

Abordaje integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (segunda entrega)

Comprehensive approach to the voluntary interruption of pregnancy (second issue)

Nicole Crimer^a , Alejandrina Lo Sasso^a 

Resumen

La legalización de la interrupción voluntaria del embarazo ha transformado la práctica médica con respecto a la atención de las pacientes que desean interrumpir la gestación hasta la semana 14 en Argentina. En la primera entrega, el equipo PROFAM compartió su punto de vista a través de una adaptación de su material educativo destinado, sobre todo, a aclarar los aspectos legales que hacen a la práctica cotidiana. En esta entrega se desarrolla en detalle el procedimiento para realizar un aborto farmacológico con misoprostol y mifepristona, así como las generalidades del aspirado manual endouterino.

Abstract

The legalization of voluntary termination of pregnancy has transformed medical practice regarding the care of patients who wish to terminate a pregnancy up to 14 weeks in Argentina. In the first issue, the PROFAM team shared its point of view through an adaptation of its educational material aimed, above all, at clarifying the legal aspects of daily practice. In this issue, the procedure to perform a pharmacological abortion with misoprostol and mifepristone is developed in detail, as well as the generalities of manual uterine aspiration technique.

Palabras clave: Aborto Inducido, Embarazo No Planeado, Aborto Legal. Keywords: Induced Abortion, Unplanned Pregnancy, Legal Abortion.

Crimer N, Lo Sasso A. Abordaje integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (segunda entrega). Evid Actual Pract Ambul. 2022;25(3):e007022. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/evidencia.v25i4.7022>.

Introducción

Los procedimientos disponibles para la terminación de la gestación hasta la semana 14 disponibles en Argentina, acordes a la ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), son el aborto medicamentoso y la aspiración manual endouterina (AMEU). Tal como veremos más adelante, el tratamiento farmacológico puede realizarse de manera ambulatoria hasta la semana 12. Posteriormente, aumenta la incidencia de efectos adversos, por lo que se recomienda que el tratamiento se lleve a cabo en el ámbito hospitalario. A partir de la semana 14.6 y durante el resto del segundo trimestre, la interrupción se realiza con la paciente internada y se dispone de una serie de procedimientos cuya implementación depende en gran parte de la edad gestacional. La mayoría de ellos involucran acciones farmacológicas y/o quirúrgicas. Estos escenarios se encuadran bajo la regulación de la interrupción legal del embarazo (ILE), responden a los causales de salud de la embarazada o violación, y de manera habitual no son resueltos en el primer nivel de atención. De todas maneras, es parte del trabajo de los profesionales de la salud derivar de forma correcta estos casos a los servicios de obstetricia.

La ley de IVE pone de manifiesto que es la persona afectada quién deberá decidir por qué método desea interrumpir el embarazo, ya sea con fármacos o con la AMEU. Sin embargo, el aborto es una práctica sensible al tiempo y la AMEU es una intervención quirúrgica, con lo que su accesibilidad puede verse limitada por diversos factores, como la disponibilidad hospitalaria de equipos, camas, anestesia, etc. En cambio, el fármaco misoprostol está disponible y accesible de forma más amplia. Es posible que algo similar ocurra con la mifepristona, de reciente autorización para su uso en Argentina^{1,2}. Por estos motivos, creemos que es importante brindar la información pertinente sobre ambos métodos, incluyendo la posibilidad de acceso a cada uno de ellos. Esto requiere que el profesional actuante conozca las variables de acceso a cada método en el lugar en el que está trabajando. A su vez, es fundamental conocer cuándo uno de los métodos

se encuentra particularmente indicado o contraindicado. Tal como veremos más adelante, debido a la mayor disponibilidad que presenta el aborto farmacológico y por ser un tratamiento que puede ser acompañado por un profesional del primer nivel de atención, desarrollaremos en profundidad el aborto con misoprostol y el combinado con mifepristona, mientras que solo mencionaremos algunos puntos claves de la AMEU.

¿Qué aspectos se deben tener en cuenta en la evaluación inicial?

Como mencionamos en la primera entrega³, se recomienda siempre comenzar la entrevista con preguntas que permitan evaluar los deseos, temores y motivaciones de las pacientes para poder encuadrar de forma adecuada la consulta y organizar los pasos a seguir. Asimismo, recordamos que es especialmente pertinente evaluar posibles situaciones de violencia o abuso y, en esos casos, valorar la necesidad de acompañamiento por un equipo interdisciplinario. Es decir que, si se detectan situaciones de abuso, es de buena práctica ampliar el grupo de trabajo, pero esta ampliación no debe retrasar el inicio o la toma de decisiones sobre una IVE.

La exposición fetal al misoprostol durante el primer trimestre es considerada altamente teratogénica⁴, asociada al desarrollo de defectos en la osificación del cráneo, parálisis de los pares craneales (entre ellas, el Síndrome de Moebius), malformaciones faciales y defectos en las extremidades, entre otras alteraciones congénitas⁵. Es decir que, si bien el riesgo general del proceso de IVE farmacológica con misoprostol es bajo para la persona gestante, no lo es para el producto de la gestación. Este hecho debe ser correctamente informado antes de dar inicio a la IVE, de la misma manera que se deben prever las acciones ante una IVE no exitosa en el primer intento. En estos casos, la recomendación es finalizar la gestación por algún medio, ya sea repitiendo el procedimiento farmacológico o planificando una AMEU. Estas conductas deberán ser consensuadas con la paciente.

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. nicole.crimer@hospitalitaliano.org.ar, alejandrina.losasso@hospitalitaliano.org.ar



En cuanto a los antecedentes médicos, hay que recabar información acerca de la fecha de última menstruación (FUM) para determinar la edad gestacional, si conoce su grupo y factor sanguíneo, la medicación habitual, si tiene colocado un dispositivo intrauterino (DIU), si tiene conocimiento de estar cursando una infección de transmisión sexual (ITS), si es portadora del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y si está realizando tratamiento antirretroviral. A su vez, evaluar enfermedades previas, incluyendo trastornos de la coagulación, alergias medicamentosas, eventos gineco-obstétricos, vacunación antitetánica e inmunización anti-Rh.

Algunas situaciones ante las que se deben tomar conductas pertinentes:

- Aquellas pacientes que presenten algún trastorno de la coagulación deben ser remitidas a un hospital para realizar el procedimiento en un centro de tercer nivel. Si bien no todas las coagulopatías contraindican el uso de los fármacos para la IVE, este es un caso que debe ser seguido por un obstetra y, eventualmente, con un especialista en hematología.
- Extraer el DIU en forma previa al procedimiento.
- Si se detecta una ITS, tratarla sin demorar el inicio de la IVE.
- Si la paciente es portadora del VIH, asegurar la continuidad de la terapia antirretroviral.

La principal utilidad del examen físico es la medición de la altura uterina para aproximarse a la edad gestacional cuando la FUM es incierta y no hay una ecografía disponible. En caso contrario, no es necesario realizarlo. De todos modos, muchas veces el examen físico puede contribuir al reaseguro y la transmisión de tranquilidad. Se le puede mencionar a la paciente que no es necesario el examen ginecológico pero, si ella lo desea, puede realizarse.

Otro aspecto a tener en cuenta es que a veces quienes solicitan una IVE están amamantando. A estas pacientes se les debe anticipar que deberán desecchar la leche materna desde el inicio de la terapia farmacológica y hasta cuatro horas después de la última administración de cada fármaco.

¿Cuáles son los estudios complementarios necesarios antes de la interrupción?

En general una IVE puede realizarse sin la necesidad de ningún estudio complementario. Sobre todo considerando que la gran mayoría de las pacientes son mujeres jóvenes y sanas, el pedido de estudios se verá fundamentalmente orientado por datos relevantes de la clínica o los antecedentes.

Existe controversia en relación a la necesidad del requerimiento de grupo sanguíneo y factor Rh en las pacientes que no lo conozcan, ya que existen diferencias entre los lineamientos del protocolo de IVE argentino⁶, que indica que se debe solicitar a todas las pacientes a partir de la semana 9, y la guía de la OMS⁷, que argumenta que el riesgo teórico de isoimmunización es muy bajo en las gestaciones menores de 12 semanas, por lo que recomienda la determinación del grupo y factor sólo a partir de esa edad gestacional. Más allá de la semana 12, en los casos de pacientes Rh negativas, se recomienda la aplicación de inmunoglobulina anti Rh tanto en los casos de IVE farmacológica como quirúrgica. La dosis es de 300 mcg por vía intramuscular por única vez, de manera ideal 72 horas antes de dar inicio al procedimiento. En el caso de que la inmunoglobulina no esté disponible no se deberá retrasar el inicio de la interrupción.

Por otro lado, considerando que la solicitud de una IVE podría deberse a un embarazo no intencional en el contexto de una relación sexual no protegida, es de buena práctica evaluar el riesgo

de ITS de la paciente y solicitar un laboratorio con serologías para estas infecciones con su consentimiento. La práctica de estos estudios hacen a la valoración global de la consulta, pero no contraindican ni deben demorar la IVE. En los casos de violación, deben sumarse antibióticos y antirretrovirales dependiendo de la circunstancia⁸.

Otro estudio complementario sobre el que siempre se debate es la ecografía ginecológica. Queremos destacar que no siempre es necesario realizar una ecografía para la interrupción. Es decir, si la edad gestacional no da muchas dudas, la paciente no tiene síntomas o riesgo de embarazo ectópico y el diagnóstico de embarazo es claro, se puede proceder de forma directa. Ahora bien, en los ámbitos de práctica en los que la ecografía está disponible, la recomendamos para definir la edad gestacional, descartar un embarazo ectópico y evaluar la viabilidad fetal.

Se debe sospechar un embarazo ectópico cuando la paciente refiera dolor abdominal y/o pelviano acompañado de sangrado vaginal. Presentan más riesgo de presentar un embarazo ectópico las usuarias de DIU y quienes ya tuvieron un embarazo ectópico con anterioridad. Ante la presencia de dolor abdominal, en las pacientes hemodinámicamente estables que no estén cursando un cuadro de abdomen agudo, se recomienda solicitar una ecografía transvaginal, un dosaje de β hCG cuantitativa y derivar en forma precoz a un obstetra. Por otra parte, ante la presencia de síntomas de hipotensión arterial, como mareos, desmayos y/o un cuadro compatible con abdomen agudo, se deberá encaminar a la paciente a un servicio de emergencias obstétricas.

¿En qué consiste el aborto farmacológico?

El misoprostol es el fármaco más disponible en Argentina para la IVE. Se consigue en farmacias, hospitales y centros de salud en comprimidos de 200 mcg. Es un análogo de las prostaglandinas que provoca contracciones en el músculo liso del útero, estimula la maduración cervical y aumenta el tono uterino. Las contraindicaciones para su uso son la alergia conocida al fármaco, la sospecha de masa anexial o la presencia o sospecha de un embarazo ectópico.

Puede administrarse por tres vías diferentes: bucal, sublingual o vaginal. La posología puede ser elegida junto con la paciente ya que las tres vías son altamente efectivas, si bien la frecuencia de eventos adversos puede variar con cada una⁹. Un ensayo clínico que comparó diferentes vías de administración de misoprostol documentó una mayor satisfacción de las mujeres con las vías bucal o sublingual en comparación con la vía vaginal¹⁰.

Por la vía vaginal, los comprimidos se deben colocar lo más profundo y atrás posible (de manera similar a lo que se indica con la colocación de un óvulo en el tratamiento de una vaginosis) y la mujer debe permanecer acostada por 30 minutos para que la medicación no se deslice hacia abajo. Esta vía tiene la menor tasa de efectos adversos gastrointestinales. Uno de sus problemas es la falta de absorción de los comprimidos. Ante la ausencia de síntomas de inicio de la IVE luego de una hora de la administración del misoprostol, la paciente puede verificar la absorción realizando el tacto del fondo vaginal.

Por la vía sublingual, los comprimidos se colocan debajo de la lengua (de manera similar al uso de la metoclopramida o el ketorolac). No deben masticarse, sino que se debe permitir que su disolución, que se realiza lentamente, durante 30 minutos y luego de ello, tragar los comprimidos. Esta es la vía que provoca más fiebre, escalofríos, diarrea y vómitos, pero logra niveles plasmáticos farmacológicos más elevados y tiene un inicio de acción más rápido.

Por la vía bucal los comprimidos se colocan entre el carrillo y las encías, se deja que se disuelvan durante 30 minutos y luego se degluten. Los efectos adversos son similares a los de la vía sublingual.

Si bien las guías hacen especial hincapié en que cuando se decide una vía de administración esta se sostenga durante todo el proceso, cabe remarcar que los vómitos pueden hacer imposible seguir con la vía bucal o sublingual. En el caso de presentarse vómitos incoercibles o falta de absorción por la vía vaginal, siempre se prioriza seguir adelante con el tratamiento, por lo que si es necesario se realiza el cambio de posología.

La sensibilidad uterina al misoprostol aumenta con la edad gestacional, por lo que a mayor edad se requiere menor dosis. En consecuencia, en las gestaciones menores a las 12 semanas, la dosis de misoprostol por cualquier vía de administración es de 800 mcg (cuatro comprimidos al mismo tiempo) cada tres horas, y se puede repetir hasta lograr la expulsión. En las gestaciones mayores a las 12 semanas, la dosis recomendada es de 400 mcg por cualquier vía cada tres horas hasta la expulsión, y se sugiere realizar el procedimiento en el ámbito de una internación.

¿Qué suele ocurrir en un aborto farmacológico típico?

Lo que suele ocurrir es que en las primeras tres horas de iniciado el tratamiento la paciente no experimente ningún síntoma y que recién llegando al final de esas tres horas o un poco más tarde, comience con cólicos abdominales y los otros efectos adversos de la medicación. Ésto significa que el fármaco está comenzando a actuar. El sangrado suele iniciar luego de la segunda dosis y aumentar con la tercera, momento a partir del cual comienza a declinar. Son comunes las expulsiones de coágulos (se consideran normales aquellos de hasta siete centímetros). En las primeras 24 horas son esperables los cólicos abdominales, el dolor tipo menstrual, la diarrea, la fiebre, los escalofríos, la acidez, el reflujo, las náuseas y los vómitos.

Para el alivio sintomático se pueden usar antieméticos, como la metoclopramida, y antidiarreicos, como la loperamida. Con respecto a la analgesia, se recomienda de primera línea la utilización de AINE, como ibuprofeno, naproxeno o ketorolac. En el caso de que estos no estén disponibles, hasta la semana 14 de gestación se puede considerar el uso del paracetamol. En la actualidad, se recomienda indicar los analgésicos junto al misoprostol de manera simultánea.

No hay un método exacto para determinar cuándo ha ocurrido la expulsión completa. Por lo general se produce un sangrado moderado las primeras 24 horas, que luego persiste de manera más leve por dos a tres semanas, y que incluso puede durar hasta la siguiente menstruación. Nosotros recomendamos que la mujer no observe el material expulsado ya que puede despertar sentimientos negativos; no obstante, hay pacientes que relatan haber observado la expulsión del saco vitelino y del embrión, lo que confirma la expulsión. Otra manera de aproximarse a la certeza de la expulsión es la cuantificación del sangrado. Para ello, les recomendamos a las pacientes que utilicen apósitos grandes (toallas higiénicas nocturnas) y no se las cambien hasta que estén completamente llenos. Se contraindica el uso de tampones y de la copa menstrual ya que predisponen a las infecciones. El sangrado de la expulsión es típicamente como el de una menstruación o un poco mayor. A su vez, los síntomas subjetivos del embarazo como el asco, las náuseas y la tensión mamaria, desaparecen pocas horas después de la expulsión.

A modo de resumen: si durante algunas horas se evidencia un sangrado moderado en el contexto de contracciones uterinas, se considera a la IVE inicialmente exitosa. Si el sangrado o los cólicos fueron breves o escasos se podrá reevaluar a la paciente de manera precoz. Si, por el contrario, hubo sangrados y cólicos no muy contundentes sumados, por ejemplo, a la persistencia de síntomas de embarazo en los días posteriores al procedimiento, se debería citar a la paciente para verificar el éxito o no del tratamiento inicial.

Tal como comentamos, en los casos en los que se sospecha que no ocurrió la terminación de la gestación, se pueden considerar las dosis repetidas de misoprostol para lograr la finalización del proceso de aborto. Si bien la OMS no define una cantidad máxima de prostaglandinas, se recomienda tener precaución con el número de repeticiones del procedimiento y aplicar el juicio clínico evaluando, sobre todo, la seguridad de la repetición del procedimiento farmacológico en pacientes con incisión uterina previa. Otra opción, si se encuentra disponible y la paciente lo desea, es realizar una AMEU, que tiene entre 99 y 100 % de efectividad, mientras que las dosis repetidas de misoprostol alcanzan una efectividad de 95 %¹¹.

Luego de un tratamiento farmacológico, es habitual que la paciente se contacte para referirnos los resultados de la intervención. Se pueden dar diversos escenarios, pero si el sangrado fue abundante y los síntomas subjetivos del embarazo desaparecieron se recomienda evaluar el tratamiento como exitoso sin la necesidad de pedir estudios, y abordar el tema de la anticoncepción.

Algunas pacientes podrán referir que el sangrado fue escaso y/o que persisten los síntomas subjetivos del embarazo. En estos casos se recomienda considerar que la interrupción no ha sido exitosa y los escenarios son básicamente dos:

1. que se haya efectivamente interrumpido la gestación pero que los restos estén retenidos, esta situación se suele acompañar de una historia de poco sangrado pero con desaparición de los síntomas de embarazo, o
2. que no se haya logrado la interrupción de la gestación.

En ambos casos, es pertinente realizar una ecografía transvaginal dentro de las 48 horas posteriores a la IVE para verificar la viabilidad fetal. Si este método complementario no se encuentre disponible, se puede solicitar un análisis de sangre de β hCG cuantitativa y de ser positiva, repetirla a las 48 horas para ver si está en ascenso, lo que confirma la viabilidad del embarazo. En el caso de que el embarazo no se haya interrumpido se recomienda orientar a la paciente sobre la conveniencia de continuar con la IVE. En estos casos, se podrá elegir si hacer un nuevo ciclo de tratamiento farmacológico o ir directamente a una AMEU, en caso de estar disponible.

Si la gestación se ha detenido pero los restos no se han eliminado existen dos conductas posibles: la conducta expectante o la intervención para la eliminación de los restos.

La conducta expectante se fundamenta en que, en muchos casos, en vez de una eliminación aguda se produce un sangrado más lento pero continuo hasta que se produce una nueva menstruación. Si se toma esta conducta se deberá hacer especial hincapié en las pautas de alarma (fiebre, flujo maloliente, dolor abdominal) y proscribir cualquier tipo de penetración vaginal para evitar infecciones (incluyendo el uso del tampón y la copa menstrual, el coito o los juguetes sexuales). Luego de la menstruación (es decir, después de haber finalizado un sangrado más abundante) se recomienda constatar la eliminación completa de los restos con una nueva ecografía, y si hubiese persistencia de los mismos, realizar una interconsulta con obstetricia.

Si se decide intervenir para acelerar la eliminación de los restos existen dos alternativas: hacer un nuevo ciclo de misoprostol para estimular la contractilidad uterina y expulsar los restos que quedaron, o realizar una AMEU. Si se elige la primera opción, se recomienda controlar mediante la clínica (cantidad de sangrado) y una ecografía dentro las dos semanas posteriores al procedimiento. La persistencia de restos implica la interconsulta con obstetricia.

¿Cuáles son las pautas de alarma?

Transcurridas 24 horas de la finalización de la toma del misoprostol, la persistencia de fiebre o dolores abdominales que no ceden con analgésicos, la presencia de flujo maloliente y/o un sangrado profuso que no se detiene son signos de alarma; la paciente deberá ser evaluada en un servicio de urgencias adecuado. Se considera sangrado profuso aquel que llena más de cuatro apósitos en dos horas.

En el caso de decidir una IVE ambulatoria es muy importante que antes del procedimiento quede establecida la manera de comunicación entre el profesional o equipo acompañante y la paciente, los pasos a seguir ante posibles efectos adversos y ante potenciales dudas en relación al éxito del procedimiento o complicaciones del mismo.

¿Qué se modifica con la llegada de la mifepristona?

El uso de mifepristona y misoprostol combinado para la interrupción del embarazo es, según la evidencia consolidada, uno

de los procedimientos más seguros y eficaces para la interrupción de la gestación. Cuando se utiliza el régimen combinado de mifepristona más misoprostol, se logra el aborto completo en aproximadamente el 98% de los casos, y menos del 1% de las usuarias continúa presentando un embarazo viable después de utilizar este régimen^{2,9}.

La mifepristona es un esteroide sintético con una acción anti-progestágena que compite con la progesterona en los receptores uterinos. Además de bloquear estos receptores, actúa a nivel miométrial incrementando la sensibilidad del músculo a la acción de las prostaglandinas, es decir, del misoprostol, lo que produce un efecto potenciador a las 24 a 36 horas posteriores a su administración.

La mifepristona y el misoprostol están registrados por separado en muchos países. Sin embargo, se dispone de una presentación combinada de mifepristona 200 mg con misoprostol 200 mcg de cuatro comprimidos.

Tabla 1. Esquema de tratamiento combinado propuesto por la OMS

Edad gestacional	Dosis de Mifepristona y vía de administración	Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema
Menor a 12 semanas	200 mg vía oral (monodosis)	1 a 2 días después, misoprostol, 800 mcg vía vaginal, bucal o sublingual, cada 3 horas hasta expulsión
Igual o mayor a 12 semanas	200 mg vía oral (monodosis)	1 a 2 días después, misoprostol, 400 mcg vía vaginal, bucal o sublingual, cada 3 horas hasta expulsión

Fuentes oficiales han informado que el número de dosis disponibles de mifepristona en Argentina para el segundo semestre de 2022 es de 25.500, con distribución en efectores públicos de todo el país, priorizando la entrega según las estadísticas recopiladas de las interrupciones en 2021. Su indicación se prioriza para las interrupciones en personas que tuvieron dos o más cesáreas previas independientemente de la edad gestacional, infantes y adolescentes hasta los 15 años, e interrupciones legales a partir de la semana 15 de gestación¹.

Los efectos adversos esperables de la mifepristona son: fatiga, cefalea, mareos, hipoglucemia, hipopotasemia, cólicos abdominales, náuseas, vómitos, diarrea, artralgias, prurito, somnolencia/insomnio, xerostomía, sangrado vaginal. El sangrado ocurre durante los primeros nueve a 16 días; durante los primeros dos días la intensidad del sangrado es mayor. Se recomienda a las pacientes la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbonos a intervalos cortos para evitar la hipoglucemia. En cuanto a las pautas de alarma, son las mismas que las del aborto con misoprostol. Las contraindicaciones de la mifepristona son: antecedente de hipersensibilidad al fármaco o a las prostaglandinas, uso concomitante de corticosteroides sistémicos, insuficiencia suprarrenal crónica, porfiria hereditaria, trastornos de la coagulación, uso de DIU y embarazo ectópico².

Aborto legal ¿en cualquier lugar o en el hospital?

La campaña del aborto legal y gratuito se hizo visible con un lema que reclamaba: *aborto legal en el hospital*. Si bien la entendemos como *slogan* que sintetizaba el pedido del aborto gratuito provisto por el estado nacional, aprovechamos la frase para cuestionar la idea de que la IVE deba ocurrir en el hospital. Para conocer las preferencias de las pacientes a la hora de elegir la hospitalización o el ámbito ambulatorio para realizar la IVE recomendamos consultar la entrega anterior sobre este tema³, pero, ciñéndonos a los aspectos técnicos de la IVE, hasta la semana 12

de gestación es una práctica segura en forma ambulatoria. Luego de la semana 12, se recomienda que las IVE o ILE se realicen en el ámbito de una internación. Además, independientemente de la edad gestacional, se aconseja la internación ante la presencia de: a) comorbilidades como la enfermedad cardio o cerebrovascular, las neuropatías, la diabetes, la hipertensión arterial descompensada, una anemia importante, coagulopatías o cualquier situación de salud descompensada o que pueda descompensarse por el procedimiento; b) limitaciones asociadas al contexto social, la red de apoyo o la distancia geográfica que dificulta el acceso al sistema de salud, d) situaciones de violencia intrafamiliar que imposibiliten a la paciente realizar la interrupción en su domicilio, d) embarazo producto de una violación, en caso de que la persona decida realizar la denuncia penal (ya que para conservar el material para estudio de ADN se requiere realizar el procedimiento en forma hospitalaria), o e) cualquier otra situación social que lo requiera (p. ej., niñas o adolescentes que no podrían realizar el procedimiento en su domicilio porque su familia desconoce la situación o se sospecha abuso por parte de algún conviviente).

Las complicaciones graves relacionadas a las interrupciones planificadas del embarazo durante el primer trimestre ya sea por fármacos o AMEU son muy poco frecuentes¹². La tasa de complicaciones mayores (que requieren cirugías, transfusiones o internación) fue estimada en 0,23% para la IVE farmacológica y 0,16% para la AMEU. Entre las complicaciones de severidad moderada más frecuentes se encuentran la retención de restos y la no terminación de la gestación, siendo las infecciones mucho menos frecuentes. Las complicaciones moderadas son más frecuentes en las IVE farmacológicas (5%) que en las AMEU (1,3%). Finalmente, no se han documentado diferencias en las tasas de complicaciones entre la IVE farmacológica ambulatoria y la realizada en el ámbito hospitalario.

¿En qué consiste la AMEU?

La AMEU¹³ es un procedimiento quirúrgico que consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula unida a una fuente de vacío. Es un procedimiento que puede ser realizado hasta la semana 16 de gestación y durante el mismo se notifican índices de aborto completo de entre 95% y 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas, siendo las más frecuentes la infección, la hemorragia y la ruptura uterina. Se indica para la realización de interrupciones de la gestación como primer intento, para interrupciones no exitosas luego del uso del misoprostol o frente a la presencia de restos que no se pueden evacuar con fármacos. Previo al procedimiento se indica misoprostol por vía vaginal para la dilatación del cuello del útero, además de un antibiótico profiláctico en monodosis. Se utiliza el bloqueo paracervical o la anestesia total y se administran analgésicos. La duración de la intervención es breve y, por lo general, la paciente se retira a su casa en el mismo día. Las contraindicaciones para este procedimiento incluyen la imposibilidad de obtener un consentimiento informado y ciertas condiciones anatómicas, como p. ej. leiomiomas, que restringen el acceso a la cavidad uterina.

Reiteramos que uno de los principales problemas de este método es su limitada disponibilidad y la consecuente demora potencial para iniciar la IVE.

¿Es necesario realizar una consulta posterior al aborto?

Si bien desde el punto de vista técnico no sería necesario realizar ningún control después del procedimiento, la consulta posterior es pertinente, por un lado, para discutir la implementación de un método anticonceptivo (MAC), pero además, porque consideramos de buena práctica ofrecer un espacio para dar cierre a la situación. En ese sentido, recomendamos un encuentro para completar el abordaje integral, saber cómo se siente la paciente luego del proceso y comenzar un MAC. La anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE) es una estrategia fundamental para la prevención de la reiteración del embarazo no intencional, y debe ser considerada como parte del abordaje de una IVE. Su objetivo es lograr el acceso rápido a un MAC eficaz en el período inmediatamente posterior al procedimiento. La necesidad de implementación de un MAC lo antes posible se debe a que la fertilidad se suele recuperar 7 a 10 días después del tratamiento. Todos los métodos son aptos para su inicio pos-interrupción, salvo la colocación del DIU que está contraindicada en aquellas personas que hayan cursado alguna complicación infecciosa uterina. Se deben tener en cuenta tanto la disponibilidad como las preferencias de la paciente.

Comentario final

Tal como remarcamos varias veces en el texto, la situación ideal de una IVE sería que la paciente pudiera elegir el método

que prefiera para llevar a cabo el tratamiento. Puesto que la AMEU es un procedimiento quirúrgico que no siempre se encuentra disponible, y en contrapartida la IVE farmacológica es un recurso de fácil acceso, al momento de realizar la consejería recomendamos que la paciente se vaya de la consulta conociendo el método más accesible y, a la vez, deseable para ella.

Llevar adelante un aborto medicamentoso ambulatorio es seguro pero también difícil de atravesar para la persona que lo realiza. La mayoría de las pacientes se sentirá muy mal a expensas de fiebre, escalofríos, dolor, náuseas, vómitos, diarrea, sangrado vaginal, a lo que se puede sumar el estrés emocional relacionado con la interrupción de la gestación. Por este motivo, consideramos fundamental que la paciente tenga asegurada una vía de contacto con el médico que ha indicado y acompaña el proceso. También puede ser de ayuda, si la paciente así lo desea, contar con la compañía de una persona con quien se sienta segura y tranquila para asistirle durante la IVE. Otra opción es contactar asociaciones de personas con experiencia en el procedimiento, como las Socorristas en Red, que puedan soporte dar a la paciente en un ambiente seguro.

Acompañar un aborto desde lo técnico es un tratamiento que puede resultar relativamente simple. El valor agregado que creemos más importante es el acompañamiento de la paciente durante esta situación, ya que su vulnerabilidad puede verse afectada desde distintas aristas y es ahí donde el cuidado integral del médico de atención primaria cobra vital importancia.

Fuente: Este material fue adaptado de: Mandel N, Volpi M y equipo de actualización de contenidos de PROFAM. Material Educativo PROFAM (MEP) Interrupción Voluntaria del Embarazo, PROFAM, Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria; Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021. Disponible para cursos PROFAM.



Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria organizado por el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria y el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires

Recibido el 08/07/2022 Aceptado el 12/08/2022 y Publicado el 06/09/2022.

Referencias

1. Los efectores públicos de salud contarán con mifepristona para realizar abortos; 2022. Available from: <https://www.unidiversidad.com.ar/los-efectores-publicos-de-salud-contaran-con-mifepristona-para-realizar-abortos>.
2. Grupo de trabajo de acceso a la interrupción del embarazo (IVE-ILE) Ministerio de Salud de la Nación Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021. Nota técnica 6: Mifepristona y misoprostol para la atención del aborto con medicamentos; 2022. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/nota-tecnica-6-mifepristona-y-misoprostol-para-la-atencion-del-aborto-con-medicamentos>.
3. Crimer N, LoSasso A. Abordaje integral de la interrupción voluntaria del embarazo (primera entrega). Evid Actual Práct Ambul. 2022;25(1):e007005. Available from: [10.51987/evidencia.v25i2.7005;https://www.evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/7005#R132652424161181](https://www.evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/7005#R132652424161181).
4. Orioli IM, Castilla EE. Epidemiological assessment of misoprostol teratogenicity. BJOG. 2020;107(4):519–523. Available from: [10.1111/j.1471-0528.2000.tb13272.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb13272.x).
5. Aborto con medicamentos. Riesgo de malformaciones fetales. In: Kapp N, editor. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas; 2021. Available from: <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2021/06/Actualizaciones-cl%C3%82nicas-en-salud-reproductiva-CURHS21.pdf>.
6. Navarrete SA, Ministerio de Salud de la Nación Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Edición 2021; 2021. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/>

default/files/2021-05/protocolo-IVE_ILE-2021-26-05-2021.pdf.

7. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto. Resumen ejecutivo; 2022. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf>.
8. Chejter S, et al. Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. 4th ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2021.
9. Zhang J, Zhou K, Shan D, et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;5(5):CD002855. Available from: 10.1002/14651858.CD002855.pub5.
10. Nautiyal D, Mukherjee K, Perhar I, et al. Comparative Study of Misoprostol in First and Second Trimester Abortions by Oral, Sublingual, and Vaginal Routes . *J Obstet Gynaecol India.* 2015;65(4):246–250. Available from: 10.1007/s13224-014-0587-3.
11. Gutiérrez-Ramos M, Guevara-Ríos E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2015;61(1). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010.
12. Upadhyay UD, Desai S, Zlidar V, et al. Incidence of emergency department visits and complications after abortion . *Obstet Gynecol.* 2015;125(1):175–183. Available from: 10.1097/AOG.0000000000000603.
13. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la Provincia de Buenos Aires;. Available from: <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/drive/archivos/guiaimplementacionive.pdf>.

