

TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO

Ricardo G.Rizzo

INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN

Se llama **aborto** a la separación del producto de la concepción antes de un nivel de maduración, sin la cual no puede ser viable. Este tiempo corresponde a las 22 semanas completas (154 días completos), o cuando el feto no supera los 500 gramos de peso¹.

El aborto puede ser espontáneo o provocado. Se estima que el aborto espontáneo ocurre en el 15% al 20% de todos los embarazos humanos². Tanto el **aborto espontáneo**, como el provocado, pueden ser completo o incompleto. El aborto es **completo** cuando la evacuación del contenido uterino es total, y es **incompleto** si la evacuación es parcial, quedando en el interior del útero restos ovulares y/o membranas.

El diagnóstico clínico de aborto incompleto se establece cuando luego de la expulsión de material ovular se observa la persistencia de metrorragia, canal cervical permeable y dolor³. El examen ecográfico permite confirmar el diagnóstico.

El aborto incompleto es una grave preocupación de salud pública y su falta de tratamiento adecuado puede provocar alta morbilidad e incluso muerte. El principal peligro del aborto incompleto no infectado es el shock hipovolémico seguido de muerte en casos de hemorragias profusas. En algunos países menos desarrollados las muertes atribuibles al aborto pueden llegar a constituir entre el 22 y el 56% de todas las muertes maternas directas^{4,5}.

El tratamiento del aborto incompleto, recomendado por la mejor evidencia científica hasta la fecha, es la evacuación uterina, utilizando una aspiración endouterina: manual (AMEU) o por vacío eléctrico.

De no estar disponibles, o en caso de no contar con profesionales entrenados en su uso, también se puede utilizar el legrado evacuador, que se realiza con cureta bajo anestesia⁶. En algunos casos es preciso reponer el volumen de sangre, en caso que la pérdida sanguínea haya provocado una anemia aguda.

El legrado evacuador tiene como complicaciones la perforación uterina y lesiones post-operatorias cervicales⁶, así como la posibilidad de sinequias uterinas o síndrome de Asherman, sobre todo si se debe repetir por evacuación insuficiente⁷. La AMEU como tratamiento del aborto incompleto es un procedimiento rápido, y menos doloroso, tanto que la analgesia y sedación no siempre son necesarias, y las complicaciones son menores a las que ocurren con el legrado, con cureta⁸.

El manejo quirúrgico de la evacuación uterina, luego de un aborto incompleto, especialmente usando curetaje y anestesia general, no está exento de complicaciones y fracasos; además, consume importantes insumos hospitalarios, con un alto costo económico para el sector público.

Se hace necesario, por lo tanto, que los servicios busquen las formas de ofrecer mayores opciones de tratamientos, con menores riesgos

y costos reducidos, manteniendo la misma eficiencia y dando mayor confort para la mujer⁹, en un contexto de servicios de calidad. El atractivo de los métodos clínicos para la evacuación del aborto incompleto, es justamente que ofrecen la posibilidad de cumplir con estos requisitos¹⁰. Se estima que el costo del manejo quirúrgico, con legrado y anestesia general, es más del doble que utilizando **misoprostol**, sin contar el costo indirecto, social, familiar y laboral de las pacientes^{9,11}.

En antiguos libros de Obstetricia ya se hablaba de un tratamiento clínico para el aborto incompleto. Iffy y Kaminetzky postulaban que la infusión intravenosa de sustancias oxitócicas, facilitaba la evacuación espontánea del contenido uterino, en franca discrepancia con Williams, quien refiere que rara vez la oxitocina es eficaz en el tratamiento del aborto incompleto¹². Sabemos, además, que con una conducta expectante muchos de estos casos se resolverían sin ninguna intervención médica¹³⁻¹⁶.

El uso de **misoprostol** en el tratamiento de aborto incompleto está siendo utilizado cada vez más ampliamente por su facilidad de uso, bajo costo y conveniencia. La amplia disponibilidad actual del **misoprostol**, que actúa sobre el miometrio en cualquier edad gestacional, ofrece la posibilidad de conseguir la evacuación del aborto incompleto, mediante un tratamiento exclusivamente farmacológico.

El **misoprostol** tiene la potencialidad de facilitar ampliamente el acceso al tratamiento y puede ser un enorme alivio para servicios terciarios, hoy sobrecargados con la atención de numerosos casos de aborto incompleto, que pudieran ser tratados con **misoprostol** en servicios básicos de salud.

De esta forma sería posible reducir enormemente los costos para los servicios y permitir que la mujer no se separe de su familia, además de evitar las complicaciones que se observan con el tratamiento quirúrgico.

Numerosos estudios han sido publicados sobre este tema, desde la primera edición de este Manual, lo que permite llegar a nuevas recomendaciones. Desde el primer estudio publicado acerca del uso del **misoprostol** en el tratamiento del aborto incompleto, publicado en 1993¹⁷, varias investigaciones fueron publicadas utilizando gran variedad de dosis, vías de administración y períodos de espera para definir el éxito del tratamiento^{18,19}. Investigaciones más recientes permiten concluir que una dosis de 600 µg de **misoprostol** vía oral tiene resultados casi tan eficientes como una aspiración uterina manual con esta misma indicación²⁰⁻²³. Aunque a largo plazo (8 semanas) la conducta expectante muestra resultados parecidos al uso de **misoprostol**, el sangrado es más breve y el período de espera más corto con el tratamiento farmacológico^{14,24}.

INDICACIONES

El **misoprostol** para el tratamiento del aborto incompleto se recomienda en pacientes con:

- **tamaño uterino que corresponda a una gestación menor o igual a 12 semanas**. Puede utilizarse con precaución, en pacientes con un tamaño uterino mayor,

pero con una edad gestacional confirmada igual o menor a 12 semanas (Por ejemplo: aumento del tamaño uterino por miomas)

- sin infección
- en buen estado general y hemodinámicamente compensadas
- que acepten voluntariamente utilizar esta opción, con consentimiento informado, entendiendo que pudiera ser necesaria la evacuación quirúrgica ante el fracaso de este tratamiento.
- posibilidades de regresar de inmediato al centro asistencial en caso de presentarse cualquier complicación.

CONTRAINDICACIONES

- Sangrado abundante
- Síntomas o signos de infección genital y/o sepsis
- Mal estado general, síntomas de inestabilidad hemodinámica o shock
- Alergia a prostaglandinas
- Sospecha de embarazo ectópico
- Antecedentes de trastornos de la coagulación, o que estén tomando anti-coagulantes

PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE ABORTO INCOMPLETO

Se recomienda lo siguiente:

1. El protocolo de tratamiento es simple y requiere sólo de una consulta externa. En esa consulta se debe realizar un examen físico general y ginecológico, para precisar el diagnóstico de aborto incompleto y que el tamaño del útero no sea mayor al correspondiente a 12 semanas de edad gestacional. En aquellos lugares donde exista la posibilidad de hacer ecografía abdominal, o transvaginal, debe realizarse para asegurar el diagnóstico. Aunque la ecografía es conveniente cuando está disponible, su disponibilidad no es condición necesaria para usar **misoprostol**.

2. Dar información sobre la vía de administración del **misoprostol**, los posibles efectos secundarios o el pequeño riesgo de que queden restos, en cuyo caso será necesario realizar aspiración al vacío, o curetaje uterino.

Es importante explicar que la expulsión de los restos puede ocurrir en horas o días subsiguientes, y que puede sangrar más que una menstruación normal, por 3 ó 4 días, y continuar con un manchado por dos semanas, o más.

3. Programar una visita de control una semana después de la administración de **misoprostol**, para confirmar el éxito o no del tratamiento.

4. Garantizar que la mujer será atendida de inmediato, en caso que presente cualquier emergencia, o tenga cualquier duda durante el período entre el tratamiento y la consulta de control.

VÍAS Y DOSIS RECOMENDADAS

La conclusión de un grupo de expertos, convocados por la OMS, fue que una dosis única de 600 µg de **misoprostol** oral está indicado para el tratamiento del aborto incompleto, en mujeres con tamaño uterino igual o menor al correspondiente a 12 semanas de embarazo. Esta propuesta se basa en una cuidadosa revisión de la literatura, que indica que esta dosis oral consigue completar la evacuación del útero con seguridad y eficacia.

Ese mismo grupo de expertos propuso que una alternativa posible es usar dosis únicas de 400 µg por la vía sub-lingual, aunque las evidencias hasta ahora son más débiles que las que permiten recomendar la vía oral. La vía oral tiene además la ventaja de mejor aceptación que la vía vaginal²⁵, aunque parece que los efectos secundarios son menores cuando se usa esta última vía²⁶⁻²⁸.

TIEMPO HASTA CONSEGUIR EL EFECTO

Como se puede verificar en la Tabla 1, la tasa de éxito, definida como vaciamiento uterino completo dispensando el curetaje o aspiración, parece depender más del tiempo de espera para obtener el efecto, que de la dosis o vía de administración.

Tabla 1. Eficacia del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, según vía de administración, dosis y tiempo de espera.

AUTOR	VIA	DOSIS	VECES	T OBSERV	ÉXITO	N
1. de Jonge 1995 ²⁹	Oral	400	1	12 hrs	13%	50
2. Chung 1999 ³⁰	Oral	400	4	24 hrs	51%	635
3. Pang 2001 ³¹	Oral	800	2	24 hrs	64 %	95
	Vag				61%	113
4. Demetrioulis 2001 ²⁵	Vag	800	1	8-10 hrs	93%	80
5. Blohm 2005 ³²	Vag	400	1	7 días	81%	126
6. Gronlund 2002 ³³	Vag	400	1	8 días	90%	78
7. Bagratee 2004 ²⁴	Vag	600	2	7 días	100%	104
8. Moodliar 2005 ³⁴	Vag	6 00	1	7 días	91.5%	94
9. Zhang 2005 ²¹	Vag	800	2	8 días	84%	4 91
10. Tang 2003 ³⁵	SL	600	1	7 días	85.7%	80
11. Tang 2006 ²⁸	SL	600	3	7 días	92%	180
12. Ngoc 2005 ²⁶	Oral	600	1	7 días	94.6%	300
13. Phupong 2004 ³⁶	Oral	600	1	7 días	86%	100
14. Ngoc 2004 ³⁷	Oral	800	2	10 días	94.6%	300
15. Blanchard 2004 ³⁸	Vag	600	1	14 días	66 %	169
			2		70%	
16. Shelly 2005 ¹⁶	Vag	400	1	14 días	80%	4 0
17. Ngai 2001 ¹⁵	Vag	4 00	3	15 días	100%	59
18. Week 2005 ²⁰	Oral	6 00	1	14 días	93%	317

Las tasas de éxito aumentan cuando el tiempo de espera es de hasta 7 a 10 días y parecen no mejorar, aunque se continúe esperando por 14 ó 15 días. Por lo tanto se recomienda una espera de 7 a 10 días antes de evaluar el éxito del tratamiento médico y considerar la opción de evacuación quirúrgica, si todavía se encontraran restos de aborto^{39,40}. Los autores con mayor experiencia en el uso de **misoprostol** para el aborto incompleto, sugieren que la tasa de éxito aumenta cuando el equipo de salud tiene confianza y experiencia en el uso del **misoprostol** con esta indicación, entendiendo el mecanismo de acción y orientando adecuadamente a sus pacientes²⁸.

COMPLICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

La principal complicación, aunque poco frecuente, es la hemorragia grave durante el período de tratamiento. Seleccionando adecuadamente las mujeres que cumplen con los requisitos para optar al tratamiento farmacológico del aborto incompleto, esta complicación es muy poco frecuente, sin embargo los estudios han encontrado que la pérdida total de sangre parece ser un poco mayor con el uso del tratamiento médico, que cuando se practica la evacuación inmediata del útero^{17,19}.

En compensación, se elimina la posibilidad de lesiones traumáticas y anestésicas propias de los métodos quirúrgicos, especialmente el curetaje. El total de complicaciones parece ser menor con **misoprostol** que con el tratamiento quirúrgico^{39,42}. Una complicación rara, pero ya descrita, es la hipertermia severa con o sin escalofríos⁴³. Autores con experiencia han advertido sobre este riesgo, cuando se usa la vía oral o sub-lingual, en dosis excesivas o a intervalos muy cortos⁴⁴.

Los efectos indeseados más comunes son náuseas, vómitos y diarrea. Menos frecuentemente el **misoprostol** puede provocar hipotensión, fiebre, escalofríos y temblor. En ausencia de estudios comparativos randomizados, no es posible afirmar si la aparición de estos síntomas ocurre con más frecuencia cuando se utiliza la vía sublingual, que cuando se usa la vía oral o vaginal, como podría sugerirse a partir de los datos de la Tabla 2^{19,20,24,26-28,35,45}. Tabla 2. Efectos secundarios del tratamiento con misoprostol del aborto incompleto, según vía de administración, dosis y tiempo de espera.

AUTOR	VIA	DOSIS	DOSIS UNIT	NAUSEAS 24H	VOMIT	DIARREA	FIEBRE	HEMORRG
Ngai 2001 ¹⁹	Vag	4 00	4 00	4 5,5	23,3	13,3		3,3
Bagratee 2004 ²⁴	Vag	6 00	6 00	34,6	15,4	2 1,2	-	
Demetroulis 2001 ²⁶	Vag	800	800	15,0	7,5	-		10
Crenin 1997 ⁴⁵	Vag	800	800	-	13	3 8		-
Tang 2003 ³⁵	Vag	6 00	1800	50	22,5	27,5	47,5	
Crenin 1997 ⁴⁵	Oral	4 00	4 00	-	3 0	50	-	-
Weeks 2005 ²⁰	Oral	6 00	6 00	-	-	3	3,8	3,1
Ngoc 2005 ²⁷	Oral	6 00	6 00	2,1	12,8	34,3	10,1	-
Ngoc 2005 ²⁷	Oral	6 00	1200	13,1	11,7	46,7	8,3	
Tang 2003 ³⁵	SL	6 00	1800	6 0	17,5	7 0	57,5	
Tang 2006 ²⁸	SL	6 00	1800	50	15	6 8	6 0	-

La gran mayoría de las mujeres que fueron asistidas con esta modalidad de tratamiento consideran los efectos secundarios como tolerables, hasta en los casos en que recibieron dosis altas de **misoprostol**²⁷. También, la mayoría refieren que lo elegirían nuevamente, en caso de necesitarlo y que lo recomendarían a una amiga^{27,35}.

PRECAUCIONES

Es importante mencionar que hasta ahora el uso de **Misoprostol** para tratamiento del aborto incompleto no está aprobado en ningún país. Las evidencias existentes son suficientes, sin embargo, como para recomendar su uso en los casos apropiados.

Como ante cualquier otro procedimiento médico, la decisión del uso del **misoprostol** para el aborto incompleto, necesita adecuada consejería, consentimiento informado y una toma de decisión basada en la elegibilidad clínica y el deseo de cada una de las pacientes

tratadas. Debido a que parece haber una mayor pérdida de sangre que cuando se realiza la evacuación inmediata, debe verificarse que la mujer no presente anemia, y ofrecerse la posibilidad de esa evacuación, por AMEU o curetaje, en cualquier momento en que la paciente lo precise o lo solicite.

Se recomienda establecer localmente criterios para aceptar el fracaso del tratamiento, dentro de un plazo prudente después de su inicio, recomendándose que no sea menor de 7 días. También debe recurrirse al tratamiento quirúrgico en cualquier momento si se complica con una hemorragia importante o infección, o cuando se valora que la medicación no ha logrado el resultado esperado, o la paciente así lo decide.

SEGUIMIENTO

Se deben respetar los parámetros clínicos, que han guiado a través de los tiempos el resultado de la evacuación uterina con los métodos convencionales: desaparición de la hemorragia, ausencia de signos de infección, disipación del dolor. En los lugares donde esté disponible, realizar una ecografía 7 a 14 días después del inicio del tratamiento permitirá la comprobación fehaciente de la total evacuación del contenido uterino. Sin embargo, hay evidencia creciente que sugiere que la ecografía no es indispensable^{46,47}.

PREGUNTA

**Se puede usar también el misoprostol en casos de feto muerto retenido?
¿Y en casos de huevo anembrionado del primer trimestre?**

RESPUESTA

La mayor parte de las publicaciones colocan juntos el aborto incompleto y el aborto retenido del primer trimestre, incluyendo "huevo anembrionado". Cuando los trabajos separan los dos grupos, la diferencia en los resultados es pequeña, así que por ahora podemos decir que lo que está en este capítulo se aplicaría también a aborto retenido del primer trimestre, solamente que la dosis recomendada es mayor. Se recomienda utilizar 800 µg por vía vaginal en única dosis, obteniendo razonable tasa de éxito^{21,35,48}.

TEXTO

MANUAL

USO DE MISOPROSTOL EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EDITOR ANIBAL FAUNDES Y COLABORADORES