUNTA 4

DOCUMENTO	DISEÑO	MUESTRA	RESUMEN DE RESULTADOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA*
Antibióticos al momento del aborto. Uso universal de profilaxis. Metaanálisis Estados Unidos 1996. ³⁴	Revisión sistemática	12	Objetivo: determinar la eficacia del uso de antibióticos periaborto en la prevención postaborto de infecciones del tracto genital superior, incluye 12 ensayos clínicos aleatorizados y con cegamiento. Tiempo de gestación máximo analizado es de 16 semanas. Se descartaron aquellos estudios que no tenían completamente explicados o definidos los desenlaces clínicos, que no fueran controlados o que no hubieran utilizado cegamiento. Se encontró que en mujeres que reciben profilaxis con terapia antibiótica durante un aborto comparada con aquellas que reciben placebo, el riesgo relativo (RR) es de 0.58 con un intervalo de confianza de 0.47 a 0.71 de desarrollar infección. Mujeres con antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, cultivo positivo a clamidia, mostraron RR de 0.56 y 0.38, respectivamente. En todos los grupos analizados se identifica como factor protector el uso de antibióticos profilácticos, estimándose una reducción de riesgo promedio entre todos los grupos de 42%. Limitantes: no se incluye análisis de sesgo de los estudios que forman parte de la RS.	MEDIA AMSTAR2
Antibióticos en el preoperatorio para prevenir infecciones posteriores a un aborto en el primer trimestre. Suiza 2012. ³⁵	Revisión sistemática	19	Objetivos: identificar la efectividad de la profilaxis con antibióticos en la prevención de infecciones del tracto genital superior en el postaborto, el régimen de antibióticos y estrategia de tratamiento más efectivos. El análisis identificó que la profilaxis con terapia antibiótica tiene un RR 0.59 con un intervalo de 0.46 a 0.75. (41% en la reducción de riesgo). Se observa una heterogeneidad del 43%, cuando la terapia no es universal por lo que se estima diferencias leves entre las poblaciones incluidas en los estudios. Solo dos estudios con muestra superior a 700 informan que la terapia universal es favorable para la prevención de infecciones postaborto RR 0.33. No se identifica superioridad marcada de ningún régimen terapéutico, aunque de manera general los nitroimidazoles, beta-lactámicos y tetraciclinas parecen mostrar un efecto superior, por lo cual se recomienda antes de instaurar cualquier terapia tomar en cuenta la epidemiología local, inclusive la relacionada con infecciones de transmisión sexual. En cuanto al tiempo adecuado de administración, el tiempo preoperatorio y perioperatorio son los que muestran mejor perfil de efecto en la prevención de infecciones, aunque en ambos casos se observan heterogeneidades importantes que conllevan a disminuir la calidad de evidencia. Se sospecha la presencia de sesgo asociado a la sobrestimación de efectos, principalmente en estudios con muestra baja.	ALTA AMSTAR2
Prevención de infección posterior a un aborto inducido. The Society of Family Planning, Estados Unidos. 2010 ⁵⁹	Guía de práctica clínica	14	Se incluyeron 13 ensayos clínicos aleatorizados que midieron la eficacia del uso de antibióticos como profilaxis para prevenir la infección posterior a un aborto quirúrgico. Se compararon estudios con diferentes regímenes de terapias antibióticas. En todos los estudios se encontró que el riesgo de infección era menor en los grupos utilizando algún antibiótico.	NA
Cuidado del aborto. Profilaxis antibiótica en el manejo médico y quirúrgico del aborto. Reino Unido 2019. ⁸⁰ Guía de práctica clínica NA			Se aborda la pregunta cuál es el régimen de antibiótico recomendado en el aborto quirúrgico. Los ensayos clínicos no mostraron diferencia en infecciones entre el tratamiento de 3 días (100mg 2vd) o 7 días con doxiciclina (100mg 2vd). n=800; RR= 0.33 [95% CI 0.01, 8.16]; muy baja calidad por pérdida de seguimiento de más del 30%	NA
Profilaxis con Metronidazol previo a un aborto quirúrgico. Canadá 2012. ⁸¹	Cohorte retrospectiva	51330	Se tomaron en cuenta expedientes clínicos que incluían historia de al menos un aborto quirúrgico. Se utilizó metronidazol (2g oral) como terapia universal en todos los casos y azitromicina (1g oral) en algunos casos selectos. La principal limitante de los resultados es la pérdida importante de seguimiento, ya que solo completan un total del 27%. El RR alcanzado es de 0.5 en quienes utilizaron profilaxis.	MODERADA JBI checklist for cohort studies

Cuadro 17. Análisis de fuentes de evidencia, pregunta 4

NA: No aplica

* Herramienta o escala utilizada para analizar la calidad de la evidencia (nivel alta, moderada y baja)



CUADRO PERFIL DE EVIDENCIA GRADE PREGUNTA 4

Autor(es): Grupo desarrollador de GPC

Pregunta: 4- ¿Se debería administrar antibióticos como profilaxis en el preoperatorio a todas las mujeres en situación de aborto que recibirán manejo quirúrgico?

Contexto: Hospitales

Referencia bibliográfica: Antibióticos al momento del aborto. Uso universal de profilaxis.¹

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudios	Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Antibióticos profiláctico	No profilaxis	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Infección del tracto genital superior posterior a procedimiento de aborto quirúrgico (seguimiento: 6 semanas)												
12	Ensayos clínicos aleatorizados	No serio	No serio ^a	No serio ^b	No serio	Ninguna			RR 0.58 (0.47 to 0.71)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 0 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRITICAL

Cuadro 18. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 4.

CI: Intervalos de confianza; RR: Riesgo Relativo

Explicación

- a. Se incluyeron los estudios que tuvieran los mismos desenlaces. Se eliminaron aquellos estudios que se enfocaban en poblaciones con mayor riesgo, ya que esto podría influir en los resultados, para evitar heterogeneidad. Estos estudios fueron analizados aparte.
- b. Se estandarizó la medición del desenlace principal en infección de tracto genital superior a 6 semanas post procedimiento quirúrgico. Se estratificó el análisis según el tratamiento indicado.

Referencias

1. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion. The case of universal prophylaxis based on a meta-analysis. Obstet Gynecol; 1996.

CUADRO EtD PREGUNTA 4

¿Se debería administrar antibióticos como profilaxis en el preoperatorio a todas las mujeres en situación de aborto que recibirán manejo quirúrgico?	
POBLACIÓN:	MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO
INTERVENCIÓN:	PROFILAXIS CON ANTIBIÓTICOS EN EL PREOPERATORIO
COMPARACIÓN:	NO PROFILAXIS
DESENLACES PRINCIPALES:	-----
LUGAR DE APLICACIÓN:	CUALQUIER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD
PERSPECTIVA:	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
ANTECEDENTE:	-----
CONFLICTO DE INTERÉS:	NINGUNO

RESUMEN DE JUICIOS

PROBLEMA	JUICIO						
	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Bajo	Moderado	Alto		Varía	No se sabe
EFFECTOS NO DESEADO	Alto	Moderado	Bajo	Trivial		Varía	No se sabe
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto			Estudios no incluidos
VALORES	Incertidumbre variabilidad importante	Posible variabilidad importante	Probablemente no hay variabilidad importante	Posible variabilidad no importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se sabe
RECURSOS REQUERIDOS	Altos costos	Moderados costos	Costos y ahorro sin impacto importante	Ahorros moderados	Ahorros altos	Varía	No se sabe
CERTEZA DE EVIDENCIA DE NECESIDAD DE RECURSOS	Muy baja	Baja	Moderada	Alto			No se incluyen estudios
COSTO EFECTIVIDAD	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se incluyen estudios
EQUIDAD	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente no impacto	Probablemente incrementado	Incrementa	Varía	No se sabe
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe

Cuadro 19. Resumen de juicios, pregunta 4.

TIPO DE RECOMENDACIÓN

RECOMENDACIÓN FUERTE EN CONTRA DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL YA SEA A FAVOR O EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL A FAVOR DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN FUERTE A FAVOR DE LA INTERVENCIÓN
○	○	○	○	●

CONCLUSIONES

Recomendación
Antibióticos profilácticos deben ser indicados en el preoperatorio a todas las mujeres que en situación de aborto que recibirán tratamiento por medio quirúrgico.
Justificación
Aunque poco frecuentes, el desarrollo de infecciones post-aborto, puede llevar a tener consecuencias importantes con alto riesgo de morbilidad e inclusive mortalidad. la introducción de terapias para la prevención de infecciones posterior al aborto quirúrgico es esencial, y debe mantenerse el criterio que debería optarse por la modalidad universal.



Consideraciones subgrupo
Ninguna
Consideraciones para la implementación
Las opciones terapéuticas disponibles no son de difícil acceso en la región centroamericana, pero debe tenerse en cuenta las posibilidades de resistencia bacteriana que puedan estar vigentes a nivel local al momento de prescribir o instaurar un régimen profiláctico. No se considera que la utilización de antibióticos pueda representar problema de equidad, costos u otras dificultades, ya que su disponibilidad es amplia.
Monitoreo y evaluación
No se proponen
Prioridades en investigación
No se proponen

14.5 ANEXOS PREGUNTA 5

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA PREGUNTA 5

Fuente de referencias	Resultados	Estrategia de búsqueda
Pubmed	11	"second trimester abortion"[All Fields] AND ("analgesia"[MeSH Terms] OR "analgesia"[All Fields] OR "analgesias"[All Fields])
Embase	361	'second trimester abortion'/exp OR 'abortion, midtrimester' OR 'midtrimester abortion' OR 'second trimester abortion' OR 'surgical abortion'/exp OR 'medical abortion'/exp OR 'medical abortion' OR 'medical abortions' OR 'medication abortion') AND ('analgesia'/exp OR 'analgesia' OR 'pain management' OR 'pain relief' OR 'sequential analgetic analgesia' OR 'surgical analgesia' OR 'anesthesia'/exp OR 'anaesthesia' OR 'anaesthesia, auto' OR 'anaesthetic action' OR 'anesthesia' OR 'anesthesia, auto' OR 'anesthetic action' OR 'anesthetization' OR 'animal anaesthesia' OR 'animal anesthesia' OR 'autoanaesthesia' OR 'autoanesthesia' OR 'drop mask anaesthesia' OR 'drop mask anesthesia' OR 'narcosis' OR 'neuroanaesthesia' OR 'neuroanesthesia' OR 'short anaesthesia' OR 'short anesthesia' OR 'short duration anaesthesia' OR 'short duration anesthesia')
Librería Cochrane	42	second trimester abortion in Title Abstract Keyword AND analgesia in Title Abstract Keyword
Total de documentos seleccionados: 9		

Cuadro 20. Estrategia de búsqueda, pregunta 5.

FUENTES DE EVIDENCIA PREGUNTA 5

DOCUMENTO	DISEÑO	MUESTRA	RESUMEN DE RESULTADOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA*
Manejo del dolor en la terminación del embarazo entre las 13 y 24 semanas de gestación. Estados Unidos 2020. ³⁷	RS	11 estudios	RS con enfoque principal en el control del dolor obtenido desde la perspectiva de las pacientes en situación de aborto entre las semanas 13 a 24 de gestación. Anestesia local (BPC): bupivacaina vs placebo, aplicada una hora después de la primera dosis de mifepristona, se reporta dolor severo 75% vs 65% bupivacaina y placebo respectivamente, aunque las dosis de rescate de morfina fueron menores para los BPC 5mg vs 6mg para placebo. Segunda opción compara bupivacaina por BPC vs no BPC no se registra diferencias en los resultados. AINES: no se demuestra superioridad en el uso de diclofenaco o la combinación de paracetamol más codeína, más del 80% de las mujeres requieren analgesia adicional con opioides endovenosos. Comparación de diclofenaco, acetaminofén y hioscina n-metilbromuro, no muestran diferencias en el control del dolor, entre el 20 y 40% de pacientes requieren analgesia adicional. La comparación celecoxib vs placebo muestra reducción media del dolor del 50% con el primero, un promedio de 43% de todas las mujeres requirieron analgesia adicional con morfina para control del dolor. Anestesia regional: no identifica diferencias entre regímenes (bupivacaina + fentanilo vs fentanilo) manteniendo valores similares a los reportados anteriormente, con satisfacción moderada del dolor. Se concluye que anestesia general y sedación por vía endovenosa profunda son las que muestran efectos superiores. Limitaciones: no se parte de una pregunta clara de investigación, se reporta heterogeneidad en los estudios como causa para no realizar análisis cuantitativo, pero las causas específicas de esta heterogeneidad se reportan escasamente. Se identifica por parte de los autores que 5 estudios no informan su cálculo de muestra o muestran errores en su estimación, solo tres estudios carecen de sesgo y 5 presentan sesgos asociados al proceso de cegamiento ya sea de pacientes o profesionales responsables de la atención. 3 estudio presentan datos incompletos.	ALTA AMSTAR 2.

Necesidades de analgesia y predictores del uso de analgesia en mujeres sometidas a un aborto médico hasta las 22 semanas de gestación. Reino Unido 2004. ⁸²	Cohorte retrospectiva	4343	Medición del efecto de la edad, historia reproductiva, ruta y dosis de misoprostol en las necesidades de analgesia. Edad promedio 26 años, 45% de las mujeres en su primer embarazo, 29% de mujeres con historia de abortos previos. 72.2% de las mujeres recibieron analgesia, de estas por vía oral el 97.3%, opiáceos 2.4% y por vías rectal 0,3%, a vía de administración fue 72.9% por vía vaginal. Mujeres con historia de partos previos requirieron menos analgesia, además se observa que el uso de opiáceos incrementa en embarazos superiores a las 16 semanas. Limitaciones: datos dependen de registros del pasado, pueden estar incompletos, no se reconocen limitantes por los autores, no se evidencia análisis de posibles sesgos, no se hace búsqueda o análisis de confusores.	MODERADA JBI checklist for cohort studies.
Un ensayo aleatorio doble ciego que compara el aerosol de lidocaína y aerosol placebo como anestesia antes de la inserción de la laminaria cervical. Israel 2020. ⁸³	Ensayo clínico	134	Comparación entre aerosol de lidocaína al 10% y solución salina 0.9%. Desenlace primario dolor medido por medio de escala visual análoga (EVA) = (0-10). Edad gestacional media 17.7 semanas. No se observan diferencias significativas en la analgesia lograda con lidocaína EVA 2 para ambas intervenciones. Se observan limitaciones reportadas por los investigadores: tiempo de inserción de laminaria, mayor a dos minutos después de la anestesia, posiblemente es un tiempo superior a lo recomendado, todas las pacientes utilizaron analgesia oral antes del aerosol para cualquiera de los grupos, se proponen múltiples posibilidades para no observar diferencias, pero no se hace un control individual de cada uno de estos aspectos desde la perspectiva estadística.	MODERADA CASP randomized controlled trials checklist
Manejo del dolor físico durante los abortos inducidos en el segundo trimestre: un estudio transversal de la calidad metodológica y las recomendaciones de las guías locales de práctica clínica en los hospitales suecos. Suecia 2018. ³⁹ Transversal 25 GPC			Evaluación de guías clínicas y recomendaciones aplicadas en hospitales de Suecia. Evaluación metodológica realizada utilizando el instrumento AGREE II para cada documento. Más del 50% de los documentos no incluyen todos los dominios recomendados para una GPC. Los analgésicos orales más utilizados son paracetamol e ibuprofeno, estos se encuentran incluidos en 23 documentos. En cuanto a la analgesia local, BPC son los recomendados en 21 documentos. El uso de opioides se recomienda en 19 centros de atención, siendo principalmente la morfina endovenosa, seguido de oxidodona.	NA
Analgesia con fentanilo controlada por el paciente proporciona analgesia efectiva durante el trabajo de parto del segundo trimestre: un estudio controlado y aleatorizado. Canadá 2013. ⁸⁴	Ensayo clínico	60	Análisis de dos modalidades de analgesia (morfina 2 mg bloqueo a 6 minutos y 25 µg bloqueo a 3 minutos, 50 µg fentanilo bloqueo a 6 minutos, 50 µg fentanilo bloqueo a 6 minutos,) controladas por la paciente. La mayor satisfacción se observa con 50 µg fentanilo bloqueo a 3 minutos y el mejor resultado asociado a ala analgesia durante el parto es con 50 µg fentanilo bloqueo a 6 minutos. Eventos adversos más comunes son náuseas, vómitos y pruritos, en todos los casos mayoritariamente asociado con el uso de morfina. Limitaciones: baja validez externa al ser métodos de analgesia no comúnmente utilizados, baja muestra, de acuerdo con la modalidad de entrega de los medicamentos la medición por medio de EVA puede ser subjetiva.	MODERADA CASP randomized controlled trials checklist
Seguridad de la sedación profunda sin intubación durante el aborto quirúrgico en un entorno de clínica independiente. Estados Unidos 2020. ⁸⁵	Cohorte retrospectiva	10297	Revisión de resultados de la aplicación de regímenes de anestesia sin intubación entre pacientes atendidas en situación de aborto en diferentes edades de gestación. Mujeres con edad gestacional superior a 14 semanas recibe dilatación y evacuación. Las complicaciones observadas son del 0.03%. Dentro de los eventos de seguridad más comúnmente observados se encuentran laringoespasma al usar midazolam, fentanilo, brevital y propofol; estridor al usar Propofol y fentanilo; hipotensión con brevital, fentanilo y midazolam. Limitaciones: seguimiento hasta después de verificado el procedimiento no es posible conocer si hubo complicaciones posteriores.	ALTA JBI checklist for cohort studies
Seguridad de la sedación profunda sin intubación para la dilatación y evacuación del segundo trimestre. Estados Unidos 2019. ⁸⁶	Transversal	4481	Incidenia de aspiración pulmonar y otros eventos adversos relacionados a la anestesia profunda administrada por vía endovenosa, en mujeres que reciben tratamiento de dilatación y evacuación en embarazos entre la semana 14 y 24. 56% de las mujeres atendidas recibieron anestesia profunda sin intubación endotraqueal. En total se observan 7 complicaciones, de estas dos aspiraciones pulmonares (0.08 95% IC 0.01-0.29%), 4 casos de obstrucción de vía aérea superior (0.016%) y un caso de daño al nervio lingual (0.04%). Todas las mujeres recibieron evaluación preoperatoria y la anestesia fue proporcionada por especialistas en anestesiología. El régimen más usado de anestesia endovenosa fue de midazolam 1-3 mg, fentanilo 100 a 300 µg, seguido de propofol 0.5 a 1 mg/kg; fentanilo algunas veces fue sustituido por sufentanilo. No se informa sobre el diseño metodológico del estudio, en algunos casos cuando no se pudo establecer por información incluida en expedientes clínicos algún hallazgo fue concluido por medio de consenso de expertos, no se reporta de manera adicional como se manejó la falta de datos, ya que el estudio depende de bases de datos y reportes clínicos. Debido a la estructura de servicios provista los resultados pueden tener dificultad de aplicarse en otros contextos y por tanto poca validez externa.	MODERADA JBI analytical cross-sectional studies tool



Tramadol - metoclopramida o remifentanilo para analgesia controlada por la paciente durante el aborto en el segundo trimestre: un ensayo controlado aleatorizado doblemente ciego. Israel 2021. ⁸⁷	Ensayo Clínico	30	Objetivo de comparar el nivel de control de analgesia, con tramadol con dosis de carga de 1.0 mg/kg con 10 mg de metoclopramida, seguida de analgesia controlada por paciente en bolos de 0.3mg/kg/ml vs remifentanilo (no requiere dosis de carga) 0.4 µg/kg/ml, cada dos minutos más 100 ml de solución salina normal al 0,9% como placebo. Análisis por medio de EVA, observándose control de dolor en ambos grupos, excepto entre las horas 16 a 20 de inducción en la cual el tramadol fue superior, una mujer en cada grupo requirió conversión a analgesia epidural adicional. Náuseas fue el evento adverso más observado. Limitaciones: baja muestra, dependencia de la evaluación a partir de EVA, que podría verse influido por diferentes condiciones que pueden rodear la perspectiva emocional a mujeres en situación de aborto, no hay análisis de posibles sesgos.	ALTA CASP randomized controlled trials checklist
---	----------------	----	--	---

Cuadro 21. Análisis de fuentes de evidencia, pregunta 5.

NA: No aplica

* Herramienta o escala utilizada para analizar la calidad de la evidencia (nivel alta, moderada y baja)

CUADRO PERFIL DE EVIDENCIA GRADE PREGUNTA 5

Autor(es): Grupo Desarrollador de GPC

Pregunta: 5 ¿Debería indicarse la sedación y analgesia a mujeres que se someten a manejo quirúrgico del aborto?

Contexto: Hospital

Bibliografía: Manejo del dolor en la terminación del embarazo entre las 13 y 24 semanas de gestación. Estados Unidos 2020¹

No de estudios	Diseño	Evaluación de certeza					No de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
		Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Sedación y Analgesia	no utilizar analgesia	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Manejo del dolor (Óxido nitroso vs fentanyl+midazolam) (evaluado con: Medido con escalas visual análoga o escala verbal)												
1	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	No serio	serio ^a	No serio	ninguno	19	20	-	Más dolor reportado	⊕⊕⊕○ MODERADA	CRITICO
Manejo del dolor (Sevoflurano vs Oxígeno)												
1	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	No serio	Serio ^a	No serio	none	80	80	-	Similar dolor reportado	⊕⊕⊕○ MODERADA	CRITICO
Manejo del dolor (Bupivacaína vs no Bupivacaína)												
1	Ensayo clínico aleatorizado	Serio ^b	No serio	No serio	No serio	Ninguno	39	33	-	Menor dolor reportado inmediatamente después del procedimiento	⊕⊕⊕○ MODERATE	CRITICAL
Manejo del dolor (Nalbuphina vs tramadol)												
1	Ensayo clínico aleatorizado	Serio ^c	No serio	Serio ^d	No serio	Ninguno	35	35	-	Más pacientes reportaron no dolor con el tratamiento	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL

Cuadro 22. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 5.

CI: Confidence interval

Explicación

- a. Estudio tuvo una terminación temprana. La medición es con escala visual de lo que la paciente recuerda que tuvo.
- b. Solo las pacientes estuvieron cegadas.
- c. No se reconoce con claridad la selección de pacientes, la asignación de tratamiento y el cegamiento.
- d. No está claro el tiempo recorrido entre la aplicación del medicamento y el momento de la evaluación del dolor.

Referencias

- 1. Jackson E, Kapp N. Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. BJOG Int J Obstet Gy; 2020.



CUADRO EtD PREGUNTA 5

¿DEBERÍA INDICARSE LA SEDACIÓN Y ANALGESIA A MUJERES QUE SE SOMETEN A MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO?	
POBLACIÓN:	MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO
INTERVENCIÓN:	ANALGESIA
COMPARACIÓN:	NO ANALGESIA
DESENLACES PRINCIPALES:	MANEJO DEL DOLOR, CONTROL DEL DOLOR, NIVEL DE ANALGESIA
LUGAR DE APLICACIÓN:	CUALQUIER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD
PERSPECTIVA:	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
ANTECEDENTE:	-----
CONFLICTO DE INTERÉS:	NINGUNO

RESUMEN DE JUICIOS

PROBLEMA	JUICIO						
	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Bajo	Moderado	Alto		Varía	No se sabe
EFFECTOS NO DESEADO	Alto	Moderado	Bajo	Trivial		Varía	No se sabe
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto			Estudios no incluidos
VALORES	Incertidumbre variabilidad importante	Posible variabilidad importante	Probablemente no hay variabilidad importante	Posible variabilidad no importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se sabe
RECURSOS REQUERIDOS	Altos costos	Moderados costos	Costos y ahorro sin impacto importante	Ahorros moderados	Ahorros altos	Varía	No se sabe
CERTEZA DE EVIDENCIA DE NECESIDAD DE RECURSOS	Muy baja	Baja	Moderada	Alto			No se incluyen estudios
COSTO EFECTIVIDAD	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se incluyen estudios
EQUIDAD	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente no impacto	Probablemente incrementado	Incrementa	Varía	No se sabe
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe

Cuadro 23. Resumen de juicios, pregunta 5.



TIPO DE RECOMENDACIÓN

RECOMENDACIÓN FUERTE EN CONTRA DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL YA SEA A FAVOR O EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL A FAVOR DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN FUERTE A FAVOR DE LA INTERVENCIÓN
○	○	○	○	●

CONCLUSIONES

Recomendación
Se recomienda ofrecer sedación y analgesia a las mujeres en situación de aborto que recibirán tratamiento quirúrgico.
Justificación
Diferentes opciones de analgesia y sedación están disponibles. Ningún procedimiento quirúrgico debe proveerse sin la garantía de que se realizará un control adecuado del dolor y tomando en cuenta esta perspectiva, se debe optar por aquellas que demuestran el mejor efecto posible a partir de las preferencias de las mujeres en situación de aborto.
Consideraciones subgrupo
Ninguna
Consideraciones para la implementación
Al elegirse la sedación consciente, esta debe ser provista por profesionales capacitados para su administración y con la capacidad de atención de efectos adversos u emergencias asociadas a este tipo de terapias, inclusive la disponibilidad de agentes con efecto de reversión de benzodiazepinas y opioides. No se recomienda priorizar los servicios basados en la provisión de anestesia general.
Monitoreo y evaluación
No se proponen
Prioridades en investigación

Tomando en cuenta la información diversa y en algunos casos poco concluyente relacionado al manejo del dolor entre mujeres en situación de aborto, se identifica que existe una brecha de conocimiento en cuanto a las intervenciones terapéuticas que se proporcionan en la región centroamericana, de ahí que se observa la importancia de recomendar indagar desde la perspectiva de investigación las intervenciones y los efectos obtenidos, de esta manera se podrá tener un panorama más completo de los tipos de terapias ofertadas, costos, y otros desenlaces clínicos relevantes.

14.6 ANEXOS PREGUNTA 6

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA PREGUNTA 6

Fuente de referencias	Resultados	Estrategia de búsqueda
Pubmed	141	("second trimester abortion"[All Fields] AND "cervical dilation"[All Fields]) OR "cervical preparation"[All Fields]
Embase	77	('second trimester abortion'/exp OR 'abortion, midtrimester' OR 'midtrimester abortion' OR 'second trimester abortion') AND ('cervical preparation' OR 'uterine cervix ripening'/exp OR 'cervical dilatation and effacement' OR 'cervical ripening' OR 'cervix ripening' OR 'uterine cervix maturity' OR 'uterine cervix ripening' OR 'uterus cervix ripening')
Librería Cochrane	1	Se obtiene este resultado de manera similar en las búsquedas efectuadas en EMBASE y PUBMED.
Total de documentos seleccionados: 2		

Cuadro 24. Estrategia de búsqueda, pregunta 6.



FUENTES DE EVIDENCIA PREGUNTA 6

DOCUMENTO	DISEÑO	MUESTRA	RESUMEN DE RESULTADOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA*
Preparación cervical en el segundo trimestre para dilatación y expulsión. Estados Unidos 2010. ⁸⁸	RS	6 estudios con 1451 participantes	Objetivo: examinar EC sobre los métodos de preparación cervical disponibles para los abortos en el segundo trimestre de la gestación (14 a 24 semanas). Las intervenciones evaluadas son dilatación osmótica, catéter de Foley, óxido nítrico, antiprogesteronas y prostaglandinas. Desenlaces medidos: tiempo de procedimiento, necesidad de dilatación adicional, posibilidad de desarrollar el procedimiento, reacciones adversas (RA) y complicaciones. Resultados: la dilatación inicial es más efectiva por medio del uso de dilatación osmótica comparada con prostaglandinas (Diferencia de medias (DM) 3.63 CI 2.62-4.63, I ² 63%), pero al comprar directamente el uso de laminaria contra misoprostol se observa menos dificultad para lograr la dilatación con prostaglandinas OR 0.17, heterogeneidad I ² 0%. La combinación de laminaria con misoprostol desde el inicio de la dilatación no aporta beneficios adicionales en embarazos de 13 a 20 semanas). Se observa en el inicio de la dilatación la colocación de dilatación osmótica dos días antes de la evacuación es superior comparado a un solo día (DM 4.20 CI 2/81 – 5.59). De igual manera en la dilatación inicial se observa superioridad cuando se combina misoprostol vaginal o sublingual con mifepristona (DM 5.0 CI 4.60 – 5.4). Las comparaciones entre dilatación osmótica laminaria vs lamicel favorecen al primero, principalmente en la necesidad de dilatación superiores a 37 unidades french. Los mejores resultados en términos de dilatación con misoprostol se observan cuando este es administrado por vía sublingual o vaginal. Entre las 14 y 20 semanas de gestación la expulsión pre-procedimiento puede observarse al utilizar combinaciones de misoprostol con mifepristona (OR 5.47 IC 2.24 – 13.4). Náuseas, vómito y diarrea son las RA más comunes observadas con el misoprostol solo o en combinación con mifepristona. Para los dilatación osmótica calambres, sensación de fiebre pueden presentarse. Limitaciones: la mayoría de los resultados dependen de muestras bajas y en algunos casos de un solo estudio, solo un estudio presenta muestras superiores a 300 y se utiliza principalmente para la verificación de RA, no se presenta análisis sobre el uso de catéter Foley.	ALTA AMSTAR 2
Guía de prácticas clínicas para la atención del aborto. Estados Unidos 2020. ⁸⁹	Guía de práctica clínica	NA	El uso de dilatación osmótica, misoprostol, mifepristona y otros agentes para preparación cervical y facilitar dilatación es adecuado.	NA
Misoprostol bucal comparado con dilatación sintéticos osmóticos antes del aborto quirúrgico. Estados Unidos 2013. ⁹⁰	Ensayo Clínico	125	Comparación de la eficacia y aceptabilidad con el uso de misoprostol 400 µg oral en comparación con dilatación osmótica utilizados 3 a 4 horas antes del procedimiento en embarazos de 12 a 15 semanas. Los dilatación cervicales se colocan posterior a BPC en tres puntos con lidocaína 20 ml al 1%, al completarse la dilatación las mujeres reciben dos tabletas por vía oral (placebo). El brazo de misoprostol recibe el medicamento sublingual y durante la exploración física se proporciona BPC en un punto. BPC adicional fue proporcionado cuando fue necesario a pacientes con uso de dilatación osmótica. Las circunferencias de dilatación observadas fueron superiores para los dilatación (33.9 vs 32.1 French), similar efecto se observa en mujeres multiparas y nulíparas. En el 95% de los casos para ambos grupos se necesitó dilatación mecánica adicional. La satisfacción percibida en general es similar para ambos grupos tratados. Los resultados son aplicables durante la etapa final del primer trimestre y el inicio del segundo trimestre del embarazo. Limitantes: se simula la colocación de dilatación en pacientes que reciben misoprostol, aspecto que es complicado de cegar, se informa menor incidencia de calambres abdominales con los dilatación, este efecto es esperado ya que a ese grupo se le aplica BPC completo y en algunos casos más de una vez, a diferencia del grupo de misoprostol que solo recibe un BPC parcial, este componente claramente puede afectar el efecto general de la satisfacción percibida por la paciente. No hay cegamiento hacia los proveedores del servicio. No se analiza la posibilidad de tener efectos por confusores.	ALTA CASP randomized controlled trials checklist



Mifepristona vs dilatadores osmóticos para la preparación cervical en abortos quirúrgicos entre las 14 y 16 semanas. Estados Unidos 2012. ⁹¹	Ensayo clínico	50	Comparación entre dilatadores osmóticos y mifepristona 200 mg, ambos utilizados 24 horas antes del procedimiento quirúrgico. Se establece un margen de tres minutos para considerar alguna de las opciones comparadas como causante de retraso en el procedimiento quirúrgico. El uso de dilatadores osmóticos (laminaria o dilapan) proporciona un tiempo promedio de procedimiento de 8 minutos (95% CI 6.75–11.47) y mifepristona de 9.87 minutos (95% CI 8.93–11.36), concluyéndose la terapia con mifepristona como efectiva y sin potencial para retrasar el tiempo de procedimiento. La limitación principal es la posibilidad de no poder hacer cegamiento.	ALTA CASP randomized controlled trials checklist
El uso de vasopresina reduce la pérdida de sangre durante la dilatación y evacuación en abortos realizados en el segundo trimestre. Estados Unidos 1985. ⁹²	Ensayo clínico	337	Inyección paracervical de vasopresina (10 u en 50 ml de mepivacaína al 1%, solución final 20 ml con 4 u de vasopresina, comparada con placebo, 20 ml de mepivacaína al 1%). La dilatación fue inducida por medio de laminaria aplicada el mismo día y cuando no fue efectiva se hizo por medio de dilatadores Pratt o Hegar. Las pérdidas sanguíneas observadas fueron superiores en el grupo placebo, principalmente en gestaciones mayores a 19 semanas, con media de 221 ml. De igual manera por cada 100 procedimientos la frecuencia de pérdida sanguínea superior a 250 ml se observó con el uso de placebo 70% comparado con vasopresina 38.9%. Limitaciones: no se propone o evalúa una dosis mínima a la cual puede ser efectiva la vasopresina. Pérdidas sanguíneas superiores a 500 ml se presentan en el 1.7% de los casos con vasopresina y 8.4% en el brazo que incluye placebo, pero no se informa la edad gestacional en la que se presentan estas complicaciones o si estuvieron relacionadas con variables adicionales.	MODERADA CASP randomized controlled trials checklist
Efectos de la vasopresina en el flujo sanguíneo de la arteria uterina durante la dilatación y evacuación. Estados Unidos 2006. ⁹³	Ensayo clínico	36	BPC con vasopresina (4 unidades colocadas en dos puntos a profundidad de 4 cm) o sin vasopresina (solución salina 10 ml) antes de la dilatación y evacuación, objetivo: identificar si la vasopresina disminuye el flujo circulatorio, a través de la arteria uterina con el fin de disminuir pérdidas sanguíneas en embarazos entre las 14 y 19 semanas. Desenlaces: índice de pulsatilidad de la arteria uterina por Doppler transabdominal al minuto de realizado el BPC, pérdida sanguínea, tiempo de procedimiento, frecuencia cardíaca y presión arterial materna. No se observan diferencias significativas en las ondas de pulsatilidad – disminución de flujo circulatorio (0.69 vs 0.34 p 0.14), no diferencias en pérdidas sanguíneas (media 96 ml). Limitaciones: muestra baja y se reconoce que no hay un tiempo validado para la medición del efecto de la vasopresina, por lo cual tiempos superiores a un minuto podrían condicionar a cambios, no se describe el proceso de cegamiento aplicado a proveedores de servicio.	MODERADA CASP randomized controlled trials checklist
Aborto entre las 18 a 22 semanas, dilatación y evacuación con laminaria. Israel 1996. ⁹⁴	Ensayo clínico	173	Objetivo; evaluación de complicaciones en abortos en el segundo trimestre por medio de dilatación con laminaria. Introducción de dos a tres tallos de laminaria 24 horas antes de la evacuación. 93% presentan dilatación satisfactoria, se reporta un caso de atonía uterina y uno con retención de productos de la concepción. Limitaciones: no se define el diseño de estudio, no establece el cálculo de muestra, no se identifican criterios de inclusión o exclusión, no se establece si hubo aleatorización o cegamiento, pérdida de seguimiento del 23% de los casos y 11% no asisten a sus controles, reportando estado de manera no presencial.	BAJA CASP randomized controlled trials checklist



Idoneidad y seguridad del misoprostol bucal para la preparación del cuello uterino antes de la interrupción del embarazo del segundo trimestre. Estados Unidos 2006. ⁹⁵	Cohorte retrospectiva	2357	Objetivo: evaluar la idoneidad y seguridad del misoprostol administrado por vía oral con y sin laminaria, en embarazos de 12 a 23 semanas, más 6 días. Procedimientos (1) entre las 12 0/7 semanas a 15 0/7 semanas recibieron misoprostol vía bucal 400 µg, 600 µg o 800 µg, 90 minutos antes del procedimiento, dosis más alta, 20 minutos antes del procedimiento. Procedimientos (2) entre las 16 0/7 y 17 6/7 semanas proveedores pudieron elegir entre las opciones de tratamiento uno o tres, procedimiento (3) entre 18 0/7 y 23 6/7 recibieron en el día 1 laminaria y día 2, algunos de los regímenes propuestos en el procedimiento 1. Los procedimientos exitosos fueron definidos como aquellos que no requirieron intervenciones adicionales, la seguridad se mide a partir de 13 posibles opciones de desenlaces clínicos. 42.8% recibieron tratamiento con laminaria y 57.2% misoprostol, de este 62.5% (1386 = misoprostol 730 vs misoprostol + laminaria 756) recibieron 400 µg, 31.6 (700= misoprostol 410 vs misoprostol + laminaria 290) 600 µg y 59% (132= misoprostol 128 vs misoprostol + laminaria 4) 800 µg. Requirieron dilatación adicional principalmente dosis de 400 µg de misoprostol sin laminaria (418) y de 600 µg con laminaria (92), edades gestacionales mayores a 18 semanas recibieron dilatación adicional. Se identifican un total de 43 RA/ (19.88) x 1000 pacientes. Siendo los no serios la principal, laceraciones cervicales y entre los serios la hemorragia mayor a 500 ml. La proporción mayor de RA se observa en dosis de 800 µg de misoprostol más laminaria (4 de 4 casos muestran RA), seguido de misoprostol como monoterapia a dosis de 400 µg. Solo 5 pacientes de la muestra total se establece no tuvieron un manejo exitoso con ninguna de las terapias. Limitaciones: estudio descriptivo, dependiente de datos retrospectivos, aunque la muestra y el manejo proporcionado permiten observar un manejo consistente y de buena calidad del proceso metodológico.	ALTA JBI checklist for cohort studies.
Misoprostol bucal como preparación cervical en terminaciones de embarazo del segundo trimestre. Estados Unidos 2001. ⁹⁶	Cohorte retrospectiva	110	Objetivo: identificar la eficacia del misoprostol vs laminaria entre mujeres en situación de aborto con edad gestacional de hasta 18 semanas. Misoprostol n=32, recibieron 600 µ 2 a 4 horas antes del procedimiento (solo embarazos hasta las 14 semanas), laminaria n=78, en cantidad limitada de acuerdo con la comodidad de la paciente. (embarazos entre las 14 a 16 semanas). Tiempo promedio para obtener preparación cervical con misoprostol 17.7 +/- 7.2 horas y con laminaria 18.4 +/- 9.06 horas. Se observa también que a mayor experiencia del proveedor de servicios de salud, menor tiempo de verificación de preparación cervical. Limitaciones: no se informa porque se hace división en las edades gestacionales al momento de proporcionar las intervenciones evaluadas.	MODERADA JBI checklist for cohort studies.
Misoprostol 1 – 3 horas pre-procedimiento vs dilatadores osmóticos colocados la noche previa durante el aborto quirúrgico en el segundo trimestre. Estados Unidos 2015. ⁹⁷	Cohorte retrospectiva	145	Objetivo: comparar la efectividad de la administración de misoprostol por vía bucal 400 µg entre 1 a 3 horas pre-procedimiento, vs dilatación osmótica aplicada con al menos 20 horas de anticipación. No se identifican diferencias en el tiempo de duración de los procedimientos, media 11 minutos misoprostol vs 10 minutos con dilatadores. Los eventos de sangrado vaginal son superiores en el postoperatorio cuando se usan dilatadores, especialmente cuando este es definido como moderado (34% vs 46%), no hay diferencias en cuanto al dolor percibido en el postoperatorio. Las características retrospectivas, el proceso de selección abierto, muestra baja y la dependencia de información contenida en expedientes clínicas pueden ser limitantes, reconocidas por los autores.	MODERADA JBI checklist for cohort studies.

Cuadro 25. Análisis de fuentes de evidencia, pregunta 6.

NA: No aplica

* Herramienta o escala utilizada para analizar la calidad de la evidencia (nivel alta, moderada y baja)



CUADRO PERFIL DE EVIDENCIA GRADE PREGUNTA 6

Autor(es): Grupo Desarrollador de GPC

Pregunta: 6- ¿Está indicado un régimen de preparación del cuello uterino antes de realizar el manejo quirúrgico de un aborto?

Contexto: Cualquier nivel de atención en salud, hospitales

Referencia bibliográfica: Preparación cervical para dilatación y evacuación en el segundo trimestre. (Revisión de Cochrane)¹

Comparación de uso de Laminaria con Misoprostol vs. Laminaria sola

Nº de estudios	Evaluación de la certeza						Nº de pacientes			Efecto		Certeza	Importancia
	Diseño de estudios	Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Laminaria con Misoprostol	Laminaria sola	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)			
Dilatación cervical inicial (uso de Laminaria con Misoprostol vs. Laminaria sola)													
1	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	No serio ^a	No serio	Serio ^b	Ninguno				-	MD 1.5 mm mayor (0.63 menor to 3.63 mayor) ^c	⊕⊕⊕○ MODERADA	CRITICO
Necesidad de otra dilatación cervical adicional (uso de Laminaria con Misoprostol vs. Laminaria sola)													
1	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	No serio	No serio	No serio Serio ^d	Ninguno	27/61 (44.3%)	37/64 (57.8%) No estimable		-	⊕⊕⊕○ MODERADA	IMPOR-TANTE	
Dificultad en la dilatación (uso de Laminaria con Misoprostol vs. Laminaria sola)													
1	No serio	No serio No serio			Serio ^f	Ninguno	18/61 (29.5%)	28/64 (43.8%)	OR 0.54 (0.26 to 1.12)	142 menos por 1,000 (de 269 menos a 28 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA	IMPOR-TANTE	
Tiempo de procedimiento (uso de Laminaria con Misoprostol vs. Laminaria sola)													
1	No serio	No serio No serio			Serio	Ninguno	64	61	-	MD 0.05 min menor (1.01 menor a 0.91 mayor)	⊕⊕⊕○ MODERATE		

Cuadro 26. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 6 #1.

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia de medias; OR: Odds ratio

Explicaciones

- Para solucionar las diferencias entre los resultados, se estratificó por semana gestacional.
- Los intervalos de confianza presentados son muy amplios, probablemente debido al tamaño de muestra.
- Diferencia de Media y sus intervalos de confianza
- Se observan intervalos de confianza amplios.
- Mayor necesidad de dilatación cervical adicional con Laminaria sola.
- Se observan intervalos de confianza amplios.

Comparación de Un día de Laminaria comparado con 2 días de laminaria antes del manejo quirúrgico del aborto

Nº de estudios	Evaluación de la certeza						Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia	
	Diseño de estudios	Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Dos días de Laminaria	Un día de laminaria	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)			
Dilatación cervical inicial (Un día de Laminaria comparado con 2 días de laminaria)													
1	Ensayo clínico aleatorizado	Serio ^a	No serio	No serio	No serio	Ninguno	28	32		-	MD 4.2 mm mayor (2.81 mayor to 5.59 mayor)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA	IMPOR-TANTE
Tiempo de procedimiento (Un día de Laminaria comparado con 2 días de laminaria)													
1	Ensayo clínico aleatorizado	Serio	No serio	No serio	No serio	Ninguno	28	32		-	MD 0.3 min menos (1.93 menos to 1.33 más)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA	IMPOR-TANTE

Cuadro 27. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 6 #2.

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia de medias

Explicación

a. Se describe posible preferencia del autor ante la colocación por dos días de Laminaria

Comparación de uso de misoprostol vaginal o lingual con mifepristona o misoprostol vaginal o sublingual solo

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudios	Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Misoprostol vaginal o lingual con Mifepristone	Misoprostol vaginal o sublingual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Dilatación cervical inicial (en mm; 0 to 100) (misoprostol vaginal o lingual con mifepristone o misoprostol vaginal o sublingual solo)												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	not serious	Ninguno	306	386	-	MD 5 mm mayor (4.6 mayor a 5.4 mayor)	⊕⊕⊕○ MODERADA	CRITICO
Necesidad adicional de dilatación (misoprostol vaginal o lingual con mifepristone o misoprostol vaginal o sublingual solo)												
1	Ensayo clínico aleatorizado	Serio	No serio	No serio	No serio	Ninguno	192/306 (62.7%)	196/386 (50.8%)	OR 1.62 (1.20 to 2.20)	118 más por 1,000 (de 45 más to 186 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA	IMPOR-TANTE
Tiempo de procedimiento (misoprostol vaginal o lingual con mifepristone o misoprostol vaginal o sublingual solo)												
1	Ensayo clínico aleatorizado	Serio	No serio	No serio	No serio	Ninguno	306	386	-	MD 2 min higher (1.16 higher to 2.84 higher)	⊕⊕⊕○ MODERATE	IMPOR-TANTE

Cuadro 28. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 6 #3.

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; OR: Odds ratio

Explicación

a. No hubo cegamiento de los participantes ni lo médicos.

Comparación de uso de laminaria o misoprostol en la dilatación cervical

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudios	Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Laminaria	Misoprostol	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Necesidad de dilatación cervical adicional (Comparación de uso de laminaria o misoprostol en la dilatación cervical)												
1	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	No serio	No serio	No serio	Muy fuerte asociación	6/36 (16.7%)	28/33 (84.8%)	OR 0.07 (0.03 to 0.17)	567 menos por 1,000 (de 705 menos a 361 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTO	IMPOR-TANTE
Tiempo de procedimiento (Comparación de uso de laminaria o misoprostol en la dilatación cervical)												
1	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	No serio	No serio	No serio	Ninguno	36	33	-	MD 2.31 min menos (4.29 menos a 0.33 lower)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	IMPOR-TANTE

Cuadro 29. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 6 #4.

CI: Intervalo de confianza; OR: Odds ratio; MD: Diferencias de medias

Referencias

1. Newmann SJ, Dalve-Endres A, Diedrich JT, Steinauer JE, Meckstroth K, Drey EA. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2010.



CUADRO EtD PREGUNTA 6

¿ESTÁ INDICADO UN RÉGIMEN DE PREPARACIÓN DEL CUELLO UTERINO ANTES DE REALIZAR EL MANEJO QUIRÚRGICO DE UN ABORTO	
POBLACIÓN:	MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO
INTERVENCIÓN:	PREPARACIÓN DEL CUELLO UTERINO MÚLTIPLES INTERVENCIONES
COMPARACIÓN:	PREPARACIÓN DEL CUELLO UTERINO MÚLTIPLES CONTROLES
DESENLACES PRINCIPALES:	DILATACIÓN CERVICAL INICIAL, NECESIDAD DE OTRA DILATACIÓN CERVICAL ADICIONAL, DIFICULTAD EN LA DILATACIÓN, TIEMPO DE PROCEDIMIENTO
LUGAR DE APLICACIÓN:	CUALQUIER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD
PERSPECTIVA:	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
ANTECEDENTE:	-----
CONFLICTO DE INTERÉS:	NINGUNO

RESUMEN DE JUICIOS

PROBLEMA	JUICIO						
	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Bajo	Moderado	Alto		Varía	No se sabe
EFFECTOS NO DESEADO	Alto	Moderado	Bajo	Trivial		Varía	No se sabe
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto			Estudios no incluidos
VALORES	Incertidumbre variabilidad importante	Posible variabilidad importante	Probablemente no hay variabilidad importante	Posible variabilidad no importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se sabe
RECURSOS REQUERIDOS	Altos costos	Moderados costos	Costos y ahorro sin impacto importante	Ahorros moderados	Ahorros altos	Varía	No se sabe
CERTEZA DE EVIDENCIA DE NECESIDAD DE RECURSOS	Muy baja	Baja	Moderada	Alto			No se incluyen estudios
COSTO EFECTIVIDAD	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se incluyen estudios
EQUIDAD	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente no impacto	Probablemente incrementado	Incrementa	Varía	No se sabe
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe

Cuadro 30. Resumen de juicios, pregunta 6.



TIPO DE RECOMENDACIÓN

RECOMENDACIÓN FUERTE EN CONTRA DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL EN CONTRA D ELA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL YA SEA A FAVOR O EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL A FAVOR DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN FUERTE A FAVOR DE LA INTERVENCIÓN
○	○	○	○	●

CONCLUSIONES

Recomendación
Se recomienda la preparación del cuello uterino en embarazos superiores a 13 semanas
Justificación
La dilatación o preparación del cuello uterino antes de un procedimiento quirúrgico a efectuarse entre mujeres en situación de aborto se fundamenta en permitir el paso para instrumentalización y facilitar la extracción de productos de la concepción, con el objetivo de reducir el riesgo de laceraciones, perforaciones y consecuentemente pérdidas sanguíneas que puedan poner en riesgo la vida.
Consideraciones subgrupo
Ninguna
Consideraciones para la implementación
No en todos los sistemas de atención de la zona centroamericana se cuenta con disponibilidad de laminaria u otros dilatadores osmóticos, por lo que se recomienda que se proceda con la combinación de mifepristona más misoprostol y si por circunstancias particulares, tampoco se cuenta con mifepristona, la preparación debe realizarse únicamente con misoprostol.
Monitoreo y evaluación
No se proponen
Prioridades en investigación
No se proponen

14.7 ANEXOS PREGUNTA 7

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA PREGUNTA 7

Fuente de referencias	Resultados	Estrategia de búsqueda
Pubmed	1451	((abortion [Title/Abstract]) OR ("second trimester abortion"[Title/Abstract])) AND ("medical regimen"[Title/Abstract]) OR ("medical abortion"[Title/Abstract])
Embase	202	'second trimester pregnancy'/exp AND ('medical abortion'/exp OR 'medical abortion' OR 'medical abortions' OR 'medication abortion')
Librería Cochrane	41	"second trimester abortion" in Title Abstract Keyword OR abortion in Title Abstract Keyword AND medical regimen in Title Abstract Keyword OR medical abortion in Title Abstract Keyword
Total de documentos seleccionados: 2		

Cuadro 31. Estrategia de búsqueda, pregunta 7.



FUENTES DE EVIDENCIA PREGUNTA 7

DOCUMENTO	DISEÑO	MUESTRA	RESUMEN DE RESULTADOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA*
Misoprostol para la inducción del parto para interrumpir el embarazo en el segundo o tercer trimestre en presencia de anomalía fetal o muerte fetal intrauterina. Nueva Zelanda 2010. ⁴⁶	RS	38 estudios, 3679 mujeres	<p>Objetivo: Comparar beneficios o riesgos con la utilización de misoprostol en la terminación de embarazos en el segundo y tercer trimestre de la gestación. Se incluyen en el análisis 9 estudios asociados a muerte fetal intrauterina, 5 estudios asociados con anomalías fetales y 24 estudios que tienen los componentes antes mencionados y condiciones de aborto definidas como sociales. Desenlace primario principal: no alcanzar el parto a las 24 horas y tiempo entre inducción y parto. Desenlaces secundarios asociados a complicaciones, RA, analgesia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Misoprostol vaginal vs oral para lograr parto en tiempo no mayor a 4 horas RR 0.37[0.15,0.87] a favor del misoprostol vaginal, con efecto superior a dosis bajas (hasta 800 µg) o moderadas (menor a 800 a 2400 µg acumulados), 6 estudios, total 507 mujeres. - Misoprostol vaginal vs oral, intervalo de tiempo para verificación de parto DM -5.54 [-8.92, -2.16], efecto superior del misoprostol vaginal, a dosis bajas o moderadas. 8 estudios, 640 mujeres. - Misoprostol vaginal vs gemeprost no lograr parto en 24 horas, no diferencias identificadas. RR 1.3[0.64,2.62] - Misoprostol vaginal vs gemeprost intervalo de tiempo para verificación de parto, no diferencias identificadas. DM 2.22[-14.44,18.87] - Misoprostol vaginal vs PGE2 (dinoprostona), no verificar parto en 24 horas. Favorece el uso de misoprostol, aunque, los resultados del MA sus IC cruzan línea de no efecto. RR 0.62[0.36,1.04] - Misoprostol vaginal vs PGE2 (dinoprostona), intervalo de tiempo para verificación de parto, no diferencias identificadas. DM -1.71 [-10.05 a 6.63] - Misoprostol vaginal vs PGE2 alfa (dinoprost), no verificar parto en 24 horas. No diferencias. Heterogeneidad entre los estudios moderada. RR1.07[0.28,4.06]. - Misoprostol vaginal vs PGE2 alfa (dinoprost), intervalo de tiempo para verificación de parto, no diferencias identificadas. DM -2.84[-6.06,0.38]. - Misoprostol vaginal vs misoprostol vaginal más oxitocina, no verificar parto en 24 horas. No diferencias. Un solo estudio, IC cruzan línea de no efecto. DM [-0.72,10.72] - Misoprostol vaginal vs misoprostol vaginal más laminaria, no verificar parto en 24 horas. No diferencias. Un solo estudio, IC cruzan línea de no efecto. RR 0.96[0.47,1.97] - Misoprostol vaginal vs misoprostol vaginal más donadores de óxido nítrico, no verificar parto en 24 horas. No diferencias. Un solo estudio, IC cruzan línea de no efecto. RR0.89 [0.34,2.33] - Misoprostol oral vs PGE2 alfa (dinoprost), no verificar parto en 24 horas. No diferencias, heterogeneidad entre los estudios incluidos severa 100%. RR 0.78[0.36,1.69] - Misoprostol oral más misoprostol vaginal vs misoprostol vaginal solo, no verificar parto en 24 horas. No diferencias, un estudio, tiende a favorecer el misoprostol vaginal solo. RR 1.81[0.6,5,5] - Misoprostol oral más misoprostol vaginal vs misoprostol vaginal solo, intervalo de tiempo para verificación de parto. Un solo estudio, favorece misoprostol DM 5.2[3.42,6.98] - Misoprostol oral más misoprostol vaginal vs misoprostol oral solo, no verificar parto en 24 horas. Favorece la combinación, aunque el resultado depende de un solo estudio con muestra de 56 mujeres. RR 0.47[0.23,0.96] - Misoprostol sublingual vs misoprostol vaginal, no verificar parto en 24 horas. Favorece la combinación sublingual. Resultados de un solo estudio con muestra de 202 mujeres. RR 0.24[0.08,0.74] - Misoprostol sublingual vs misoprostol vaginal, intervalo de tiempo para verificación de parto. Favorece la combinación sublingual, resultados de un solo estudio con muestra de 202 pacientes. DM -4.81[-8.26, -1.37] - Misoprostol sublingual vs misoprostol oral, no verificar parto en 24 horas. No diferencias, tendiente a favorecer la combinación sublingual. RR 0.22[0.01,4.99] - Misoprostol sublingual vs misoprostol oral, intervalo de tiempo para verificación de parto. Favorece la combinación sublingual. DM-7.17[-13.73,-0.6] - No diferencias en los efectos de las combinaciones sublinguales de 100 µg y 200 µg - Misoprostol vaginal dosis baja (menor a 800 µg acumulativo) vs dosis moderada (800 µg a 2400 µg acumulativo), no verificar parto en 24 horas. Favorece la dosis moderada, un solo estudio con muestra de 150 mujeres. RR 1.85[1.13,3.03] - Misoprostol vaginal dosis moderada (800 µg a 2400 µg acumulativo), vs dosis alta (hasta 3200 µg acumulativo), intervalo de tiempo para verificar parto. Favorece la dosis alta, un solo estudio con muestra de 178 mujeres. MD 4.2[1.36,7.04]. <p>Limitaciones: múltiples resultados dependen de estudios individuales con nuestra baja, reporte de eventos adversos serios no es consistente entre estudios.</p>	ALTA AMSTAR 2



Regímenes médicos para el aborto de 12 semanas o mayor. Noruega 2020. ⁴⁸	RS	43 estudios y 8284 mujeres	<p>Objetivo: RS de EC para investigar sobre la eficacia, seguridad y satisfacción en el aborto médico mayor o igual a 12 semanas.</p> <p>Comparaciones y resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mifepristona más misoprostol vs misoprostol solo. Embarazo continúe después de 24 y 48 horas de iniciado el tratamiento. En ambos casos se favorece combinación de medicamentos. 24 horas RR 0.12 [0.04,0.35], 48 horas RR 0.22 [0.08,0.60]. - Mifepristona iniciando menos de una hora antes del régimen con misoprostol vs mifepristona iniciado 24 a 38 horas antes de la primera dosis de misoprostol. Embarazo continúe después de 24 y 48 horas de iniciado el tratamiento. No supera 24 horas, el inicio de mifepristona 24 a 38 horas antes del misoprostol RR 3.13 [1.23, 7.94], extensión del embarazo a 48 horas, no hay diferencias 1.44 [0.61, 3.40] -Mifepristona oral vs vaginal, extensión del embarazo más de 24 y 48 horas después de iniciado el tratamiento. 24 horas a favor del misoprostol oral RR 1.64 [1.04, 2.59], 48 horas no diferencias, tendiente a favorecer la opción vaginal RR 1.58 [0.37, 6.84]. - Mifepristona sublingual vs vaginal, extensión del embarazo más de 24 y 48 horas después de iniciado el tratamiento. 24 horas a favor del misoprostol sublingual RR 2.17 [1.02,4.62], 48 horas no diferencias, tendiente a favorecer la opción sublingual 0.84 [0.24, 2.94] <p>Limitaciones: estudios con información estratificada por edad gestacional, reporte de eventos adversos serios no es consistente entre estudios.</p>	ALTA AMSTAR 2
Guía sobre dosis recomendadas de misoprostol. FIGO 2015. ⁴⁵	Recomendaciones sobre uso de medicamentos	NA	<p>Manejo 13 – 24 semanas: misoprostol 400 µg vaginal, sublingual o bucal, cada 3 horas. Más efectivo cuando se usa en combinación con mifepristona aplicado entre 24 a 48 horas antes del periodo estimado de expulsión.</p> <p>Manejo 25 – 26 semanas: misoprostol 200 µg vaginal, sublingual o bucal, cada 4 horas. Más efectivo cuando se usa en combinación con mifepristona aplicado entre 24 a 48 horas antes del periodo estimado de expulsión.</p> <p>Manejo 27 – 28 semanas: misoprostol 200 µg vaginal, sublingual o bucal, cada 4 - 6 horas. Más efectivo cuando se usa en combinación con mifepristona aplicado entre 24 a 48 horas antes del periodo estimado de expulsión.</p> <p>Muerte fetal intrauterina: 13- 26 semanas: misoprostol 200 µg vaginal, sublingual o bucal, cada 4 - 6 horas. 27 - 28 semanas: misoprostol 100 µg vaginal, sublingual o bucal, cada 4 - 6 horas.</p>	NA

Cuadro 32. Análisis de fuentes de evidencia, pregunta 7.

NA: No aplica

*** Herramienta o escala utilizada para analizar la calidad de la evidencia (nivel alta, moderada y baja)**



Cuadro PERFIL DE EVIDENCIA GRADE PREGUNTA 7

Autor(es): Grupo Desarrollador de GPC

Pregunta: 7-¿Cuál es el fármaco o combinaciones recomendados para el manejo médico del aborto en el segundo trimestre del embarazo?

Contexto: Cualquier nivel de atención en salud

Bibliografía: Misoprostol para la inducción de trabajo de parto para terminar el embarazo en el segundo o tercer trimestre para mujeres cono anomalías fetales o posterior a muerte fetal¹

Comparación entre Misoprostol baja dosis vaginal y Misoprostol baja dosis Oral

Evaluación de la certeza							No. de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudios	Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Misoprostol Vaginal baja dosis	Misoprostol Oral baja dosis	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
No alcanzar parto vaginal en 24 horas (follow up: 24 hours)												
1	Ensayo clínico aleatorizado	Serio ^a	No serio	No serio	No serio	Asociación muy fuerte confusores pueden reducir el efecto demostrado. Dependiente de dosis	2/50 (4.0%)	11/50 (22.0%)	RR 0.18 (0.04 to 0.78)	180 menos por 1,000 (de 211 menos a 48 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTO	CRITICO
Intervalo de tiempo en inducción del parto												
3	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	Serio ^b	No serio	No serio	Ninguno	105	103	-	MD 5.42 menor (7.83 menor a 3 menor)	⊕⊕⊕⊙ MODERADO	IMPOR-TANTE

Cuadro 33. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 7 #1.

CI: Intervalo de confianza; RR: Riesgo Relativo; MD: Diferencia de medias

Explicación

- a. El ensayo clínico de donde provienen los resultados no fue abierto para participantes y proveedores. No hay claridad si hay sesgo de selección debido a que es un ensayo abierto.
- b. Se incluyen estudios que presentan una heterogeneidad moderada.

Comparación entre Misoprostol moderada dosis vaginal y Misoprostol moderada dosis oral

Evaluación de la certeza							No. de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudios	Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Misoprostol vaginal dosis moderada	Misoprostol oral dosis moderada	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Parto vaginal no alcanzado en 24 horas												
3	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	No serio	No serio	No serio	Ninguno	12/107 (11.2%)	49/106 (46.2%)	RR 0.24 (0.14 to 0.42)	351 menos por 1,000 (de 398 menos a 268 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTO	CRITICO
Intervalo de tiempo de inducción al parto												
3	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	No serio	No serio	No serio	Ninguno	109	107	-	MD 6.53 menor (12.59 menor a 0.47 menor)	⊕⊕⊕⊕ ALTO	IMPOR-TANTE

Cuadro 34. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 7 #2.



CI: Intervalo de confianza; RR: Riesgo Relativo; MD: Diferencia de media

Comparación entre Misoprostol vaginal y Gemeprost PGE 1 (solo o con oxitocina)

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudios	Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Misoprostol vaginal	Gemeprost PGE1 (solo o con oxitocina)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
No alcanzar parto vaginal en 24 horas												
3	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	Serio ^a	No serio	Serio ^b	Ninguno	50/133 (37.6%)	25/102 (24.5%)	RR 1.30 (0.64 a 2.62)	74 más por 1,000 (de 88 menos a 397 más)	⊕⊕⊕○ BAJA	CRITICO
Intervalo de tiempo de inducción al parto												
2	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	Serio ^c	No serio	Serio ^d	Ninguno	54	55	-	MD 2.22 mayor (14.44 menor a 18.87 mayor)	⊕⊕⊕○ BAJA	IMPOR-TANTE

Cuadro 35. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 7 #3.

CI: Intervalo de confianza; RR: Riesgo Relativo; MD: Diferencia de Medias

Explicación

- Se detecta una heterogeneidad sustancial en los estudios incluidos.
- Se observan resultados con intervalos de confianza amplios y que pasan por la línea de no efecto.
- Se observa una heterogeneidad sustancial entre los dos estudios incluidos.
- Uno de los estudios parece favorecer Gemeprost, sin embargo el otro estudio tiene intervalos demasiado amplios que hace que el análisis conjugado pase por la línea de no efecto.

Comparación de Misoprostol vaginal de dosis baja y PGE2

Evaluación de la certeza							No. de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudios	Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Misoprostol vaginal dosis baja	PGE2	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
No alcanzar el parto vaginal en 24 horas												
2	Ensayo clínico aleatorizado	No serio ^a	Serio	No serio	Serio ^b	Ninguno	13/57 (22.8%)	14/52 (26.9%)	RR 0.83 (0.44 to 1.58)	46 menos por 1,000 (de 151 menos a 156 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA	CRITICO
Intervalo de tiempo de inducción al parto												
3	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	Muy serio ^c	No serio	No serio	Ninguno	76	73	-	MD 1 menor (9.53 menor to 7.53 mayor)	⊕⊕⊕○ BAJA	IMPOR-TANTE

Cuadro 36. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 7 #4.

CI: Intervalo de confianza; RR: Riesgo relativo; MD: Diferencia de medias

Explicación

- En uno de los estudios incluidos no se especifica la forma en la que se hizo el cegamiento, sin embargo, no se observan otros riesgos de sesgos.
- Los intervalos de confianza de ambos estudios incluidos pasan por la línea de no efecto.
- Se observa heterogeneidad considerable entre los estudios incluidos.



Comparación entre Misoprostol vaginal de dosis moderada y PGE2

Evaluación de la certeza							No. de pacientes		Efecto		Certeza	Impor- tancia
No de estudios	Diseño de estudios	Riesgo de sesgos	Inconsistencia	Indirecto	Imprecisión	Otras consideraciones	Misoprostol vaginal dosis moderada	PGE2	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
No alcanzar parto vaginal en 24 horas												
1	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	No serio	No serio	Serio ^a	Ninguna	2/8 (25.0%)	4/8 (50.0%)	RR 0.50 (0.13 to 2.00)	250 menos por 1,000 (de 435 menor a 500 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRITICO
Intervalo de tiempo de inducción al parto												
1	Ensayo clínico aleatorizado	No serio	No serio	No serio	Serio ^b	Ninguna	8	8	-	MD 27.3 menor (76.57 menor a 21.97 mayor)	⊕⊕⊕○ MODERADO	IMPOR- TANTE

Cuadro 37. Perfil de evidencia GRADE, pregunta 7 #5.

CI: Intervalo de confianza; RR: Riesgo Relativo; MD: Diferencia de medias

Explicación

- a. Se observan intervalos de confianza muy amplios, que pasan por la línea de no efecto. El estudio cuenta con una muestra muy pequeña.
 b. Intervalos de confianza muy amplios que pasan por la línea de no efecto. Tamaño muestral del estudio muy pequeño.

Referencias

1. Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2010.

CUADRO EtD PREGUNTA

¿CUÁL ES EL FÁRMACO O COMBINACIONES DE FÁRMACOS PARA EL MANEJO MÉDICO DEL ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO, INCLUYENDO CAUSAS ASOCIADAS A MUERTE FETAL Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS?	
POBLACIÓN:	MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO
INTERVENCIÓN:	MANEJO MÉDICO MÚLTIPLES INTERVENCIONES
COMPARACIÓN:	MANEJO MÉDICO MÚLTIPLES CONTROLES
DESENLACES PRINCIPALES:	PARTO VAGINAL MAYOR A 24 HORAS, INTERVALO DE TIEMPO PARA VERIFICAR PARTO
LUGAR DE APLICACIÓN:	CUALQUIER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD
PERSPECTIVA:	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
ANTECEDENTE:	-----
CONFLICTO DE INTERÉS:	NINGUNO

RESUMEN DE JUICIOS

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Bajo	Moderado	Alto		Varía	No se sabe
EFFECTOS NO DESEADO	Alto	Moderado	Bajo	Trivial		Varía	No se sabe
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto			Estudios no incluidos
VALORES	Incertidumbre variabilidad importante	Posible variabilidad importante	Probablemente no hay variabilidad importante	Posible variabilidad no importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se sabe
RECURSOS REQUERIDOS	Altos costos	Moderados costos	Costos y ahorro sin impacto importante	Ahorros moderados	Ahorros altos	Varía	No se sabe
CERTEZA DE EVIDENCIA DE NECESIDAD DE RECURSOS	Muy baja	Baja	Moderada	Alto			No se incluyen estudios
COSTO EFECTIVIDAD	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se incluyen estudios
EQUIDAD	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente no impacto	Probablemente incrementado	Incrementa	Varía	No se sabe
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe

Cuadro 38. Resumen de juicios, pregunta 7.

TIPO DE RECOMENDACIÓN

RECOMENDACIÓN FUERTE EN CONTRA DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL YA SEA A FAVOR O EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL A FAVOR DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN FUERTE A FAVOR DE LA INTERVENCIÓN
○	○	○	○	●

CONCLUSIONES

Recomendación
Entre mujeres en situación de aborto en el segundo trimestre del embarazo, se recomienda el uso de misoprostol como fármaco de primera línea para la inducción de la expulsión fetal.
Justificación
El aborto médico en el segundo trimestre comprende la utilización de productos farmacológicos para lograr la expulsión, su elección por sobre la dilatación y evacuación se fundamenta cuando existe un feto completo y se busca mantener la integridad ya sea por razones psicológicas, sociales, de diagnóstico, evaluación de futuro reproductivo o legales.
Consideraciones subgrupo
Ninguna
Consideraciones para la implementación
No se identifican barreras en cuanto al abastecimiento y provisión de las combinaciones de medicamentos sugeridas.
Monitoreo y evaluación
No se proponen
Prioridades en investigación
No se proponen



14.8 ANEXOS PREGUNTA 8

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PREGUNTA 8

Fuente de referencias	Resultados	Estrategia de búsqueda
Pubmed	11	((Products of Conception) AND (abortion)) AND (Histopathological Analysis)
Embase	11	'products of conception'/exp AND ('pathology'/exp OR 'clinical pathology' OR 'pathobiology' OR 'pathologic institute' OR 'pathology' OR 'pathology institute' OR 'pathology, clinical' OR 'pathology, surgical' OR 'analysis'/exp OR 'analysis' OR 'analytic sample preparation methods')
Librería Cochrane	1	"products of conception" in Title Abstract Keyword AND "Histopathological Analysis" in Title Abstract
Total de documentos seleccionados:	4	

Cuadro 39. Estrategia de búsqueda, pregunta 8.

CUADRO EtD PREGUNTA 3

¿SE DEBERÍA REALIZAR EXAMEN HISTOPATOLÓGICO DE LOS PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN POSTERIOR A UN ABORTO MÉDICO O QUIRÚRGICO?	
POBLACIÓN:	MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO
INTERVENCIÓN:	REALIZAR EXAMEN HISTOPATOLÓGICO DE LOS PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN
COMPARACIÓN:	NO REALIZAR EXAMEN HISTOPATOLÓGICO DE LOS PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN
DESENLACES PRINCIPALES:	----
LUGAR DE APLICACIÓN:	CUALQUIER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD
PERSPECTIVA:	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
ANTECEDENTE:	-----
CONFLICTO DE INTERÉS:	NINGUNO

RESUMEN DE JUICIOS

PROBLEMA	JUICIO						
	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Bajo	Moderado	Alto		Varía	No se sabe
EFFECTOS NO DESEADO	Alto	Moderado	Bajo	Trivial		Varía	No se sabe
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto			Estudios no incluidos
VALORES	Incertidumbre variabilidad importante	Posible variabilidad importante	Probablemente no hay variabilidad importante	Posible variabilidad no importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se sabe
RECURSOS REQUERIDOS	Altos costos	Moderados costos	Costos y ahorro sin impacto importante	Ahorros moderados	Ahorros altos	Varía	No se sabe
CERTEZA DE EVIDENCIA DE NECESIDAD DE RECURSOS	Muy baja	Baja	Moderada	Alto			No se incluyen estudios
COSTO EFECTIVIDAD	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No se incluyen estudios
EQUIDAD	Reducida	Probablemente reducida	Probablemente no impacto	Probablemente incrementado	Incrementa	Varía	No se sabe
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se sabe

Cuadro 40. Análisis de fuentes de evidencia, pregunta 8.

NA: No aplica

* Herramienta o escala utilizada para analizar la calidad de la evidencia (nivel alta, moderada y baja)

TIPO DE RECOMENDACIÓN

RECOMENDACIÓN FUERTE EN CONTRA DE LA INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL EN CONTRA D ELA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL YA SEA A FAVOR O EN CONTRA DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL A FAVOR DE LA RECOMENDACIÓN	RECOMENDACIÓN FUERTE A FAVOR DE LA INTERVENCIÓN
○	○	○	○	●

CONCLUSIONES

Recomendación
Se recomienda que durante el desarrollo de la consejería pre-procedimiento entre mujeres en situación de aborto, se informe sobre los diferentes métodos de anticoncepción disponibles, tomando en cuenta las preferencias de las usuarias.
Justificación
El estudio histopatológico de los productos de la concepción no debe ser obviado, ya que a partir de este se pueden obtener respuestas confirmatorias de edad gestacional, anomalías congénitas; además, en los casos de muerte fetal o abortos espontáneos puede aportar información relevante que permita reconocer patologías o condiciones que ayuden a planificar futuros embarazos o inclusive el futuro reproductivo de una mujer.
Consideraciones subgrupo
Ninguna
Consideraciones para la implementación
Pueden existir controversias ya que la utilización rutinaria de estudios histopatológicos podría ser considerada como de alto costo y barrera para el acceso a este tipo de servicios.
Monitoreo y evaluación
Ninguna
Prioridades en investigación
No se proponen



15. REFERENCIAS

- 1 OMS | Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. WHO. <https://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/> (acceso 16 Feb2021).
- 2 En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year> (acceso 16 Feb2021).
- 3 fs-aww-lac-es.pdf. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf> (acceso 16 Feb2021).
- 4 Prevención del aborto peligroso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion> (acceso 21 Feb2021).
- 5 Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C *et al.* Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health* 2020; **8**: e1152–e1161.
- 6 Induced Abortion in the United States. Guttmacher Institute. 2016. doi:10.1363/2019.30760.
- 7 Kortsmitt K, Jatlaoui TC, Mandel MG, Reeves JA, Oduyebo T, Petersen E *et al.* Abortion Surveillance — United States, 2018. 2020; **69**: 32.
- 8 MNCH Commodities-Misoprostol.pdf. <https://www.ghsupplychain.org/sites/default/files/2019-02/MNCH%20Commodities-Misoprostol.pdf> (acceso 23 Feb2021).
- 9 Mifegyne - Summary of Product Characteristics (SmPC) - (emc). <https://www.medicines.org.uk/emc/product/3783/smpc> (acceso 23 Feb2021).
- 10 Medabon - Combipack of Mifepristone 200 mg tablet and Misoprostol 4 x 0.2 mg vaginal tablets - Summary of Product Characteristics (SmPC) - (emc). <https://www.medicines.org.uk/emc/product/3380/smpc#gref> (acceso 23 Feb2021).
- 11 Prostin E2 Sterile Solution 1mg/ml Intravenous - Summary of Product Characteristics (SmPC) - (emc). <https://www.medicines.org.uk/emc/product/1659/smpc#NUMBER> (acceso 23 Feb2021).
- 12 Prostin E2 Vaginal Tablets - Summary of Product Characteristics (SmPC) - (emc). <https://www.medicines.org.uk/emc/product/1091/smpc#gref> (acceso 23 Feb2021).
- 13 Organisation mondiale de la santé. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. 2012.
- 14 Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V *et al.* GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *Journal of Clinical Epidemiology* 2017; **81**: 101–110.
- 15 Torres G, Duarte, Reveiz. *Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia*. OPS (Organización Panamericana de la Salud): Estados Unidos, 2018.
- 16 GRADE handbook. <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html> (acceso 25 Feb2021).
- 17 Overview | Abortion care | Guidance | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140> (acceso 25 Feb2021).
- 18 Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Ipas. <https://www.ipas.org/resource/actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva/> (acceso 25 Feb2021).
- 19 OMS. *Tratamiento médico del aborto*. World Health Organization, 2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1> (acceso 25 Feb2021).
- 20 Costescu D, Guilbert É. No. 360-Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2018; **40**: 750–783.
- 21 Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016; : i1152.
- 22 Coleman PK. Negative abortion experiences: predictors and development of post-abortion psychological and relational adjustment scale. *Issues Law Med* 2018; **33**: 133–162.



- 23 Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2016; **45**: 1552–1567.
- 24 Abstracts of Posters. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2014; **19**: S91–S240.
- 25 ABSTRACTS OF FREE COMMUNICATIONS. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2012; **17**: S26–S46.
- 26 Ortayli N, Bulut A, Nalbant H. The effectiveness of preabortion contraception counseling. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; **74**: 281–285.
- 27 Bender SS, Geirsson RT. Effectiveness of preabortion counseling on postabortion contraceptive use. *Contraception* 2004; **69**: 481–487.
- 28 Vodopivec S, Bokal EV, Pinter B. Counselling before first trimester abortion and acceptability of the procedure: results from a Slovenian cross-sectional study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2019; **24**: 487–493.
- 29 Ralph LJ, Foster DG, Kimport K, Turok D, Roberts SCM. Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception* 2017; **95**: 269–278.
- 30 Cavallaro FL, Benova L, Owolabi OO, Ali M. A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: what works and what doesn't? *BMJ Sex Reprod Health* 2020; **46**: 254–269.
- 31 adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health.pdf. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health.pdf> (acceso 26 Apr2021).
- 32 Zhu JL, Zhang W-H, Cheng Y, Xu J, Xu X, Gibson D *et al*. Impact of post-abortion family planning services on contraceptive use and abortion rate among young women in China: a cluster randomised trial. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009; **14**: 46–54.
- 33 Schmidt-Hansen M, Cameron S, Lord J, Hasler E. Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020; **99**: 451–458.
- 34 Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996; **87**: 884–890.
- 35 Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012. doi:10.1002/14651858.CD005217.pub2.
- 36 IPAS. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. 2020.<https://ipasmexico.org/pdf/CURH-S20.pdf> (acceso 7 May2021).
- 37 Jackson E, Kapp N. Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: Int J Obstet Gy* 2020; **127**: 1348–1357.
- 38 Renner R-M, Jensen JTJ, Nichols MDN, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009. doi:10.1002/14651858.CD006712.pub2.
- 39 Carlsson T. Management of physical pain during induced second-trimester medical abortions: a cross-sectional study of methodological quality and recommendations in local clinical practice guidelines at Swedish hospitals. *Scand J Caring Sci* 2019; **33**: 111–118.
- 40 The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7). Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/> (acceso 7 May2021).
- 41 Cahill EP, Henkel A, Shaw JG, Shaw KA. Misoprostol as an adjunct to overnight osmotic dilators prior to second trimester dilation and evacuation: A systematic review and meta-analysis. *Contraception* 2020; **101**: 74–78.
- 42 Fox MC, Krajewski CM. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception* 2014; **89**: 75–84.
- 43 Mifepristone. <https://go.drugbank.com/drugs/DB00834> (acceso 8 May2021).
- 44 Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus



- and side-effects. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; **99**: S160–S167.
- 45 Dosage Guidelines. Misoprostol. <http://www.misoprostol.org/dosage-guidelines/> (acceso 9 May 2021).
 - 46 Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010. doi:10.1002/14651858.CD004901.pub2.
 - 47 Saokaew S, Suan-ek P, Khusawangsri C, Rattanangamkul T, Netthip J, Hongsamsibjet S *et al.* Comparative Effectiveness And Safety Of Medical Abortion For Second-Trimester Pregnancy Termination: A Systematic Review And Network Meta-Analysis. *Value in Health* 2017; **20**: A684.
 - 48 Whitehouse K, Brant A, Fonhus MS, Lavelanet A, Ganatra B. Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. *Contraception: X* 2020; **2**: 100037.
 - 49 Abbasi S, Jamal A, Eslamian L, Marsousi V. Role of clinical and ultrasound findings in the diagnosis of retained products of conception. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; **32**: 704–707.
 - 50 Fram KM. Histological analysis of the products of conception following first trimester abortion at Jordan University Hospital. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2002; **105**: 147–149.
 - 51 Ohayi S, Onyishi N. Routine histopathological analysis of the products of conception: Is there a value? *Niger Med J* 2020; **61**: 136.
 - 52 Yap S-J, Watts JC, Faithfull TJ, Wong SZ, Wylde KL, McGurgan PM. Is tissue an issue? Current practice and opinion in Western Australia for routine histopathology on products of conception. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2014; **54**: 493–496.
 - 53 Paul M (ed.). *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Wiley-Blackwell: West Sussex, England, 2009.
 - 54 Heikinheimo O, Pohjoranta E, Toffol E, Suhonen S, Partonen T. Induced abortion and mental health. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017; **96**: 383–383.
 - 55 Grossman D, Ellertson C, Grimes DA, Walker D. Routine Follow-up Visits After First-Trimester Induced Abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2004; **103**: 738–745.
 - 56 Kerns J, Steinauer J. Management of postabortion hemorrhage. *Contraception* 2013; **87**: 331–342.
 - 57 Hemorragia postaborto: Prevención y Manejo. Ipas. <https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/atencion-postaborto/hemorragia-postaborto-prevencion-y-manejo/> (acceso 26 Jul 2021).
 - 58 Manejo de la perforación uterina. Ipas. <https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/atencion-postaborto/manejo-de-la-perforacion-uterina/> (acceso 26 Jul 2021).
 - 59 Achilles SL, Reeves MF. Prevention of infection after induced abortion. *Contraception* 2011; **83**: 295–309.
 - 60 Mavuso JM-JJ, Macleod CI. ‘Bad choices’: Unintended pregnancy and abortion in nurses’ and counsellors’ accounts of providing pre-abortion counselling. *Health (London)* 2021; : 136345932098887.
 - 61 Mavuso JM-JJ, Macleod CI. Resisting abortion stigma in situ: South African womxn’s and healthcare providers’ accounts of the pre-abortion counselling healthcare encounter. *Cult Health Sex* 2020; **22**: 1299–1313.
 - 62 Westbrook CA. Ethical Choice Architecture in Preabortion Counseling. *AMA J Ethics* 2020; **22**: E792-795.
 - 63 Bain LE. Mandatory pre-abortion counseling is a barrier to accessing safe abortion services. *Pan Afr Med J* 2020; **35**. doi:10.11604/pamj.2020.35.80.22043.
 - 64 Birdsey G, Crankshaw TL, Mould S, Ramklass SS. Unmet counselling need amongst women accessing an induced abortion service in KwaZulu-Natal, South Africa. *Contraception* 2016; **94**: 473–477.
 - 65 Chor J, Tusken M, Lyman P, Gilliam M. Factors Shaping Women’s Pre-abortion Communication with Their Regular Gynecologic Care Providers. *Women’s Health Issues* 2016; **26**: 437–441.
 - 66 Baron C, Cameron S, Johnstone A. Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2015; **41**: 181–185.
 - 67 Vandamme J, Wyverkens E, Buysse A, Vrancken C, Brondeel R. Pre-abortion counselling from women’s point of view. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2013; **18**: 309–318.



- 68 Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7). Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/> (acceso 25 Apr2021).
- 69 Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT. Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration. *N Engl J Med* 2011; **364**: 2208–2217.
- 70 Cameron ST, Glasier A, Chen ZE, Johnstone A, Dunlop C, Heller R. Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG* 2012; **119**: 1074–1080.
- 71 Hofmeyr GJ, Singata-Madliki M, Lawrie TA, Bergel E, Temmerman M. Effects of the copper intrauterine device versus injectable progestin contraception on pregnancy rates and method discontinuation among women attending termination of pregnancy services in South Africa: a pragmatic randomized controlled trial. *Reprod Health* 2016; **13**: 42.
- 72 Hohmann HL, Reeves MF, Chen BA, Perriera LK, Hayes JL, Creinin MD. Immediate versus delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine device following dilation and evacuation: a randomized controlled trial. *Contraception* 2012; **85**: 240–245.
- 73 Cremer M, Bullard KA, Mosley RM, Weiselberg C, Molaei M, Lerner V *et al*. Immediate vs. delayed post-abort copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. *Contraception* 2011; **83**: 522–527.
- 74 Kapp N, Griffin R, Bhattarai N, Dangol DS. Does prior ultrasonography affect the safety of induced abortion at or after 13 weeks' gestation? A retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2021; **100**: 736–742.
- 75 Akiba N, Iriyama T, Nakayama T, Seyama T, Sayama S, Kumasawa K *et al*. Ultrasonographic vascularity assessment for predicting future severe hemorrhage in retained products of conception after second-trimester abortion. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2021; **34**: 562–568.
- 76 Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception* 2011; **83**: 30–33.
- 77 Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound in Medicine* 1989; **8**: 71–75.
- 78 Prager SW, Oyer DJ. Second-Trimester Surgical Abortion. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 2009; **52**: 179–187.
- 79 Perriera LK, Arslan AA, Masch R. Placenta praevia and the risk of adverse outcomes during second trimester abortion: A retrospective cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2017; **57**: 99–104.
- 80 National Guideline Alliance (UK). *Antibiotic prophylaxis for medical and surgical abortion: Abortion care: Evidence review D*. National Institute for Health and Care Excellence (UK): London, 2019 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK561076/> (acceso 7 May2021).
- 81 Norman WV. Metronidazole Prophylaxis Before Surgical Abortion: Retrospective Review of 51 330 Cases. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2012; **34**: 648–652.
- 82 Hamoda H, Ashok PW, Flett GMM, Templeton A. Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2004; **111**: 996–1000.
- 83 Meyer R, Cahan T, Yagel I, Afek A, Derazne E, Bar-Shavit Y *et al*. A double-blind randomized trial comparing lidocaine spray and placebo spray anesthesia prior to cervical laminaria insertion. *Contraception* 2020; **102**: 332–338.
- 84 Castro C, Tharmaratnam U, Brockhurst N, Tureanu L, Tam K, Windrim R. Patient-controlled analgesia with fentanyl provides effective analgesia for second trimester labour: a randomized controlled study. *Can J Anesth/J Can Anesth* 2003; **50**: 1039–1046.
- 85 Kim R, Pelletier A, Donnenfeld B, Delli-Bovi L, Bartz D. Safety of deep sedation without intubation during surgical abortion in the independent clinic setting. *Contraception* 2020; **101**: 298–301.
- 86 Aksel S, Lang L, Steinauer JE, Drey EA, Lederle L, Sokoloff A *et al*. Safety of Deep Sedation Without



Intubation for Second-Trimester Dilation and Evacuation. *Obstetrics & Gynecology* 2018; **132**: 171–178.

- 87 Orbach-Zinger S, Paul-Keslin L, Nicholson E, Chinchuck A, Nitke S, Eidelman LA. Tramadol-metoclopramide or remifentanyl for patient-controlled analgesia during second trimester abortion: a double-blinded, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Anesthesia* 2012; **24**: 28–32.
- 88 Newmann SJ, Dalve-Endres A, Diedrich JT, Steinauer JE, Meckstroth K, Drey EA. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010. doi:10.1002/14651858.CD007310.pub2.
- 89 2020 Clinical Policy Guidelines. National Abortion Federation. <https://prochoice.org/store/clinical-policy-guidelines/> (acceso 8 May2021).
- 90 Bartz D, Maurer R, Allen RH, Fortin J, Kuang B, Goldberg AB. Buccal Misoprostol Compared With Synthetic Osmotic Cervical Dilator Before Surgical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology* 2013; **122**: 57–63.
- 91 Borgatta L, Roncari D, Sonalkar S, Mark A, Hou MY, Finneseth M *et al.* Mifepristone vs. osmotic dilator insertion for cervical preparation prior to surgical abortion at 14–16 weeks: a randomized trial. *Contraception* 2012; **86**: 567–571.
- 92 Schulz KennethF, Grimes DavidA, Christensen DennisD. VASOPRESSIN REDUCES BLOOD LOSS FROM SECOND-TRIMESTER DILATATION AND EVACUATION ABORTION. *The Lancet* 1985; **326**: 353–356.
- 93 Crawford JT, Edelman AB, Pereira L, Bednarek P, Buckmaster J. The effects of vasopressin injection on uterine artery blood flow during dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007; **196**: e38–e39.
- 94 Schneider D, Halperin R, Langer R, Caspi E, Bukovsky I. Abortion at 18–22 weeks by laminaria dilation and evacuation. *Obstetrics & Gynecology* 1996; **88**: 412–414.
- 95 Patel A, Talmont E, Morfesis J, Pelta M, Gatter M, Momtaz MR *et al.* Adequacy and safety of buccal misoprostol for cervical preparation prior to termination of second-trimester pregnancy. *Contraception* 2006; **73**: 420–430.
- 96 Todd CS, Soler M, Castleman L, Rogers MK, Blumenthal PD. Buccal misoprostol as cervical preparation for second trimester pregnancy termination. *Contraception* 2002; **65**: 415–418.
- 97 Ramesh S, Roston A, Zimmerman L, Patel A, Lichtenberg ES, Chor J. Misoprostol 1 to 3 h preprocedure vs. overnight osmotic dilators prior to early second-trimester surgical abortion. *Contraception* 2015; **92**: 234–240.





**FEDERACIÓN CENTROAMERICANA DE ASOCIACIONES DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
FECASOG**



ISBN 978-84-18471-79-7



