

Utilidad del Misoprostol Oral en el Tratamiento de Aborto Incompleto. Hospital Escuela

C.E.R¹ Ada Ruth Estrada² José Manuel Espinal³

Resumen

Objetivo: Determinar la utilidad del Misoprostol en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto.

Material y Métodos: Estudio clínico llevado a cabo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela en el período de Junio 2009-Junio 2010 en 100 pacientes tratadas por diagnóstico de Aborto Incompleto con Misoprostol (800 ug/VO), se realizó seguimiento al 7^o día después del alta.

Resultados: La tasa de éxito es 81% (81/100), se identifica fracaso terapéutico en 19/100 (19%) que se tratan con curetaje sin complicaciones posteriores, con un caso que presenta sangrado de importancia clínica aunque sin necesidad de transfusión, que resuelve con curetaje. No se presentaron más complicaciones.

Conclusión: El Misoprostol por Vía Oral podría tener utilidad potencial como recurso alternativo para manejo de aborto incompleto en situaciones de inaccesibilidad a servicios y personal obstétrico especializado.

Palabras clave: Misoprostol, Aborto Incompleto, Hemorragia uterina.

Abstract

Objective: To determine efficacy of Misoprostol in incomplete abortion treatment.

Material and Methods: Clinical study carried out in 100 patients treated with Misoprostol oral (800 ug) by incomplete abortion diagnosis and admitted at Gynecology and Obstetrics Department of Hospital Escuela between June 2009

-June 2010, all cases was followed until 7th day from discharge.

Results: Efficacy was 81% (81/100) cases, treatment failure was in 19/100 (19%) and treated with dilation & curettage with success. One patient (1%) presented significant clinical bleeding without transfusion and treated with curettage successfully. None complication was presented at following postdischarge period.

Conclusion: Oral Misoprostol could be useful like alternative treatment for incomplete abortion treatment in special situations of difficult accessibility to obstetric specialized personal and resources.

Palabras clave: Misoprostol, Incomplete Abortion, Uterine Hemorrhage.

Introducción

Se define aborto espontáneo como la pérdida del embarazo en el primer trimestre ó antes de las 20 semanas y que se considera inevitable cuando la hemorragia y el dolor se acompaña de rotura de membranas, considerándose incompleto si los productos de la concepción han pasado de forma parcial el orificio externo o están en la vagina(1, 2), y cuya causa es el fracaso de implantación y desarrollo embrionario en el endometrio por múltiples causas (e.g. factores embrionarios y no embrionarios) (1). Se presenta con hemorragia transvaginal profusa que puede inducir inestabilidad hemodinámica. El examen físico pélvico y la ultrasonografía (USG), hacen diagnóstico, que es indicación de evacuación uterina para prevenir

1 Comité Editorial de la Revista de Postgrados de Medicina UNAH, Dirección de Docencia e Investigación-HE: Dr. Carlos Vargas Pineda, Dr. Rolando-Aguilera-L., Dra. Guadalupe-Romero-A, 2 Médico Residente III. Postgrado de Ginecología y Obstetricia. UNAH. 3Ginecología y Obstetricia. Hospital Escuela.

complicaciones hemorragia o infección(1, 2).

La evacuación por curetaje y/o succión es el método estándar de tratamiento por personal especializado (3, 4), con complicaciones como alergia a fármacos, atonía uterina, convulsiones, falla cardíaca, hemorragia(1). El manejo médico es administración de análogos de prostaglandinas (AP) en gel vaginal u oral, con menor riesgo de complicaciones que el tratamiento quirúrgico cuando es exitoso, aunque se lo relaciona con necesidad de curetaje (28%), infección uterina, septicemia y choque séptico(1), los agentes etiológicos son *E. coli*, cocos Gramnegativos (G-), streptococo B hemolítico, stafilococos y bacterias microaerofílicas(1). Entre los APs está el Misoprostol en pastillas para administración oral ó vaginal, que es fácil de administrar y estable a temperatura ambiente, y administrado a dosis de 800 ug, con tasa de éxito comparable al método quirúrgico con pocos efectos adversos (2, 3) que oscila entre 13-100% según la definición de éxito terapéutico(2), en el caso de la vía vaginal, con administración cada 24 hrs con total de 2-3 aplicaciones y eficacia de 84-99%.(4-8). Las complicaciones descritas son hemorragia/endometritis que serán indicación en 1% de manejo quirúrgico(7, 8). Los efectos adversos más frecuentes son vómitos, diarrea, fiebre, calostro, dolor uterino y por contracción, sangrado post-terapéutico (5), algunos autores lo asocian a sangrado post-terapéutico con mayor frecuencia que curetaje (9.2% vrs 3.1%), aunque raramente implica disminución de hemoglobina e indicación de curetaje (1.5%)(4).

La prevalencia de aborto es de alrededor del 15% de todos los

embarazos ó 40-100 millones de procedimientos anuales asociándose a 78,000 muertes/año por sepsis y hemorragia en el mundo con morbilidad de largo plazo como infección pélvica, perforación uterina y anemia(2, 9, 10). La prevalencia de aborto en Norteamérica fue 1.5 mill. en el 2003, en Latinoamérica es 4.1 millones (10)(1, 11). La opción médica muestra cada vez mayor aceptación con Misoprostol, que en áreas con baja accesibilidad a servicios médicos se ha postulado como una alternativa útil al manejo quirúrgico en la consecución del "aborto seguro"(5).

En Honduras no se ha comprobado la potencial utilidad del Misoprostol como alternativa médica al tratamiento quirúrgico del aborto incompleto en situaciones de acceso difícil a servicios obstétricos especializados, teniendo los autores como objetivo determinar esta utilidad potencial en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto atendidas en el Hospital Escuela.

Material y Métodos

Estudio clínico llevado a cabo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela en el período de Junio 2009-Junio 2010 en 100 pacientes tratadas por diagnóstico de Aborto Incompleto, las pacientes se captaron mediante selección no probabilística de conveniencia. En todos los casos se obtuvo consentimiento firmado previamente informado. Se captó la información con entrevista directa aplicando formulario-encuesta por el investigador, este estaba conformado por secciones de datos generales, laboratorio y evolución final. Se administró Misoprostol a dosis de 800 ug/Vía oral, verificándose éxito terapéutico con especuloscopia, que se realiza 6 horas después de la comprobación de expulsión total de

productos de la concepción, administrándose analgesia a petición de la paciente, se realizó seguimiento a los 7 días después del alta para detectar complicaciones. Se determinó el tamaño muestral para detectar entre 2-10% de fracaso terapéutico del tratamiento con Misoprostol en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto (Epi-Info 6.04 D, módulo StatCalc 1.0, CDC, Atlanta, Georgia, 1993). La información obtenida se procesó en el programa Epi-Info 3.5.1 (CDC, Atlanta, Georgia, EUA), generándose media, mediana, desviación estándar y rangos.

Resultados

Se incluyeron 100 pacientes con indicación de evacuación uterina por diagnóstico de aborto séptico, con media de edad 24.7 años (+/-6.8), predominando el grupo de edad entre 18-35 años, procedentes de la zona central con 94/100 (94%), de área urbana 72/100 (72%) con escolaridad de primaria completa o menor 41/100 (41%) (Tabla 1).

La mayor parte de los casos estudiados eran primigestas 38/100 (38%), con antecedente positivo de aborto previo en 18/100 (18%), utilizan algún método de planificación familiar 47/100 (47%) (Tabla 2). La prevalencia de éxito terapéutico calificado con USG de la administración oral de Misoprostol en el grupo estudiado fue 81% (Tabla 3). Se apoyó el diagnóstico clínico con USG en todos los casos estudiados, la prevalencia de efectos adversos fue 65%, incluyendo los efectos adversos menores, el más frecuentemente identificado fue diarrea 51/100 (51%), con un solo caso de sangrado posiblemente asociado al fármaco (1/100; 1%), los dos casos en que se presentó abandono de administración con misoprostol fue por dolor pélvico severo (2%). El resultado del USG control fue 19/100 casos con restos ovulares, a las que se realiza AMEU, aunque sólo un caso presentó sangrado posiblemente asociado a el fármaco. No se presentaron complicaciones hasta los 7 días de seguimiento.

Tabla 1

Características generales de las pacientes en el estudio "Uso de Misoprostol Oral en el Tratamiento de Aborto Incompleto Hospital Escuela Junio 2008-Junio 2010"

Características generales(n=100)	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
<18 años	15	15%
18-35 años	78	78%
>35 años	7	7%
Departamento de Procedencia		
Francisco Morazán	91	91%
El Paraíso	3	3%
Olancho	2	2%
Choluteca	2	2%
Intibucá	1	1%
Santa Bárbara	1	1%
Ambiente de Procedencia		
Urbano	72	72%
Rural	28	28%
Escolaridad (Media: 8.20; DS: 3.272)		
Analfabeta	2	2%
Primaria incompleta	9	9%
Primaria completa	30	30%
Secundaria incompleta	34	34%
Secundaria completa	19	19%
Universidad incompleta	6	6%

Fuente: Estrada A, Espinal J. Utilidad del Misoprostol Oral en el Tratamiento de Aborto Incompleto.

Tabla 2
Antecedentes de las pacientes en el estudio "Uso de Misoprostol Oral en el Tratamiento de Aborto Incompleto Hospital Escuela Junio 2008-Junio 2010"

Antecedentes(n=100)	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes Obstétricos		
Paridad		
Primigesta	38	38%
Secundigesta	20	20%
Multigesta	62	62%
Antecedente de aborto previo		
Si	18	18%
No	82	82%
Método de Planificación Familiar		
ACO	26	26%
Depoprovera	12	12%
DIU	5	5%
Preservativo	4	4%
Ninguno	53	53%

Fuente: Estrada A, Espinal J. Utilidad del Misoprostol Oral en el Tratamiento de Aborto Incompleto.

Tabla 3
Evolución del Aborto actual de las pacientes en el estudio "Uso de Misoprostol Oral en el Tratamiento de Aborto Incompleto Hospital Escuela Junio 2008-Junio 2010"

Evolución del Aborto (n=100)	Frecuencia	Porcentaje
USG Diagnóstico		
Si	100	100%
Resultado del USG		
Aborto Incompleto	100	100%
Efectos Adversos Misoprostol		
Diarrea	51	51%
Náuseas/Vómitos	3	3%
Dolor abdominal	3	3%
Cefalea	3	3%
Escalofríos	2	2%
Sangrado	1	1%
Epigastralgia	1	1%
Dolor pélvico	1	1%
Ninguno	35	35%
Abandono Misoprostol por Efectos Adversos		
Si	2	2%
No	98	98%
Complicaciones por Uso de Misoprostol		
Dolor Pélvico Severo	2	2%
Ninguna	98	98%
Necesidad de Segunda Dosis		
Si	57	57%
No	43	43%
Fracaso Terapéutico Misoprostol		
Si	19	19%
No	81	81%
USG Control		
Si	100	100%
Resultado USG Control		
Restos Ovulares	19	19%
Útero y Anexos Normales	81	81%
Pacientes que pasan a AMEU		
Si	19	19%
No	81	81%

Fuente: Estrada A, Espinal J. Utilidad del Misoprostol Oral en el Tratamiento de Aborto Incompleto.

Discusión

En situaciones clínicas específicas, como la del caso de la paciente con diagnóstico de aborto realizado en

lugares de difícil acceso a servicios especializados, algunos autores han propuesto la administración de análogos de prostaglandinas como

alternativa terapéutica que podría ser administrada y monitorizada por médicos no especializados en obstetricia (1), una de las preocupaciones más importantes es el sangrado post-terapéutico que se reporta en alrededor de 9.2%, aunque esta cifra no es de porcentaje de casos con indicación de tratamiento quirúrgico, lo que sucede raramente en estas pacientes tratadas con Misoprostol, además de que no se ha logrado diferenciar el sangrado probablemente asociado al fármaco del sangrado asociado a la condición patológica(4). En este estudio se encontró prevalencia de 1% de sangrado que fue indicación de AMEU, resolviéndose el caso sin otras complicaciones, lo que es similar a lo reportado por Zhang y por Chen (7,8), que reportan incluso casos de endometritis, en este estudio no se presentó ningún caso; sin embargo, es necesario realizar estudios para determinar el índice de costo/beneficio de este riesgo, lo que establece la posibilidad de que este fármaco podría llegar a aprobarse como alternativa terapéutica dentro del protocolo/algoritmo de manejo de la paciente con aborto incompleto en el sistema público nacional en el contexto de situaciones de inaccesibilidad del paciente al servicio especializado obstétrico, lo que lo convierte en un fármaco potencialmente útil en el manejo de la paciente con diagnóstico de aborto incompleto en situaciones especiales.

Limitantes del Estudio

Este estudio por razones de falta de material y recursos no pudo incluir más casos, por lo que los autores recomiendan la realización de estudios de ese tipo con mayor número de pacientes para concluir definitivamente

sobre la potencial utilidad del misoprostol para su administración en situaciones de acceso a servicios obstétricos especializados.

Conclusión

El Misoprostol podría ser un fármaco potencialmente útil para el manejo de la paciente con diagnóstico de aborto incompleto en área de difícil acceso a servicios obstétricos especializados.

Bibliografía

- 1.Porter F, Branch W, Scott J. Early Pregnancy Loss. En: Gibbs R, Karlan K, Haney A, Nygaard I, editors. Danforth's Obstetrics & Gynecology. 10 ed. New York, New York, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 168-209.
- 2.Weeks A, Alia G, Blum J, Winikoff B, Ekwaru P, Durocher J, et al. A Randomized Trial of Misoprostol Compared with Manual Vacuum Aspiration for Incomplete Abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2005;106(3):540-7.
- 3.Prasad S, Kumar A, Divya A. Early termination of Pregnancy by single-dose 800 ug Misoprostol compared with Surgical Evacuation. *Fertility & Sterility* 2007;91(1):28-31.
- 4.Davis A, Hendlish S, Westhoff C, Frederick M, Zhang J, Gilles J, et al. Bleeding Patterns after Misoprostol vrs Surgical Treatment of Early Pregnancy Failure: Results from a Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(31):e1-31.e7.
- 5.Billings D. Misoprostol alone for Early Medical Abortion in a Latin American Clinic Setting. *Reproductive health Matters* 2004;12(S24):S57-S64.
- 6.Diop A, Raghavan s, Rakotovo J-P, Comendant R, blumenthal P, Winikoff B. Two Routes of Administration for Misoprostol in the Treatment of Incomplete Abortion: A Randomized

- Clinical Trial. Contraception 2009;Article In Press.
- 7.Zhang J, Gilles J, Barnhart K, Creinin M, Westhoff C, Frederick M. A Comparison of Medical Management with Misoprostol and Surgical Management for Early Pregnancy Failure. *NEJM* 2005;353(8):761-9.
- 8.Chen B, Reeves M, Creinin M, Gilles J, Barnhart K, Westhoff C, et al. Misoprostol for Treatment of Early pregnancy Failure in Women with Previous Uterine Surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(626):626.e1-626.e5.
- 9.Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, Ioannidis J. Expectant, Medical, or Surgical Management of First-Trimester Miscarriage: A Meta-Analysis. *Obstetrics & Gynecology* 2005;105:1104-13.
- 10.Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah I. Induced Abortion: Estimated Rates and Trends Worldwide. *The Lancet* 2007;370:1338-45.
- 11.O'Connell K, Jones H, Simon M, Saporta V, Paul M, Lichtenberg S. First-trimester surgical Abortion practices: A survey of National Abortion Federation Members. *Contraception* 2009;Article In Press.
- 12.Reyna E, Mejía J, Reyna N, Torres D, Peña E, Colmenares M, Delgado O, Santos J. Efecto de Diosgenina sobre la proteína C reactiva y homocisteína en pacientes menopáusicas. *Clin Invest Gin Obst* 2008;35(4):120-5.
- 13.Fernández P. Epidemiología. Conceptos Básicos. En: Fernández P, editor. *Tratado de Epidemiología Clínica*. Alicante, España: Unidad de Epidemiología Clínica-Universidad de Alicante; 1995. p. 25-47.
- 14.Zamudio T. Investigaciones Clínicas. Definición de Términos. En: Zamudio T, editor. *Curso Regulación Jurídica de las Biotecnologías*; 2010; Buenos Aires: Equipo de Docencia e Investigación de la Universidad de Buenos Aires [Fuente electrónica disponible de: www.biotech.bioetica.org/d40-2.htm] [Fecha última modificación: Abril 4, 2002. Fecha de Acceso: Septiembre 2, 2010]; 2010.