

USO DEL
MISOPROSTOL
PARA EL
TRATAMIENTO DEL
ABORTO INCOMPLETO:
GUÍA INTRODUCTORIA

USO DEL MISOPROSTOL PARA EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO:

GUÍA INTRODUCTORIA

COLABORADORAS:

JENNIFER BLUM, JILLIAN BYNUM, RASHA DABASH, AYISHA DIOP, JILL DUROCHER,
ILANA DZUBA, MELANIE PEÑA, SHEILA RAGHAVAN, BEVERLY WINIKOFF

EDITORAS:

SHEILA RAGHAVAN Y JILLIAN BYNUM

AGRADECIMIENTOS:

AGRADECEMOS EL APOYO DE LA FUNDACIÓN WILLIAM Y FLORA HEWLETT, LA FUNDACIÓN DAVID Y LUCILE PACKARD, LA AGENCIA SUECA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO Y UN DONANTE ANÓNIMO, QUIENES HAN PATROCINADO NUESTRO TRABAJO EN EL USO DEL MISOPROSTOL PARA EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO E HICIERON POSIBLE EL DESARROLLO DE LA PRESENTE GUÍA.



Contenido entero protegido por derechos del autor © 2009 Gynuity Health Projects. Este material no puede ser reproducido sin autorización escrita de los autores. Para pedir autorización para reproducir este documento, por favor comunicarse a Gynuity Health Projects a pubinfo@gynuity.org.

Gynuity Health Projects
15 East 26th Street, 8th Floor
New York, NY 10010 U.S.A.
teléfono: 1.212.448.1230
fax: 1.212.448.1260
sitio de web: www.gynuity.org
información: pubinfo@gynuity.org

CONTENIDO

I.	Introducción	1
II.	Panorama general del uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto.....	3
	• Qué es el misoprostol y cómo funciona	
	• Formulación	
	• Eficacia del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto	
	• Perfil de seguridad	
	• Aceptabilidad	
	• Comparación del misoprostol con otros métodos de tratamiento	
	• El misoprostol es un nuevo e importante tratamiento del aborto incompleto	
III.	Tratamiento del aborto incompleto con misoprostol	8
	• ¿Quiénes pueden recibir misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto?	
	• ¿Quiénes pueden administrar el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto?	
	• Dosis e intervalos de administración	
	• Vías de administración	
	• Perfil de seguridad del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto	
IV.	Diseño de servicios, programa de visitas y manejo de complicaciones	14
	• Ultrasonografía	
	• Experiencia del proveedor	
	• Programa de visitas a la clínica	
	• Manejo de efectos secundarios y complicaciones	
	• Seguimiento	

V.	Provisión de consejería e información y prestación de servicios	20
	• Selección del método	
	• Determinación de elegibilidad	
	• Preparación de las mujeres para que sepan qué esperar	
	• Planificación familiar y servicios de anticoncepción	
	• Servicios de salud y de salud reproductiva	
	• Capacitación de proveedores y personal	
	• Colaboración entre la comunidad y los prestadores de servicios	
	• Instalaciones y suministros deseables (aunque no necesarios)	
VI.	Integración del misoprostol a servicios existentes de atención postaborto	30
VII.	Aborto retenido	32
VIII.	Una mirada hacia el futuro.....	35
IX.	Apéndice.....	37
	• Preguntas frecuentes	
X.	Referencias.....	42

I. INTRODUCCIÓN

La presente guía surge paralelamente a la inclusión del misoprostol para el manejo del aborto incompleto y del aborto espontáneo en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud, que tuvo lugar en el mes de abril de 2009.¹ El Comité de Expertos para la Selección y Uso de Medicamentos Esenciales decidió que la efectividad del misoprostol es similar a la evacuación quirúrgica y quizás más seguro y menos costoso en algunos escenarios. La nueva clasificación del misoprostol constituye un momento decisivo pues lo convierte de tecnología promisorio a medicina esencial para el tratamiento del aborto incompleto reconocida a nivel internacional.

Alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre² y un 22% más termina en un aborto inducido.³ El aborto incompleto se puede derivar de un aborto espontáneo o inducido y se presenta cuando ocurre la expulsión parcial del producto de la concepción.

El aborto incompleto se asocia estrechamente al aborto inseguro en muchas partes del mundo. En lugares donde se restringen los servicios de aborto, las mujeres llegan a solicitar la ayuda de proveedores no calificados para la interrupción del embarazo y/o se someten a procedimientos realizados en ambientes que no cumplen con normas médicas mínimas,⁴ mientras que otras recurren a la autoinducción. Tales condiciones aumentan las probabilidades de que las mujeres experimenten complicaciones y soliciten tratamiento para casos de interrupción incompleta.⁵ Por tanto, el tratamiento seguro y efectivo del aborto incompleto constituye un importante mecanismo para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto, en particular en escenarios donde se restringe la práctica del aborto legal.

Otras opciones de tratamiento del aborto incompleto son el manejo expectante, que permite la evacuación uterina espontánea, y el manejo activo con métodos quirúrgicos o con medicamentos. El manejo expectante no constituye la opción preferida por su relativa baja eficacia y por no poder predecir el tiempo que tomará la expulsión espontánea.⁶ La norma de atención para el manejo activo varía de un escenario a otro pero usualmente consiste en cirugía con anestesia general o local. La efectividad de los métodos quirúrgicos para el tratamiento del aborto incompleto es muy elevada pero demandan proveedores calificados, equipo especial, ambiente

estéril y a menudo el uso de anestesia, requerimientos de disponibilidad limitada en gran número de escenarios.⁶

El tratamiento del aborto incompleto con medicamentos exige pocos recursos y lo pueden administrar proveedores de nivel bajo y medio.⁷ El uso de esas tecnologías podría ayudar a mujeres que viven lejos de centros quirúrgicos a acceder a servicios de aborto. El misoprostol es el medicamento que se utiliza más comúnmente para ese tipo de manejo y el que más se ha estudiado; asimismo, constituye una alternativa terapéutica muy eficaz para mujeres que desean evitar los invasivos métodos quirúrgicos y el uso de anestesia.⁸ En escenarios de bajos recursos y acceso limitado a la cirugía, como es el caso de centros de atención primaria y secundaria, el misoprostol permite tratar la gran mayoría de los casos que se presentan sin necesidad de referirlos a centros de atención más especializados.⁸ Asimismo, el misoprostol se puede conseguir fácilmente, su administración es sencilla, es estable a temperatura ambiente, accesible y de bajo costo en la mayoría de los países. Además, el misoprostol ofrece a mujeres y a proveedores una opción terapéutica segura, eficaz y no invasiva para el aborto incompleto, de particular utilidad en lugares de limitados suministros y pocos proveedores calificados. En escenarios donde se han introducido servicios especiales de atención postaborto (APA) para manejar la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto incompleto, se puede integrar el misoprostol fácilmente a los servicios existentes.

INFORMACIÓN SOBRE ESTA GUÍA

La presente guía fue elaborada para proveedores y diseñadores de políticas interesados en conocer el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, derivado de un aborto espontáneo o inducido. El propósito de esta guía es sintetizar la literatura disponible para ofrecer lineamientos clínicos apropiados, eficaces y seguros para el uso del misoprostol en el tratamiento del aborto incompleto. El Capítulo II analiza la eficacia, seguridad y aceptabilidad del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, mientras que los Capítulos III al V describen a quiénes se puede ofrecer el método, los esquemas recomendados, el programa de visitas clínicas, el manejo de efectos secundarios, la consejería correspondiente y la prestación de servicios. El Capítulo VI examina la manera en que se puede integrar el misoprostol a los servicios existentes de APA y el Capítulo VII presenta algunos datos sobre el aborto retenido.

II. PANORAMA GENERAL DEL USO DEL MISOPROSTOL PARA EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO

A. QUÉ ES EL MISOPROSTOL Y CÓMO FUNCIONA

Comercializado bajo distintas marcas, de las cuales la más común es Cytotec®, el misoprostol ha sido registrado en más de 80 países principalmente para la prevención de úlceras gástricas producidas por el uso prolongado de antiinflamatorios no esteroideos (AINES). El misoprostol es un análogo de prostaglandina E1 que al igual que las prostaglandinas naturales afecta a más de un tipo de tejido, incluidos el recubrimiento gástrico y el músculo liso del útero y del cérvix.^{6, 9, 10} Durante los últimos 20 años, se ha intensificado la investigación sobre el uso del misoprostol en salud reproductiva por sus eficaces propiedades uterotónicas y de maduración cervical.^{6, 10} En la actualidad, aunque se ha registrado pocos productos de misoprostol para indicaciones de salud reproductiva, se le acepta y utiliza ampliamente como tratamiento para maduración cervical, inducción del aborto en el primero y segundo trimestres, prevención y tratamiento de la hemorragia postparto y aborto incompleto.

B. FORMULACIÓN

El misoprostol se fabrica comúnmente en tabletas de 200 mcg de administración oral, aunque en algunos países también se formula en pastillas de 100 mcg.¹⁰ Por otra parte, también se puede conseguir el medicamento para administración vaginal, principalmente en supositorios de 25 mcg o de dosis mayores. Se ha demostrado que el misoprostol ofrece varias ventajas importantes respecto de otros agentes de propiedades uterotónicas; por ejemplo, es estable a temperatura ambiente,¹¹ mientras que otros productos requieren conservarse bajo refrigeración o congelación o se consiguen únicamente en presentación inyectable.⁹ El misoprostol es menos costoso y se consigue más fácilmente que otros tratamientos.¹¹ Más aun, cada año con la aparición de nuevos productos y medicamentos genéricos de misoprostol, se espera que disminuya su precio y aumente su disponibilidad.

C. EFICACIA DEL MISOPROSTOL PARA EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO

El misoprostol es eficaz para la evacuación del útero debido a su capacidad para inducir contracciones uterinas y madurar el cérvix. El uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto se ha documentado ampliamente en mujeres

cuyo tamaño de útero es menor o igual al de un embarazo de 12 semanas medidas a partir de la fecha de la última menstruación (FUM).¹² El éxito del misoprostol radica en completar la evacuación del contenido del útero sin recurrir a una intervención quirúrgica. En algunas ocasiones se necesita completar el aborto de manera quirúrgica para evacuar productos retenidos de la concepción o por sangrado intenso o a solicitud de la paciente. Las tasas de eficacia reportadas en la literatura son inconsistentes debido a diferencias en esquemas terapéuticos, determinación del tiempo en alcanzar el éxito de la evacuación y criterios de inclusión y exclusión. Sin embargo, ensayos recientes han intentado estandarizar dichas variables y han logrado gran eficacia. En general, en estudios que han reclutado a más de 100 mujeres y que han utilizado misoprostol en por lo menos uno de los grupos de estudio (600 mcg de misoprostol oral o 400 mcg de misoprostol sublingual) y al menos 7 días antes del seguimiento, la tasa de eficacia alcanzó una eficacia promedio de 95% (ver Tabla 1) con tasas de éxito de hasta 99%.¹³

Tabla 1: El misoprostol y la aspiración manual endouterina (AMEU) para el tratamiento del aborto incompleto

Año	Autor	N	Tratamiento	Tiempo para alcanzar el éxito	Tasa de éxito
2009	Diop A, et al. ¹⁴	150; 150	600 mcg misoprostol oral; 400 mcg misoprostol sublingual	Días 7 y 14	94.6%; 94.5%
2007	Bique C, et al. ¹⁵	123	600 mcg misoprostol oral; AMEU	Días 7 y 14	91%; 100%
2007	Dao B, et al. ¹⁶	227	600 mcg misoprostol oral; AMEU	Días 7 y 14	94.5%; 99.1%
2007	Shwekerela B, et al. ¹³	150	600 mcg misoprostol oral; AMEU	Días 7 y 14	99%; 100%
2005	Ngoc NTN, et al. ¹⁷	150; 150	600 mcg dosis oral única o doble*	Día 7	95.3%; 93.8%
2005	Weeks A, et al. ¹⁸	160	600 mcg misoprostol oral; AMEU	Días 7 al 14	96.3%; 91.5%

* 150 mujeres recibieron una dosis adicional de 600 mcg de misoprostol oral a las 4 horas (Ngoc NTN, et al.)

D. PERFIL DE SEGURIDAD

Millones de hombres y mujeres alrededor del mundo han utilizado el misoprostol desde su aprobación en 1988 para la prevención de úlceras gástricas asociadas al uso crónico de AINES. Es importante resaltar que el misoprostol se ha utilizado de manera segura para el tratamiento del aborto incompleto en muchos países, que no se le ha asociado a efectos prolongados en la salud de las mujeres y que los efectos secundarios serios o prolongados son prácticamente inexistentes.

E. ACEPTABILIDAD

Mujeres y proveedores de salud opinan que el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es muy aceptable y muchas de ellas dicen que lo volverían a escoger si necesitaran recibir tratamiento para la misma indicación en el futuro. La investigación en escenarios de bajos recursos en varios países ha indicado que más del 90% de las mujeres se encontraba “muy satisfecha” o “satisfecha” con el tratamiento con misoprostol.^{13, 16, 17, 18}

F. COMPARACIÓN DEL MISOPROSTOL CON OTROS MÉTODOS DE TRATAMIENTO

El aborto incompleto se puede tratar con manejo expectante, quirúrgico o con medicamentos. El manejo expectante consiste en permitir que el útero expulse espontáneamente el producto de la concepción sin la intervención del proveedor de salud. En general, el porcentaje de éxito del manejo expectante es más bajo que el del manejo activo (quirúrgico o con medicamentos).¹⁹ Los procedimientos quirúrgicos de evacuación incluyen el legrado uterino instrumental (LUI), la aspiración eléctrica (AE) y la aspiración manual endouterina (AMEU), que a pesar de su elevada tasa de éxito (91.5-100%) conllevan pequeños riesgos de complicaciones serias como infección, laceración cervical y perforación uterina, además de la posibilidad de no ser viables en muchos escenarios. Por su parte, el misoprostol representa una opción de tratamiento efectiva, segura y aceptable para mujeres que no pueden acceder al tratamiento quirúrgico o que desean evitar procedimientos invasivos. Las tasas de infección ginecológica en mujeres con aborto incompleto sometidas a manejo expectante, quirúrgico y con medicamentos son bajas (2-3%) y no difieren de un método de tratamiento a otro.²⁰ Asimismo, la experiencia nos muestra que

las mujeres encuentran al misoprostol tan aceptable como la AMEU; de hecho, en algunos ensayos, más mujeres han informado estar “muy satisfechas” con el tratamiento con misoprostol que con la AMEU.^{13, 16, 18} La Tabla 2 presenta una comparación de los diferentes métodos de manejo del aborto incompleto.

Tabla 2: Comparación del manejo expectante, quirúrgico y con medicamentos del aborto incompleto

	¿Quién puede ofrecer el tratamiento?	¿Qué se necesita para ofrecer el tratamiento?	¿Cuáles son los riesgos?
Expectante	Proveedores calificados y de nivel medio	Habilidad para diagnosticar el problema	Falla del método; necesidad de completar la evacuación con procedimiento quirúrgico o medicamentos
Con medicamentos	Proveedores calificados y de nivel medio	Igual que en el caso anterior y medicamentos	Falla del método; necesidad de completar la evacuación con procedimiento quirúrgico; efectos secundarios
Quirúrgico	Proveedores calificados	Igual que en el caso anterior e instrumental esterilizado, suministros quirúrgicos y sala especial	Laceración cervical; perforación uterina; fallas poco frecuentes

G. EL MISOPROSTOL ES UN NUEVO E IMPORTANTE TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO

En países donde se restringe el acceso al aborto legal, el modelo de APA proporciona un marco para la atención de mujeres que sufren complicaciones derivadas de un aborto inseguro (véase el siguiente cuadro). El tratamiento del aborto incompleto es un componente esencial de los servicios de APA y el misoprostol puede resultar una opción de tratamiento efectiva ya que se puede integrar fácilmente a los servicios de APA existentes mediante capacitación básica al proveedor. Cabe mencionar que el misoprostol representa una opción de tratamiento segura y efectiva para la APA en escenarios donde no existen otras opciones terapéuticas o hay pocos proveedores calificados.

Elementos esenciales de la atención postaborto en escenarios de acceso restringido a servicios de aborto²¹

1. Colaboración entre la comunidad y los prestadores de servicios
 - Prevenir el embarazo no deseado y el aborto inseguro
 - Movilizar recursos para ayudar a las mujeres a recibir atención apropiada y oportuna para complicaciones derivadas de un aborto
 - Garantizar que los servicios de salud reflejen las expectativas de la comunidad y satisfagan sus necesidades
2. Consejería
 - Identificar y responder a las necesidades emocionales y de salud física de las mujeres y cuestiones de otro tipo
3. Tratamiento
 - Proporcionar tratamiento para el aborto incompleto y el aborto inseguro y para posibles complicaciones que amenacen la vida de las mujeres
4. Planificación familiar y servicios de anticoncepción
 - Ayudar a las mujeres a prevenir los embarazos no deseados o a espaciar los nacimientos
5. Servicios de salud y de salud reproductiva
 - De preferencia, se deben proporcionar en el lugar al que acudió la paciente o se le debe referir a centros accesibles dentro de las redes de proveedores

III. TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO CON MISOPROSTOL

A. ¿QUIÉNES PUEDEN RECIBIR MISOPROSTOL PARA EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO?

Criterios de elegibilidad

Se puede utilizar el misoprostol para tratar los casos de aborto incompleto temprano y sin complicaciones.

Las mujeres elegibles presentan:

- Orificio cervical abierto
- Sangrado o historial de sangrado vaginal durante el embarazo
- Tamaño del útero menor o igual a 12 semanas de gestación medido de acuerdo a la FUM

Evaluación del tamaño del útero

Los proveedores deberán evaluar el tamaño uterino antes de administrar el misoprostol. Si el útero es de tamaño igual o menor a un embarazo de 12 semanas de acuerdo a la FUM, la mujer será elegible para recibir tratamiento con misoprostol. El tamaño del útero se puede calcular mediante un examen físico; no será necesario determinar con exactitud la fecha del inicio de la gestación siempre y cuando al presentarse para tratamiento el útero de la mujer sea de tamaño equivalente o menor al de un embarazo de 12 semanas medido desde la FUM.

Las mujeres NO elegibles:

- Son alérgicas al misoprostol o a otra prostaglandina
- Se presentan con sospecha de embarazo ectópico

- Muestran signos de infección pélvica y/o sepsis
- Sufren inestabilidad hemodinámica o shock

Precauciones para el uso del misoprostol en el tratamiento del aborto incompleto:

- Dispositivo intrauterino (DIU): A las mujeres que usen un DIU se les deberá remover el dispositivo antes de la administración de misoprostol.
- Proporcionar información a madres lactantes: Aunque el misoprostol se metaboliza en el cuerpo rápidamente,^{22, 23} pueden aparecer pequeñas cantidades de misoprostol o su metabolito en la leche materna. No se han reportado efectos adversos en lactantes ni consecuencias provocadas por dicha exposición.²⁴ De existir alguna preocupación, se debe aconsejar a las mujeres desechar la leche materna producida durante las primeras horas después de la administración del misoprostol.
- Tamaño del útero mayor a 12 semanas según la FUM: El misoprostol se puede utilizar con precaución en mujeres con tamaño uterino mayor a 12 semanas según la FUM (p. ej. aumento en el tamaño del útero debido a miomas).

Mito: El misoprostol no resulta un tratamiento adecuado para mujeres de áreas rurales

Quizás el misoprostol resulte la opción terapéutica más apropiada para mujeres de áreas rurales porque lo pueden administrar proveedores de nivel medio de escenarios que carezcan de equipo quirúrgico y ultrasonido. Si en un centro de salud no se puede ofrecer la evacuación quirúrgica a mujeres en las que haya fallado el misoprostol, se les puede referir a una clínica que proporcione ese tipo de atención.

B. ¿QUIÉNES PUEDEN ADMINISTRAR EL MISOPROSTOL PARA EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO?

Tanto proveedores calificados como de medio nivel de centros de atención primaria, secundaria y terciaria pueden administrar el misoprostol. La habilidad más importante es saber quiénes se podrían beneficiar del tratamiento. Existe la

posibilidad de que los proveedores de otros servicios de salud reproductiva ya cuenten con las habilidades necesarias para ofrecer misoprostol como opción terapéutica para mujeres con aborto incompleto.

Mito: Sólo los médicos pueden administrar el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto

Debido a la naturaleza del tratamiento con misoprostol, medicamento de administración oral, incluso los trabajadores de salud que no son médicos pueden proporcionar el tratamiento con efectividad, hecho que aumenta el número de proveedores disponibles. En algunas áreas, las enfermeras, las parteras y otros proveedores que no son médicos utilizan el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto.

C. DOSIS E INTERVALOS DE ADMINISTRACIÓN

Se han obtenido elevadas tasas de eficacia con perfiles aceptables de efectos secundarios al usar tanto una dosis oral única de 600 mcg de misoprostol^{13,14,15,16,18} como una dosis sublingual única de 400 mcg.¹⁴ Investigación reciente ha demostrado que los dos esquemas funcionan bien.¹⁴ Repetir la dosis a intervalos cortos no parece mejorar la eficacia.²⁵ El esquema recomendado es la administración única de 600 mcg de misoprostol oral o de 400 mcg por vía sublingual (véase la Tabla 3). Podría resultar conveniente utilizar la dosis menor en escenarios donde el costo del misoprostol represente un problema. El porcentaje de éxito del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto en el primer trimestre no depende de la edad gestacional al momento del aborto espontáneo/aborto.²⁶

Tabla 3: Esquemas de misoprostol recomendados para el tratamiento del aborto incompleto^{12,27}

Dosis de misoprostol	Vía de administración
600 mcg	oral
400 mcg	sublingual

Madagascar: Adecuación del esquema de 400 mcg de misoprostol sublingual para incorporarlo a la APA dentro de las normas y protocolos nacionales de salud reproductiva

Recientemente concluyó un estudio realizado en un hospital de maternidad de Madagascar, que maneja grandes volúmenes de pacientes, donde se comparó el uso de una dosis de 400 mcg de misoprostol sublingual con una de 600 mcg administrada por vía oral para el tratamiento del aborto incompleto.¹⁴ Poco después del lanzamiento del estudio, quedó claro para los proveedores que el tratamiento con misoprostol producía elevadas tasas de eficacia además de mejorar el acceso y los servicios. Doctores abrumados por la carga de trabajo notaron que el volumen de pacientes disminuía porque enfermeras parteras examinaban y atendían a pacientes que requerían APA. Asimismo, esas proveedoras de nivel medio se encargaron del seguimiento de las pacientes. Debido al menor costo de una dosis de 400 mcg comparado al de la dosis de 600 mcg y a su similar eficacia, el Ministerio de Salud incluyó el esquema de 400 mcg de misoprostol sublingual para el tratamiento del aborto incompleto a las Normas y Protocolos de Salud Reproductiva.

Entre los planes futuros de Madagascar se encuentra extender el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto a niveles menores del sistema de salud. Se prestará especial atención a capacitar y a desarrollar programas de estudio para proveedores de niveles menores. El potencial del misoprostol se puede aprovechar mejor si lo utilizan proveedores de bajo nivel como enfermeras y parteras como tratamiento de primera línea en centros de salud comunitarios.

D. VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Se ha administrado el misoprostol para el aborto incompleto por vía vaginal, oral y sublingual.^{14, 28, 29, 30} Distintos estudios han demostrado la muy elevada eficacia (mayor de 90%) y aceptabilidad de la vía oral.^{13, 14, 15, 16, 18} Dicha vía de administración es efectiva, sencilla y aceptable tanto para mujeres como proveedores. Por otra parte, se ha demostrado recientemente que la efectividad de la dosis sublingual es igual a la de la dosis oral a pesar de ser menor.¹⁴ En la administración sublingual, la mujer retiene las pastillas debajo de la lengua durante unos 30 minutos y traga con agua los fragmentos restantes.

E. PERFIL DE SEGURIDAD DEL MISOPROSTOL PARA EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO

Se ha estudiado el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto en muchos escenarios. Se le ha utilizado de manera segura y casi sin efectos secundarios en miles de mujeres acudiendo a servicios de atención postaborto y no se le ha asociado a efectos duraderos en la salud de la mujer.

Preocupaciones frecuentes sobre el perfil de seguridad:

- Sangrado excesivo: Rara vez se han presentado casos de sangrado excesivo que requieran transfusión.³¹ El uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto no conlleva mayores probabilidades de transfusión que otros tratamientos.¹⁹
- Anemia: No se asocia el uso del misoprostol a un aumento en el riesgo de anemia. En un estudio reciente se demostró que no existe una diferencia significativa desde el punto de vista clínico en el cambio del nivel de hemoglobina entre mujeres tratadas con misoprostol o AMEU para la resolución de un aborto incompleto. Más aun, muy pocas mujeres presentaron caídas clínicamente significativas del nivel de hemoglobina (0.3% misoprostol, 0.9% AMEU).³²

- Infección: El riesgo de infección es bajo. El porcentaje de casos de infección en mujeres que reciben misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es similar al porcentaje observado en mujeres sometidas a otros tratamientos.^{19, 20} No se han encontrado evidencias de que el misoprostol aumente el riesgo de infección.
- Embarazo ectópico: No se ha observado que el uso del misoprostol ocasione o resuelva un embarazo ectópico o produzca complicaciones. La sospecha de embarazo ectópico es una contraindicación para utilizar el método,¹² pero es posible confundir sus síntomas (p. ej. dolor pélvico y sangrado) con los de un aborto espontáneo. Por consiguiente, resulta esencial efectuar una cuidadosa valoración de la paciente antes del tratamiento y emitir un juicio clínico adecuado para identificar a las mujeres con sospecha de embarazo ectópico y referirlas a centros de diagnóstico apropiados para que reciban el tratamiento correspondiente.
- Uso del misoprostol en mujeres con historial de cesárea: No existen razones clínicas para no utilizar el misoprostol en mujeres en quienes se haya practicado una cesárea. En los estudios de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto no se ha excluido a ese tipo de pacientes; cuando se le utiliza para el aborto incompleto conforme a los lineamientos antes descritos se le considera generalmente una práctica segura para esa población.
- Efectos teratogénicos: Las mujeres que solicitan servicios de APA no presentan embarazos viables y por tanto, resulta irrelevante preocuparse por los posibles efectos teratogénicos del misoprostol utilizado para esa indicación.

IV. DISEÑO DE SERVICIOS, PROGRAMA DE VISITAS Y MANEJO DE COMPLICACIONES

A. ULTRASONOGRAFÍA

No es esencial contar con equipo de ultrasonido para administrar misoprostol en el tratamiento del aborto incompleto. Se puede ofrecer el medicamento en instalaciones de APA y niveles de atención que carecen de servicios de ultrasonido o en lugares donde dichos servicios resultan demasiado costosos. Se puede diagnosticar un aborto incompleto y determinar el grado de evacuación uterina con base en la historia clínica y un examen de la paciente.³³ En varios estudios recientes efectuados en escenarios de bajos recursos rara vez se utilizó ultrasonido para diagnosticar un aborto incompleto (<5% de los diagnósticos se confirmaron con ultrasonido) o para verificar la evacuación del contenido del útero.^{13, 14, 15, 18}

Se puede emplear ultrasonido cuando el proveedor sabe manejarlo: el mayor peligro radica en sobrevalorar las cantidades normales de restos de tejido en el útero y así prescribir innecesariamente la evacuación quirúrgica. Cabe subrayar que los proveedores que han usado ultrasonido durante el seguimiento de mujeres tratadas con éxito con misoprostol han encontrado muy distintos grosores de endometrio y por ello se recomienda que la decisión de efectuar la evacuación quirúrgica se base en signos clínicos y no en los hallazgos del ultrasonido.³⁴ Puede suceder que los proveedores realicen una intervención innecesaria para evacuar el útero si encuentran restos de tejido con el ultrasonido y malinterpretan la importancia clínica del hallazgo.³⁵

Mito: Es necesario efectuar un ultrasonido antes y después de usar misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto

A muchos proveedores les preocupa ofrecer misoprostol en lugares donde no se cuenta con equipo de ultrasonido. Sin embargo, cuando se administra misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, no se requiere ultrasonido pues la historia clínica y el examen físico de la paciente son herramientas suficientes para diagnosticar el aborto incompleto y para determinar si se ha completado la evacuación del útero. La experiencia ha demostrado que el uso de misoprostol es seguro y eficaz donde no se utiliza el ultrasonido de manera rutinaria.^{13, 14, 15, 18} Los proveedores pueden enviar a las mujeres a instalaciones que cuenten con equipo de ultrasonido de existir dudas sobre la evolución del aborto después del tratamiento de misoprostol.

B. EXPERIENCIA DEL PROVEEDOR

La efectividad del misoprostol como opción terapéutica dentro de los servicios de atención postaborto depende en parte de cuán familiarizados se encuentren los proveedores con el método y de su confianza en él. La valoración clínica para determinar si se requiere una intervención quirúrgica, desde el punto de vista médico, y en qué momento es de carácter subjetivo y depende de la experiencia que se tenga con el método. Es más probable que los proveedores que conocen el esquema y confían en él manejen el caso para evitar la evacuación quirúrgica.³⁶ Es posible que un proveedor no experimentado se sienta incómodo de esperar a que actúe el misoprostol o que malinterprete el grado de evacuación y decida practicar la cirugía. Por consiguiente, a medida que los proveedores adquieren confianza en el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, por lo general aumentan los porcentajes de éxito.²⁵

C. PROGRAMA DE VISITAS A LA CLÍNICA

Las mujeres que deciden recibir misoprostol para el tratamiento de un aborto incompleto por lo general realizan una visita inicial a la clínica y se les puede motivar a efectuar una visita de seguimiento. En la visita inicial, se realiza el diagnóstico del aborto incompleto, se proporciona consejería e información a la paciente sobre qué esperar del tratamiento y se administra el misoprostol. De acuerdo con las políticas del sistema de salud y las preferencias del proveedor y de la mujer, la administración del misoprostol puede efectuarse en la clínica o en casa de la paciente. No existen razones médicas para mantener a la mujer en observación en la clínica después de la administración del medicamento.

Mito: Se debe mantener a la mujer en observación en la clínica después de la administración del misoprostol o hasta que se complete el aborto

No existen razones médicas para mantener a la mujer en observación en la clínica después de la administración del misoprostol. Se le puede enviar a casa con el misoprostol para que lo tome más tarde o inmediatamente después de habersele administrado en la clínica. Se le debe informar acerca de los posibles efectos secundarios, cómo manejarlos y en qué casos solicitar atención médica adicional. Experiencias recientes en escenarios de bajos recursos han observado dichos lineamientos y obtenido elevadas tasas de eficacia y bajos porcentajes de complicaciones.^{13, 15, 16, 18}

Asimismo, los proveedores deben asegurarse de esperar tiempo suficiente a que actúe el misoprostol porque el tiempo en que se completa la evacuación puede variar de un día a varias semanas.³⁷ Para evitar una intervención quirúrgica innecesaria se debe programar la visita de seguimiento para valorar la condición de salud de la mujer por lo menos 7 días después de la administración del misoprostol. Tal programación consistentemente obtiene elevadas tasas de éxito, aunque el método llega a fallar en aproximadamente 1 de cada 20 mujeres.

A menos de que se considere necesario desde el punto de vista médico para control hemostático o de infección, no se recomienda realizar la evacuación quirúrgica antes de los 7 días. Se debe aconsejar a las mujeres que busquen asistencia médica en caso necesario, en cualquier momento del tratamiento.

Mito: El perfil de seguridad del misoprostol es menor al de los métodos quirúrgicos; la tasa de sangrado intenso es mayor con misoprostol que con dichos métodos

Se debe informar a las mujeres sobre qué esperar después del tratamiento con misoprostol y en qué momento solicitar atención médica por sangrado intenso. Las probabilidades de que se presenten casos de sangrado excesivo que requieran transfusión no son mayores con misoprostol que con el manejo quirúrgico para el tratamiento del aborto incompleto. Algunos estudios muestran que el número de mujeres que reporta haber presentado sangrado intenso es mayor entre quienes se sometieron al manejo con medicamentos que entre las que recibieron evacuación quirúrgica,^{15, 16, 18} mientras que otros estudios han encontrado patrones de sangrado similares al usar misoprostol o recurrir a métodos quirúrgicos.^{32, 38}

D. MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES

Se han estudiado ampliamente los efectos secundarios asociados al uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, que en general resultan fáciles de manejar. Todas las mujeres deben recibir información sobre los posibles efectos secundarios y sobre cómo manejarlos. Asimismo, se debe aconsejar a las mujeres que soliciten asistencia médica adicional, en la clínica o en un centro de urgencias, en caso de sangrado muy intenso y/o prolongado o de fiebre persistente. En la Tabla 4 se presentan los efectos secundarios más comunes y estrategias para manejarlos.

Tabla 4: Efectos secundarios más comunes del misoprostol cuando se utiliza para el tratamiento del aborto incompleto y estrategias para manejarlos

	Descripción	Manejo
Dolor / cólicos	La aparición de cólicos ocurre por lo general dentro de las primeras horas y se pueden registrar incluso a los 30 minutos de la administración del misoprostol. El dolor puede ser más intenso que el que normalmente se experimenta durante el periodo menstrual.	<ul style="list-style-type: none"> > Sentarse o acostarse cómodamente > Botella de agua caliente o almohadilla eléctrica > Paracetamol/acetaminofén > Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como el ibuprofeno
Escalofríos/ fiebre	La presencia de escalofríos es un efecto secundario del misoprostol temporal pero común. La fiebre es menos frecuente, dura generalmente unas cuantas horas y no necesariamente indica que existe infección. Aunque rara vez se registran casos de infección, la presencia de fiebre o escalofríos persistentes durante más de 24 horas puede ser indicativa de ese tipo de padecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> > Asegurar a las mujeres que los escalofríos y la fiebre son efectos secundarios del misoprostol que se presentan comúnmente > Utilizar antipiréticos de ser necesario > Se debe aconsejar a las mujeres que se comuniquen con un proveedor médico si la fiebre o los escalofríos persisten durante más de 24 horas o si se presentan más de un día después de tomar el misoprostol
Sangrado	Por lo general, se iniciará el sangrado vaginal dentro de la primera hora de haber tomado el misoprostol. Normalmente, el sangrado dura de 5 a 8 días en promedio pero puede continuar hasta por 2 semanas. Se puede observar un sangrado ligero persistente hasta la aparición del siguiente periodo menstrual.	<ul style="list-style-type: none"> > Informar a las mujeres que el sangrado es un efecto esperado > Se debe aconsejar a las mujeres que consulten a un proveedor de salud si presentan: <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado que empape más de 2 toallas sanitarias extra grandes (o su equivalente en la localidad) por hora durante más de 2 horas consecutivas • Sangrado intenso repentino después de que el sangrado haya disminuido o se haya detenido durante varios días • Sangrado continuo durante varias semanas con mareos
Sangrado excesivo	En raras ocasiones se presenta sangrado excesivo y/o prolongado con cambios significativos en el nivel de hemoglobina. Según los lineamientos antes mencionados, pocas mujeres presentarán ese tipo de sangrado.	<ul style="list-style-type: none"> > Intervención quirúrgica para completar el aborto en presencia de sangrado profuso o prolongado > Administración de líquidos intravenosos de existir evidencia de compromiso hemodinámico > Se deberá administrar una transfusión solamente cuando esté indicada claramente por razones médicas
Náusea/ vómito	Pueden presentarse náusea y vómito que normalmente se resuelven en un periodo de 2 a 6 horas. ¹²	<ul style="list-style-type: none"> > Asegurar a las mujeres que la náusea y el vómito son posibles efectos secundarios > Se puede utilizar un antiemético de ser necesario

Tabla 4: continuada

Diarrea	La diarrea es un efecto secundario temporal y común del misoprostol que debe desaparecer dentro de un día.	> Asegurar las mujeres que en ocasiones se asocia la aparición de diarrea al uso de misoprostol, misma que se resuelve rápidamente
Infección	Los casos documentados de endometritis y/o infección pélvica son poco frecuentes. Normalmente, los casos de infección se tratan con antibióticos orales.	<ul style="list-style-type: none"> > Se debe evaluar a las mujeres con sospecha de infección > De presentarse signos de sépsis o infección severa se deberá practicar inmediatamente la evacuación quirúrgica con cobertura de antibióticos > Las infecciones severas podrían llegar a requerir hospitalización y la administración de antibióticos parenterales

E. SEGUIMIENTO

Si los proveedores programan el seguimiento rutinario, deben citar a las mujeres por lo menos 7 días después de iniciado el tratamiento con misoprostol. Se ha encontrado que desde el punto de vista médico, las mujeres necesitan muy pocas visitas de seguimiento. Se les debe informar de los síntomas de infección y tejido retenido para que sepan en qué momento se requiere una visita de seguimiento por razones médicas.

Se deberá pedir a las mujeres que vuelven a la clínica para su visita de seguimiento que reporten los efectos secundarios que hayan presentado y sus patrones de sangrado. El proveedor efectuará un examen bimanual para determinar la firmeza del útero y si ha involucionado y recuperado el tamaño previo al embarazo. La experiencia de proveedores de escenarios de bajos recursos revela que el historial de la paciente y el examen clínico bastan para evaluar si se ha completado la evacuación.^{13, 14, 15, 18} Si se cree que el útero contiene restos del producto de la concepción pero la mujer no presenta signos de infección o sangrado severo, se le debe ofrecer la opción de esperar alrededor de una semana más y realizar otra visita de seguimiento o someterse inmediatamente a la evacuación quirúrgica (con LUI o aspiración). Asimismo, se le puede ofrecer una dosis de misoprostol adicional en la visita de seguimiento ya que puede beneficiarle.

V. PROVISIÓN DE CONSEJERÍA E INFORMACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La provisión de información es un importante componente de la atención postaborto. Se debe informar a las mujeres cuál es su condición médica, los resultados de sus pruebas, las opciones terapéuticas y de manejo del dolor, el manejo de efectos secundarios, los cuidados de seguimiento y dónde y cuándo solicitar ayuda en caso de presentar complicaciones.²¹ La provisión de consejería e información adquiere particular importancia al usar misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Al preparar a las mujeres para que sepan qué esperar, los proveedores pueden disminuir las probabilidades de que sufran ansiedad y soliciten una intervención quirúrgica innecesaria. Existen mayores probabilidades de que para quienes se sientan cómodas y confiadas con el método la experiencia resulte positiva y satisfactoria.

A. SELECCIÓN DEL MÉTODO

Cuando el proveedor ofrezca más de un método terapéutico, deberá proporcionar a la mujer una breve descripción de cada uno y la posibilidad de elegir el tratamiento de su preferencia siempre y cuando no existan contraindicaciones clínicas para ello. Es importante proporcionar información completa, exacta e imparcial para que la mujer pueda elegir la opción más apropiada para ella. (Si desea obtener datos comparativos sobre el método expectante, quirúrgico y con medicamentos, consulte el Capítulo II.) El proveedor debe dedicar tiempo a explicar a la mujer que en caso de que falle el tratamiento con misoprostol o con el manejo expectante, existe la posibilidad de que deba someterse a una intervención quirúrgica. En la Tabla 5 se comparan algunas de las ventajas y desventajas mencionadas por mujeres que recibieron tratamiento para aborto incompleto con métodos quirúrgicos o con dicho medicamento.

Tabla 5: Comparación de las ventajas y desventajas mencionadas por mujeres sometidas a tratamiento por aborto incompleto con misoprostol o intervención quirúrgica

	Tratamiento con misoprostol	Tratamiento quirúrgico (LUI, AMEU, AE)
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> > se puede evitar la cirugía y la anestesia > más natural, similar a la menstruación > las mujeres tienen mayor control; se involucran más > fácil de administrar > no se requiere internar a las pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> > más rápido > controlado por el proveedor > menor participación de las mujeres
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> > sangrado, cólicos y efectos secundarios (reales o temidos) > la espera, la incertidumbre 	<ul style="list-style-type: none"> > invasivo > bajo riesgo de lesión uterina o cervical > bajo riesgo de infección > pérdida de privacidad y de autonomía

B. DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Es importante que los proveedores examinen a todas las mujeres para asegurarse de que cumplan con los criterios de elegibilidad (véase el Capítulo III). A continuación se presenta una breve lista de verificación para establecer la elegibilidad de una mujer para tratarla con misoprostol.

- Pregunte: El proveedor debe hacer preguntas para determinar si los síntomas de la mujer pueden ser indicativos de embarazo ectópico, en cuyo caso se le deberá referir a servicios apropiados para diagnóstico y tratamiento. Asimismo, deberá averiguar si es alérgica al misoprostol o a otra prostaglandina.
- Realice un examen clínico, incluido el examen bimanual: El proveedor debe confirmar si la mujer presenta apertura del orificio cervical y el tamaño del útero es menor de 12 semanas medido de acuerdo a la FUM.
- Descarte signos de infección severa: Evalúe a la mujer para establecer si presenta sensibilidad uterina al tacto o a la presión, fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ y flujo de olor fétido. De presentar dos o más de esos síntomas, se le deberá someter inmediatamente a la evacuación quirúrgica y no al tratamiento con misoprostol.
- Descarte inestabilidad hemodinámica: Tome la presión arterial y el pulso. Como las mujeres con presión sistólica muy baja y pulso muy elevado pueden requerir evacuación quirúrgica, vuelva a evaluar a esas mujeres para determinar si sus signos vitales son indicativos de inestabilidad hemodinámica o de temor/ansiedad.
- Decida si se deben tomar precauciones adicionales: Determine si la mujer tiene un DIU en el útero y de ser así, retírelo antes de administrar el misoprostol. Averigüe también si está amamantando; aunque no existen consecuencias conocidas para los lactantes por exposición a la leche materna, si la mujer expresa preocupación al respecto se le puede aconsejar que se deshaga de la leche producida en las primeras horas después de haber tomado el misoprostol.

Mito: No es apropiado administrar el tratamiento con misoprostol cuando se sospecha que la mujer pudo haber interferido con su embarazo

Por lo general, al proveedor le preocupa administrar el tratamiento con misoprostol a mujeres de quienes se sospecha que han interferido con su embarazo. Si se observan signos de infección severa, se debe practicar inmediatamente la evacuación quirúrgica. De no ser así, se puede ofrecer el tratamiento con misoprostol aunque se haya utilizado para inducir el aborto. No se han reportado efectos adversos al repetir la dosis de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto.¹⁷⁻²⁵ Numerosos estudios han demostrado que el tratamiento con misoprostol funciona bien en mujeres que podrían haber provocado sus propios abortos.^{14, 16}

C. PREPARACIÓN DE LAS MUJERES PARA QUE SEPAN QUÉ ESPERAR

Un análisis del uso del tratamiento con misoprostol en mujeres que solicitan atención para un aborto incompleto debe incluir lo siguiente:

- Responder las preguntas de las mujeres: Se debe ofrecer a las mujeres la oportunidad de hacer preguntas y se les debe responder de manera satisfactoria antes de seleccionar el método de tratamiento.
- Proporcionar información sobre el misoprostol: Explique cómo se administra el misoprostol y cómo funciona e informe a las pacientes que el medicamento producirá contracciones uterinas para expulsar los restos del producto de la concepción.

- Tasa de éxito: Explique que alrededor de 1 de cada 20 mujeres tratadas con misoprostol requieren someterse a un procedimiento quirúrgico para completar el proceso.
- Entender el método: Explique que existe la posibilidad de que se elimine el contenido del útero a la semana de la administración del misoprostol.
- Efectos secundarios: Explique que las mujeres que toman misoprostol tienden a presentar dolor, cólicos y sangrado y posiblemente escalofríos, fiebre, náusea o diarrea, que por lo general desaparecen en unas cuantas horas, aunque se llega a observar un sangrado similar al de la menstruación durante varios días.
- Seguimiento: Se debe invitar a las mujeres a regresar a la clínica una o dos semanas después para determinar el éxito del método.
- Posibles complicaciones: Presente a la mujer una descripción completa de las posibles complicaciones, explicando cuidadosamente en particular los signos y síntomas de las complicaciones graves. De ser posible, sería conveniente entregarle un número telefónico para que llame en caso de tener preguntas o alguna preocupación. Se debe aconsejar a todas las mujeres a que acudan a servicios de urgencia si llegan a presentar complicaciones serias (véase el Capítulo IV donde se describen las complicaciones que requieren atención médica).
- Costo: Se debe hablar del costo de las opciones terapéuticas disponibles en centros clínicos donde los servicios de atención postaborto los paga la usuaria.

D. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN

Se debe informar a todas las mujeres del rápido retorno a la fecundidad que se registra después de una pérdida de embarazo de primer trimestre. Al examinar las opciones de planificación familiar con las pacientes durante el tratamiento del aborto incompleto, los proveedores pueden ayudar a evitar futuros embarazos no deseados. Deben recordar que el aborto incompleto puede ser resultado de un aborto espontáneo o inducido y tener en mente que si bien algunas mujeres desean usar anticoncepción, otras quieren recibir información sobre cómo volver a embarazarse.

Se deben cubrir los siguientes temas al hablar con las mujeres:

- Tranquilizar a la mujer explicándole que en general no hay razones para creer que futuros embarazos no llegarán a término.
- Frecuentemente se aconseja a quienes desean volver a embarazarse que esperen a tener por lo menos un periodo menstrual normal antes de intentar concebir.
- A quienes no desean embarazarse en el corto plazo se les debe ofrecer anticoncepción para que puedan empezar a usarla inmediatamente, así como información apropiada sobre los métodos. La selección del método anticonceptivo apropiado dependerá de las necesidades y preferencias de cada mujer y de la disponibilidad del mismo en la localidad. En la Tabla 6 (véase la página 26) se presentan opciones de anticoncepción y en qué momento ofrecerlas a mujeres que han recibido tratamiento con misoprostol para un aborto incompleto. Algunos anticonceptivos se pueden ofrecer en la primera visita y otros en la visita de seguimiento, cuando así se ha contemplado.

Tabla 6: Métodos anticonceptivos y en qué momento se pueden ofrecer con seguridad a mujeres tratadas con misoprostol por aborto incompleto

Método anticonceptivo	Cuándo ofrecer el método
Condomes	En la primera visita
Anticonceptivos orales	En la primera visita
Gel, espuma, tabletas o películas anticonceptivas	En la primera visita
Capuchón cervical	Se debe colocar hasta que el sangrado se haya detenido y el útero haya recuperado el tamaño que tenía antes del embarazo (después del primer periodo menstrual)
Diafragma	En la primera visita
Inyectables	En la primera visita
Implantes	En la primera visita
Dispositivos intrauterinos (DIU)	En la visita de seguimiento
Esterilización	Las mujeres que deseen someterse a la esterilización pueden optar por el tratamiento quirúrgico del aborto incompleto, porque los dos procedimientos se pueden realizar al mismo tiempo

E. SERVICIOS DE SALUD Y DE SALUD REPRODUCTIVA

Es importante usar la visita de seguimiento para determinar si la paciente necesita servicios adicionales de salud reproductiva o de otra índole. Vincular dichos servicios con la atención postaborto permite al proveedor aprovechar la presencia de la mujer para abordar otras cuestiones de salud. Si en la clínica no se pueden proporcionar servicios adicionales, se puede usar la visita para referirla a otros centros de atención. Entre los servicios de salud adicionales que se pueden ofrecer se encuentran: ²¹

- Educación en infecciones de transmisión sexual (ITS), pruebas clínicas y tratamiento
- Diagnóstico y tratamiento de infertilidad
- Educación en higiene
- Referencia y consejería para casos de violencia sexual y/o doméstica
- Detección de anemia

F. CAPACITACIÓN DE PROVEEDORES Y PERSONAL

La capacitación integral en el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto adiestrará a los proveedores en el manejo del método y por ende les ayudará a sentirse más cómodos con él. La experiencia en el uso del tratamiento de misoprostol para atención postaborto sugiere que a medida que los proveedores adquieren más confianza y se familiarizan con el método, aumentan también las tasas de éxito y la satisfacción de la usuaria. Un curso básico sobre el uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto debe incluir los siguientes elementos:

- Mecanismo de acción
- Disponibilidad, almacenamiento, eficacia y aceptabilidad del misoprostol
- Elegibilidad, contraindicaciones y precauciones
- Diagnóstico del aborto incompleto

- Papel de la ultrasonografía
- Esquemas para el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto
- Consejería para mujeres tratadas con misoprostol por un aborto incompleto
- Manejo de efectos secundarios y posibles complicaciones
- Seguimiento y valoración del estado de salud
- Provisión de servicios de anticoncepción y de planificación familiar después de un aborto
- Provisión de servicios de salud reproductiva y de otra índole después de un aborto

Se ha observado que los estudios de caso por lo general resultan muy útiles para capacitar a los proveedores, en particular cuando se trata de la evaluación del estado de salud y del manejo de efectos secundarios. Asimismo, se recomienda utilizar dinámicas grupales y de simulación (*role play*) por su efectividad para capacitar a los participantes en la provisión de consejería y determinación de elegibilidad.

G. COLABORACIÓN ENTRE LA COMUNIDAD Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

Resulta crítico establecer vínculos de colaboración entre los miembros de la comunidad, trabajadores de salud sin capacitación formal, proveedores de servicios y curanderos tradicionales para mejorar la salud reproductiva de las mujeres.²¹ Por ejemplo, el misoprostol puede constituir la opción terapéutica más apropiada para mujeres de áreas rurales porque lo pueden ofrecer proveedores de medio nivel cuando no se cuenta con cirujanos calificados ni equipo quirúrgico. Sin embargo, el método no es 100% efectivo y por ende los proveedores que no pueden practicar la evacuación quirúrgica deben saber cómo referir a las mujeres a proveedores calificados cuando falle el método. De igual manera, si la clínica no puede ofrecer servicios de urgencia, los proveedores deben poder reconocer los signos de alarma y referir a las mujeres a centros apropiados.

H. INSTALACIONES Y SUMINISTROS DESEABLES (AUNQUE NO NECESARIOS)

- Equipo de ultrasonido: Como se mencionó con anterioridad, no se requiere ultrasonografía para la prestación del servicio, aunque puede resultar de utilidad para el diagnóstico de complicaciones poco comunes.
- Analgésicos y antieméticos: Se pueden entregar anticipadamente para que la mujer los tome conforme sea necesario para aliviar los posibles efectos secundarios.
- Inmunoglobulina anti-RhD: En la actualidad, no se cuenta con evidencia suficiente sobre el uso de la inmunoglobulina anti-RhD en abortos realizados muy al principio del primer trimestre. Si las normas de atención locales establecen que se debe utilizar dicha inmunoglobulina en mujeres de Rh negativo que reciben tratamiento por aborto incompleto, entonces se deberá administrar conjuntamente con el misoprostol.

VI. INTEGRACIÓN DEL MISOPROSTOL A SERVICIOS EXISTENTES DE ATENCIÓN POSTABORTO

Se puede incorporar fácilmente el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto a servicios de APA existentes. Los proveedores que practiquen la evacuación quirúrgica (LUI, AMEU, AE) dentro del modelo APA pueden añadir el misoprostol a las opciones terapéuticas y de preferencia permitir a las mujeres elegir el método. Los requerimientos básicos para usar misoprostol dentro de la APA consisten en contar con personal capacitado y pastillas de misoprostol. El personal debe saber diagnosticar un aborto incompleto, determinar la elegibilidad para recibir tratamiento con misoprostol, confirmar un aborto completo y referir a la mujer y/o proporcionar atención de emergencia en caso necesario. Por consiguiente, los proveedores de APA ya poseen muchas de las habilidades necesarias para ofrecer el misoprostol como tratamiento del aborto incompleto. Quienes no proporcionan APA pero sí ofrecen servicios de planificación familiar, atención prenatal o algún otro servicio de salud reproductiva pueden integrar el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto siempre y cuando puedan acceder a un centro de salud de referencia en el raro caso de que falle el método o se presente una complicación.

Integración del misoprostol a servicios de APA existentes: Experiencias de dos hospitales egipcios

En 2008, en el Hospital Escuela El Galaa, ubicado en el Cairo, y en el Hospital de Maternidad Shatby de Alejandría, se realizó un estudio clínico para comparar el uso de misoprostol y de AMEU para el tratamiento del aborto incompleto.³² Casi 700 mujeres recibieron tratamiento para aborto incompleto obteniéndose elevadas tasas de éxito (misoprostol 98.3%, AMEU 99.7%). El sangrado y los efectos secundarios reportados por las mujeres fueron comparables y quienes recibieron misoprostol se sintieron muy satisfechas.

Incorporar el misoprostol a los servicios de APA existentes mediante el estudio piloto constituyó una importante experiencia para los proveedores porque les ayudó a adquirir confianza en la eficacia y seguridad del esquema sublingual de 400 mcg. Al principio, los proveedores se mostraban reacios a permitir a las mujeres salir del hospital inmediatamente después de la administración del medicamento pero al adquirir experiencia se dieron cuenta de que no había razón para extender la estancia de las mujeres. Asimismo, se convencieron de la importancia de la historia clínica y del examen físico en la APA y lograron percibir a la ultrasonografía como herramienta para confirmar la evaluación clínica, no para efectuar un diagnóstico primario de rutina. Dichos cambios en las actitudes y prácticas de los proveedores han logrado que se acepte el misoprostol como una buena opción terapéutica para el aborto incompleto y se incorpore con éxito a los servicios de APA.

VII. ABORTO RETENIDO

Aunque la información que se presenta en esta guía se relaciona con el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, también se puede utilizar el medicamento para el tratamiento del aborto retenido/embarazo anembrionado, mismos que se diagnostican con ultrasonografía. Se define aborto retenido/embarazo anembrionado al embarazo donde no hay embrión (saco embrionario vacío) o muerte fetal no reconocida. Generalmente, las mujeres que experimentan un aborto retenido no presentan sangrado o registran sangrado ligero, sin ningún otro signo o síntoma evidente.³⁹

Los esquemas recomendados para aborto retenido/embarazo anembrionado son 800 mcg de misoprostol administrado por vía vaginal o 600 mcg de misoprostol sublingual.³⁹ En la Tabla 7, se mencionan varios estudios que han explorado distintos esquemas con tasas de éxito del 50 al 93%.

Tabla 7: Uso del misoprostol para el tratamiento de la falla temprana del embarazo: aborto retenido/embarazo anembrionado

Año	Autor	N	Dosis de misoprostol (mcg)	Dosis adicional de misoprostol	Tiempo para alcanzar el éxito	Tasa de éxito
2007	Shankar M, et al. ⁴⁰	75	800 vaginal	400 oral para un máximo de 2 dosis con un intervalo de 3 hrs comenzando al día siguiente	Día 7-10	77.3%
2007	Sharma D, et al. ⁴¹	50	600 sublingual	600 cada 3 hrs para un máximo de 1.800	72 hrs	86%
2006	Tang OS, et al. ⁴²	180	600 sublingual	600 cada 3 hrs para un máximo de 1.800; 90 participantes recibieron 400 sublingual diariamente por 7 días más	Día 9	92% grupo sin extensión de tratamiento; 93% grupo con extensión
2006	Vejborg TS, et al. ⁴³	254	400 u 800 vaginal	Ninguna	Día 2-4	Retenido: 43% 400 mcg; 59% 800 mcg Anembrionado: 36% 400 mcg; 47% 800 mcg

Tabla 7: continuada

2005	Agostini A, et al. ⁴⁴	276	800 vaginal	Ninguna	24 hrs	65,2%
2005	Blohm F, et al. ⁴⁵	64	400 vaginal	Ninguna	Día 6-7	81%
2005	Kovavisarach E, et al. ⁴⁶	114	600 u 800 vaginal	Ninguna	24 hrs	46% 600 mcg; 68% 800 mcg
2005	Lister MS, et al. ⁴⁷	18	800 vaginal	800 vaginal a las 24 hrs cuando fue necesario	48 hrs	83%
2005	Sifikis S, et al. ⁴⁸	108	400 vaginal	400 vaginal cada 4 hrs para un máximo de 1.200 al día durante 3 días	Día 3	91%
2005	Zhang J, et al. ⁴⁹	454	800 vaginal	800 vaginal el día 3, cuando fue necesario	Día 8	88% aborto retenido; 81% embarazo anembrionado
2004	Bagratee JS, et al. ⁵⁰	45	600 vaginal	600 vaginal el día 2, cuando fue necesario	Día 7	87%
2004	Davis AR, et al. ⁵¹	77	800 vaginal en seco u 800 vaginal humedecida	Ninguna	Día 30	85%
2004	Gilles JM, et al. ⁵²	80	800 vaginal en seco o humedecida	Se repitió la dosis a las 48 hrs cuando fue necesario	Día 7	85%
2004	Graziosi GC, et al. ⁵³	79	800 vaginal	800 vaginal a las 24 hrs cuando fue necesario	48 hrs	53%
2004	Murchison A, et al. ⁵⁴	44	800 vaginal	800 vaginal a las 24 hrs cuando fue necesario	48 hrs	78%
2004	Ngoc NTN, et al. ⁵⁵	198	800 oral u 800 vaginal	Ninguna	Día 2 & Día 7	Día 2: 42% oral; 53% vaginal. Día 7; 89% oral; 93% vaginal
2004	Taner CE, et al. ⁵⁶	54	200 oral y 800 vaginal	Ninguna	24 hrs	89%
2003	Al Inizi SA, et al. ⁵⁷	27	400 vaginal	400 vaginal cada 12 hrs para un máximo de 4 dosis	48 hrs	70%

Tabla 7: Uso del misoprostol para el tratamiento de la falla temprana del embarazo: aborto retenido/embarazo anembrionado: continuada

2003	Tang OS, et al. ⁵⁸	80	600 vaginal o 600 sublingual	Se repitió la dosis cada 3 hrs para un máximo de 1.800	Día 7	87.5% (promedio ponderado)
2002	Kovavisarach E, et al. ⁵⁹	27	400 vaginal	Ninguna	24 hrs	63%
2002	Muffley PE, et al. ⁶⁰	25	800 vaginal	800 vaginal a las 24 y a las 48 hrs cuando fue necesario	Día 3	60%
2002	Wood SL, et al. ⁶¹	25	800 vaginal	800 vaginal a las 24 hrs cuando fue necesario	48 hrs	80%
2001	Demetroulis C, et al. ⁶²	26	800 vaginal	Ninguna	8-10 hrs	77%
2001	Ngai SW, et al. ⁶³	25	400 vaginal	400 vaginal día 3 y día 5	Día 15	80%
2000	Ayres de Campos D, et al. ⁶⁴	74	600 vaginal (humedecida con solución salina)	600 vaginal a las 4-5 hrs, cuando fue necesario	10-12 hrs	57%
1999	Autry A, et al. ⁶⁵	9	800 vaginal	Ninguna	Día 10-14	89%
1999	Chung TKH, et al. ⁶⁶	321	400 oral	400 oral cada 4 hrs, para un máximo de 3 dosis	24 hrs	50%
1998	Zalanyi S, et al. ⁶⁷	25	200 vaginal	200 cada 4 hrs para un máximo de 800	10 hrs	88%
1997	Creinin M, et al. ⁶⁸	20	400 oral u 800 vaginal	Se repitió la dosis a las 24 hrs cuando fue necesario	Día 3	25% oral; 88% vaginal
1997	Herabutya Y, et al. ⁶⁹	43	200 vaginal	Ninguna	24 hrs	83%

VIII. UNA MIRADA HACIA EL FUTURO

Debido a su seguridad, eficacia y facilidad de uso, el misoprostol constituye una importante opción para el tratamiento de mujeres que presentan aborto incompleto. Esta guía muestra cómo se puede proporcionar el misoprostol en escenarios de bajos recursos de elevada demanda de servicios y baja disponibilidad de equipo y proveedores calificados. El uso del misoprostol puede mejorar el acceso al tratamiento para quienes más lo necesitan: mujeres que sufren complicaciones por haberse sometido a abortos inducidos por proveedores clandestinos.

Asociaciones profesionales como el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos recomiendan el misoprostol para la atención postaborto, y la Organización Mundial de la Salud lo ha incorporado a su Lista Modelo de Medicamentos Esenciales para el manejo del aborto incompleto y del aborto espontáneo.^{1,7} Tales recomendaciones se basan en la revisión de un cúmulo de estudios de investigación en el manejo del aborto incompleto con medicamentos que revela que la seguridad y eficacia del misoprostol es equiparable a la de los tratamientos quirúrgicos. Por otra parte, el método lo pueden utilizar proveedores de nivel medio sin formación quirúrgica y por ende reduce la carga de centros de atención de niveles más altos que poseen el equipo y las habilidades requeridos para el tratamiento quirúrgico. La introducción del misoprostol a centros de atención primaria y secundaria puede aumentar el número de opciones terapéuticas para las mujeres a la vez de disminuir los costos incurridos por el sistema de salud.

El escenario está listo para introducir el misoprostol a los servicios. Se puede integrar el medicamento fácilmente a servicios existentes de atención postaborto o se puede establecer como opción terapéutica en escenarios donde no se ofrezca otro tipo de tratamiento. Las sugerencias que se presentan en esta guía pueden ayudar a utilizar el misoprostol de manera sencilla y sin complicados requerimientos tecnológicos.

Para optimizar el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto, se requiere proporcionar capacitación adecuada a los proveedores y contar con abastecimiento sostenible del medicamento. Los siguientes pasos en investigación programática podrían incluir el desarrollo de modelos adecuados de prestación de servicios y análisis de costos y beneficios donde se compare el misoprostol con los

métodos quirúrgicos. Se recomienda aprender más sobre el uso del misoprostol en escenarios rurales, en poblaciones de elevadas tasas de infección no tratada y documentación de todo tipo de sangrado intenso y otras complicaciones. Estos esfuerzos pueden ayudar a motivar a los diseñadores de políticas a aprobar, promover y extender sistemáticamente el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto.

Se necesita contar con servicios de aborto inducido seguros y eficaces fundamentalmente para evitar complicaciones en vez de sólo tratarlas. Por tanto, contar con servicios para el tratamiento del aborto incompleto no elimina la necesidad de ofrecer acceso a servicios de planificación familiar y aborto seguro a todas las mujeres. Para quienes requieren tratamiento para aborto incompleto, se debería complementar el misoprostol con acceso a tratamiento quirúrgico seguro, porque en ocasiones se deberá recurrir a una intervención dependiendo del estado de salud de la mujer, de sus preferencias y como respaldo en caso de que falle el tratamiento inicial. Diseñar programas integrales de tratamiento del aborto incompleto que contemplen tanto el uso de misoprostol como de servicios quirúrgicos mejorará la calidad de la atención ofrecida a las mujeres al incluir varias opciones terapéuticas y asistencia médica apropiada.

El uso de misoprostol puede revolucionar la manera y el lugar en que se proporciona tratamiento al aborto incompleto y el tipo de prestador requerido. Dicho medicamento puede reducir las complicaciones derivadas de un aborto espontáneo o inducido en escenarios de bajos recursos donde al día de hoy no existe ni acceso ni disponibilidad de opciones terapéuticas seguras y efectivas. El misoprostol constituye una importante tecnología para la salud de la mujer y hoy es el momento de seguir adelante.

IX. APÉNDICE

PREGUNTAS FRECUENTES

Existe la posibilidad de que surjan preguntas sobre el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto durante la capacitación o prestación de servicios. A continuación se presenta una lista de preguntas frecuentes y posibles respuestas que pueden resultar de utilidad.

- **¿Se considera al misoprostol un tratamiento seguro para el aborto incompleto?**
Sí, se ha utilizado el misoprostol sin problemas para el tratamiento del aborto incompleto en miles de mujeres de todo el mundo. Se han registrado menos de 12 casos de hospitalización principalmente para tratamientos menores entre más de 2.000 participantes de estudios clínicos recientes.
- **¿Cuáles son las ventajas de usar misoprostol en lugares donde se cuenta con alternativas quirúrgicas seguras?**
El misoprostol es una alternativa segura a la evacuación quirúrgica y pueden preferirla quienes temen someterse a cirugías y anestesia y desean recibir atención como pacientes externas. Asimismo, puede resultar menos costoso para los sistemas de salud.
- **¿Las mujeres se sienten satisfechas con el uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto?**
Sí, se han observado elevados niveles de satisfacción en mujeres tratadas con misoprostol. La mayoría ha dicho que volvería a escoger dicho tratamiento en caso de requerirlo nuevamente en el futuro. Resulta óptimo ofrecer a las mujeres distintos métodos de tratamiento en escenarios donde sea viable.

- **¿Qué habilidades se requieren para ofrecer misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto?**

Los proveedores deben poder identificar a las mujeres que necesitan tratamiento para un aborto incompleto y deben poder diagnosticar casos de infección severa que requieran atención quirúrgica inmediata. Las mujeres cuyo útero es de 12 semanas o menos, de acuerdo a la FUM, son elegibles para el tratamiento; los proveedores pueden calcular el tamaño del útero con un examen físico. No se requiere adiestramiento quirúrgico para ofrecer misoprostol.

- **¿Qué tipo de sistema de referencia se requiere?**

Las mujeres con aborto incompleto que deseen someterse al tratamiento con misoprostol y cumplan con los criterios de elegibilidad pueden ser tratadas sin necesidad de referirlas a otro centro de salud. Una vez que los proveedores de un centro de atención cuentan con misoprostol, pueden atender a más de 9 de las 10 mujeres que se solían enviar a un nivel de atención superior. Se puede utilizar cualquier sistema de referencia existente de atención postaborto para mujeres que no cumplan con los criterios de elegibilidad para recibir misoprostol y para quienes presenten complicaciones.

- **¿Se requiere emplear ultrasonido antes y después de usar misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto?**

No se requiere usar ultrasonido cuando se ofrece misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Se puede diagnosticar un aborto incompleto y evaluar si se ha completado la evacuación uterina después del tratamiento usando la historia clínica y un examen físico. La mayor desventaja de emplear ultrasonido es sobrevalorar las cantidades normales de restos de tejido en el útero y prescribir una evacuación quirúrgica innecesaria.

- ¿Se puede utilizar el misoprostol sin riesgos en mujeres que nunca han dado a luz y pasan por un aborto espontáneo?**

Sí, el misoprostol es un método seguro para mujeres que sufren un aborto espontáneo y que nunca han dado a luz.
- ¿Se puede usar el misoprostol sin riesgos en mujeres que se han sometido a una cesárea con anterioridad?**

Sí. No existen razones clínicas para no utilizar el misoprostol para tratar mujeres con aborto incompleto e historial de cesáreas. En varios ensayos que evaluaron la utilidad del medicamento para el tratamiento del aborto incompleto no excluyeron a esas mujeres. (Elegir mujeres con tamaño de útero <12 semanas medido a partir de la FUM, garantizará que el misoprostol se administre sin riesgos a quienes presenten cicatrices uterinas.)
- ¿Se puede tratar con misoprostol a una mujer con aborto incompleto aunque ya haya tomado misoprostol (para inducir el aborto)?**

Sí. Algunos proveedores han expresado preocupación respecto a volver a administrar misoprostol a quienes lo hayan tomado antes de presentarse a la clínica, pero sí se les puede ofrecer el medicamento aunque lo hayan utilizado para inducir el aborto. No se han reportado efectos adversos al repetir la dosis de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto y numerosos estudios han demostrado que el tratamiento con misoprostol funciona bien en mujeres que podrían haber inducido su aborto con dicho medicamento.
- ¿Se puede usar el misoprostol en mujeres de más de 12 semanas medidas de acuerdo a la FUM?**

La información contenida en esta guía sobre el uso del misoprostol para aborto incompleto aplica cuando el tamaño del útero no es mayor al esperado en un embarazo de 12 semanas. Sin embargo, el tiempo de amenorrea puede ser mayor de 12 semanas porque existe la posibilidad de que se haya expulsado parte del contenido del útero. Normalmente, se requieren dosis *menores* para la evacuación segura y eficaz del contenido de un útero de mayor tamaño.

- **¿Se debe administrar misoprostol a la mujer si se presenta con signos de infección?**
Las mujeres que se presentan con dos o más signos de infección (sensibilidad uterina significativa, fiebre >38°C, flujo de olor fétido) deben someterse inmediatamente a la evacuación quirúrgica con cobertura de antibióticos.
- **¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento con misoprostol?**
Entre los efectos secundarios esperados se encuentran dolor, cólicos, náusea, vómito, fiebre y escalofríos, mismos que son temporales, fáciles de manejar y de baja intensidad. La mayoría de las mujeres opina que los efectos secundarios les resultan tolerables.
- **¿Las mujeres que reciben misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto pueden quedar anémicas?**
No, el tratamiento no aumenta el riesgo de anemia; de hecho, los datos de un estudio reciente sobre ese punto no revelan una diferencia clínicamente significativa en el cambio del nivel de hemoglobina entre mujeres tratadas con misoprostol y mujeres que se sometieron a AMEU. Muy pocas participantes registraron disminuciones de importancia clínica en el nivel de hemoglobina.
- **¿El tratamiento con misoprostol aumenta el riesgo de infección?**
No existe evidencia de que el tratamiento con misoprostol aumente el riesgo de infección.
- **¿Se deben administrar antibióticos junto con el misoprostol de manera rutinaria?**
No se requiere prescribir rutinariamente cobertura de antibióticos. Se deben seguir las normas locales sobre el uso de dichos medicamentos y el proveedor puede determinar si la mujer los necesita basándose en su historia clínica o en el examen físico.

- ¿Se requiere una visita de seguimiento?**

En muchos escenarios la norma de atención establece visitas de seguimiento para quienes hayan recibido tratamiento quirúrgico o con medicamentos. Debido a las muy elevadas tasas de eficacia de ambos tipos de tratamiento, se ha demostrado que se requieren pocas visitas de seguimiento por razones médicas. Sin embargo, es importante que las mujeres aprendan cuáles son los signos de tejido retenido y de infección para que sepan cuándo necesitan una visita de seguimiento para proteger su salud (véase la sección de Seguimiento).
- Si en la visita de seguimiento el ultrasonido no revela presencia de restos de tejido pero sí un engrosamiento del endometrio, ¿se necesita practicar la evacuación quirúrgica?**

No. Los estudios han demostrado que el grosor del endometrio no indica que sea necesaria la cirugía. Se recomienda que la decisión de practicar la evacuación quirúrgica se base en signos clínicos y no en los hallazgos del ultrasonido.
- Si para la visita de seguimiento no ha concluido el proceso de aborto de la mujer, ¿se le puede administrar sin riesgos otra dosis de misoprostol y pedirle que regrese una semana después?**

Sí. Si el proceso de aborto no ha concluido a la visita de seguimiento y la mujer se encuentra estable desde el punto de vista clínico y se muestra dispuesta a seguir esperando la evacuación del útero, se le puede ofrecer otra dosis de misoprostol.
- ¿Se puede usar anticoncepción después del tratamiento con misoprostol?**

Sí se puede ofrecer anticoncepción a mujeres que hayan sido tratadas con misoprostol, como es el caso de quienes han recibido servicios estándar de atención postaborto. Casi todos los anticonceptivos se pueden ofrecer en la primera visita, pero el DIU se puede integrar a la visita de seguimiento, de haberse programado así.

X. REFERENCIAS

1. Unedited Draft Report of the 17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009. (Accessed May 2009 at http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEBuneditedTRS_2009.pdf.)
2. Greibel CP, Halvorsen J, Goleman TB, et al. Management of spontaneous abortion. *American Family Physician* 2005; 72 (7): 1243-1250.
3. Warriner IK, Shah IH, eds. Preventing unsafe abortion and its consequences: Priorities for research and action. New York: Guttmacher Institute, 2006.
4. World Health Organization. Definition of unsafe abortion, 2009. (Accessed May 2009 at http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/index.html.)
5. Singh, S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: Estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368: 1887-1892.
6. Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2007; 2(1): 67-108.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for postabortion care. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 113 (2 Pt 1): 465-468.
8. Sahin HG, Sahin HA, Kocer M. Randomized outpatient clinical trial of medical evacuation and surgical curettage in incomplete miscarriage. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2001; 6(3): 141-144.
9. Shannon CS, Winikoff B, eds. Misoprostol: An emerging technology for women's health. Report of a Seminar: May 7-8, 2001. New York: Population Council, 2004.
10. Goldberg AB, Greenberg M, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine* 2001; 344 (1): 38-47.
11. Shannon C. Misoprostol: Investigator's brochure. New York: Gynuity Health Projects, 2006.

12. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, et al. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99: S186–S189.
13. Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, et al. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114(11): 1363-1367.
14. Diop A, Rakotovao J, Raghavan S, et al. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: A randomized clinical trial. *Contraception* 2009; 79: 456-462.
15. Bique C, Usta M, Debora B, et al. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 98(3): 222-226.
16. Dao B, Blum J, Thieba B, et al. Is misoprostol a safe, effective, acceptable alternative to manual vacuum aspiration for post abortion care? Results from a randomized trial in Burkina Faso, West Africa. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007; 114(11): 1368-1375.
17. Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, et al. A randomized controlled study comparing 600 versus 1200 mcg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception* 2005; 72(6): 438-442.
18. Weeks A, Alia G, Blum J, et al. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106(3): 540-547.
19. Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, et al. Expectant, medical or surgical management of first-trimester miscarriage: A meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(5): 1104-1113.
20. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, et al. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of a randomised controlled trials (miscarriage treatment (MIST) trial). *British Medical Journal* 2006; 332: 1235-1240.
21. Postabortion Care Consortium Community Task Force. Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model. Postabortion Care Consortium. July, 2002. (Accessed May 2009 at http://www.pac-consortium.org/site/PageServer?pagename=PAC_Model.)

22. Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, et al. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. *Human Reproduction* 2002; 17(2): 332-336.
23. Zieman M, Fong SK, Benowitz NL, et al. Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 90(1): 88-92.
24. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: A randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 368: 1248-1253.
25. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, et al. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 103: 860-865.
26. Creinin MD, Huang X, Westhoff C, et al. Factors related to successful misoprostol treatment for early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107(4): 901-907.
27. Consensus Statement: Instructions for use – misoprostol for treatment of incomplete abortion. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects. June 9, 2004. New York, NY.
28. Moodliar S, Bagratee JS, Moodley J. Medical v. surgical evacuation of first-trimester spontaneous abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 91: 21-26.
29. Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2001; 108: 213-214.
30. Pang MW, Lee TS, Chung TKH. Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. *Human Reproduction* 2001; 16(11): 2283-2287.
31. Davis AR, Hendlish SK, Westhoff C, et al. Bleeding patterns after misoprostol vs surgical treatment of early pregnancy failure: results from a randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007 Jan; 196(1):31.e1-7.
32. Dabash R, Cherine M, Darwish E, et al. Misoprostol (400 mcg) sublingual vs. MVA for the treatment of incomplete abortion in Egypt. 2009. *In submission*.

33. Robledo C, Zhang J, Troendle J, et al. Clinical indicators for success of misoprostol treatment after early pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99(1):46-51.
34. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2009; 34(1): 104-9.
35. Gemzell-Danielsson K, Fiala C, Weeks A. Misoprostol: first-line therapy for incomplete miscarriage in the developing world. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114(11):1337-1339.
36. Shelley JM, Healy D, Grover S. A randomised trial of surgical, medical and expectant management of first trimester spontaneous miscarriage. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2005; 45(2): 122-127.
37. Coughlin LB, Roberts D, Haddad NG, et al. Medical management of first trimester incomplete miscarriage using misoprostol. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2004; 24(1): 67-68.
38. Graziosi GCM, Mol BW, Ankum WM, et al. Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 86: 337-346.
39. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gómez Ponce de León R, et al. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99 Suppl 2: S182-185.
40. Shankar M, Economides DL, Sabin CA, et al. Outpatient medical management of missed miscarriage using misoprostol. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 27(3): 283-286.
41. Sharma D, Singhal SR, Rani XX. Sublingual misoprostol in management of missed abortion in India. *Tropical Doctor* 2007; 37(1): 39-40.
42. Tang OS, Ong CY, Tse KY, et al. A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction* 2006; 21(1):189-192.
43. Vejborg TS, Rorbye C, Nilas L. Management of first trimester spontaneous abortion with 800 or 400 ug vaginal misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2006; 92: 268-269.

44. Agostini A, Ronda I, Capelle M, et al. Influence of clinical and ultrasound factors on the efficacy of misoprostol in first trimester pregnancy failure. *Fertility & Sterility* 2005; 84(4):1030-1032.
45. Blohm F, Friden BE, Milsom I, et al. A randomised double blind trial comparing misoprostol or placebo in the management of early miscarriage. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2005; 112: 1090-1095.
46. Kovavisarath E, Jamnansiri C. Intravaginal misoprostol 600 mcg and 800 mcg for the treatment of early pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 90: 208-212.
47. Lister MS, Shaffer LE, Bell JG, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of vaginal misoprostol for management of early pregnancy failures. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2005; 193(4): 1338-1343.
48. Sifakis S, Angelakis E, Vardaki E, et al. High dose misoprostol used in outpatient management of first trimester spontaneous abortion. *Archives of Gynecology & Obstetrics* 2005; 272: 183-186.
49. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al for the National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine* 2005; 353(8): 761-769.
50. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, et al. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004; 19(2): 266-271.
51. Davis AR, Robilotto CM, Westhoff CL, et al. Bleeding patterns after vaginal misoprostol for treatment of early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2004; 19(7): 1655-1658.
52. Gilles JM, Creinin MD, Barnhardt K, et al for the National Institute of Child Health and Human Development Management of Early Pregnancy Failure Trial. A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2004; 190(2): 389-394.

53. Graziosi GC, Mol BW, Reuwer PJ, et al. Misoprostol versus curettage in women with early pregnancy failure after initial expectant management: A randomized trial. *Human Reproduction* 2004; 19(8): 1894-1899.
54. Murchison A, Duff P. Misoprostol for uterine evacuation in patients with early pregnancy failures. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2004; 190: 1445-1446.
55. Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, et al. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 87: 138-142.
56. Taner CE, Nayki U, Pirci A. Misoprostol for medical management of first-trimester pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 86: 407-408.
57. Al Inizi SA, Ezimokhai M. Vaginal misoprostol versus dinoprostone for the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2003; 83(1): 73-74.
58. Tang OS, Lau WN, Ng EH, et al. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction* 2003; 18: 176-181.
59. Kovavisarach E, Sathapanachai U. Intravaginal 400ug misoprostol for pregnancy termination in cases of blighted ovum: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002; 42(2): 161-163.
60. Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: A randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2002; 187: 321-326.
61. Wood SL, Brain PH. Medical management of missed abortion: A randomized clinical trial. *Obstetrics & Gynecology* 2002; 99: 563-566.
62. Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, et al. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2001; 16(2): 365-369.

63. Ngai SW, Chan YM, Tang OS, et al. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction* 2001; 16(7):1493-1496.
64. Ayres-de-Campos, Teixeira-da-Silva J, Campos I, et al. Vaginal misoprostol in the management of first-trimester missed abortions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000; 71: 53-57.
65. Autry A, Jacobsen G, Sandhu R, et al. Medical management of non-viable early first trimester pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1999; 67: 9-13.
66. Chung TK, Lee DT, Cheung LP, et al. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertility & Sterility* 1999; 71(6):1054-1059.
67. Zalanyi S. Vaginal misoprostol alone is effective in the treatment of missed abortion. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 1998; 105: 1026-1035.
68. Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 89: 768-772.
69. Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1997; 56: 263-266.

Gynuity Health Projects
15 East 26th Street, 8th Floor
New York, NY 10010 U.S.A
tel: 1.212.448.1230
fax: 1.212.448.1260
sitio de web: www.gynuity.org
información: pubinfo@gynuity.org

Gynuity
HEALTH PROJECTS