

Haciendo frente al desafío del aborto en el segundo trimestre¹

Lisa H. Harris^{a*}, Daniel Grossman^b

^aDepartment of Obstetrics and Gynecology, Department of Women's Studies, Program in Sexual Rights and Reproductive Justice, University of Michigan, Ann Arbor, USA

^bIbis Reproductive Health, Oakland, USA

El aborto inseguro es causa de aproximadamente un 13% de las muertes maternas en todo el mundo—alrededor de 47,000 muertes anuales. La mayoría de las muertes por aborto inseguro ocurren en países con bajos recursos. El aborto en el segundo trimestre tiene un riesgo mayor de morbilidad y mortalidad comparado con el aborto en el primer trimestre y, aunque el aborto en el segundo trimestre representa una minoría de los procedimientos de aborto a nivel mundial, es responsable de la mayoría de las complicaciones severas y muertes donde el aborto inseguro es frecuente. Por lo tanto, mejorar el acceso al aborto seguro en el segundo trimestre debe ser una prioridad en regiones del mundo con bajos recursos para prevenir la mayoría de las muertes asociadas con el aborto inseguro. En este artículo, estamos considerando una serie de barreras para la atención del aborto en el segundo trimestre, incluyendo la capacitación de proveedores de servicios de salud y el estigma hacia el aborto, lo cual puede ocasionar apatía hacia la demanda de servicios en el segundo trimestre. (**Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion** – [International Journal of Gynecology and Obstetrics 115 \(2011\) 77–79](#))

Palabras Clave: Aborto, bajos recursos, mortalidad materna, aborto en segundo trimestre, estigma, aborto inseguro

El aborto inseguro es causa de aproximadamente un 13% de las muertes maternas en todo el mundo—alrededor de 47,000 muertes anuales [1,2]. Del total estimado, 21.6 millones de abortos inseguros cada año, 98% se presentan en los países con bajos recursos—con las tasas más altas en las áreas de más bajos recursos—en donde la tasa de mortalidad es aproximadamente de 218 muertes por cada 100.000 abortos inseguros [2]. Por el contrario, en los Estados Unidos de América hay 0.7 muertes por cada 100.000 procedimientos [3]. De hecho, para muchos países con bajos recursos, será imposible cumplir con el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad materna en un 75% para 1915), sin considerar las muertes maternas causadas por abortos inseguros, las cuales son evitables [4].

Las complicaciones asociadas al aborto (seguro o inseguro) son variables teniendo en cuenta la edad gestacional. El aborto en el segundo trimestre conlleva un mayor riesgo de morbi-mortalidad que el aborto en el primer trimestre, incluso cuando se realiza en las mejores circunstancias. En los Estados Unidos, por ejemplo, el aborto es extremadamente seguro; sin embargo el riesgo relativo de muerte por aborto reali-

zado a las 16-20 semanas de gestación es aproximadamente 30 veces mayor al de un procedimiento realizado a las 8 semanas o antes, aunque sigue siendo una cuarta parte inferior al riesgo de llevar a término el embarazo [3,5]. El aborto en el segundo trimestre implica aún mayor riesgo cuando es practicado por personas que carecen de los conocimientos necesarios o en un medio que no se ajusta a los estándares médicos mínimos.

A nivel mundial, aproximadamente el 10% de los abortos se realizan en el segundo trimestre, pero esta cifra puede ser tan alta como el 25%-30% en India o Sudáfrica [6–9]. Aunque el aborto en el segundo trimestre representa una minoría de los procedimientos de aborto, puede ser responsable de la mayoría de las complicaciones severas y muertes, especialmente en lugares en que los abortos inseguros son frecuentes. Una revisión retrospectiva de las muertes maternas en la ciudad de Benin, Nigeria, encontró que el 59% de las muertes relacionadas con el aborto se presentaron en mujeres cuyos abortos fueron inducidos en el segundo trimestre [10]. Un estudio realizado en Rusia [11] informó que, aunque solo el 6.6% de todos los abortos tuvo lugar en el segundo trimestre, 76% de las muertes relacionadas con el aborto se presentaron en mujeres que terminaron sus embarazos en este período. Otra revisión de registros de mortalidad encontró que todas

Traducción de Ralph Parrado, Fundación Oriéntame, Colombia**

las muertes recientes relacionadas con el aborto en una región de México, ocurrieron en el segundo trimestre [12].

Con esta visión, los servicios de aborto en el segundo trimestre se constituyen en un elemento crucial en la atención del aborto en todas partes. Posiblemente, una estrategia para reducir la necesidad del aborto en el segundo trimestre, sería aumentar la disponibilidad del aborto en el primer trimestre. Sin embargo, la falta de acceso a la atención temprana no es la única razón por la cual las mujeres se presentan en el segundo trimestre. Los factores de riesgo del aborto en el segundo trimestre incluyen: reconocimiento tardío del embarazo, adolescencia, pobreza y barreras económicas, consumo de drogas, desconocimiento de las leyes sobre el aborto, y cambios en la salud o en la relación afectiva [13,14]. Por otra parte, la mayoría de los países permiten el aborto cuando la vida o salud de la mujer embarazada está en riesgo o por mal-formaciones fetales graves –causales que con frecuencia sólo se identifican en el segundo trimestre [15]. Esfuerzos encaminados a mejorar el acceso a la terminación temprana, han movido exitosamente un mayor número de abortos al período anterior a las 9 semanas; no obstante, la incidencia de abortos que se practican después de las 12 semanas permanece sin cambios [6,7]. Por lo mismo, es poco probable que desaparezca el aborto en el segundo trimestre. De hecho, datos longitudinales de Estados Unidos y el Reino Unido muestran que la tasa de abortos en el segundo trimestre, 10% de todas las terminaciones, se ha mantenido estable a lo largo del tiempo [6,7].

Otra estrategia para reducir el aborto en el segundo trimestre sería hacerlo ilegal. Sin embargo, es ya muy bien conocido –a través de experimentos naturales en Rumania y en otros lugares– que la restricción legal no reduce el aborto ni aumenta permanentemente la tasa de natalidad; simplemente hace que los procedimientos de aborto (a cualquier edad gestacional) sean más inseguros y se aumente la tasa de mortalidad. [16,17]. Evidencia preliminar indicó que las complicaciones relacionadas con el aborto en Nepal no disminuyeron inmediatamente después de la legalización en 2002, en parte por la dificultad en acceder a servicios de aborto después de las 12 semanas [18]. Se requiere mayor investigación que documente el impacto que tiene en la salud pública, la restricción del aborto después del primer trimestre.

Para el aborto en el segundo trimestre se puede emplear tanto el procedimiento quirúrgico como el procedimiento con medicamentos. El régimen combinado de mifepristona-misoprostol es significativamente más efectivo y requiere menos tiempo para el aborto, comparado con el misoprostol solo [19]. El aborto

quirúrgico en el segundo trimestre se realiza por dilatación y evacuación, de tal forma que el feto es extraído por partes empleando instrumental quirúrgico. La dilatación- evacuación es el único método quirúrgico recomendado por la OMS [20]. Datos limitados de un ensayo aleatorizado y controlado y una revisión Cochrane, indican que es superior a la inducción, con menos efectos adversos, más rápido, causa menos dolor y es más aceptado por las pacientes [21–23]. Hacen falta datos concluyentes sobre la aceptabilidad de la dilatación- evacuación por parte del proveedor, frente a la terminación por inducción. Algunos médicos encuentran que la dilatación- evacuación es emocionalmente difícil; sin embargo, la inducción transmite la carga emocional a las enfermeras que cuidan de las pacientes durante todo el proceso [24].

En muchos países, los servicios médicos o quirúrgicos de aborto en el segundo trimestre no son fáciles de acceder, debido a barreras legales reales o percibidas, falta de proveedores capacitados o concentración de los pocos servicios existentes en los centros urbanos [15]. Inclusive en los sitios en que hay disponibilidad de servicios de aborto en el segundo trimestre, la evidencia con respecto a procedimientos más seguros y efectivos no se ha reflejado plenamente en la práctica. En la India se emplea instilación de lactato de etacridina [25]; y no es raro se practiquen histerotomías para abortos tardíos cuando han fallado los métodos médicos [26]. También se emplean métodos inefectivos con misoprostol, los cuales requieren, con frecuencia, hospitalización por varios días [26]. La mifepristona rara vez se utiliza en el segundo trimestre, en gran medida porque no está disponible en muchos países o porque no está registrada para ese uso, cuando está disponible. Aunque la dilatación- evacuación se ha introducido con éxito en algunas zonas de Nepal, Vietnam y Sudáfrica [27,28], aun no se ha extendido en forma más amplia.

¿Por qué los servicios seguros de aborto en el segundo trimestre son escasos? Y ¿por qué la dilatación- evacuación no ha sido adoptada en forma más amplia? Una respuesta es que la dilatación- evacuación requiere un proveedor altamente capacitado, lo cual hace que su introducción sea menos factible en muchos lugares con bajos recursos [29]. Sin embargo, los recursos y la capacitación pueden ser solamente una parte de una situación mucho más compleja. Las dimensiones viscerales del segundo trimestre y el estigma relacionado con el aborto, posiblemente jueguen un papel importante también [30].

El aborto es altamente estigmatizado alrededor del mundo porque, por ejemplo, se cree que el aborto es asesinato, se desaprobaban comportamientos que condujeron a un embarazo no deseado (es decir, actividad

sexual o uso “irresponsable” de anticonceptivos), o cree que el aborto representa una desviación de los ideales maternos femeninos [31,32]. Debido a esta estigmatización, la mayoría de las mujeres no mencionan abiertamente sus abortos, dando lugar a la percepción errónea de que el aborto es raro e insólito – una “paradoja de prevalencia”, como la describen Kumar et al. [32]. Esta percepción errónea lleva a un círculo vicioso de mayor estigma y silencio constante. En otras palabras, el estigma convierte el aborto en algo de lo cual no se puede hablar.

En el segundo trimestre, se magnifica el estigma que rodea al aborto. Las mujeres pueden haber sentido movimiento fetal. Además, el feto abortado en el segundo trimestre se asemeja a un pequeño infante, que –a diferencia del primer trimestre– ya no se oculta en una masa de tejido placentario o decidual. La inducción con medicamentos se siente y se asemeja a un parto, salvo que el feto está muerto o muestra signos transitorios de vida. En la dilatación- evacuación el feto es extraído por partes, y los proveedores deben tener en cuenta todas las partes antes de considerar que el procedimiento ha sido completo. Por lo mismo, no es posible hacer caso omiso de la corporalidad del feto en el segundo trimestre. El estigma en este trimestre es, por esta razón, fuente de importantes preceptos: el aborto tardío se parece más a un asesinato; a las mujeres se les puede preguntar irónicamente por qué “esperaron tanto”; y las mujeres pueden ser percibidas como la última figura antimaternal cuando dan su consentimiento para el desmembramiento de un feto reconocible.

Nosotros pensamos que el estigma sobre el aborto en el segundo trimestre es tan grande que toma la forma de ceguera –incluso negación– ante la necesidad de estos servicios. La sola idea de abortar en el segundo trimestre es tan perturbadora que genera incredulidad ante la posibilidad de que exista una mujer que solicite alguna vez dicha atención o que exista un médico respetable que decida alguna vez practicar este tipo particular de “trabajo sucio”. Considerando que el estigma convierte al aborto en algo de lo cual no se puede hablar; en el caso del segundo trimestre, lo convierte en algo en lo cual no se puede pensar. Es posible que la ceguera ante una necesidad no satisfecha, arraigada en el estigma, explique, al menos en parte, por qué los esfuerzos para reducir la mortalidad materna causada por el aborto inseguro no han abordado directamente el aborto en el segundo trimestre en muchas regiones del mundo.

¿Qué se puede hacer? Para empezar, el tema sobre el aborto –incluyendo los procedimientos de segundo trimestre– debe incorporarse en la formación de los médicos y enfermeras de todo el mundo. El acceso

seguro y aceptable de la inducción con medicamentos podría ampliarse considerablemente, registrando la mifepristona para esta aplicación y haciendo que el medicamento esté ampliamente disponible. Los médicos y enfermeras pueden trabajar para reducir las demoras generadas en la racionalización de las remisiones para la atención del aborto. También se debe tratar el tema de la “demanda” de atención, mejorando el acceso a la educación integral en materia de sexualidad y a toda la gama de métodos anticonceptivos eficaces. Se debe proveer educación comunitaria para la detección temprana del embarazo (incluyendo el acceso a pruebas de embarazo gratis o a bajo costo) y la práctica temprana del aborto cuando el embarazo no sea deseado. Finalmente, los médicos y los defensores de la salud de las mujeres deben trabajar para reducir el estigma del aborto porque este es quien contribuye tanto a la práctica de abortos clandestinos e inseguros como a la búsqueda tardía de servicios seguros de aborto cuando están disponibles.

También se requieren datos sobre necesidades no satisfechas en aborto tardío. Se desconoce lo que sucede con las mujeres que son rechazadas de los servicios debido a la edad gestacional. Estas mujeres pueden estar en riesgo particular de tener un aborto autoinducido o un aborto clandestino. Se requieren datos estadísticos nacionales refinados para determinar específicamente la incidencia de aborto en el segundo trimestre, además de establecer una diferencia entre la morbilidad y mortalidad por aborto de segundo trimestre y la causada por aborto de primer trimestre.

Cada mujer que decide tener un aborto debe poder hacerlo tan pronto como le sea posible, siendo quizá el momento en que el procedimiento es más seguro y más fácil de realizar. Sin embargo, para reducir la morbilidad y mortalidad materna debida al aborto inseguro, la visión integral de servicios seguros debe abarcar la atención del aborto en el segundo trimestre. Si conservadoramente sólo la mitad de las muertes causadas por aborto se presentan en segundo trimestre, centrarse exclusivamente en mejorar la atención del aborto en el primer trimestre, dejaría por fuera cerca de 23.500 de las 47.000 muertes que se presentan cada año. Los proveedores de servicios de salud, los defensores de la salud de la mujer y los responsables de las políticas de salud deben evitar descuidar lo que encuentran difícil, y proveer la atención que un pequeño –pero significativo– número de mujeres necesitan.

***Conflicto de intereses**

Los autores no tienen conflicto de intereses

****Permiso de traducción**

Permission for translation of this article into Spanish was granted by the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), who holds the copyright. The original article, published in the IJGO, should be used if citation is required: Harris LH, Grossman D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2011; 115(1):77-79.

Referencias

- [1] WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. [www.who.int/http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/index.html). Published 2010.
- [2] Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters* 2010;18(36):90–101.
- [3] Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 2004; 103(4):729–37.
- [4] Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31(12):1149–58.
- [5] Berg CJ, Callaghan WM, Syverson C, Henderson Z. Pregnancy-related mortality in the United States, 1998 to 2005. *Obstet Gynecol* 2010;116(6):1302–9.
- [6] Pazol K, Gamble SB, Parker WY, Cook DA, Zane SB, Hamdan S, et al. Abortion surveillance—United States, 2006. *MMWR Surveill Summ* 2009;58(8):1–35.
- [7] Department of Health. Abortion Statistics, England and Wales: 2007. [www.dh.gov.uk. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_085545.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_085545.pdf). Published 2007.
- [8] Dalvie SS. Second trimester abortions in India. *Reprod Health Matters* 2008;16 (31 Suppl):37–45.
- [9] Morroni C, Moodley J. Characteristics of clients seeking first- and second-trimester terminations of pregnancy in public health facilities in Cape Town. *S Afr Med J* 2006;96(7):574.
- [10] Unuigbo JA, Oronsaye AU, Orhue AA. Abortion-related morbidity and mortality in Benin City, Nigeria: 1973–1985. *Int J Gynecol Obstet* 1988;26(3):435–9.
- [11] Zhironova IA, Frolova OG, Astakhova TM, Ketting E. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Stud Fam Plann* 2004;35(3):178–88.
- [12] Walker D, Campero L, Espinoza H, Hernández B, Anaya L, Reynoso S, et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reprod Health Matters* 2004;12(24 Suppl):27–38.
- [13] Drey EA, Foster DG, Jackson RA, Lee SJ, Cardenas LH, Darney PD. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstet Gynecol* 2006;107(1):128–35.
- [14] Harries J, Orner P, Gabriel M, Mitchell E. Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reprod Health* 2007;4:7.
- [15] Boland R. Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations. *Reprod Health Matters* 2010;18(36):67–89.
- [16] Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reprod Health Matters* 2004;12(24 Suppl):1–8.
- [17] Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006;368(9550):1908–19.
- [18] Henderson J, Malla K, Rana A, Puri M, Harper C, Grossman D, et al. Effects of abortion legalization: Complications treated at a tertiary care center in Kathmandu, Nepal 2000–2007. [www.princeton.edu. http://paa2008.princeton.edu/abstractViewer.aspx?submissionId=80484](http://paa2008.princeton.edu/abstractViewer.aspx?submissionId=80484). Published 2008.
- [19] Kapp N, Borgatta L, Stubblefield P, Vragovic O, Moreno N. Mifepristone in second-trimester medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1304–10.
- [20] WHO. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. [www.who.int. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241590343/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241590343/en/index.html). Published 2003.
- [21] Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *BJOG* 2004;111 (2):148–53.
- [22] Kelly T, Suddes J, Howel D, Hewison J, Robson S. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13–20 weeks of gestation: a randomized controlled trial. *BJOG* 2010;117 (12):1512–20.
- [23] Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(1):CD006714.
- [24] Kaltreider NB, Goldsmith S, Margolis AJ. The impact of midtrimester abortion techniques on patients and staff. *Am J Obstet Gynecol* 1979;135(2):235–8.
- [25] Gupta S, Sachdeva L, Gupta R. Ethacridine lactate—a safe and effective drug for termination of pregnancy. *Indian J Matern Child Health* 1993;4(2):59–61.
- [26] Basu JK, Basu D. The management of failed second-trimester termination of pregnancy. *Contraception* 2009;80(2):170–3.
- [27] Regmi K, Madison J. Ensuring patient satisfaction with second-trimester abortion in resource-poor settings. *Int J Gynecol Obstet* 2010;108(1):44–7.
- [28] Alblas M. A week in the life of an abortion doctor, Western Cape Province, South Africa. *Reprod Health Matters* 2008;16(31 Suppl):69–73.
- [29] Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. *Reprod Health Matters* 2008;16(31 Suppl):173–82.
- [30] Harris LH. Second trimester abortion provision: breaking the silence and changing the discourse. *Reprod Health Matters* 2008;16(31 Suppl):74–81.
- [31] Joffe C. *The Regulation of Sexuality: Experiences of Family Planning Workers*. Philadelphia: Temple University Press; 1987.
- [32] Kumar A, Hessini L, Mitchell EM. Conceptualising abortion stigma. *Cult Health Sex* 2009;11(6):625–39.