

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Uso de misoprostol en el tratamiento de abortos diferidos del primer trimestre



Gemma Escribano Montesdeoca^{*}, Jennifer Rovira Pampalona, Tamara García Grandal, Esther Ratia García, Joan Carles Mateu Pruñonosa y Pere Brescó i Torras

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Igualada, Igualada, Barcelona, España

Recibido el 30 de marzo de 2014; aceptado el 3 de abril de 2014
Disponible en Internet el 2 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Aborto diferido precoz;
Misoprostol;
Legrado uterino

Resumen

Objetivo: Evaluar los resultados de nuestra experiencia con el tratamiento de misoprostol sublingual como alternativa en el tratamiento del aborto diferido precoz.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo que incluyó a 252 pacientes diagnosticadas de aborto diferido en el primer trimestre en el Consorcio Sanitario de la Anoia, desde marzo de 2010 a diciembre de 2012, a las que se les realizó previo consentimiento, protocolo de tratamiento de misoprostol sublingual.

Resultados: La efectividad del tratamiento con misoprostol fue del 84,77% (206 casos). En 143 (58,85%) pacientes se consiguió con la primera dosis y en 63 (25,92%) pacientes con la segunda. En 37 (15,23%) pacientes se realizó legrado uterino por inefectividad del tratamiento con misoprostol, habiendo realizado las 2 dosis establecidas por protocolo en 29 casos y una sola dosis en 8.

En la valoración de la satisfacción global de la paciente hacia el tratamiento médico se obtuvo una media de 7,5 en las 235 pacientes en las que se siguió el protocolo.

Conclusión: El tratamiento médico es una alternativa menos agresiva que la cirugía, con tasas de éxito que se aproximan al 90% y efectos secundarios leves, controlables con medicación adicional; además de presentar un alto grado de satisfacción global y un menor coste que la cirugía.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Early missed abortions;
Misoprostol; Uterine
curettage

Misoprostol use in the treatment of early missed abortions

Abstract

Objective: To evaluate the results of our experience with sublingual misoprostol as an alternative treatment for early missed abortions.

Material and methods: A retrospective study was carried out at the Consorcio Sanitario Anoia

^{*} Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gescribano@csa.cat (G. Escribano Montesdeoca).

between March 2010 and December 2012 in 252 patients diagnosed with missed first-trimester abortions, who were treated with sublingual misoprostol, with prior consent.

Results: The effectiveness of misoprostol therapy was 84.77% (206 cases). In 143 cases (58.85%) the result was achieved with the first dose and in 63 cases (25.92%) with the second. In 37 cases (15.23%), misoprostol therapy (with a single dose in 8 cases and following the protocol with a double dose in 29 cases) was ineffective and uterine curettage was required.

Overall patient satisfaction with medical treatment scored an average of 7.5 points among the 235 patients who were treated following the protocol.

Conclusion: Medical treatment is less aggressive than surgery, with success rates approaching 90%. Minor side effects are manageable with additional medication. Overall patient satisfaction was high and the costs were lower than for surgical treatment.

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Es conocida una prevalencia general de abortos espontáneos que varía entre un 10-20% de los embarazos¹. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) se considera aborto, la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g (aproximadamente 22 semanas completas) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional no viable¹. Diferenciamos entre aborto precoz aquel que se produce antes de la semana 12 y aborto tardío a partir de la 12 o más semanas.

Ante la disponibilidad de las prostaglandinas en la década de los 70 y efectividad en la maduración cervical y estimulación de las contracciones uterinas, el aborto médico o farmacológico se convirtió en una alternativa atractiva al tratamiento quirúrgico. Los fármacos más investigados han sido las prostaglandinas, el metotrexato, la mifepristona y sus asociaciones. En la actualidad los fármacos más utilizados son la mifepristona y la prostaglandina, su combinación consigue tasas de éxito en gestaciones menores de 7 semanas que llegan alcanzar el 95%.

Objetivos

Descripción de nuestra experiencia y resultados en el tratamiento del aborto diferido precoz con misoprostol sublingual como alternativa a la técnica quirúrgica.

Material y métodos

Se presenta estudio retrospectivo descriptivo que incluye a un total de 252 pacientes diagnosticadas de aborto diferido de marzo del 2010 a diciembre del 2012.

Las pacientes incluidas fueron mujeres diagnosticadas de gestación no evolutiva durante el primer trimestre del embarazo (hasta las 12 semanas ecográficas). Todas las pacientes aceptaron y firmaron el consentimiento informado para el tratamiento farmacológico, y no se encontró contraindicación alguna para el uso de misoprostol en ninguna de ellas.

Una vez diagnosticado el aborto se explicaba a la paciente el protocolo de actuación a seguir y posteriores visitas de control, al mismo tiempo, se le facilitaba hoja explicativa con instrucciones según protocolo.

El tratamiento farmacológico consistía en la administración de 800 µg de misoprostol sublingual en la misma consulta de urgencias e inicio de pauta analgésica de forma continuada.

El primer control se realizaba a las 72 h en el servicio de urgencias, se valoraba la intensidad del sangrado, el resultado ecográfico y el estado de la paciente.

Para catalogar el tratamiento como efectivo, a nivel ecográfico debían presentarse de manera simultánea, la expulsión de la vesícula y/o que los restos intrauterinos fueran menores de 15 mm en su diámetro antero-posterior.

En caso de efectividad, se administraba la gammaglobulina anti-D en los casos requeridos (pacientes Rh negativas). Todas las pacientes eran citadas posteriormente para una ecografía ginecológica de control después de la menstruación.

En caso de persistencia de vesícula y/o restos intrauterinos mayores a 15 mm, se consensuaba con la paciente si realizar nueva dosis de misoprostol (600 µg) y posterior control a les 72 h, o realizar directamente legrado uterino evacuador.

En caso de escoger la segunda dosis de misoprostol y existir un nuevo fracaso del tratamiento, se programaba a la paciente para realizar legrado quirúrgico.

Tabla 1 Antecedentes obstétricos de la población

Datos población	Nuligesta (%)	Abortos previos (%)	Legrados obstétricos previos (%)
Gestación previa n: 143 (60,71%)	43 (17,06)	100 (39,68)	24 (9,52)
Nulíparas n: 109 (39,28%)	27 (10,64)	82 (32,5)	9 (3,57)
Totales	70 (27,78)	182 (72,22)	33 (13,09)

Tabla 2 Antecedentes de abortos precoces en la población

Población con abortos previos	Tratamiento no quirúrgico (%)	Legrados obstétricos previos (%)
Gestación previa n: 43 (61,43%)	19 (27,14)	24 (34,28)
Nulíparas n: 27 (38,57%)	18 (25,71)	9 (12,86)
Totales	37 (52,86)	33 (47,14)

Una vez finalizado todo el proceso, se valoraba el grado de satisfacción de la paciente mediante una escala numérica del 1 al 10, donde 1 es nada satisfecha con el proceso realizado y 10 es muy satisfecha con el tratamiento y sus resultados.

Resultados

La media de edad de las pacientes fue de 34,89 años. De las 252 pacientes, 153 tenían uno o más hijos vivos, mientras que las otras 99 pacientes eran nulíparas. Del total de pacientes del estudio, un 27,78% (70 pacientes) habían tenido algún aborto previamente, de estas, la mayoría (43 pacientes) eran del grupo de pacientes que presentaban un parto previo (tabla 1).

De todas estas pacientes con abortos previos, un 47,14% habían sido tratadas con legrado obstétrico y un 52,86% referían tratamientos no quirúrgicos (tabla 2).

La edad gestacional media según las semanas de amenorreas referidas por las pacientes era de 8,5 semanas, que a nivel ecográfico se correspondía con una media de 7,3 semanas en el momento del diagnóstico. Del total de casos, 144 presentaban gestaciones embrionadas no evolutivas (ausencia de embriocardio positivo) (una de ellas gemelar), 107 gestaciones anembrionadas y una hidrops fetal detectado en la ecografía del primer trimestre. La longitud craneocaudal media de las gestaciones embrionadas era de 12,46 mm.

De las 252 pacientes diagnosticadas, se realizó el protocolo establecido de tratamiento médico en un total de 243. Un total de 9 pacientes fueron excluidas, 2 casos por realizarse otra metodología de tratamiento por criterio médico (hiperemesis gravídicas); y 7 casos porque las pacientes no acudieron al control después de administrar la primera dosis de misoprostol y no se pudo realizar seguimiento del caso.

La efectividad del tratamiento con misoprostol fue del 84,77% (206 casos), considerando como tal, la vacuidad uterina completa. En 143 (58,85%) se consiguió con la primera

Tabla 3 Tratamiento del aborto diferido en la población de estudio

Abortos diferidos: tratamiento según protocolo	1.ª dosis misoprostol (%)	2.ª dosis misoprostol (%)	Legrado uterino posmisoprostol (%)
N.º: 243	143 (58,85)	63 (25,92)	37 (15,23) - 1 dosis: 8 - 2 dosis: 29

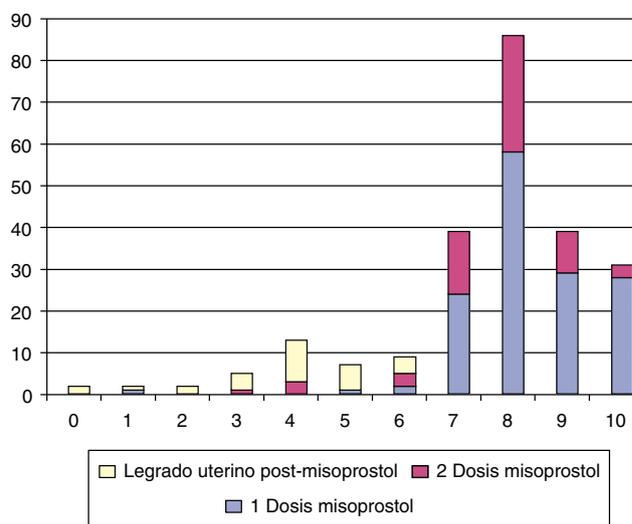


Figura 1 Grado de satisfacción según el tratamiento utilizado.

dosis y en 63 (25,92%) con la segunda dosis. En 37 casos (15,23%) se realizó legrado uterino por ineffectividad del tratamiento médico, habiendo realizado las 2 dosis establecidas por protocolo en 29 casos y una sola dosis en 8, en las cuales se realizó legrado después de la ineffectividad de la primera dosis de tratamiento por petición propia de la paciente (tabla 3).

En la valoración de la satisfacción global de la paciente hacia el tratamiento médico con escala de 0-10, (siendo 10 máxima satisfacción y 0 mínima satisfacción) se obtuvo una media de 7,5 en las 235 pacientes en las que se siguió el protocolo. Que subía a una media de 8 en las pacientes en las que se había conseguido una efectividad completa con el tratamiento médico (fig. 1).

A nivel de efectos secundarios, se presentó dolor en el 77% de las pacientes, controlándose con analgesia según pauta establecida en el 68% de los casos. En menos del 10% se presentaron otros efectos, registrándose la sensación distérmica (no fiebre termometrada) y la diarrea.

En el control ecográfico posterior (4-6 semanas posteriores al tratamiento) 239 pacientes (98,35%) presentaban una ecografía ginecológica dentro de la normalidad y habían tenido una menstruación aparentemente normal. En 4 casos (todos ellos tratados con tratamiento médico y habiéndose validado como exitoso en el control) se observaron imágenes sugestivas de restos ovulares, de los cuales a 2 se les realizó un legrado uterino y a 2 se les realizó histeroscopías ambulatorias, todas ellas con resultados anatomopatológicos informados como restos ovulares.

Discusión y conclusiones

El tratamiento realizado con misoprostol para los abortos diferidos durante el primer trimestre del embarazo, ha demostrado ser en la mayoría de los estudios publicados hasta la fecha, efectivo, eficaz y eficiente.

El problema principal que se presenta es el no consenso en cuanto a la vía, dosis de administración y pauta de seguimiento a realizar. Según la SEGO se recomiendan 800 µg

vaginal (repetiendo la dosis a las 24 h si precisa) o 200 µg vía vaginal cada 4 h hasta un máximo de 800 µg. Obteniendo así tasas de éxito que alcanzan el 72% tras la primera dosis, 85-87% tras la segunda dosis y 90-93% después de la tercera dosis¹. En el caso de la OMS, se recomienda utilizar dosis de 800 µg vía vaginal o 600 µg sublinguales, repitiéndolas cada 2-3 h si se precisa².

Basándonos en los cambios de la sociedad actual hacia una medicina poco intervencionista se decidió establecer como protocolo de nuestro hospital una dosis única de 800 µg sublinguales, obteniendo así una tasa de éxitos acumulada del 84,77%, siendo el 58,85% de los éxitos con una dosis única vía sublingual, resultados equiparables a los encontrados en la bibliografía.

No obstante, el tratamiento del aborto diferido ya sea médico o quirúrgico conlleva un riesgo de fracaso y requiere de algún tratamiento adicional. En el tratamiento médico este porcentaje oscila entre un 1-4% y en el quirúrgico se sitúa en el 2,3 por mil³. En nuestro estudio la tasa de fracaso obtenida fue del 15,29%, este mayor porcentaje puede atribuirse probablemente al corto intervalo entre los controles y al escaso número de dosis administradas en el tiempo (máximo de 2).

En el caso del legrado, se obtuvo un éxito del 100%, siendo comparable con la mayoría de estudios encontrados, donde la tasa de éxito se sitúa en porcentajes superiores al 98%⁴. A destacar algunos de los riesgos que implican esta técnica quirúrgica, como puede ser la perforación uterina, infección genital, síndrome de Asherman, desgarros cervicales, mortalidad entorno al 0,5/100.000 (que aumenta con la edad gestacional)¹.

En algunos estudios, el riesgo de infección y hemorragia que puede presentarse por la retención de restos ovulares es inferior al 10%, por lo que la vía quirúrgica debería ser indicada, tan solo en situaciones específicas: hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica, contraindicación para el tratamiento médico, evidencia de tejidos retenidos infectados, sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional o por petición específica de la paciente⁵.

Los efectos secundarios asociados al misoprostol son bien conocidos y descritos, algunos de los más conocidos son los efectos gastrointestinales (diarrea, náuseas y vómitos) y encontrados con una frecuencia menor al 10% en nuestra serie de pacientes, otros efectos conocidos son la sensación distérmica o febrícula; y el más frecuente de todos, el dolor abdominal, presente en nuestra serie en el 77% de las pacientes. Dicho dolor, se controló con pauta analgésica tipo antiinflamatorio no esteroideo (AINE) en un 68%⁶ de las pacientes, sin necesidad de otro tipo de medicación.

En cuanto a la valoración de la eficacia mediante ecografía, hay autores que consideran que un grosor endometrial inferior a 16 mm no se asocia a retención de restos abortivos y que no se requiere de mayores medidas⁷. En nuestros resultados observamos que en el control ecográfico a las 4-6

semanas, 4 pacientes (0,01%) que se habían validado como tratamiento efectivo presentaron restos, pudiéndose atribuir estas diferencias a la variabilidad interoperador principalmente durante la realización de la ecografía de control.

Para concluir, incidir en que el tratamiento médico es mucho menos agresivo que el quirúrgico, con tasas de éxito que se aproximan al 90% y efectos secundarios leves, altamente controlables con medicación adicional; además de presentar un alto grado de satisfacción global y un menor coste que la cirugía convencional.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Aborto espontáneo. Protocolo asistencial en obstetricia de la SEGO. Actualizado en julio 2010. Disponible en: <http://www.pro-sego.com>
2. Gemzell-Danielson K, Ho PC, Gómez Ponce de León R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;99 Suppl 2:S182-5.
3. Gippini I, Díaz de Terán E, Cristóbal I, Coronado P. Análisis del valor del misoprostol en el tratamiento del aborto diferido. *Prog Obstet Ginecol.* 2012;55:101-7.
4. Shokry M, Fathalla M, Hussien M, Eissa AA. Vaginal misoprostol versus vaginal surgical evacuation of first trimester incomplete abortion: Comparative study. *Middle East Fertil Soc J.* 2013.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The management of early pregnancy loss. Green-top guideline n.º 25, October 2006.
6. Elati A, Weeks A. The use of misoprostol in obstetrics and gynaecology. *BJOG.* 2009;116 Suppl 1:S61-9.
7. Van Bogaert LJ, Misra A. Sonography of uterine cavity contents after medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;104:150-1.