



Septiembre 2023

Nota técnica N° 2

Abordaje clínico del aborto seguro en etapas gestacionales avanzadas

- **Precisiones para el análisis de la información**

La OMS ha incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 y descrito como aborto inducido a la interrupción deliberada de un embarazo intrauterino en curso, por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene la intención de dar como resultado un nacimiento vivo^{1,2}.

Las estadísticas sobre muertes fetales, mortinatos y muertes neonatales deben registrarse de forma separada de las estadísticas sobre aborto inducido. Si bien, todos los mortinatos y muertes de nacidos vivos ≥ 22 semanas completas de gestación (≥ 154 días) deben incluirse en las estadísticas, aunque los requisitos legales para el registro pueden variar según las diferentes legislaciones nacionales, esto no se aplica a la interrupción del embarazo, independientemente de la duración del mismo y debe presentarse por separado de la muerte fetal, muerte fetal o nacido vivo⁴. La OMS también señala que para el caso de los abortos después de las 14 semanas de gestación, cualquier regulación sobre el manejo/la eliminación de los restos del embarazo no debe representar una carga o una violación de la confidencialidad para las mujeres o los trabajadores de la salud⁴.

- **Manejo clínico para etapas gestacionales avanzadas**

Los momentos en la atención del aborto seguro señalados en el Lineamiento técnico, han de realizarse independientemente de la edad gestacional. Tras la consejería, el consentimiento informado y la valoración clínica (siempre respetando las preferencias de la usuaria), cuando

¹ Organización Mundial de la Salud (2022) Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima revisión (CIE-11) | <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1517114528>

² World Health Organization (2023) Clinical practice handbook for quality abortion care | <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>





la edad gestacional supera el 2º trimestre avanzado, se recomienda iniciar la dosis de 200mg de mifepristona vía oral y llevar a cabo la inducción de asistolia fetal como parte del manejo ético e integral de la interrupción voluntaria del embarazo, particularmente en etapas gestacionales avanzadas, ya que ésta permite:

- evitar el costo de las complicaciones asociadas a la prematurez en la calidad de vida de la propia persona recién nacida y sus cuidadores primarios y para los sistemas de salud;
- evitar la percepción de signos de vitalidad fetal transitoria al momento de la expulsión que impacten a la propia víctima y al equipo de salud;
- disminuir el tiempo de inducción farmacológica de la expulsión y facilitar procedimientos como la dilatación y evacuación, cuando así se requieran.

Como con cualquier otro procedimiento clínico, se debe contar con consentimiento informado para llevarlo a cabo, por lo que ha incluirse en los temas a tratar durante la consejería, en la que se debe explicar a la usuaria que se obtendrá un producto sin latido cardiaco, sin olvidar la necesidad de previamente sensibilizar al personal de salud para evitar rutinas habituales que la usuaria no desee tales como mostrar sexo y peso del producto, etc. Para llevarla a cabo, la OMS señaló en 2023 que se pueden utilizar diferentes alternativas (Ver Tabla 1)⁴, como la digoxina intraamniótica (para la punción se usa aguja espinal número 22, 1mg antes de las 20 semanas y 2mg después de las 20 semanas).

Posterior a corroborar la asistolia fetal y 24 horas después de la dosis de mifepristona, en función de las condiciones generales de la usuaria, sus preferencias y la capacidad técnica instalada, se recomienda el ingreso para la supervisión clínica de la administración de misoprostol a las dosis que se encuentran en el Lineamiento técnico y ajustar la posología del mismo en función de la edad gestacional, como ha sido propuesto también por la FIGO desde 2017³ y por la propia OMS en 2023 (ver Tablas 2 y 3). La evacuación uterina complementaria posterior a la expulsión de feto y placenta, deberá valorarse por personal de salud capacitado que asista a la usuaria de así requerirse.

El resto de las acciones que correspondan, tales como el manejo del dolor, la anticoncepción postevento obstétrico, las referencias a servicios de salud complementarios e intersectoriales, deberán llevarse a cabo como se establece en el Lineamiento técnico.

³ Morris et al. (2017) FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynecol Obstet 2017; 1-4 | DOI: 10.1002/ijgo.12181

Homero No. 213, Piso 5, Colonia Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11570, en la Ciudad de México.



- **Certificado de Muerte Fetal**

En México, el Certificado de Muerte Fetal (CMF) vigente debe ser expedido por una/un médica/o, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud; y si la muerte fetal ocurrió fuera de una unidad médica del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la usuaria no recibió atención durante su embarazo en alguna unidad médica del SNS es responsabilidad de los SESA establecer los mecanismos que garanticen la expedición del CMF dentro de las siguientes 48 horas después de ocurrido el evento⁴, por lo que no será necesario involucrar a las autoridades ministeriales para la emisión del CMF.

La emisión del CMF en los casos de IVE que así lo requieran, no es sinónimo de imponer a la usuaria la responsabilidad de dar destino final, pues podría resultar en una experiencia de revictimización ante la violencia sexual. En los casos en los que las usuarias decidan un proceso ministerial, una muestra de tejido placentario puede ser suficiente para la cadena de custodia.

- **Manejo del producto**

El producto podrá manejarse vía donación para su ingreso a la cadena de RPBI (Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos) en la unidad de salud en donde se atendió la IVE, mediante un escrito libre si no se cuenta con un formato específico para ello.

Cuando el destino final de un producto que haya sido certificado esté en responsabilidad de la unidad de salud, es posible establecer con antelación diversas rutas dependiendo de las condiciones de infraestructura y trabajo intersectorial realizado en los SESAS que permitan que los restos pasen a fosa común.

- **Registro de la información**

Cuando se realice IVE, el acuerdo de codificación para la Afección Principal es Z30.3. Se distingue de la ILE (Interrupción Legal del Embarazo) en las comorbilidades y en la Hoja de Lesiones que se llena sólo en casos de IVE, incluso en la Hoja de Lesiones, el código para IVE como Afección Principal es T74.2 (Abuso sexual).

⁴Dirección General de Información en Salud (2022) Manual de Llenado del certificado de Defunción y Certificado de Muerte Fetal Modelo 2022 | http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/seed/pdf/Manual_Llenado_CD_CMF_2022_20220930.pdf



Tabla 1. Regímenes comúnmente utilizados para inducir asistolia fetal

	KCl intrafunicular /intracardiaco	Digoxina intraamniótica /intrafetal	Lidocaína intratorácica /intracardiaca
Efectividad	Abordaje altamente efectivo	Mayor riesgo de falla en comparación con KCl	La lidocaína es rápidamente efectiva
Temporalidad	Se administra el mismo día o uno previo al aborto. La asistolia se observa de forma inmediata.	Se administra un día previo al misoprostol. La asistolia se confirma antes del inicio del aborto.	Se administra el mismo día o uno previo al aborto. La asistolia se observa a los 5 minutos.
Seguridad	Para una administración segura y precisa, se requiere competencia.	La administración intraamniótica no requiere guía ultrasonográfica. Los niveles séricos maternos son seguros.	La administración intracardiaca requiere mayor precisión que la intratorácica. La lidocaína representa un riesgo materno mínimo.
Posología	4-6mEq	1-2mg	200-240mg

Fuente: WHO, 2023



Tabla 2. Regímenes para aborto farmacológico con Misoprostol solo

Etapa	13-26 semanas	>26 semanas
	Terminación del embarazo 13-24 semanas: 400µg c/3h vaginal, sublingual o bucal 25-26 semanas: 200µg c/4h vaginal, sublingual o bucal	Terminación del embarazo 27-28 semanas: 200µg c/4h vaginal, sublingual o bucal >28 semanas: 100µg c/6h vaginal, sublingual o bucal
Motivo de atención y posología	Muerte fetal 200µg c/4-6h vaginal, sublingual o bucal	Muerte fetal 27-28 semanas: 100µg c/4h vaginal, sublingual o bucal >28 semanas: 25µg c/6h vaginal o 25µg c/2h oral
	Aborto inevitable 200µg c/6h vaginal, sublingual o bucal	
	Preparación cervical para aborto quirúrgico 13-19 semanas: 400µg vaginal 3-4h previas al procedimiento >19 semanas: requiere combinarse con otras modalidades	

Fuente: Morris et al., 2017



Tabla 3. Regímenes de aborto farmacológico

Recomendaciones	Régimen combinado		Misoprostol solo
	Mifepristona	Misoprostol 24h después de la Mifepristona	Misoprostol
Aborto inducido <12 semanas	200mg oral dosis única	800µg vaginal, sublingual o bucal	800µg vaginal, sublingual o bucal
Aborto inducido ≥12 semanas	200mg oral dosis única	400µg bucal, sublingual o vaginal c/3h hasta la expulsión	400µg bucal, sublingual o vaginal c/3h hasta la expulsión
Aborto diferido <14 semanas	200mg oral dosis única	800µg bucal, vaginal o sublingual	800µg bucal, vaginal o sublingual*
Muerte fetal intrauterina ≥14 a ≤28 semanas	200mg oral dosis única	400µg vaginal o sublingual c/4-6h hasta la expulsión	400µg sublingual o vaginal c/4-6h hasta la expulsión
Aborto incompleto <14 semanas de tamaño uterino	NA	NA	600µg oral o 400µg bucal, vaginal o sublingual
Aborto incompleto ≥14 semanas de tamaño uterino	NA	NA	400µg sublingual, vaginal o bucal, c/3h hasta la expulsión
Preparación cervical para aborto quirúrgico <12 semanas: no se recomiendan dilatares osmóticos; ≥12 semanas: sólo medicamentos o medicamentos y dilatares osmóticos	200mg oral dosis única	400µg sublingual 1-2h previas al procedimiento	400µg vaginal o bucal 2-3h previas al procedimiento

NA: no aplica.

*Pasadas las 9 semanas, el uso de dosis repetidas de Misoprostol es más eficaz para lograr el éxito del aborto.

Las dosis repetidas de Misoprostol para alcanzar la expulsión se valorarán con precaución y en función del juicio clínico y de la capacidad de respuesta para la atención de complicaciones, particularmente cuando existe el antecedente de incisión uterina, y tener capacidad de respuesta ante la posibilidad de ruptura uterina, que se incrementa conforme avanza la edad gestacional. Actualmente no existe un número máximo de dosis.

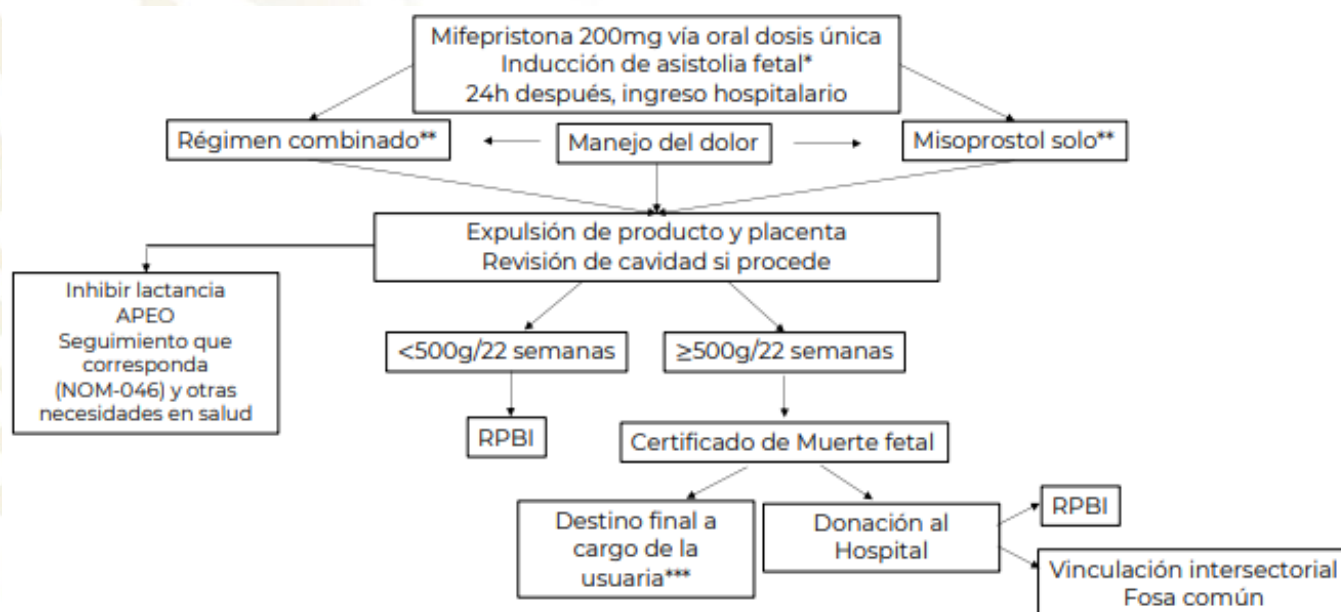
La dosis de Misoprostol debe reducirse para el aborto inducido pasadas las 24 semanas y para los casos de muerte fetal intrauterina pasadas las 28 semanas, valorando que a mayor edad gestacional, mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas.

Fuente: WHO, 2023





Figura 1. Ruta de atención para etapas gestacionales avanzadas



IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo producto de violación
APEO: Anticoncepción Post Evento Obstétrico
RPBI: Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, que se depositan en bolsa amarilla
*Ver Tabla 1
**Ver Tablas 2 y 3
***Sólo si ella así lo solicita

Fuente: Elaboración propia a partir de WHO, 2023; CNEGSR, 2022

Elaboración:

Dra. Susana Patricia Collado Peña
Médica Ginecóloga del equipo técnico de Aborto Seguro

Revisión

Mtra. Adriana Pérez Arias
Jefa de Depto. de Acceso a Servicios de Aborto Seguro

Validación:

Mtra. Karla Flores Celis
Directora de Violencia Intrafamiliar