



Diagnóstico Prenatal

www.elsevier.es/diagnprenat



Original

Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo

María Ángeles Rodríguez Pérez*, Pilar Prats Rodríguez, Sofía Fournier Fisas, Marta Ricart Calleja, Mónica Echevarría Tellería, Carmina Comas Gabriel y Bernat Serra Zantop

Servicio de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, Institut Universitari Dexeus de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de junio de 2012
Aceptado el 11 de junio de 2012
On-line el 19 de julio de 2012

Palabras clave:

Interrupción de embarazo
Protocolo
Misoprostol
Mifepristona
Feticidio

Keywords:

Termination of pregnancy
Guidelines
Misoprostol
Mifepristone
Feticide

R E S U M E N

En marzo de 2010 entró en vigor la nueva ley orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo en nuestro país, que entre otros cambios nos permite realizar interrupciones de embarazo a partir de las 22 semanas en determinados supuestos. Este cambio ha provocado que se planteen nuevos protocolos para el manejo de las interrupciones de embarazo tardías. En la mayoría de centros autorizados para la realización de interrupciones de embarazo de nuestro país abogan por un tratamiento médico, especialmente en aquellas gestaciones que superan las 12 semanas. Después de realizar una revisión de la literatura, hemos encontrado diferentes protocolos de actuación y dosis farmacológicas, especialmente en gestaciones avanzadas de tercer trimestre. Presentamos nuestro protocolo de interrupción de embarazo, fruto de nuestra experiencia así como resultado de la revisión de los protocolos y trabajos publicados.

© 2012 Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

Clinical guidelines for pregnancy terminations

A B S T R A C T

In March 2010 the new law on sexual and reproductive health and of the voluntary termination of pregnancy became effective in our country. Among other things this law allows us to carry out pregnancy terminations after the 22nd week of pregnancy under certain circumstances. This has meant that new guidelines for the management of late pregnancy terminations have had to be introduced. In the majority of centers in our country that are allowed to practice pregnancy terminations medical treatment is the first option, especially in those cases that do exceed the 12th week. After reviewing the literature, we have found varying guidelines and drug doses, particularly in third trimester advanced pregnancies. We present our guidelines for pregnancy termination based on our clinical experience and a review of published guidelines and medical studies.

© 2012 Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Published by Elsevier España, S.L.
All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marrod@dexeus.com (M.Á. Rodríguez Pérez).

Introducción

Se define como «interrupción legal del embarazo» la finalización de la gestación a petición de la paciente por causas médicas o sin ellas. En el año 2004, en el Servicio de Obstetricia de nuestro Departamento creamos un equipo responsable del manejo de los procesos de interrupción de embarazo, en el marco de la legislación vigente en nuestro país, con el objetivo de mejorar tanto la atención a la paciente como el resultado de los mismos, actualizando los protocolos de actuación y asegurando un seguimiento más exhaustivo de estos procesos¹.

Actualmente la legislación española permite la interrupción del embarazo en centros acreditados en determinados supuestos²:

1. Interrupción del embarazo a petición de la mujer dentro de las primeras 14 semanas de embarazo y siempre que se la haya informado sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y transcurran al menos 3 días entre la información mencionada y la realización de la interrupción.
2. Interrupción por causas médicas cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:
 - a. Que no se superen las 22 semanas de gestación y exista grave riesgo para la vida o salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la interrupción, por un médico especialista distinto del que la practique o dirija (en caso de urgencia vital podrá prescindirse de dicho dictamen).
 - b. Que no se superen las 22 semanas de gestación y exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la interrupción, por 2 médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.
 - c. Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico especialista distinto al que practique o dirija, o cuando se detecte una enfermedad fetal extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.
3. En caso de existir riesgo para la vida o salud de la mujer más allá de las 22 semanas de gestación, lo adecuado será la práctica de un parto inducido.

El fármaco más utilizado en el tratamiento médico de las interrupciones de embarazo es el misoprostol (Cytotec®). Se trata de un análogo de la prostaglandina E1. Es el fármaco de elección por diferentes razones: fundamentalmente su administración no parenteral por diferentes vías (sublingual, oral, rectal, vaginal), su fácil conservación (puede conservarse a temperatura ambiente) y su bajo precio³. Sin embargo, actualmente esta indicación no está recogida en su ficha técnica, por lo que es un fármaco de uso compasivo (es necesaria la firma de un consentimiento informado donde se explique esta indicación). Además, aunque su uso para diferentes actos obstétricos está ampliamente descrito, hay publicadas diferentes pautas con resultados diversos^{4,5}. El mifepristone (RU-486) (Mifegyne®) es un fármaco antiprogéstágeno aceptado en nuestro país para uso abortivo y del que se ha demostrado que

disminuye el tiempo de expulsión fetal cuando se combina con el misoprostol⁶, mejora la eficacia de las prostaglandinas y disminuye sus efectos secundarios cuando se administra de forma previa y no simultánea⁷. El uso de dilatación osmóticos (Dilapan-S®) parece mejorar la dilatación cervical previa a un aborto quirúrgico así como previo al tratamiento médico con misoprostol^{8,9}.

El tratamiento mediante dilatación y evacuación quirúrgica es una opción que puede plantearse en gestaciones tempranas, cuando la necropsia fetal no sea imprescindible o como recurso ante un fallo de tratamiento médico. Es un método seguro en manos expertas y con material quirúrgico adecuado, con las ventajas de la rapidez y su descrita menor carga emocional¹⁰.

A partir de la semana 24 siempre debe hacerse feticidio previamente a la interrupción^{11,12} y será de elección el tratamiento médico.

Debido a la ampliación del periodo cronológico de las interrupciones de embarazo al tercer trimestre en determinados supuestos, hemos procedido a modificar nuestro protocolo, después de revisar los estudios y protocolos publicados^{13,14}.

Protocolo de actuación (dentro del marco de las indicaciones médicas)

- Realizar un examen físico, estudio ecográfico del caso y revisión de la historia obstétrica médica y/o psiquiátrica. Evaluación multidisciplinar: valorar visita con Psiquiatría, Pediatría, genetista u otras especialidades, si se precisa.
- En el caso de *anomalía fetal por debajo de 22 semanas*. Debe realizarse una valoración previa para su aceptación por el comité interno hospitalario (será suficiente en estos casos).
- *Por encima de las 22 semanas*, además es necesaria la autorización por un comité acreditado (debe existir al menos uno por comunidad autónoma en un hospital de la red sanitaria pública española).
- Se informará de la técnica del proceso y se cumplimentarán los consentimientos informados del mismo, así como de la técnica anestésica y de la utilización compasiva de fármacos (misoprostol).
- Se revisarán las analíticas previas y se solicitará estudio analítico básico (hemograma y pruebas de coagulación) si no se dispone de una analítica reciente (realizada en los 3 meses anteriores), y el grupo-RH si se desconoce.
- Se valorará la visita preoperatoria con el equipo de anestesia si existe riesgo materno.

Técnica

Dependerá fundamentalmente de la edad gestacional.

Interrupción por debajo de 12 semanas

- 1) Tratamiento médico de elección si es necesario estudio necrópsico.
- 2) Cuando no sea necesario el estudio necrópsico se puede ofrecer el tratamiento médico, o dilatación y evacuación.

Tratamiento médico: misma pauta que en la interrupción de 12-24,6 semanas.

Tratamiento quirúrgico: previamente a la realización de la evacuación quirúrgica es aconsejable la administración de 400 µg de misoprostol en fondo de saco vaginal 4 h antes del procedimiento (2 comprimidos de Cytotec®), o bien la utilización de dilatadores osmóticos (Dilapan-S®) mínimo 6 h antes del proceso.

Interrupción de la gestación entre 12 y 24,6 semanas

1) Tratamiento médico de elección.

En estos casos, no es recomendable la dilatación cervical y legrado como primera alternativa, recomendándose la maduración cervical e inducción farmacológica de la contractilidad uterina hasta la expulsión fetal, con posterior legrado instrumental de la cavidad uterina si no se ha producido la expulsión completa del feto y anexos.

Tratamiento médico:

- 1) Se administrarán 200 mg de mifepristone, vía oral, de forma ambulatoria.
- 2) Ingreso a las 24-36 h. Se valorará la colocación de dilatadores osmóticos cervicales (tantos como se puedan colocar), 8 h antes del inicio de la pauta con misoprostol.
- 3) Pauta de administración de misoprostol:

Día 1:

 - 800 µg de misoprostol vía vaginal (4 comprimidos),
 - 200 µg de misoprostol vía oral/3 h hasta un máximo de 5 dosis.
 - Si no expulsión: se administra 200 mg de mifepristone vía oral.

Día 2: repetir la misma pauta de misoprostol del día 1.
- 4) Si tras esta pauta no se ha producido la expulsión se puede iniciar una perfusión de oxitocina a una concentración de 20 mUI/ml (10 UI en 500 ml de suero glucosado al 5%). La velocidad de infusión inicial será de 4 mUI/min. A partir de los 20 min la velocidad de perfusión puede aumentarse progresivamente hasta alcanzar los 40 mUI/min (manteniendo la perfusión un máximo de 6 h).

2) Se considera fallo de tratamiento médico cuando después de la pauta anterior no se consigue evacuación fetal espontánea. En dicho caso se procederá a dilatación y evacuación o histerotomía, en función de las características individuales de la paciente, la edad gestacional y las condiciones cervicales.

Interrupción de la gestación por encima de 24,6 semanas

1) Siempre debe realizarse feticidio previo (límite de la viabilidad fetal).

Valorar la administración de mifepristona 36 h antes de la pauta del misoprostol (tener en cuenta que potencia la acción del misoprostol).

2) Valoración cervical

- Si el índice Bishop es superior a 6: no precisa la colocación de dilatadores osmóticos y se optará por una estimulación con oxitocina o pauta de misoprostol.

- Si el índice Bishop es inferior a 6: colocación de dilatadores osmóticos mínimo 8 h antes del inicio del misoprostol.

3) Pauta de misoprostol

25-29 semanas:

- 400 µg (2 comprimidos) de misoprostol vía vaginal
- 400 µg/4 h vía oral (máximo 6 dosis)

Por encima de 29 semanas:

- 100 µg (1/2 comp) de misoprostol vía vaginal
- 100 µg/4 h vía oral (máximo 6 dosis)

En caso de cesárea anterior debe individualizarse el tratamiento, pero la dosis de inicio debe reducirse a la mitad.

4) Si no se ha producido expulsión, se continuará con infusión de oxitocina endovenosa durante 6 h según la misma pauta descrita con anterioridad.

5) Si después de esta pauta no se consigue expulsión, se considerará tratamiento fallido, y se valorará la realización de histerotomía.

Otras consideraciones

1. Se instaurará venoclisis con sueroterapia de mantenimiento en el momento de la colocación de los dilatadores osmóticos.
2. Dieta absoluta desde 8 h antes del inicio del misoprostol.
3. Se pautarán antieméticos, antipiréticos y analgésicos según dosis habituales y dependiendo de la sintomatología clínica.
4. Se pautará profilaxis antibiótica solo en casos de procesos de más de 12 h de evolución y/o amniorrexis de más de 6 h. El tratamiento de elección será: doxiciclina (200 mg endovenosa) seguido de metronidazol (500 mg oral a las 12 h). En caso de alergia a tetraciclinas, se sustituirá la doxiciclina por azitromicina (1 g oral).
5. En el momento en que la paciente inicie contracciones dolorosas, se trasladará a la sala de partos y se valorará la anestesia/analgesia más indicada (en caso de expulsión inminente se recomienda sedación y en el resto de casos se ofrece anestesia peridural).
6. Después de la expulsión se realizará comprobación ecográfica de vacuidad uterina. Se realizará legrado solo en los casos de evacuación uterina incompleta.

Feticidio

El feticidio previo a la finalización de la gestación debe ofrecerse en gestaciones por encima de las 22 semanas. Por encima de las 24 semanas el feticidio es obligatorio (corresponde al límite de la viabilidad fetal).

Feticidio mediante la inyección intraamniótica de digoxina

Indicación:

- Opción alternativa a la administración de cloruro potásico mediante cordocentesis o cardiocentesis, en gestaciones entre 22 y 24,6 semanas.

- De elección en las enfermedades fetales del sistema nervioso central.

Se realizará ambulatoriamente el día de la administración de mifepristona.

Se realizará la inyección intraamniótica de 1 mg de digoxina (4 ampollas de 0,25 mg).

Fácil administración pero se han descrito hasta un 8% de fallos.

Feticidio mediante inyección de cloruro potásico (KCl) mediante cordocentesis o cardiocentesis

Indicación:

- Opción alternativa a la administración intraamniótica de digoxina, en gestaciones de entre 22 y 24,6 semanas.
- Opción de elección en:
 - Gestaciones por encima de 25 semanas.
 - En caso de necesidad de obtención de sangre fetal.
 - En gemelares bicoriales con afectación selectiva de un feto.

Dosis de KCl: en la semana 22 es de 12 mEq, a partir de las 22 semanas se debe incrementar la dosis en un mEq por semana de embarazo.

Es recomendable administrar un comprimido de 10 mg de diazepam (Valium®) sublingual a la paciente, como mínimo 30 min antes del proceso.

En caso de realizar una cardiocentesis se valorará la conveniencia de realizar una analgesia e inmovilización fetal con la administración intramuscular fetal de fentanilo (20 µg/kg de peso fetal estimado) y vecuronio (0,2 mg/kg de peso fetal estimado). También se puede considerar la analgesia fetal mediante la inyección en vena umbilical de 5 µg de sufentanilo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez MA, Prats P, Fournier S, Echevarria M, Comas C. Protocolo de interrupción del embarazo. Nuestra experiencia en Instituto Dexeus. Prog Diag Trat Prenat. 2009;21:183-6.
- Código Penal de España. Ley Orgánica 2/2010, (BOE núm. 55, 4 de marzo de 2010).
- Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. Int J Gynecol Obstet. 2007;99:S160-7.
- Faundes A, editor. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. 2.ª ed. En: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG); 2007. Disponible en: http://www.misoprostol.org/File/Other_G.FLASOG.Misoprostol.guidelines.Espanol.pdf.
- Guest J, Chien PF, Thomson MA, Kosseim ML. Randomised controlled trial comparing the efficacy of same-day administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy with the standard 36 to 48 hour protocol. BJOG. 2007;114:207-15.
- Ho PC, Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Gómez Ponce de León R, Mittal S, Tang OS. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. Int J Gynecol Obstet. 2007;99:S178-81.
- Chai J, Tang OS, Hong QQ, Chen QF, Cheng LN, Ng E, et al. A randomized trial to compare two dosing intervals of misoprostol following mifepristone administration in second trimester medical abortion. Hum Reprod. 2009;24:320-4.
- Mazouni C, Vejux N, Menard JP, Bruno A, Boubli L, D'Ercole C, et al. Cervical preparation with laminaria tents improves induction-to-delivery interval in second- and third-trimester medical termination of pregnancy. Contraception. 2009;80:101-4.
- Fox MC, Hayes JL. Clinical guidelines of society of family planning. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation. Contraception. 2007;76:486-95.
- Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. Reprod Health Matters. 2008;16:173-82.
- Borgatta L, Betstadt SJ, Reed A, Feng K. Relationship of intraamniotic digoxin to fetal demise. Contraception. 2010;81:328-30.
- Senat MV, Fisher C, Ville Y. Funipuncture for fetocide in late termination of pregnancy. Prenat Diagn. 2002;22:354-6.
- Protocolo: Interrupción legal de la gestación. Servicio de Medicina Maternofetal Institut Clinic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clinic de Barcelona [consultado Feb 2012]. Disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_y_obstetrica/Interrupcion_legal_de_la_gestacion.pdf.
- Ville Y, Cabaret A. Late termination of pregnancy for fetal anomaly. Fetal Mater Med Rev. 2005;16:265-79.