



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre

Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2

Producido por



Si desea suscribirse a "La Biblioteca Cochrane Plus", contacte con:

Update Software Ltd, Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, UK

Tel: +44 (0)1865 513902 Fax: +44 (0)1865 516918

E-mail: info@update.co.uk

Sitio web: <http://www.update-software.com>

Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

Ningún apartado de esta revisión puede ser reproducido o publicado sin la autorización de Update Software Ltd. Ni la Colaboración Cochrane, ni los autores, ni John Wiley & Sons, Ltd. son responsables de los errores generados a partir de la traducción, ni de ninguna consecuencia derivada de la aplicación de la información de esta Revisión, ni dan garantía alguna, implícita o explícitamente, respecto al contenido de esta publicación.

El copyright de las Revisiones Cochrane es de John Wiley & Sons, Ltd.

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en www.thecochranelibrary.com.



ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN.....	1
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	3
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	3
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	4
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
CALIDAD METODOLÓGICA.....	4
RESULTADOS.....	4
DISCUSIÓN.....	5
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	6
AGRADECIMIENTOS.....	6
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	6
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	6
REFERENCIAS.....	6
TABLAS.....	9
Characteristics of included studies.....	9
Characteristics of excluded studies.....	10
Table 01 Opinions regarding treatment by treatment group. Median (interquartile range).....	10
CARÁTULA.....	11
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	12
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	13
01 D&E vs. Intraamniotic PG F2-alpha.....	13
01 Febrile morbidity.....	13
02 Requirement for additional curettage.....	13
03 Hemorrhage (requiring transfusion).....	14
04 Hemorrhage (not requiring transfusion).....	14
05 Cervico-vaginal injury.....	14
06 Seizure.....	15
07 Prostaglandin reaction.....	15
08 Abortion completed by assigned treatment.....	15
09 Requirement for overnight hospitalization.....	16
10 Readmission to hospital.....	16
11 Combined major complications.....	16
12 Combined minor complications.....	17
13 Combined major and minor complications.....	17
02 D&E vs. Mifepristone/Misoprostol.....	17
01 Fever (> 38C).....	17

02 Requirement for additional curettage.....	18
03 Number of women experiencing adverse events.....	18
04 Nausea.....	18
05 Vomiting.....	19
06 Diarrhea.....	19
07 Dizziness.....	19
08 Fatigue.....	20
09 Pain in lower abdomen.....	20
10 Breast tenderness.....	20
11 Headache.....	21
12 Abortion completed by assigned treatment.....	21
13 Requirement for overnight hospitalization.....	21

Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre

Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K

Esta revisión debería citarse como:

Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Fecha de la modificación más reciente: 22 de octubre de 2007

Fecha de la modificación significativa más reciente: 20 de setiembre de 2007

RESUMEN

Antecedentes

Es importante determinar el método óptimo para realizar los abortos del segundo trimestre, ya que los mismos se asocian con una gran cantidad de morbilidad y mortalidad.

Objetivos

Comparar los métodos quirúrgicos y médicos para inducir el aborto en el segundo trimestre del embarazo con respecto a la eficacia, los efectos secundarios, los eventos adversos y la aceptabilidad.

Estrategia de búsqueda

Se identificaron ensayos mediante Pub Med, EMBASE, POPLINE y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL). También se realizaron búsquedas en las listas de referencias de los estudios identificados, los artículos de revisión relevantes, los capítulos de libros y las actas de congresos, para identificar ensayos adicionales no identificados previamente. Se estableció contacto con expertos en el campo en busca de información sobre otros estudios publicados o no publicados.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos aleatorios que compararan cualquier método quirúrgico con cualquier método médico para la inducción del aborto con 13 semanas de gestación o más.

Recopilación y análisis de datos

Se evaluó la validez de cada estudio utilizando los métodos sugeridos en el Manual Cochrane (Cochrane Handbook). Cuando fue necesario se estableció contacto con los investigadores para que proporcionaran información adicional con respecto a la realización de los ensayos o sus resultados. Dos revisores extrajeron los datos. Para los datos dicotómicos, se calcularon los odds ratio y los intervalos de confianza del 95% mediante RevMan 4.2. Los ensayos no tuvieron intervenciones uniformes, por lo que no fue posible combinarlos en un metanálisis.

Resultados principales

Dos estudios cumplieron los criterios para esta revisión. Uno comparó dilatación y evacuación (D&E) con instilación intraamniótica de prostaglandina F_{2alfa}. El segundo estudio comparó D&E con inducción con mifepristona y misoprostol. En comparación con la instilación de prostaglandina, la incidencia combinada de complicaciones menores fue inferior con la D&E (OR 0,17; IC del 95%: 0,04 a 0,65), así como el número total de complicaciones menores y graves (OR 0,12; IC del 95%: 0,03 a 0,46). El número de mujeres que presentaron eventos adversos también fue menor con D&E que con mifepristona y misoprostol (OR 0,06; IC del 95%: 0,01 a 0,76). Aunque las mujeres tratadas con mifepristona y misoprostol informaron significativamente más dolor que las que recibieron D&E, la eficacia y aceptabilidad fueron similares en ambos grupos. En ambos ensayos, menos mujeres asignadas al azar a D&E requirieron hospitalización por una noche.

Conclusiones de los autores

La dilatación y evacuación es superior a la instilación de prostaglandina F_{2alfa}. Las pruebas actuales también parecen favorecer a la D&E sobre la inducción con mifepristona y misoprostol, aunque se necesitan ensayos aleatorios más grandes.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

El aborto después de los tres meses de embarazo se puede realizar mediante una operación o con fármacos. Esta revisión examinó qué forma es mejor.

Se realizaron búsquedas computarizadas para encontrar estudios que compararan cualquier operación con cualquier fármaco utilizado para el aborto en este estadio del embarazo. Se escribió a los investigadores y se examinaron los capítulos de libros y otros artículos para encontrar más estudios.

Se encontraron dos estudios. El primero comparó la dilatación y evacuación (D&E) con la inyección de un fármaco en la matriz de la embarazada. El segundo comparó D&E con fármacos administrados por vía oral y vaginal.

La operación de D&E fue mejor que la inyección de fármacos en la matriz. Los fármacos administrados por vía oral y vaginal también fueron tan efectivos y aceptables como la D&E, pero provocaron más dolor y efectos secundarios. Se necesitan más estudios con los fármacos modernos utilizados para el aborto después de los tres meses de embarazo.

ANTECEDENTES

En todo el mundo, del 10% al 15% de los abortos inducidos ocurren en el segundo trimestre del embarazo (Finer 2005; WHO 1997; Stat. Service 2005). Los factores contribuyentes incluyen, entre otros, diagnóstico tardío del embarazo o anomalías fetales, barreras logísticas y financieras a los servicios de aborto, ambivalencia y temor a que se revele o al procedimiento (Ingham 2007; Drey 2006; Grimes 1998; George 1996). Aún se debate el método óptimo para el aborto del segundo trimestre (Cates 1982; HMSO 1998; Siebert 2005; Stubblefield 2005). Es importante determinarlo porque los abortos realizados en el segundo trimestre se asocian con una gran cantidad de morbilidad y mortalidad (Bartlett 2004; Grimes 1985; WHO 1997).

Los métodos quirúrgicos y médicos para el aborto del segundo trimestre han evolucionado en los últimos 30 años. La dilatación y evacuación (D&E), introducida en los años 70, se ha convertido en la técnica quirúrgica preferida sobre la dilatación y el legrado, la histerotomía y la histerectomía, debido a su seguridad relativa (Grimes 1985; Cates 1982). Los métodos de inducción más antiguos como la instilación intraamniótica de soluciones hipertónicas y prostaglandina F_{2alfa}, han sido reemplazados en su mayor parte con los análogos de prostaglandina orales o vaginales, con o sin la antiprogesterina mifepristona (Stubblefield 2004).

Para realizar la D&E de forma segura, se necesita entrenamiento especializado y mantener un volumen de casos adecuado. A los prestadores sin experiencia se les recomienda que utilicen métodos médicos (RCOG 2004). Por lo tanto, la frecuencia

relativa de la D&E con respecto a la inducción médica varía. Por ejemplo, la D&E se utiliza en el 96% de los abortos realizados con 13 semanas de gestación o más en los Estados Unidos y en el 75% de los que se realizan en Inglaterra y Gales (Strauss 2005; Stat. Service 2005). Por el contrario, en Finlandia y Suecia prácticamente todos los abortos del segundo trimestre se realizan por métodos médicos (Stakes 2006).

Entre los inconvenientes de los métodos de inducción del aborto más antiguos están la necesidad de amniocentesis, largos intervalos desde la inducción al aborto por lo que requieren hospitalización, los efectos secundarios gastrointestinales y la frecuente necesidad de legrado después de la expulsión del feto (Bygdeman 1983; Cates 1978). Con la introducción de los análogos de las prostaglandinas E y F, la eficacia de la inducción del aborto mejoró y se redujeron los efectos secundarios. El análogo de prostaglandina que se emplea con mayor frecuencia es el misoprostol (Goldberg 2001), que se utiliza solo o en combinación con la antiprogesterina mifepristona.

No se ha determinado el régimen ideal de administración del misoprostol para la inducción del aborto. Los estudios han incluido dosis que varían de 100 a 800 µg y utilizan varias vías e intervalos de dosis (Caliskan 2005; Jain 1999; Ngai 2003; Stubblefield 2004). La mediana del tiempo de inducción para los regímenes de misoprostol solo varía de 12 a 45 horas (Ngai 2003). La mifepristona es una antiprogesterina que reblandece el cuello uterino y aumenta la sensibilidad del útero a las prostaglandinas (Bygdeman 1985; Norman 1991; Swahn 1988). Al agregar mifepristona se acorta el intervalo de inducción a una mediana de siete a nueve horas y disminuye la dosis de prostaglandina necesaria, así como la necesidad de analgesia

(Urquhart 1989; Rodger 1990; Thong 1992; Ashok 2004; Goh 2006).

La seguridad y eficacia de la D&E en manos experimentadas se ha informado principalmente en estudios de cohorte e informes de series de casos. Estudios de cohorte más antiguos demostraron que la D&E es más segura que el aborto con instilación (Grimes 1977; Kafrisen 1984), pero las comparaciones con protocolos de inducción más modernos son limitadas. Un estudio de cohorte retrospectivo reciente que compara D&E con misoprostol demostró una tasa menor de complicaciones con la D&E, aunque el sesgo de selección fue evidente (Autry 2002). Como la seguridad comparativa y la aceptabilidad del aborto quirúrgico con respecto al médico aún no se han resuelto, esta revisión evalúa todos los ensayos controlados aleatorios que comparan estos dos enfoques para el aborto del segundo trimestre.

OBJETIVOS

Determinar el método óptimo para el aborto inducido en el segundo trimestre del embarazo, mediante la comparación de las técnicas quirúrgicas y médicas con respecto a la eficacia, los efectos secundarios, los eventos adversos y la aceptabilidad.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

En esta revisión se incluyeron solamente ensayos controlados aleatorios.

Tipos de participantes

Mujeres a las que se les realizó un aborto inducido con 13 semanas de gestación o más. Los criterios de inclusión y exclusión de cada estudio se enumeran en la tabla de las características de los ensayos.

Tipos de intervención

Se intentó identificar ensayos que compararan cualquier método quirúrgico con cualquier método médico para inducir el aborto en el segundo trimestre del embarazo.

Tipos de medidas de resultado

1. Complicaciones graves (p.ej., hemorragia que requirió transfusión de sangre, cualquier complicación que requiriera cirugía mayor no planificada)
2. Complicaciones menores (p.ej., hemorragia que no requirió transfusión, necesidad de legrado adicional)
3. Efectos secundarios
4. Dolor (tal como lo informó la mujer o medido por el uso de analgésicos)
5. Aborto completo con el método planificado
6. Tiempo hasta el aborto completo
7. Necesidad de hospitalización por una noche

8. Reingresos al hospital

9. Satisfacción y aceptabilidad

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Ver: Métodos del Grupo Cochrane de Regulación de la Fertilidad (Cochrane Fertility Regulation Group) utilizados en esta revisión.

Ver: Estrategia de búsqueda del Grupo Cochrane de Regulación de la Fertilidad (Cochrane Fertility Regulation Group).

Se identificaron ensayos mediante Pub Med, EMBASE, POPLINE y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), utilizando las siguientes estrategias.

Pub Med

(abortion, induced OR abortion, legal OR abortion, therapeutic OR labor, induced OR pregnancy termination OR termination of pregnancy) AND (mid-trimester OR midtrimester OR second trimester OR second-trimester OR pregnancy trimester, second OR gestational age) AND ((dilat* AND evac*) OR "D&E" OR (dilat* AND extract*) OR "D&X" OR dilatation and curettage OR curettage OR vacuum aspiration OR suction aspiration OR suction evacuation OR "D&C" OR (dilat* AND curet*) OR hysterotomy OR hysterectomy) AND (oxytocin OR saline OR saline solution, hypertonic OR sodium chloride OR urea OR iodine OR ethacridine lactate OR ethacridine OR antiprogesterone OR mifepristone OR mifegyne OR RU 486 OR prostaglandins OR misoprostol OR methotrexate OR dinoprost* OR carboprost OR sulprostone OR nalador OR gemeprost OR meteneprost OR abortifacient OR abortifacient agents OR abortifacient agents, nonsteroidal OR abortifacient agents, steroidal) AND (randomised controlled trial [pt] OR controlled clinical trial [pt] OR randomised controlled trials [mh] OR random allocation [mh] OR double-blind method [mh] OR single-blind method [mh] OR clinical trial [pt] OR clinical trials [mh] OR ("clinical trial" [tw]) OR ((singl* [tw] OR doubl* [tw] OR trebl* [tw] OR tripl* [tw]) AND (mask* [tw] OR blind* [tw])) OR (placebos [mh] OR placebo* [tw] OR random* [tw] OR research design [mh:noexp] OR comparative study [mh] OR evaluation studies [mh] OR follow-up studies [mh] OR prospective studies [mh] OR control* [tw] OR prospective* [tw] OR volunteer* [tw]) NOT (animals [mh] NOT human [mh]))

EMBASE

(Abortion OR Induced abortion OR Therapeutic abortion OR Hormonal abortion OR Labor induction) AND (Second trimester abortion OR Gestational age) AND (Abortive agent OR Mifepristone OR Misoprostol OR Prostaglandin OR Sodium chloride OR Urea OR Oxytocin OR Ethacridine OR Iodine) AND (Randomised controlled trial OR Controlled study OR Clinical trial OR Randomisation OR Double blind procedure OR Single

blind procedure OR Methodology OR Comparative study OR Evaluation OR Follow-up OR Prospective study OR Crossover procedure OR (singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) near (mask* OR blind*) in TI, AB OR "latin square" OR Placebo* OR Random* OR control* OR Prospectiv* OR Volunteer*) AND Human

POPLINE

(Abortion & Pregnancy, second trimester) & (studies / clinical trials)

CENTRAL

Abortion AND (mid-trimester OR midtrimester OR second trimester OR second-trimester OR pregnancy trimester, second OR gestational age)

No hubo restricciones de idioma o de fecha en las búsquedas de ensayos. Se realizaron búsquedas en las listas de referencias de los estudios identificados, los artículos de revisión relevantes, los capítulos de libros y las actas de congresos, para identificar ensayos adicionales no identificados previamente. Se estableció contacto con expertos en el campo para obtener información sobre otros estudios publicados o no publicados.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Todos los ensayos que fueron identificados fueron evaluados de forma independiente por los revisores. La calidad metodológica de cada estudio se evaluó mediante las guías del Manual Cochrane del Revisor (Cochrane Reviewers' Handbook) (Higgins 2005). Dos revisores (PL y JH) extrajeron los datos. Las discrepancias o desacuerdos acerca de la inclusión de los estudios o de los datos extraídos se resolvieron mediante discusión entre todos los autores. Se estableció contacto con los investigadores para obtener información adicional acerca de los métodos del estudio y sus medidas de resultado.

Los datos se ingresaron en RevMan 4.2, el cual se utilizó para calcular los odds ratios con los intervalos de confianza del 95% para las variables dicotómicas. Los ensayos no tuvieron intervenciones uniformes, por lo que no fue posible combinarlos en un metanálisis.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Dos ensayos cumplieron los criterios para esta revisión. El primer estudio (Grimes 1980) asignó al azar a 100 mujeres con embarazo entre 13 y 18 semanas a D&E o a un protocolo estándar que utilizó prostaglandina F_{2alfa} intraamniótica. El resultado primario fue la tasa total de complicaciones. El segundo ensayo (Grimes 2004) tuvo como objetivo asignar al azar a 60 mujeres con 13,9 a 19,9 semanas de gestación a D&E o a inducción mediante el régimen de Aberdeen (Ashok 1999) de mifepristona oral (200 mg) y misoprostol (800 mcg por vía vaginal seguido de 400 mcg por vía oral cada tres horas). El resultado primario fue la factibilidad del reclutamiento en un

ensayo aleatorio de aborto quirúrgico versus médico del segundo trimestre en los Estados Unidos.

No fue posible obtener un estudio no publicado (Philips 1974) para la revisión a pesar de los múltiples intentos de adquirir el texto y de establecer contacto con el autor principal. Un resumen disponible señaló que el estudio fue una comparación doble ciega de instilación de prostaglandina F_{2alfa}, histerotomía e inducción con solución salina hipertónica. En el resumen no se mencionó la asignación al azar.

CALIDAD METODOLÓGICA

Ambos ensayos utilizaron un método apropiado de generación de la secuencia de asignación al azar, manual mediante la mezcla de sobres (Grimes 1980) o generado por computadora (Grimes 2004). El autor principal confirmó que en ambos ensayos, la ocultación se mantuvo mediante el uso de sobres oscuros, cerrados y numerados secuencialmente. Cada estudio describió a priori una hipótesis y un cálculo del tamaño de muestra apropiados.

En el ensayo comparativo de D&E e instilación de prostaglandina (Grimes 1980), seis participantes del brazo prostaglandina interrumpieron el ensayo mientras esperaban el tratamiento. Estas participantes se excluyeron del análisis; no se realizó un análisis por intención de tratar (intention to treat analysis). No fue posible analizar los datos sobre los efectos secundarios porque se informó la media del número de episodios de un efecto secundario determinado (p.ej., vómitos y diarrea), pero no se incluyeron las desviaciones estándar. La comunicación con el autor principal reveló que los datos brutos ya no estaban disponibles.

En el estudio que comparó D&E con mifepristona y misoprostol (Grimes 2004), el reclutamiento se detuvo después de un año debido a la lentitud del mismo, como lo exigían las reglas de detención del ensayo. Dieciocho mujeres se asignaron al azar, nueve por grupo.

RESULTADOS

D&E versus Prostaglandina F_{2alfa}: Más participantes a las que se les realizó D&E completaron el aborto por el método asignado (OR 17,41; 0,97 a 313,73), en gran parte debido a las interrupciones tempranas que ocurrieron en el grupo prostaglandina. Todas las participantes asignadas al azar a prostaglandina necesitaron hospitalización nocturna, comparadas con dos de las asignadas al azar a D&E.

La incidencia de complicaciones menores, definidas por los autores como hemorragia que no requirió transfusión, morbilidad febril, traumatismo cervicovaginal y reacción a la prostaglandina, fue menor en las participantes asignadas al azar a D&E comparadas con las que recibieron instilación de prostaglandina (OR 0,17; 0,04 a 0,65). También hubo una

incidencia menor de complicaciones graves en el grupo D&E, incluidas convulsiones y hemorragia que requirió transfusión (OR 0,12; 0,01 a 2,34). La incidencia de complicaciones menores y graves combinadas fue significativamente menor en el grupo D&E (OR 0,12; 0,03 a 0,46). Con la excepción del traumatismo cervicovaginal, hubo una tendencia hacia menos complicaciones individuales en el grupo D&E.

Los efectos secundarios gastrointestinales se informaron como media del número de episodios. En el grupo prostaglandina, 24 participantes (55%) presentaron una media de 2,4 episodios de vómitos, comparadas con seis (12%) del grupo D&E que presentaron una media de 1,8 episodios. Ocho participantes (18%) del grupo prostaglandina presentaron una media de 2,9 episodios de diarrea, comparadas con ninguna del grupo D&E.

D&E versus Mifepristona/Misoprostol: Una participante asignada a D&E inició las contracciones después de la colocación de la laminaria y abortó espontáneamente. Como resultado, ocho de nueve mujeres asignadas al azar a D&E completaron el aborto por el método asignado, comparadas con nueve de nueve mujeres asignadas a inducción con mifepristona y misoprostol (OR 0,30; 0,01 a 8,35). Ninguna participante asignada al azar a D&E requirió hospitalización por una noche.

El número de mujeres que presentó uno o más eventos adversos fue menor en el grupo D&E (OR 0,06; IC del 95%: 0,07 a 0,76). En el grupo mifepristona y misoprostol, tres participantes presentaron fiebre > 38°C, una de ellas recibió tratamiento con antibióticos. Cuatro participantes que recibieron inducción requirieron una intervención quirúrgica no planificada; tres necesitaron extracción de la placenta retenida y una se presentó tardíamente por retención de productos de la concepción. Una participante del grupo D&E tuvo quemaduras superficiales en su abdomen debido a una almohadilla de calefacción que se utilizó para controlar los dolores de las contracciones después de la colocación de la laminaria.

Los efectos secundarios (p.ej., náuseas, vómitos, diarrea) fueron más frecuentes en el grupo de inducción, aunque ninguna comparación fue estadísticamente significativa. El dolor, el malestar emocional, la satisfacción y la aceptabilidad (calificada como la probabilidad de repetir el mismo método en el futuro y recomendarlo a una amiga) se informaron mediante una escala de Likert de 5 puntos (Tabla 01). En general, el dolor fue significativamente mayor en el grupo mifepristona y misoprostol (tres versus dos; $p = 0,03$), pero no hubo diferencias significativas de otros indicadores de aceptabilidad y satisfacción.

DISCUSIÓN

Los estudios más grandes que compararon la D&E con el aborto médico del segundo trimestre utilizaron datos de cohortes obtenidos por el Joint Program for the Study of Abortion del Population Council y los Centers for Disease Control (JPSA/CDC) entre 1970 y 1978 (Grimes 1977; Grimes 1985;

Kafrissen 1984). Comparada con la D&E, la instilación de prostaglandina $F_{2\alpha}$ entre las 13 y las 24 semanas gestación se asoció con un mayor riesgo de complicaciones graves (RR 1,9; IC del 95%: 1,2 a 3,1). Un ensayo aleatorio en esta revisión (Grimes 1980) confirma los resultados del JPSA/CDC con respecto a la seguridad general de la D&E comparada con la prostaglandina intraamniótica.

Actualmente, las técnicas de instilación se utilizan en muy pocas ocasiones en la atención moderna del aborto. Pocos estudios comparan la D&E con los métodos actuales. Autry y cols. (Autry 2002) evaluaron retrospectivamente la D&E ($n = 139$) y la inducción con misoprostol ($n = 125$). Las mujeres tratadas con misoprostol tuvieron una tasa mayor de complicaciones generales, comparadas con las que recibieron D&E (22% versus 4%; $p < 0,001$). Sin embargo, el sesgo de selección fue evidente porque las participantes del grupo inducción tenían una edad gestacional significativamente mayor ($20,3 \pm 2$ semanas versus $18,4 \pm 2,2$ semanas; $p < 0,001$).

El segundo ensayo en esta revisión (Grimes 2004) comparó de manera prospectiva la D&E con la inducción con mifepristona y misoprostol. Ambos métodos eran efectivos y aceptables. Sin embargo, los eventos adversos fueron más frecuentes en las mujeres que recibieron inducción. Los mismos se limitaron a fiebre > 38°C y a necesidad de legrado. La fiebre transitoria es un efecto secundario conocido del misoprostol (Stubblefield 2004). La incidencia de fiebre debido a la administración de prostaglandina varía según la dosis, la vía y la frecuencia de administración (Tang 2000). Cuatro de nueve mujeres asignadas a inducción requirieron legrado. Este número es mayor que lo informado por centros con experiencia en este régimen. En una serie retrospectiva de casos clínicos de 999 inducciones donde se utilizó el protocolo de Aberdeen, Ashok y cols. (Ashok 2004) informaron que el 8,1% de las participantes requirieron evacuación quirúrgica del útero. Cuando utilizaron un protocolo de dosis similar con mifepristona y misoprostol vaginal, Goh y cols. (Goh 2006) encontraron una incidencia de legrado del 5% entre 386 participantes consecutivas.

La disminución de los efectos secundarios, el dolor y la duración del procedimiento es un aspecto importante de la atención del aborto. Los efectos secundarios fueron mayores con ambos métodos de inducción y la mifepristona y el misoprostol se asociaron con significativamente más dolor, comparados con la D&E. La necesidad de hospitalización también difirió. Todas las participantes asignadas al azar a instilación de prostaglandina y el 55% de las tratadas con mifepristona y misoprostol requirieron hospitalización por una noche (Grimes 1980; Grimes 2004). Se necesita algún tipo de intervención un día o dos antes del aborto con D&E o inducción, lo que también agrega tiempo al procedimiento. La preparación cervical con dilatadores osmóticos se realiza habitualmente de 24 a 48 horas antes de la cirugía para reducir la incidencia de complicaciones relacionadas con el procedimiento (Grimes 1984; Schulz 1983). La mifepristona se administra de 24 a 48 horas antes de la administración del misoprostol, lo que acorta el tiempo de

inducción (Ashok 2004). Aunque estas intervenciones reducen el tiempo de estancia en el hospital para todas las participantes, en general, es más probable que las que reciben D&E permanezcan menos tiempo en el hospital.

El estudio realizado por Grimes y cols. (Grimes 2004) demuestra la dificultad de reclutar participantes en los Estados Unidos para ensayos aleatorios de métodos quirúrgicos y médicos para el aborto. Otro ensayo aleatorio de métodos de aborto del primer trimestre realizado en un lugar diferente de los Estados Unidos encontró la misma dificultad; se necesitaron 24 meses para reclutar 50 participantes (Creinin 2000). Es posible que lo anterior no sea una barrera en otros lugares. Ashok y cols. en Escocia (Ashok 2002) realizaron con éxito un ensayo parcialmente aleatorio que comparó la aspiración al vacío con la inducción con mifepristona y misoprostol en mujeres con un embarazo de entre 10 y 13 semanas. En su ensayo, sólo el 18% de las mujeres reclutadas rechazó la asignación aleatoria.

En los dos ensayos aleatorios de esta revisión la D&E dio lugar a menos eventos adversos que la inducción para el aborto del segundo trimestre. Sin embargo, la inducción con mifepristona y misoprostol parece ser efectiva y aceptable. Esta conclusión es consistente con la del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), que le asignó a la D&E una recomendación categoría "A" (RCOG 2004). A la inducción del aborto se le otorgó una recomendación categoría "B" debido al estado de las pruebas disponibles. Los tamaños de muestra en estos estudios fueron pequeños, por lo que los resultados son imprecisos. Aún se necesitan ensayos más grandes que incluyan gestaciones de hasta 24 semanas para mejorar la precisión de las estimaciones de los resultados, especialmente para complicaciones poco frecuentes como la perforación uterina, la infección y la hemorragia. Para lograr un tamaño de muestra adecuado puede ser necesario realizar estos estudios en áreas donde la inducción del aborto sea más aceptable que en los Estados Unidos.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

La dilatación y evacuación es preferible a la instilación de prostaglandina F₂alfa para el aborto del segundo trimestre. La dilatación y evacuación también parecen asociarse a menos eventos adversos generales, efectos secundarios y dolor que la inducción con mifepristona y misoprostol. Sin embargo, la inducción con mifepristona y misoprostol parece ser efectiva y aceptable.

Implicaciones para la investigación

Se necesitan ensayos con poder estadístico adecuado para comparar los métodos médicos y quirúrgicos que se utilizan actualmente para el aborto del segundo trimestre.

AGRADECIMIENTOS

Ahlam Saleh MD, MLS por su ayuda en el diseño de las estrategias de búsqueda.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Todos los autores realizan abortos médicos y quirúrgicos en la práctica clínica.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- No sources of support supplied

Recursos internos

- No sources of support supplied

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Grimes 1980 [published data only]

Grimes DA, Hulka JF, McCutchen ME. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F₂a: A randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1980;137:785-90.

Grimes 2004 [published data only]

Grimes DA, Smith SM, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilatation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004;111:148-53.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Philips 1974

Philips FS, Ghouse N, Sundaravalli A. Comparative study of prostaglandin F₂ alpha, hypertonic saline, and hysterotomy in the termination of mid-trimester pregnancies in Government Erskine Hospital from February 1st 1973 to October 31st 1973. *Unpublished* 20.

Referencias adicionales

Ashok 1999

Ashok PW, Templeton A. Nonsurgical mid-trimester termination of pregnancy: a review of 500 cases. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999;106:706-10.

Ashok 2002

Ashok PW, Kidd A, Flett GMM, Fitzmaurice A, Graham W, Templeton A. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Human Reproduction* 2002;17:92-8.

Ashok 2004

Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GMM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception* 2004;**69**:51-8.

Autry 2002

Autry AM, Hayes EC, Jacobson GF, Kirby RS. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;**187**:393-7.

Bartlett 2004

Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, Atrash HK. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology* 2004;**103**:729-37.

Bygdeman 1983

Bygdeman M. Interruption of gestation: The state of the art and prospects for the future. *Research on the regulation of human fertility. Needs of developing countries and priorities for the future*. Stockholm: Scriptor, 1983:528-43.

Bygdeman 1985

Bygdeman M, Swahn ML. Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception* 1985;**32**:45-51.

Caliskan 2005

Caliskan E, Dilbaz D, Doger E, Ozeren S, Dilbaz B. Randomized comparison of 3 misoprostol protocols for sbortion induction at 13-20 weeks of gestation. *The Journal of Reproductive Medicine* 2005;**50**:173-80.

Cates 1978

Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF, Ory HW, Tyler CW Jr. World health organization studies of prostagladins versus saline as abortifacients. *Obstetrics and Gynecology* 1978;**52**:493-8.

Cates 1982

Cates W Jr, Schulz KF, Grimes DA, Horowitz AJ, Lyon FA, Kravitz FH, et al. Dilatation and evacuation procedures and second-trimester abortions. The role of physician skill and hospital setting. *Journal of the American Medical Association* 1982;**248**:559-63.

Creinin 2000

Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception* 2000;**62**:117-24.

Drey 2006

Drey EA, Foster DG, Jackson RA, Lee SJ, Cardenas LH, Darney PD. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstetrics and Gynecology* 2006;**107**:128-135.

Finer 2005

Finer LB, Henshaw SK. Estimates of U.S. abortion incidence in 2001 and 2002. http://www.guttmacher.org/pubs/2005/05/18/ab_incidence.pdf (accessed 29 August 2006).

George 1996

George A, Randall S. Late presentation for abortion. *British Journal of Family Planning* 1996;**22**:12-15.

Goh 2006

Goh SE, Thong KJ. Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: a review of 386 consecutive cases. *Contraception* 2006;**73**:516-9.

Goldberg 2001

Goldberg AB, Greenberg MB, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine* 2001;**344**:38-47.

Grimes 1977

Grimes DA, Schulz KF, Cates W Jr, Tyler CW Jr. Mid-trimester abortion by dilatation and evacuation: a safe and practical alternative. *New England Journal of Medicine* 1977;**296**:1141-5.

Grimes 1984

Grimes DA, Schulz KF, Cates W Jr. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of the American Medical Association* 1984;**251**:2108-11.

Grimes 1985

Grimes DA, Schulz KF. Morbidity and mortality from second-trimester abortions. *The Journal of Reproductive Medicine* 1985;**30**:505-14.

Grimes 1998

Grimes, DA. The continuing need for late abortions. *Journal of the American Medical Association* 1998;**280**:747-50.

Higgins 2005

Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.5 [updated May 2005]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue ;(3).

HMSO 1998

Northern Ireland. *Why Mothers Die. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, 1994-1996*. London: The Stationery Office, 1998.

Ingham 2007

Ingham R, Lee E, Clements S, Stone N. Second trimester abortion in England and Wales. <http://www.psychology.soton.ac.uk/cshr>, accessed August 14, 2007 2007.

Jain 1999

Jain JK, Kuo J, Mishell DR Jr. A comparison of two dosing regimens of intravaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Obstetrics and Gynecology* 1999;**93**:571-5.

Kafrissen 1984

Kafrissen ME, Schulz KF, Grimes DA, Cates W Jr. Midtrimester abortion. Intra-amniotic instillation of hyperosmolar urea and prostaglandin F2 alpha v dilatation and evacuation. *Journal of the American Medical Association* 1984;**251**:916-9.

Ngai 2003

Ngai SW, Tang OS, Ho PC. Prostaglandins for induction of second-trimester termination and intrauterine death. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2003;**17**:765-75.

Norman 1991

Norman JE, Thong KJ, Baird DT. Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone. *Lancet* 1991;**338**:1233-6.

RCOG 2004

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The Care of Women Requesting Induced Abortion*. London: RCOG Press, 2004.

Rodger 1990

Rodger MW, Baird DT. Pretreatment with mifepristone (RU-486) reduces interval between prostaglandin administration and expulsion in second trimester abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1990;**97**:41-5.

Schulz 1983

Schulz KF, Grimes DA, Cates W Jr. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1983;**1**:1182-5.

Siebert 2005

Siebert JR, Kapur RP, Resta RG, Luthy D. Methods for induced abortion [letter]. *Obstetrics and Gynecology* 2005;**105**:221.

Stakes 2006

STAKES. Official statistics of Finland. Induced abortions and sterilisations 2005. *Statistical summary* 2006.

Stat. Service 2005

Government Statistical Service. Abortion statistics, England and Wales: 2005. *Statistical Bulletin* 2006/01 July 4, 2006.

Strauss 2005

Strauss LT, Herndon J, Chang J, Parker WY, Bowens SV, Berg CJ. Abortion surveillance--United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2005;**54**:1-31.

Stubblefield 2004

Stubblefield PG, Carr-Ellis S, Borgatta L. Methods for induced abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004;**104**:174-85.

Stubblefield 2005

Stubblefield PG, Carr-Ellis S, Borgatta L. Methods for induced abortion [letter]. *Obstetrics and Gynecology* 2005;**105**:221-2.

Swahn 1988

Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogestin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1988;**95**:126-34.

Tang 2000

Tang OS, Ho PC. Medical abortion in the second trimester. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2000;**16**:237-46.

Thong 1992

Thong KJ, Baird DT. A study of gemeprost alone, dilapan or mifepristone in combination with gemeprost for the termination of second trimester pregnancy. *Contraception* 1992;**46**:11-7.

Urquhart 1989

Urquhart DR, Bahzad C, Templeton AA. Efficacy of the antiprogestin mifepristone (RU 486) prior to prostaglandin termination of pregnancy. *Human Reproduction* 1989;**4**:202-3.

WHO 1997

Unknown. Medical methods for termination of pregnancy. Report of a WHO Scientific Group. *World Health Organization Technical Report Series* 1997; Vol. **871**.

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Grimes 1980
Methods	Randomised controlled trial. Random allocation by means of "shuffling, selecting, and numbering" sealed envelopes containing treatment allocation cards. Single operator blinded to cumulative number of subjects assigned to each group.
Participants	100 women requesting termination of pregnancy. Inclusion criteria: any age, race, or gravidity, 13-18 weeks gestation by last menstrual period, willing to accept allocation, "reasonable expectation" of obtaining follow-up information. Exclusion criteria: evidence of abortion that had already been initiated spontaneously or artificially, anticipation of concurrent sterilization or other operation at the time of termination, preexisting medical or surgical condition thought to be incompatible with either treatment.
Interventions	Surgical method: Dilation and evacuation (D&E) performed under intravenous sedation with intracervical block (20 cc 1% lidocaine with epinephrine 1:100,000). All subjects received cervical preparation with laminaria placement one day prior to abortion. Medical method: Prostaglandin F2-alpha (PGF2a) intra-amniotic instillation with indwelling catheter. Initial dose of 40 mg with additional 20 mg doses at 24 and 36 hours as needed. Cervical preparation not performed. Curettage performed if placenta not expelled within 2 hours of fetus and for all subjects routinely after expulsion of placenta. Neither oxytocics or prophylactic antibiotics used in either group. All subjects given thermometer to monitor temperature twice daily for 5 days post-abortion. Follow-up scheduled for 2 weeks after abortion.
Outcomes	Primary outcome: total complication rate including major (seizure, hemorrhage requiring transfusion) and minor (febrile morbidity, trauma to cervix or vagina, prostaglandin reaction) complications. Other outcomes: Delay in completion of abortion, abortion completed by allocation group, time/need for hospitalization, side effects (nausea, vomiting, diarrhea), and treatment of complications (curettage, antibiotics, blood transfusion, surgical repair of cervical or vaginal injury), hospital re-admissions.
Notes	Subjects treated with PGF2a required delay in treatment until gestational age was greater than or equal to 16 weeks by hospital protocol. Six subjects discontinued participation in study due to delay. Failure of PGF2a instillation defined as failure to expel fetus within 48 hours after instillation of initial dose. D&E subjects monitored 1 1/2 hours after surgery. Post-procedure hematocrit not checked. PGF2a subjects observed for a minimum of 4 hours after completion of abortion and hematocrit determined prior to discharge.
Allocation concealment	A - Adequate
Study	Grimes 2004
Methods	Randomised controlled trial. 1:1 random allocation using computer-generated permuted blocks. Concealment maintained with sequentially numbered, opaque, sealed envelopes. Envelopes prepared by epidemiologist not associated with the trial.

Characteristics of included studies

Participants	18 women requesting termination of pregnancy. Inclusion criteria: any race or ethnic group, age 18 years or older, English speaking, gestational age determined by ultrasound to be 13.9-19.9 weeks by biparietal diameter. Subjects with fetal death or anomalous fetuses were included. Exclusion criteria: prior cesarean delivery or myomectomy, medical conditions contraindicating mifepristone or misoprostol use, known transportation difficulties relating to abortion visits, subjects unwilling to be contacted by telephone or letter for follow-up at 2 weeks.
Interventions	Surgical method: D&E performed under "light general anesthesia without intubation." All subjects received cervical preparation with laminaria insertion 1-2 days prior to abortion. Medical method: 200 mg oral mifepristone followed 48 hours later by 800 mcg vaginal misoprostol. Each subject received additional doses of 400 mcg oral misoprostol every 3 hours to a maximum of 4 oral doses until abortion occurred. Placental removal performed if spontaneous expulsion did not occur within 2 hours of passage of fetus. All subjects received prophylactic doxycycline.
Outcomes	Primary outcome: feasibility of randomising U.S. women to two methods of abortion. Other outcomes: time to completion of medical abortion, need for hospitalization beyond one day, need for unanticipated curettage or removal of placenta. Acceptability, satisfaction, adverse events, side effects such as vomiting or diarrhea, best and worst features of treatment assessed with self-administered questionnaire prior to discharge and 2 weeks after treatment.
Notes	Planned enrolment of 60 subjects. Stopping rules established based on rates of enrolment: if 20 patients could not be enrolled within 12 months or 40 within 24 months. Enrolment stopped after 12 months.
Allocation concealment	A - Adequate

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Philips 1974	Unpublished; only abstract available for review; unable to obtain manuscript or contact authors despite multiple attempts.

TABLAS ADICIONALES**Table 01 Opinions regarding treatment by treatment group. Median (interquartile range).**

Opinion	Mife/Miso (n=9)	D&E (n=9)
Overall satisfaction (a)	1 (1-1)	1 (1-1)
Recommend to a friend (b)	1 (1-1)	1 (1-1)
Repeat same method in future (b)	1 (1-1)	1 (1-1)
Overall physical pain (c)	3 (3-3)*	2 (1-2)
Emotional discomfort (c)	2 (1-3)	1 (1-2)
(a) Five-point scale: 1=very satisfied, 5=very dissatisfied (b) Five point scale: 1=yes, highly agree, 5=no, highly disagree (c) Five-point scale: 1=none, 5=extreme * p=0.03 by Mann-Whitney U test		

CARÁTULA

Titulo	Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
Autor(es)	Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K
Contribución de los autores	Extracción de datos - PL y JH Ingreso de datos - PL Evaluación de la calidad metodológica, análisis y redacción: todos los revisores
Número de protocolo publicado inicialmente	2007/3
Número de revisión publicada inicialmente	2008/1
Fecha de la modificación más reciente"	22 octubre 2007
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	20 setiembre 2007
Cambios más recientes	El autor no facilitó la información
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	El autor no facilitó la información
Dirección de contacto	Dr Patricia Lohr Medical Director bpas Head Office 20 Timothy's Bridge Road Stratford Enterprise Park Stratford Upon Avon CV379BF UK Teléfono: +44 845 3655050 E-mail: patty.lohr@gmail.com Facsimile: +44 845 3655051
Número de la Cochrane Library	CD006714

Grupo editorial	Cochrane Fertility Regulation Group
Código del grupo editorial	HM-FERTILREG

RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 D&E vs. Intraamniotic PG F2-alpha

Resultado	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 Febrile morbidity	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.20 [0.02, 1.90]
02 Requirement for additional curettage	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.88 [0.05, 14.46]
03 Hemorrhage (requiring transfusion)	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.17 [0.01, 3.60]
04 Hemorrhage (not requiring transfusion)	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.07 [0.00, 1.32]
05 Cervico-vaginal injury	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.88 [0.12, 6.49]
06 Seizure	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.29 [0.01, 7.23]
07 Prostaglandin reaction	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.29 [0.01, 7.23]
08 Abortion completed by assigned treatment	1	100	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	17.41 [0.97, 313.73]
09 Requirement for overnight hospitalization	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.00 [0.00, 0.01]
10 Readmission to hospital	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.88 [0.05, 14.46]
11 Combined major complications	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.12 [0.01, 2.34]
12 Combined minor complications	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.17 [0.04, 0.65]
13 Combined major and minor complications	1	94	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.12 [0.03, 0.46]

02 D&E vs. Mifepristone/Misoprostol

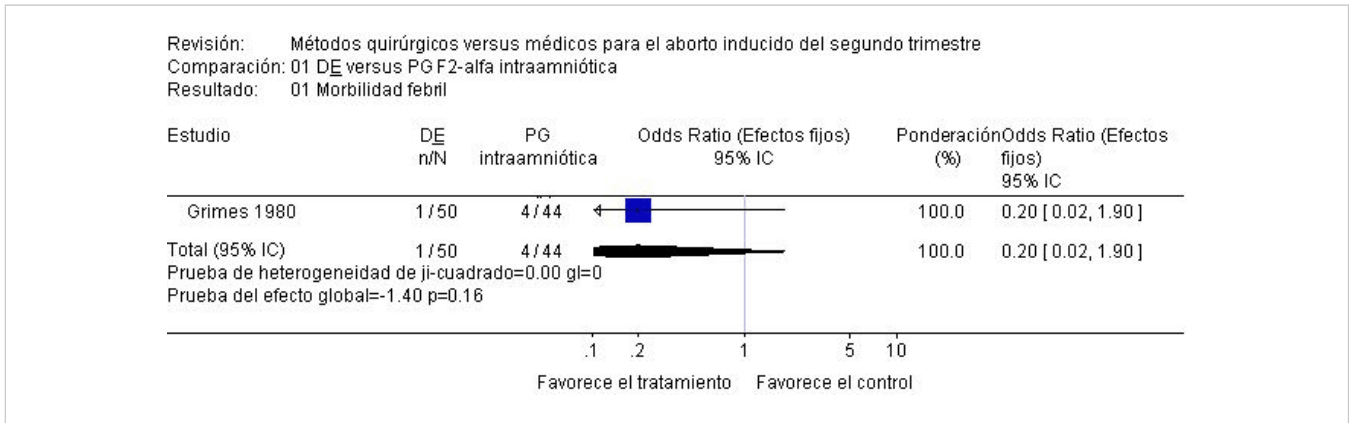
Resultado	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 Fever (> 38C)	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.10 [0.00, 2.23]
02 Requirement for additional curettage	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.06 [0.00, 1.43]
03 Number of women experiencing adverse events	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.06 [0.01, 0.76]
04 Nausea	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.40 [0.06, 2.70]
05 Vomiting	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.36 [0.05, 2.77]
06 Diarrhea	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	Not estimable
07 Dizziness	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.16 [0.01, 1.83]

02 D&E vs. Mifepristone/Misoprostol				
08 Fatigue	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.25 [0.04, 1.77]
09 Pain in lower abdomen	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.57 [0.07, 4.64]
10 Breast tenderness	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.16 [0.01, 3.81]
11 Headache	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.16 [0.01, 1.83]
12 Abortion completed by assigned treatment	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.30 [0.01, 8.35]
13 Requirement for overnight hospitalization	1	18	Odds Ratio (Fixed) 95% CI	0.04 [0.00, 0.96]

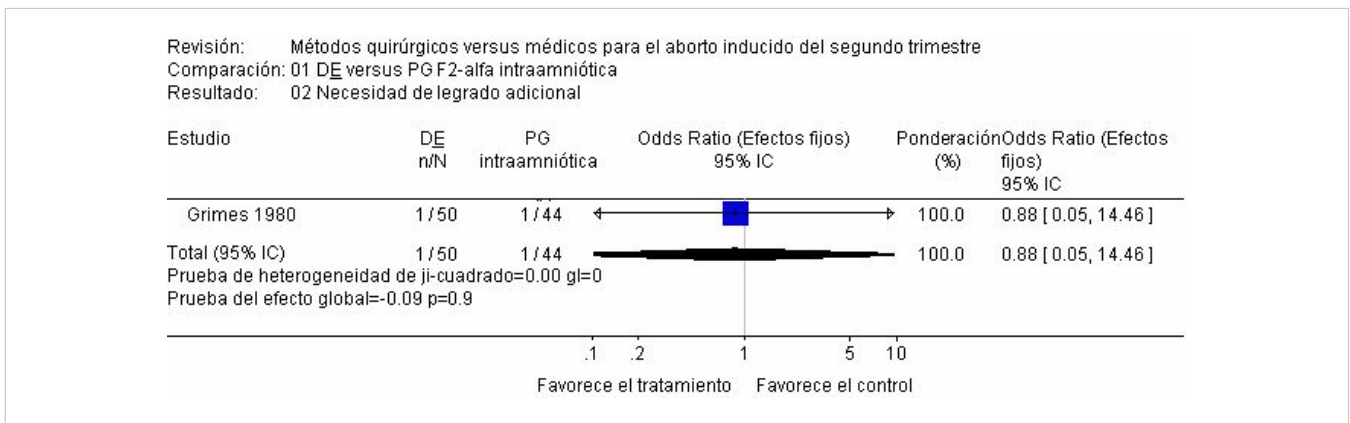
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 D&E vs. Intraamniotic PG F2-alpha

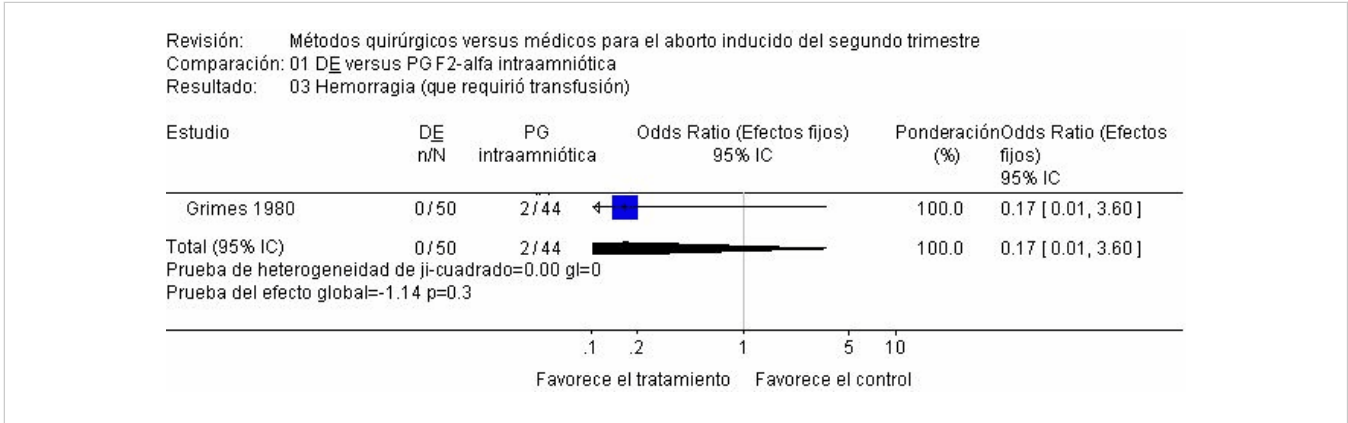
01.01 Febrile morbidity



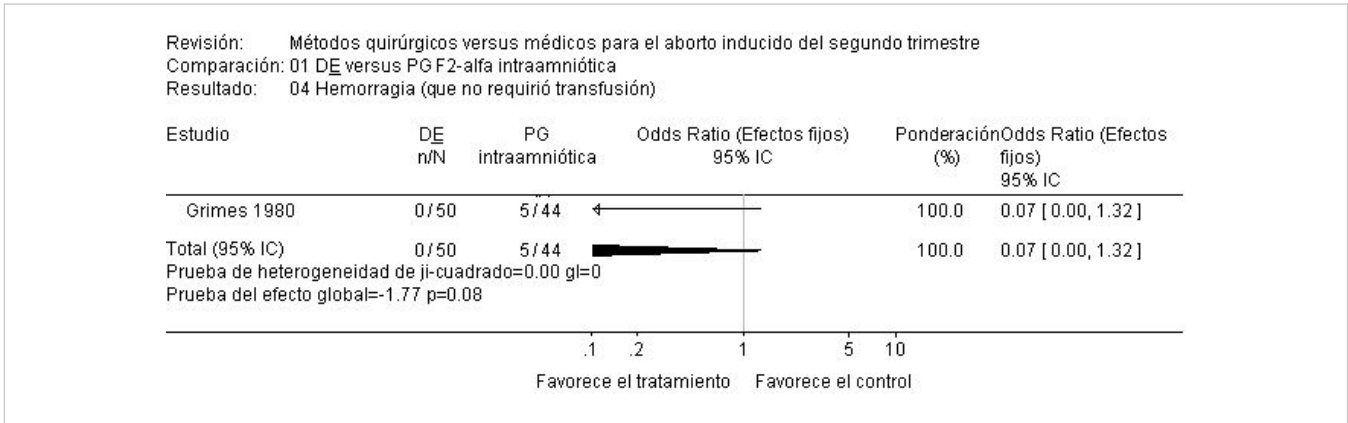
01.02 Requirement for additional curettage



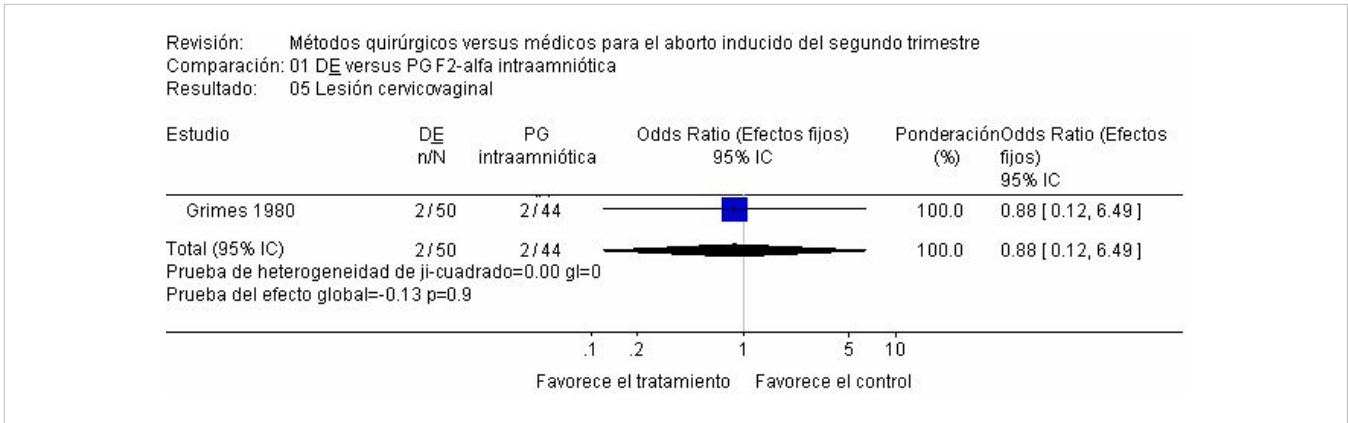
01.03 Hemorrhage (requiring transfusion)



01.04 Hemorrhage (not requiring transfusion)

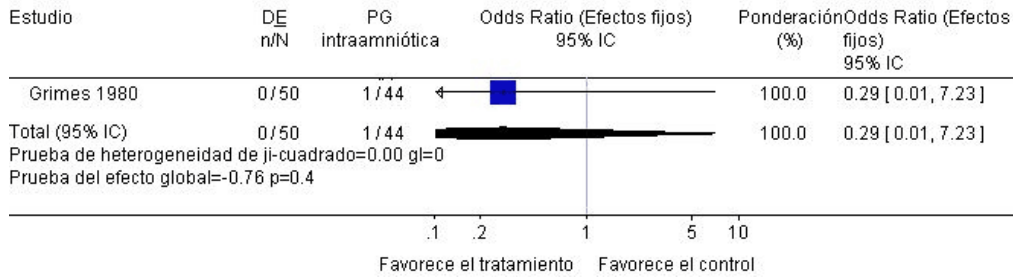


01.05 Cervico-vaginal injury



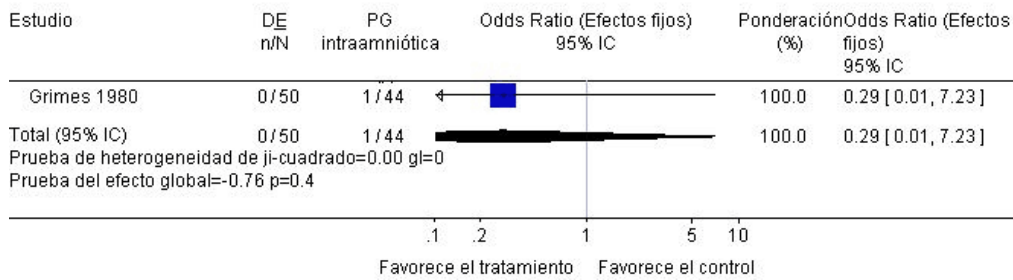
01.06 Seizure

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 01 DE versus PG F2-alfa intraamniótica
 Resultado: 06 Convulsión



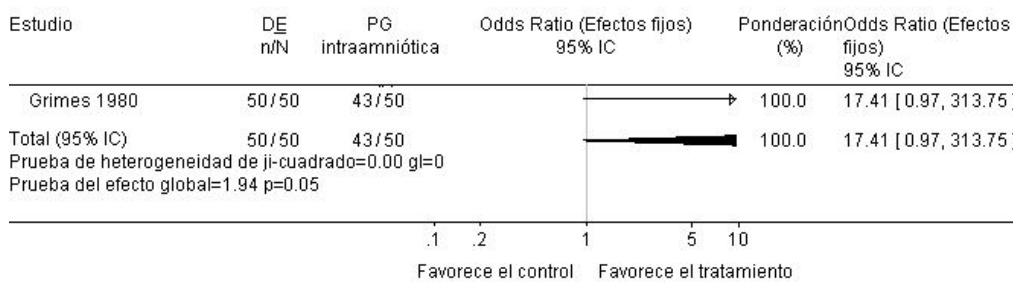
01.07 Prostaglandin reaction

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 01 DE versus PG F2-alfa intraamniótica
 Resultado: 07 Reacción a la prostaglandina



01.08 Abortion completed by assigned treatment

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 01 DE versus PG F2-alfa intraamniótica
 Resultado: 08 Aborto completo con el tratamiento asignado



01.09 Requirement for overnight hospitalization

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 01 DE versus PG F2-alfa intraamniótica
 Resultado: 09 Necesidad de hospitalización por una noche

Estudio	DE n/N	PG intraamniótica	Odds Ratio (Efectos fijos) 95% IC	Ponderación (%)	Odds Ratio (Efectos fijos) 95% IC
Grimes 1980	2/50	44/44	4	100.0	0.00 [0.00, 0.01]
Total (95% IC)	2/50	44/44	4	100.0	0.00 [0.00, 0.01]

Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.00 gl=0
 Prueba del efecto global=-4.77 p<0.00001

01.10 Readmission to hospital

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 01 DE versus PG F2-alfa intraamniótica
 Resultado: 10 Reingreso al hospital

Estudio	DE n/N	PG intraamniótica	Odds Ratio (Efectos fijos) 95% IC	Ponderación (%)	Odds Ratio (Efectos fijos) 95% IC
Grimes 1980	1/50	1/44	0.88 [0.05, 14.46]	100.0	0.88 [0.05, 14.46]
Total (95% IC)	1/50	1/44	0.88 [0.05, 14.46]	100.0	0.88 [0.05, 14.46]

Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.00 gl=0
 Prueba del efecto global=-0.09 p=0.9

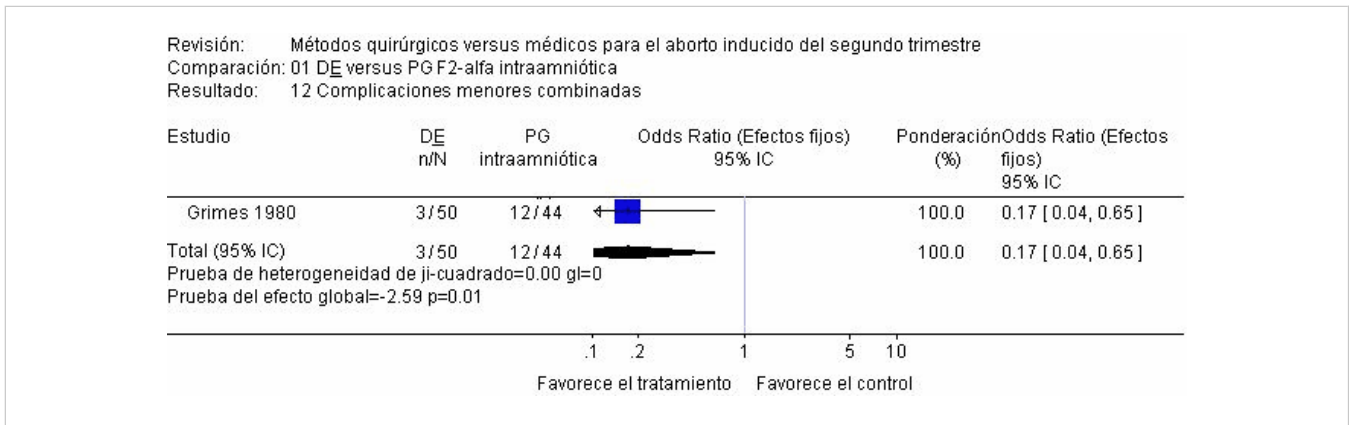
01.11 Combined major complications

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 01 DE versus PG F2-alfa intraamniótica
 Resultado: 11 Complicaciones graves combinadas

Estudio	DE n/N	PG intraamniótica	Odds Ratio (Efectos fijos) 95% IC	Ponderación (%)	Odds Ratio (Efectos fijos) 95% IC
Grimes 1980	0/50	3/44	0.12 [0.01, 2.34]	100.0	0.12 [0.01, 2.34]
Total (95% IC)	0/50	3/44	0.12 [0.01, 2.34]	100.0	0.12 [0.01, 2.34]

Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.00 gl=0
 Prueba del efecto global=-1.40 p=0.16

01.12 Combined minor complications



01.13 Combined major and minor complications

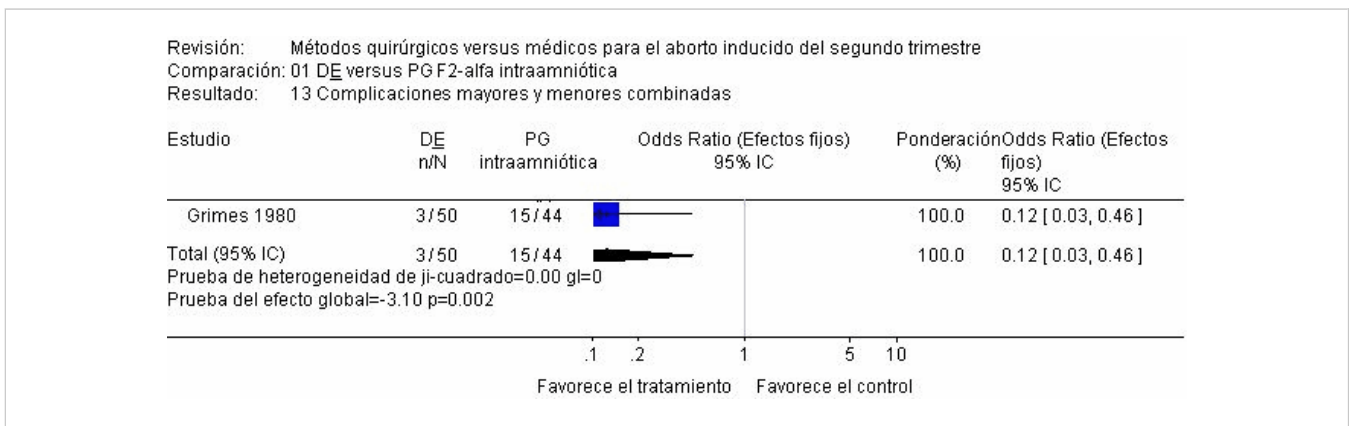
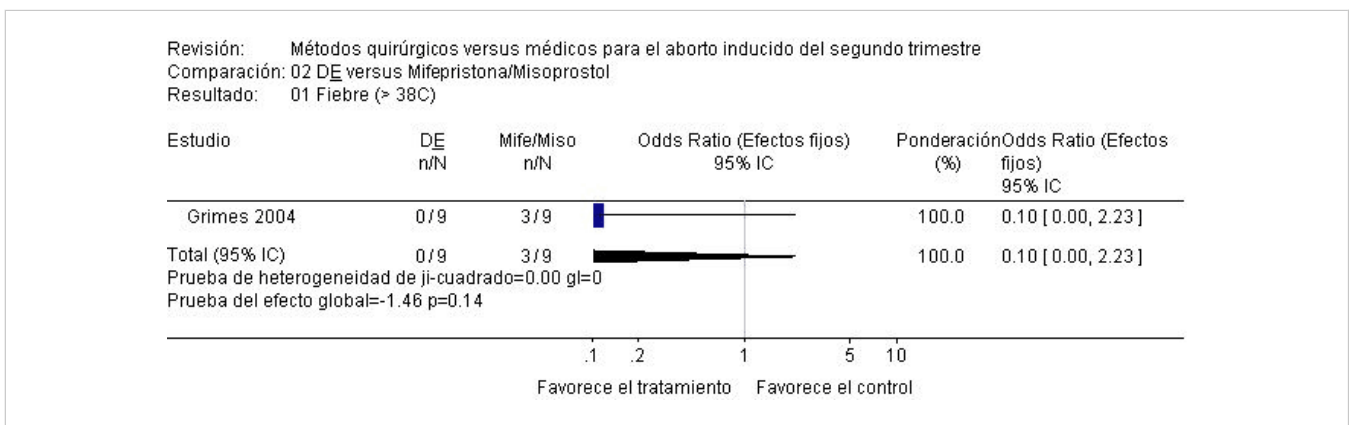
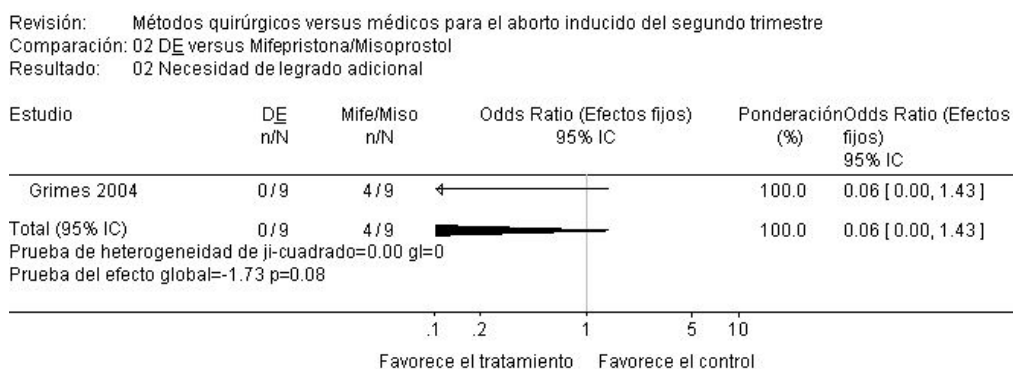


Fig. 02 D&E vs. Mifepristone/Misoprostol

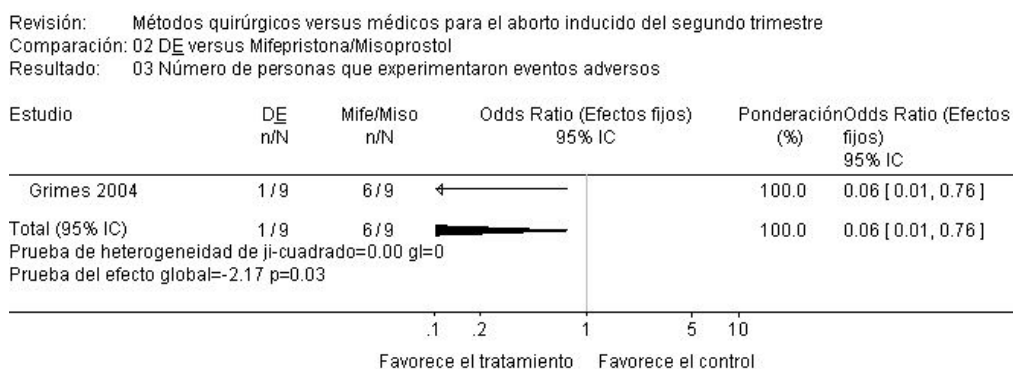
02.01 Fever (> 38C)



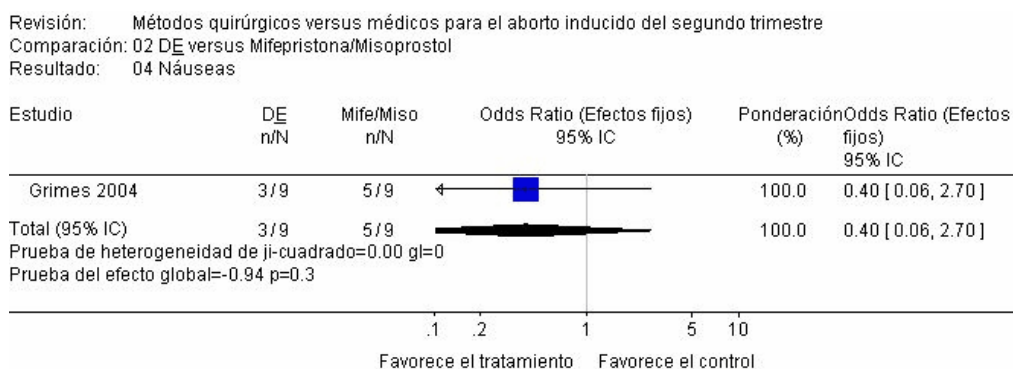
02.02 Requirement for additional curettage



02.03 Number of women experiencing adverse events

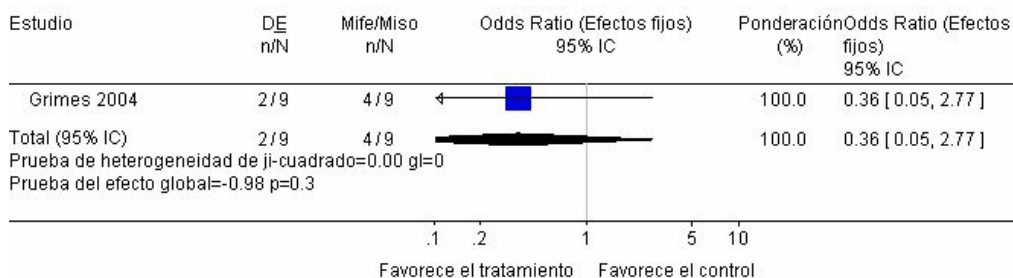


02.04 Nausea



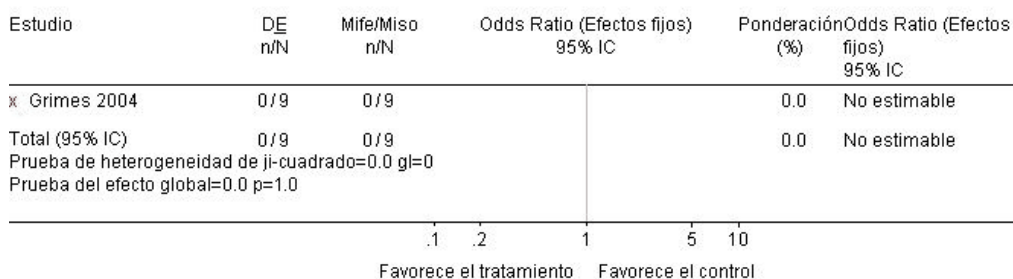
02.05 Vomiting

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 02 DE versus Mifepristona/Misoprostol
 Resultado: 05 Vómitos



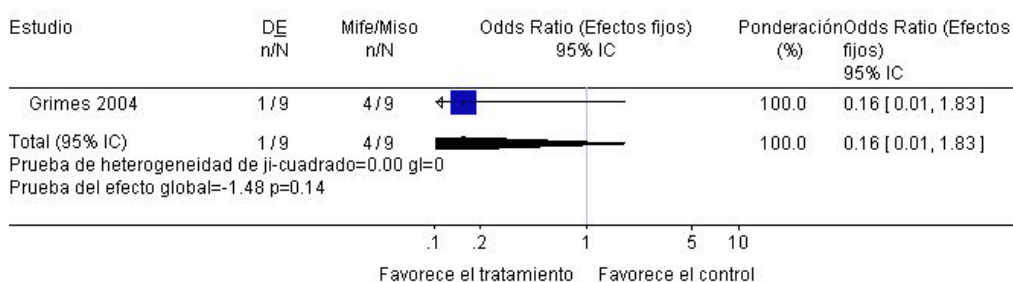
02.06 Diarrhea

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 02 DE versus Mifepristona/Misoprostol
 Resultado: 06 Diarrea



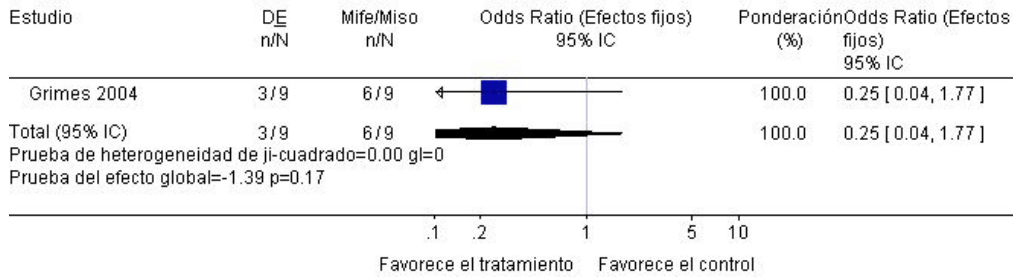
02.07 Dizziness

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 02 DE versus Mifepristona/Misoprostol
 Resultado: 07 Mareos



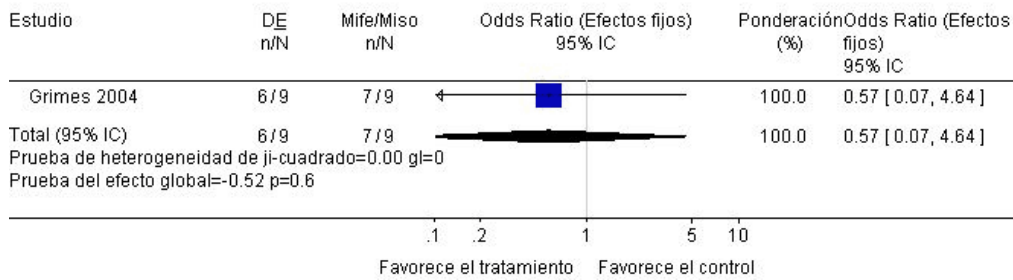
02.08 Fatigue

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 02 DE versus Mifepristona/Misoprostol
 Resultado: 08 Fatiga



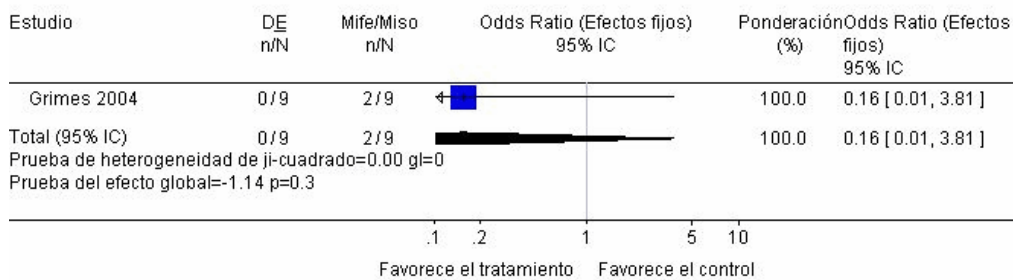
02.09 Pain in lower abdomen

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 02 DE versus Mifepristona/Misoprostol
 Resultado: 09 Dolor en el abdomen inferior



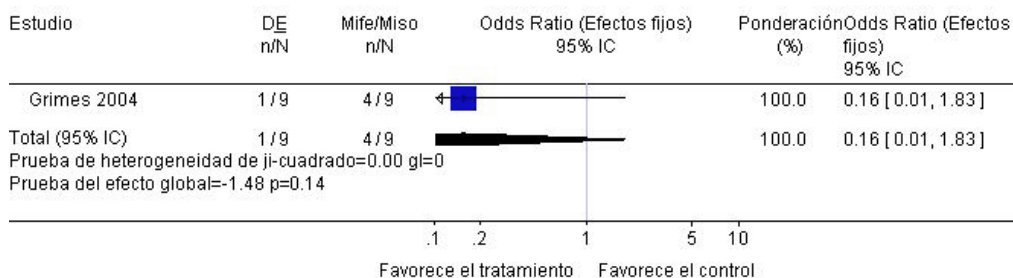
02.10 Breast tenderness

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 02 DE versus Mifepristona/Misoprostol
 Resultado: 10 Sensibilidad en los senos



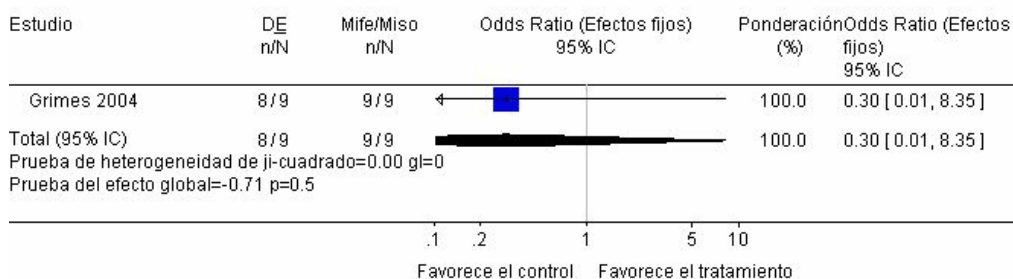
02.11 Headache

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 02 DE versus Mifepristona/Misoprostol
 Resultado: 11 Cefalea



02.12 Abortion completed by assigned treatment

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 02 DE versus Mifepristona/Misoprostol
 Resultado: 12 Aborto completo con el tratamiento asignado



02.13 Requirement for overnight hospitalization

Revisión: Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre
 Comparación: 02 DE versus Mifepristona/Misoprostol
 Resultado: 13 Necesidad de hospitalización por una noche

