

## Fracaso gestacional y misoprostol: ha llegado la hora del cambio

*Dra. Beverly Winikoff, MD, MPH*

*Reprinted with permission from the New England Journal of Medicine; August 25, 2005; 353(8):834-836; www.nejm.org*

*© 2005 Massachusetts Medical Society*

### Redactora invitada:

Beverly Winikoff  
Presidenta, Gynuity Health Projects

### Redactora:

Diane Bushley

### Diseño Gráfico:

Leslie Byrd

### Presidente actual del Consorcio de APA:

IntraHealth International, Inc.,  
www.intrahealth.org

### Co-Presidentes de la Comisión Especial de Comunicaciones:

David Nelson, IntraHealth International  
Laura Raney, Population Council

El fracaso gestacional en el primer trimestre del embarazo es uno de los motivos más frecuentes por el que las mujeres acuden a los servicios de urgencias. De hecho, esta indicación de legrado resultó ser la responsable de hasta tres cuartas partes de todas las intervenciones ginecológicas urgentes realizadas durante la noche en una revisión.<sup>1</sup> Sin embargo, la expresión “fracaso gestacional” no pertenece a la terminología clínica, sino que describe diversos trastornos en los que un óvulo fertilizado implantado interrumpe su desarrollo hacia la viabilidad. Se incluyen en la categoría de fracaso gestacional precoz el aborto espontáneo (tanto el completo, en el que se expulsan todos los productos de la concepción, como el incompleto, en el que permanecen algunos de ellos), el huevo huero (en el que no se ha desarrollado un embrión) y el aborto retenido (muerte embrionaria o fetal oculta, en la que la gestación termina sin que existan síntomas claros que lo indiquen).

Es posible que el motivo más frecuente de fracaso gestacional precoz sea un embarazo no deseado y el posterior aborto provocado. Cuando no existen servicios médicos de calidad para la interrupción voluntaria del embarazo, a menudo se diagnostica erróneamente a las mujeres que acuden al médico tras un procedimiento chapucero o incompleto de complicaciones causadas por un aborto espontáneo. Las mujeres que se someten a procedimientos clandestinos o ilegales pueden no desear revelarlo, por lo que las causas del fracaso gestacional (y la fiabilidad de los diagnósticos) son distintas en los lugares en los que existen servicios para la interrupción

del embarazo y en los lugares en los que no existe dicha posibilidad. Por ejemplo, tras la entrada en vigor de la ley que despenalizaba el aborto en el Estado de Nueva York en 1970, las tasas registradas de abortos espontáneos disminuyeron un 20% en el hospital municipal de Brooklyn y sus centros adscritos.<sup>2</sup> Es probable que las tasas de clasificación errónea sean incluso mayores en los lugares en los que el aborto conlleva un gran estigma o es ilegal. En Rumanía, las tasas registradas de aborto espontáneo se redujeron en más de un 40% tras la legalización del aborto en 1990.<sup>3</sup>

El tratamiento que se ofrece con mayor frecuencia a las mujeres con estos trastornos es el vaciado quirúrgico del útero mediante legrado intrauterino instrumental o mediante aspiración eléctrica o manual, dependiendo de las prácticas locales habituales. La actitud expectante (esperar a que el proceso de aborto termine de forma espontánea) también se ofrece en ocasiones a las mujeres con presentaciones clínicas no complicadas. Pero la espera es una forma más lenta de resolver el problema y algunas mujeres terminarán necesitando cirugía de todas maneras. No obstante, muchas mujeres aceptan gustosas estas incomodidades sin con ello pueden evitar un procedimiento invasivo.

En el último decenio, se ha propuesto al análogo de la prostaglandina E1 misoprostol—un fármaco fácil de conseguir, seguro y relativamente barato que fue originalmente aprobado por la FDA para la prevención de las úlceras gástricas durante el uso a largo plazo de antiinflamatorios no esteroideos—como enfoque alternativo para el



APA en Acciones una publicación del Consorcio de Atención Postaborto, producida por IntraHealth International, Inc. Si usted tiene comentarios, preguntas o sugerencias respecto al boletín, por favor diríjase a:

IntraHealth International  
6340 Quadrangle Drive, Suite 200  
Chapel Hill, NC 27517  
Tel: 919-313-9100  
CE: info@pac-consortium.org

### Consejo de redacción:

Jessica A. Cohen, PATH  
Maureen Corbett, IntraHealth International  
Gwyn Hainsworth, Pathfinder International  
Ron Magarick, JHPIEGO  
Joseph Ruminjo, EngenderHealth  
Kirsten Sherk, Ipas  
Elizabeth Westley, Family Care International

Lo invitamos a visitar nuestro sitio Web:  
[www.pac-consortium.org](http://www.pac-consortium.org)

tratamiento del fracaso gestacional precoz.<sup>4</sup> De hecho, el misoprostol se ha propuesto (y usado de forma generalizada en algunos lugares) para diversas indicaciones obstétricas o ginecológicas: inducción del parto, preparación del cuello uterino para procedimientos quirúrgicos, prevención o tratamiento de la hemorragia post-

parto e interrupción del embarazo. Aunque el empleo del misoprostol para estas indicaciones es cada vez más frecuente en todo el mundo, dichos usos siguen siendo “extraoficiales” y los laboratorios farmacéuticos han estado mirando para otro lado en lo que se refiere al desarrollo y el registro del fármaco para esas otras

posibles indicaciones. Como resultado, muchos estudios se han visto limitados por el pequeño número de participantes, así como por el uso de regímenes idiosincrásicos y definiciones no estandarizadas o vagas de los casos y los resultados.

En este número del Journal, Zhang y cols. comunican los resultados obtenidos en 652 mujeres con fracaso gestacional precoz que fueron asignadas aleatoriamente (en una proporción 3:1) a recibir misoprostol (una o dos dosis de 800 µg por vía vaginal) o a someterse a una aspiración uterina<sup>5</sup>; en las mujeres asignadas al misoprostol se realizaba también una aspiración si el tratamiento médico no tenía éxito. Los resultados demuestran de forma convincente la eficacia, la seguridad y la aceptabilidad del misoprostol para el tratamiento del fracaso gestacional (sobre todo del aborto retenido y del huevo huero) y muestran que este medicamento puede ser una opción preferible a la cirugía en algunas mujeres. De hecho, en esta serie, más del 80% de las mujeres a las que se les administró el tratamiento médico no necesitaron intervención quirúrgica alguna. En conjunto, los grupos tratados médica y quirúrgicamente presentaron calificaciones similares y muy favorables con respecto a sus tratamientos.

Los resultados de este informe, junto con los de informes anteriores,<sup>6-12</sup> proporcionan a los médicos la información que necesitan para usar este medicamento de forma responsable en el tratamiento del fracaso gestacional precoz. Sin embargo, quedan algunas preguntas por responder.

Los estudios existentes demuestran que el uso del misoprostol para el fracaso gestacional precoz es más eficaz que la actitud expectante (la no intervención), que constituye la otra alternativa principal al tratamiento quirúrgico inmediato.<sup>6-8</sup> Parece que con el misoprostol la resolución del aborto retenido es ligeramente menos fácil y satisfactoria que la del aborto incompleto.<sup>5,13</sup> Este hallazgo sugiere que mientras que la cirugía es una propuesta “de talla única para todos los casos” en el tratamiento del fracaso

## Comentario de la redactora invitada:

A nivel mundial, cada año mueren 585,000 mujeres a consecuencia de las complicaciones del embarazo y del parto. Los esfuerzos para disminuir las tasas de estas muertes deberán centrarse en la atención a la hemorragia, la infección, el aborto realizado en condiciones de riesgo (aborto inseguro), la eclampsia y el parto obstruido, todas ellas causas principales de la mortalidad materna. El misoprostol, un análogo de la prostaglandina que aparece registrado en más de 60 países para el tratamiento y la prevención de úlceras gástricas causadas por el uso prolongado de medicamentos antiinflamatorios, se está usando cada vez más de forma generalizada para indicaciones de salud reproductiva no mencionadas en el empaque de este fármaco. Entre dichas indicaciones figuran la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto, el aborto inducido, el tratamiento del aborto incompleto, el aborto retenido y la muerte fetal en útero, así como la preparación del cuello uterino para procedimientos quirúrgicos ginecológicos. El desarrollar la promesa del misoprostol para sus indicaciones de salud reproductiva podría mejorar considerablemente la salud materna en todo el mundo, dado que la píldora es fácil de almacenar, barata, estable a una amplia variedad de temperaturas y fácil de administrar. Gracias a estas características, el misoprostol es una tecnología ideal para uso en entornos con escasos recursos.

Los avances en los servicios de salud no siempre exigen la invención de nuevas tecnologías o nuevos fármacos. A veces es posible lograr considerables mejoras en la atención a la salud simplemente al adaptar la tecnología actual o al cambiar la forma en que se usan los fármacos. El contemplar nuevas formas de utilizar lo que ya se tiene a mano puede resultar más económico y más rápido que la búsqueda para inventar nuevas tecnologías a partir de la nada. De hecho, eso es lo que está sucediendo actualmente con el misoprostol, un fármaco que ha suscitado gran interés en la comunidad de la salud materna debido a su eficacia para tratar muchas afecciones graves de la salud, y porque ya está ampliamente disponible a nivel internacional.

No obstante, para poder usarse de forma generalizada en los programas oficiales, el fármaco debe ser registrado oficialmente para su uso en nuevas circunstancias. La falta de dicho registro es uno de los retos actuales a la ampliación de los programas en los que se suministra este fármaco. Mientras prevemos y nos esforzamos por crear nuevos productos desarrollados específicamente para indicaciones de salud materna, la difusión de información puede facilitar que más prestadores de servicios y más sistemas de salud usen el fármaco disponible en el mercado actual para indicaciones “extraoficiales”. Si los sistemas de salud nacionales, las organizaciones profesionales tanto internacionales como nacionales y los peritos en salud colaboran conjuntamente para aprobar regímenes específicos para el uso de este fármaco, es posible que su promesa pase a ser una realidad más generalizada dentro de un plazo más corto.

Este número de APA en Acción contiene varios recursos que pueden resultar útiles al tomar en consideración el uso del misoprostol en los servicios de atención postaborto. Esperamos que al difundir más información sobre este tema a más prestadores de servicios de salud, sistemas de salud y defensores y promotores de la salud de las mujeres, este número ayudará a lograr el potencial de un nuevo enfoque para salvar la vida de las mujeres.

*Beverly Winikoff, Presidenta, Gynuity Health Projects*  
[www.gynuity.org](http://www.gynuity.org)

gestacional precoz, el tratamiento médico quizá no lo sea. Además, la dosis mínima eficaz de misoprostol para cada trastorno en el que se usa aún no está clara y es posible que dicha dosis resulte ser diferente para las distintas clases de abortos.<sup>5,7</sup> Tampoco sabemos si con dosis repetidas de misoprostol se consiguen de forma sistemática resultados más eficaces que con una sola dosis seguida del tiempo suficiente para que haga efecto.<sup>9</sup>

También existen dudas sobre la vía de administración, ya que se han utilizado prácticamente todas las variantes posibles (se ha comunicado el uso por vía oral, vaginal, rectal, bucal y sublingual). Algunos estudios parecen indicar que la aplicación vaginal de misoprostol hace que aumente la tasa de éxito y que se reduzcan los efectos secundarios en comparación con la vía oral y las otras vías de administración, en tanto que los resultados de otros estudios indican que las diversas vías son igualmente eficaces y presentan tasas similares de efectos secundarios.<sup>10-12</sup> En muchos estudios de administración vaginal se han utilizado comprimidos de misoprostol creados y registrados para su uso por vía oral. Pero los procedimientos habituales para el registro de fármacos harán imposible que un laboratorio farmacéutico registre un comprimido oral para su uso vaginal sin incurrir en gastos adicionales considerables en estudios y, posiblemente, en la reformulación del comprimido. De momento, ningún laboratorio ha realizado tal inversión, en parte porque resultaría prácticamente

imposible para un producto de este tipo competir con éxito con los baratos comprimidos de misoprostol disponibles en la actualidad.

Aunque el estudio de Zhang y cols. se llevó a cabo en los Estados Unidos, el desarrollo de tratamientos no quirúrgicos para el fracaso gestacional precoz podría tener mayor trascendencia en otros países. En entornos con recursos limitados, la atención quirúrgica de calidad no está al alcance de todo el mundo. Se calcula que las consecuencias de los abortos realizados en condiciones no seguras están en el origen de aproximadamente el 13% de los fallecimientos maternos en todo el mundo, que se producen, casi siempre, en los países en vías de desarrollo.<sup>14</sup> El tratamiento con misoprostol como alternativa a la cirugía parece tener una gran aceptación entre las mujeres en todos los lugares en los que se ha probado<sup>5,10</sup> y pruebas recientes muestran con claridad que el uso de misoprostol en vez de la aspiración en un entorno ambulatorio reduce el coste de los servicios.<sup>15</sup> Es probable que las mujeres a las que se les ofrezca una terapia con misoprostol puedan recibir el tratamiento y el alta antes que las que se sometían a cirugía.<sup>5</sup> Además, para el tratamiento con pastillas no es necesario disponer de forma inmediata de instrumental estéril, quirófanos ni personal con experiencia en cirugía.

Pero a pesar de lo prometedor que parece, el empleo del misoprostol para el fracaso gestacional precoz en los países con recursos limitados podría encontrarse con importantes obstáculos. En los lugares en los que el gobierno establece las normas que

regulan la atención sanitaria, con frecuencia está prohibido el uso de medicamentos para indicaciones no autorizadas. En otros casos, a los médicos podrían preocuparles las posibles sanciones o la falta de financiación derivadas del uso en indicaciones no autorizadas. Los gobernantes podrían también vacilar a la hora de adoptar oficialmente un tratamiento que no ha sido registrado ni autorizado por la agencia reguladora de su propio país ni por ninguna otra agencia reguladora internacionalmente reconocida.

En el futuro, tanto el sector público como el sector privado pueden intentar aumentar la disponibilidad de los productos de misoprostol específicos para indicaciones ginecológicas. Por ahora, los médicos tienen la oportunidad de mejorar la atención sanitaria de las mujeres sustituyendo por un tratamiento no quirúrgico los procedimientos de legrado o aspiración, pero deberán estar dispuestos a realizar dicho cambio recurriendo al uso de un medicamento para indicaciones no autorizadas. Dicho esto, el informe de Zhang y cols., junto con los artículos médicos revisados por expertos publicados con anterioridad y el amplio respaldo de la comunidad, proporciona datos de apoyo a favor de dicho cambio.

La **Dra. Winikoff** es la presidenta de Gynuity Health Projects, una organización no financiada por la industria farmacéutica que lleva a cabo proyectos de investigación y otras iniciativas relacionadas con las técnicas de salud reproductiva.

De Gynuity Health Projects, Nueva York.

1. Mckee M, Priest P, Ginzler M, Black N. Can out-of-hours operating in gynaecology be reduced? Archives of Emergency Medicine 1992;9:290-298.

2. Lanham JT, Kohl SG, Bedell JH. Changes in pregnancy outcome after liberalization of the New York State abortion law. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1974;118:485-492.

3. Johnston WR. Historical Abortion statistics, Romania. Johnston's archive. Avril 2005. (Accès le 4 août 2005, at <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-romania.html>.)

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

5. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. New England Journal of Medicine 2005;353:761-769.

6. Chung TKH, Cheung LP, Leung TY, Haines CJ, Chang AMZ. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1995;102:832-835.

7. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. Human Reproduction 2004;19:266-271.

8. Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. Human Reproduction 2001;16:1493-1496.

9. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, et al. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. Obstetrics and Gynecology 2004;102:860-865.

10. Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, Quan TTV, Winikoff B. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 2004;87:138-142.

11. Pang MW, Lee TS, Chung TKH. Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. Human Reproduction 2001;16:2283-2287.

12. Tang OS, Lau WNT, Ng EHY, Lee SWH, Ho PC. 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.

13. Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. Human Reproduction 2001;16:365-369.

14. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4e éd. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2004.

15. Graziosi GCM, van der Steeg JW, Reuwer PHW, Drogtop AP, Bruinse HW, Mol BWJ. Economic evaluation of misoprostol in the treatment of early pregnancy failure compared to curettage after an expectant management. Human Reproduction 2005;20:1067-1071.

# El misoprostol para la atención postaborto

Sheila Raghavan y Beverly Winikoff, Gynuity Health Projects

## Introducción

El misoprostol es un fármaco con un gran potencial para avanzar la salud de las mujeres, en parte debido a su promesa como una tecnología de evacuación endouterina para uso en la atención postaborto (APA). A nivel mundial existe una gran necesidad de contar con servicios de APA segura, eficaz e integral. Aproximadamente el 15% de los embarazos reconocidos clínicamente terminan espontáneamente en el primer y en el segundo trimestre.<sup>1</sup> Más aún, se calcula que cada año se inducen unos 20 millones de abortos en condiciones de riesgo.

Las mujeres en varias circunstancias clínicas diferentes necesitan los servicios de APA. Algunas mujeres presentan aborto incompleto después de tener un aborto espontáneo o inducido. Clínicamente, este diagnóstico se basa en síntomas de sangrado, el posible paso de tejido y, con frecuencia, un orificio cervical abierto. El aborto incompleto es particularmente común en países donde no se cuenta con servicios de aborto seguro. Otras mujeres experimentan un aborto retenido, el cual generalmente no presenta síntomas manifiestos, pero se puede diagnosticar a raíz de la falta de actividad cardíaca fetal o de un saco gestacional irregular vacío. El diagnóstico de un aborto retenido se ve limitado sin acceso a una ecografía, que a menudo no está disponible en los establecimientos de salud con escasos recursos.

Las mujeres que presentan aborto incompleto, por lo general, son atendidas con métodos quirúrgicos como el legrado uterino instrumental (LUI), también conocido como dilatación y curetaje (D&C), la aspiración eléctrica endouterina (AEEU) y la aspiración manual endouterina (AMEU). El misoprostol es una alternativa al tratamiento quirúrgico. Es sencillo, no invasivo y posiblemente sea preferido por las mujeres.<sup>2</sup> También es posible que sea la única opción de tratamiento en los servicios de salud que carecen de personal calificado y de acceso a equipo quirúrgico. Esta ventaja del misoprostol es de particular importancia porque tiene el potencial de ampliar el acceso al tratamiento para aquéllas que más lo necesitan: las mujeres que sufren complicaciones del aborto inducido de manera clandestina. Las mujeres que presentan abortos espontáneos generalmente son atendidas por un prestador de servicios de atención prenatal o en una sala de urgencias, y aquéllas que presentan complicaciones de abortos realizados en un establecimiento médico, por lo general, son atendidas por los prestadores de servicios originales. En cambio, las mujeres que sufren complicaciones de abortos inducidos clandestinamente posiblemente sean las más vulnerables a los impactos de salud de largo plazo de dichas complicaciones. Estas mujeres tienen acceso limitado a los servicios de salud, y a veces conocimientos limitados de estos servicios, tan necesarios para tratar sus problemas, como la hemorragia, la infección y el daño físico al sistema reproductivo. Una infección pélvica o una perforación uterina pueden tener como consecuencia una morbilidad de largo plazo.<sup>1</sup>

## Antecedentes

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1, que ha sido aprobado para la prevención y el tratamiento de las úlceras gástricas asociadas con el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Las prostaglandinas son lípidos compuestos de ácidos grasos modificados. Existen unos 20 compuestos naturales en esta clase, y estos actúan de manera similar a las hormonas. Un análogo es una forma sintética de la prostaglandina.<sup>2</sup> Además de usarse en el tratamiento del aborto incompleto, el misoprostol ha sido utilizado para una variedad de indicaciones ginecológicas y obstétricas que se clasifican en tres categorías amplias: el trabajo de parto, el parto y el posparto, la evacuación del útero después de un fracaso gestacional y el aborto inducido.<sup>3,4</sup>

El fármaco estimula las contracciones de los músculos del útero, y por ende disminuye el sangrado y la evacuación del contenido uterino. Debido a su capacidad de evacuar el útero de manera segura y eficaz después de un fracaso gestacional, así como a su amplia disponibilidad y bajo costo, el misoprostol es una opción adecuada en muchos países en desarrollo. Más aún, dado que no se necesita ningún equipo quirúrgico o capacitación en intervenciones quirúrgicas, este fármaco puede ser administrado en diversos niveles del sistema de salud y por diferentes tipos de personal.

## Resultados de las investigaciones

En varios estudios se ha evaluado la seguridad y eficacia del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto y se ha determinado su aceptación tanto por las mujeres como por los prestadores de servicios de salud. Los altos niveles de seguridad, eficacia y satisfacción expresados por las mujeres (en promedio, más del 90% de las mujeres informaron estar 'satisfechas' o 'muy satisfechas' con el método) han generado suficiente confianza para promover la integración del misoprostol a los programas de APA. Las continuas investigaciones pueden ayudar a preparar el terreno para la ampliación e integración de este método a los servicios de APA en todo el mundo.

Los estudios iniciales sobre el misoprostol se centraron en encontrar la dosis y vía adecuadas para esta indicación. Más adelante, las investigaciones compararon al misoprostol con las opciones de tratamiento quirúrgico. Los estudios en los que se compararon 600 microgramos (mcg) con 1200 mcg de misoprostol vía oral en Tailandia y Vietnam no revelaron ninguna diferencia en la eficacia de los dos regímenes.<sup>5,6</sup> Además, en un estudio en el cual se comparó el misoprostol con la AMEU para el aborto incompleto en Uganda, se reveló una alta tasa de eficacia tanto del misoprostol vía oral (el 96.3%) como de la AMEU (el 91.5%). La aceptación de ambos métodos por parte de las usuarias también fue alta (el 94.2% para el misoprostol y el 94.7% para la AMEU) y refleja, en parte, la aceptación de los efectos secundarios más comunes del misoprostol: sangrado, dolor, escalofríos, fiebre, náuseas, vómito y diarrea.



El estudio realizado en Uganda indica que una abrumadora mayoría de las mujeres que recibieron 600 mcg de misoprostol vía oral, evitaron la evacuación endouterina por intervención quirúrgica. El perfil de los efectos secundarios se dio según previsto (el 22% de las mujeres que recibieron misoprostol y el 10.9% de aquéllas que se sometieron al procedimiento de AMEU informaron uno o más efectos secundarios) y la necesidad de efectuar una ecografía para confirmar la evacuación completa del útero fue infrecuente. El estudio encontró que una capacitación integral aumenta la confianza del prestador de servicios de salud, y por ende la eficacia del método. Los autores también concluyeron que la APA basada en el tratamiento del misoprostol exige habilidad técnica mínima, por lo cual es una opción ideal para los centros de salud rurales con limitadas instalaciones.<sup>1</sup>

### Instrucciones para su uso

En junio de 2004, un grupo de profesionales con experiencia y conocimientos epidemiológicos, clínicos y programáticos, participó en una reunión de una jornada en Nueva York y recomendó un protocolo estándar para el uso del misoprostol a raíz de las investigaciones realizadas al respecto.

“Instrucciones para empleo: misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo” proporciona orientación para el personal clínico y médico en la forma de un etiquetado sombra del producto, que incluye las indicaciones y el uso, las contraindicaciones, los efectos y efectos secundarios, y las dosis y la administración del misoprostol para el aborto incompleto, el aborto espontáneo y el aborto inducido. Las instrucciones han sido difundidas en ocho idiomas, tanto en formato electrónico (fuente [http://www.gynuity.org/pub\\_b.html](http://www.gynuity.org/pub_b.html) o [http://www.gynuity.org/documents/ifu\\_abortion\\_eng.pdf](http://www.gynuity.org/documents/ifu_abortion_eng.pdf) para la versión en inglés) como por medio de cursos de capacitación clínica, sitios Web e inclusión en artículos científicos.

El misoprostol es indicado para el tratamiento del aborto incompleto y el aborto espontáneo para mujeres que presentan una altura uterina menor o igual que las 12 semanas desde la fecha de la última menstruación (FUM) al llegar al establecimiento de salud. Las tasas de eficacia varían desde el 66% al 100% (más cercanas a la cifra más alta en los últimos estudios), usando la dosis recomendada para el aborto incompleto (dosis única de 600 mcg de misoprostol vía oral). En los casos de aborto retenido, la eficacia varía entre el 60 y el 93 por ciento usando la dosis recomendada (800 mcg de misoprostol vía vaginal). El uso del misoprostol para evacuar los restos ovulares retenidos no será un 100% eficaz, y por tanto un pequeño porcentaje de mujeres aún necesitarán que se les practique una evacuación quirúrgica. No obstante, el misoprostol tiene un enorme potencial como tratamiento para el fracaso gestacional.<sup>8</sup>

### Desde la investigación hasta la práctica

A pesar de los prometedores resultados de las investigaciones sobre el misoprostol, la integración del misoprostol a los programas de APA plantea algunos retos. Lo primordial

entre estos es la necesidad de compartir la información con el fin de que las mujeres busquen el método y que los prestadores de servicios de salud lo ofrezcan. Estos últimos deben estar convencidos de la seguridad y eficacia del método antes de estar dispuestos a ofrecerlo. Más aún, dado que pocos prestadores de servicios han recibido capacitación en el uso del misoprostol para la APA, la capacitación ampliada es fundamental para el lanzamiento de este fármaco. Esta formación debería preparar a los prestadores de servicios para brindar consejería y tratamiento a las mujeres que presentan aborto incompleto según corresponda, ya que el misoprostol no es la tecnología adecuada para la evacuación endouterina en todos los casos. Por ejemplo, una hemorragia grave con signos vitales inestables descartaría el uso de misoprostol; en vez, debe realizarse una intervención quirúrgica inmediata en ésta y en otras situaciones de urgencia. El personal que ofrece misoprostol también debe estar capacitado para reconocer casos de infección y practicar una intervención quirúrgica oportuna o remitir a la mujer a un servicio donde puedan hacerlo.

La disponibilidad y la capacitación en la tecnología de ecografía es otro factor importante en el uso del misoprostol para la APA. Puede usarse la ecografía para confirmar una evacuación completa del útero, pero la dependencia excesiva de esta tecnología y la interpretación errónea de los resultados por personal que haya recibido capacitación deficiente, pueden llevar a una intervención quirúrgica innecesaria. No todos los prestadores de servicios de salud deben ser capacitados para usar la ecografía, pero los centros de referencia y el personal médico y técnico pertinente deberán entender sus usos y limitaciones.

Un tercer reto es ocuparse del seguimiento. Se recomienda una consulta de control, pero las mujeres que están “curadas” y que se sienten bien, por lo general, no quieren tomarse el tiempo de regresar al establecimiento de salud. La consulta de control es una oportunidad adicional para brindar consejería anticonceptiva, una evaluación final del estado del tratamiento de la mujer y mayor acceso a otros servicios de salud reproductiva. Por tanto, las mujeres deben entender, y los prestadores de servicios deben recalcar, los beneficios de la cita de control.

Aunque los tres retos mencionados anteriormente son de una naturaleza más clínica, también es esencial convencer a las personas responsables de planificar los programas en cuanto al valor del misoprostol para los programas de APA. Los programas de APA ya establecidos, fortalecidos mediante las alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios, han servido de plataforma crítica para el lanzamiento del misoprostol. Por ejemplo, gran parte del trabajo con el misoprostol en África occidental fue facilitado por extensas actividades en APA que ya estaban en curso en la región.

En los lugares donde no existen programas de APA, las reuniones con expertos locales, los funcionarios del Ministerio de Salud y prestadores de servicios clave

provenientes de la región proporcionan un foro importante para promover el uso del misoprostol. Desde el punto de vista programático, las reuniones nacionales y regionales son momentos oportunos para difundir los resultados de las investigaciones y para influir en las normas y políticas nacionales relacionadas con la APA. Estas interacciones podrían conducir a alianzas con los prestadores de servicios en zonas peri-urbanas y rurales, donde el acceso a la APA con frecuencia es limitado. Asimismo, la participación de las autoridades locales en el proceso de investigación facilita la integración y ampliación de nuevos métodos a largo plazo.

### Futuras investigaciones

A fin de promover y optimizar el uso del misoprostol para la APA, se deben realizar más investigaciones. Los análisis de costo-beneficio que comparan al misoprostol con los métodos quirúrgicos pueden aumentar el entusiasmo de los formuladores de políticas en cuanto al lanzamiento de la tecnología. Además, se están investigando nuevos regímenes, que posiblemente sean menos costosos, en los que se utilizan las vías de administración sublingual (por debajo de la lengua) y bucal (en el cachete). Otras preguntas sobre los niveles aceptados de sangrado y duración y riesgo de infección entre ciertos grupos de mujeres también pueden tratarse mediante futuras investigaciones.

### Registro del fármaco

Uno de los principales retos para lograr el uso generalizado del misoprostol para la APA, y por ende la creación de modelos para la prestación de servicios sostenibles, es el estado regulador y la disponibilidad del fármaco. En la actualidad, el misoprostol está registrado y disponible en más de 80 países, pero en casi todos los casos es comercializado sólo para sus indicaciones gastrointestinales. Dado que el misoprostol no está registrado para usarse en la APA, su integración a los programas de APA a menudo

se ve obstaculizada por la reticencia del Ministerio de Salud y por la falta de mercadotecnia oficial del producto. En las mejores circunstancias, los programas tendrían acceso a un producto registrado y comercializado para las indicaciones de APA, y que estuviera disponible mediante las vías comerciales y subsidiadas normales. Es imposible crear un programa de misoprostol sin un producto; por tanto, la disponibilidad garantizada del producto será forzosamente uno de los primeros pasos en la implementación del programa.

En los lugares donde no existe un producto registrado para la APA, los grupos interesados pueden emprender esfuerzos de promoción y defensa (advocacy) y de difusión de información. Las formas innovadoras de lograr la adquisición de suministros del fármaco en los hospitales también pueden ser de utilidad en la elaboración de programas piloto. Las pequeñas empresas que estén dispuestas a arriesgarse podrían llevar a cabo la tarea de registrar el misoprostol para la APA, especialmente si cuentan con la ayuda de alianzas entre el sector público y el privado.

### Conclusiones

Desde un punto de vista realista, se necesitan servicios seguros y eficaces para evitar las complicaciones del aborto, y no sólo para su tratamiento. Por tanto, la prestación de servicios de APA no sustituye el acceso adecuado a los servicios de aborto seguro. En los casos de las mujeres que necesitan recibir APA, el misoprostol no debe sustituir el acceso al tratamiento quirúrgico seguro, ya que a veces es necesario realizar una intervención quirúrgica debido al estado clínico de la mujer o como método de respaldo. En cambio, los programas de APA integral mejorarán la calidad de los servicios ofrecidos a las mujeres, puesto que estos serán proporcionados con una variedad de opciones de tratamiento y la atención más adecuada.

1. Weeks A, Alia G, Blum J, Winikoff B, Ekwaru P, Durocher J, Mirembe F. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2005;106(3):1-8.
2. Misoprostol: An emerging technology for women's health. Report of a seminar. Edited by Caitlin S. Shannon and Beverly Winikoff. 2004. Population Council.
3. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagora H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004;19:266-271.
4. Blanchard K, Clark S, Winikoff B, Gaines G, Kabani G, Shannon C. Misoprostol for women's health: a review. *Obstetrics & Gynecology* 2002;99(2):316-322.

5. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, Sirimai K, Svirirojana N, Mavimbela N, Winikoff B. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004;103:860-865.
6. Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, Quan TTV, Winikoff B. A randomized controlled study comparing 600 versus 1200 mcg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception* 2005;72:438-442.
7. Consensus Statement: Instructions for Use—Misoprostol for Treatment of Incomplete Abortion and Miscarriage. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects. June 9, 2004. New York, NY.
8. Winikoff B. Pregnancy failure and misoprostol—Time for a change. *New England Journal of Medicine*;353(8):834-836.

## Calendario

### 30 de mayo al 2 de junio de 2006

33º Congreso Anual del Consejo de Salud Global (GHC, por sus siglas en inglés), “Excelencia, innovación e influencia: caminos hacia el logro de resultados”. Washington, D.C., Omni Shoreham Hotel.

### 30 de mayo de 2006 (1-6 p.m.)

Reunión del Consorcio de APA en el Congreso del Consejo de Salud Global, “La planificación familiar postaborto: derechos, realidades y recomendaciones”. Washington, D.C., Omni Shoreham Hotel.

## Reactivación de la Iniciativa regional de atención postaborto en los países africanos de habla francesa

Maureen Corbett, IntraHealth International, Holley Stewart, Population Reference Bureau y Amadou Hassane Sylla, CEFOREP

La reactivación de la Iniciativa regional de APA en los países africanos de habla francesa fue el tema de una reunión celebrada entre agencias cooperantes de USAID y donantes, en Dakar, Senegal, del 1 al 2 de marzo de 2006. La iniciativa fue lanzada en marzo de 2002 con un congreso regional, también celebrado en Dakar, al cual asistieron delegaciones de 12 países, así como donantes y AC. Desde ese entonces, en varios países se ha establecido y/o ampliado la disponibilidad, la aceptación, la calidad y el uso de los servicios de atención postaborto, aunque aún falta mucho por hacer para tratar el problema del aborto inseguro e incompleto, una de las causas principales de la morbilidad y mortalidad maternas en la región.

La Secretaría de la iniciativa, el instituto africano regional Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Réproduction (CEFOREP) fue la sede de la reunión celebrada en marzo de 2006, a la cual asistieron representantes del Ministerio de Salud de Senegal, UNFPA, USAID, la OMS y UNICEF, así como representantes de agencias cooperantes y proyectos tales como La salud de África en 2010, IntraHealth, Population Council/FRONTERAS, Proyecto de Información para el Diálogo sobre Políticas (Policy Dialogue Information Project



Los equipos de país formularon planes de acción para la APA en el congreso de 2002. Aquí se muestran dos participantes repasando el plan para la Costa de Marfil.



Participantes del congreso de APA en los países africanos de habla francesa, celebrado en 2002, en Dakar.

o PDI), Proyecto de Extensión de la Prestación de Servicios (Extending Service Delivery o ESD), MSH/Senegal, AWARE RH e Ipas.

Las discusiones durante esta reunión de dos días de duración se centraron en cuatro áreas prioritarias para reactivar las actividades y los programas de APA a nivel de país: (1) cuidados obstétricos de emergencia; (2) PF postaborto y reposicionar la PF para evitar embarazos no deseados; (3) movilización y participación comunitaria; y (4) prestadores de servicios de salud de nivel intermedio y de nivel comunitario. El grupo repasó el estado de los planes de acción a nivel de país; identificó las prácticas que habían contribuido a los avances y los factores que habían creado obstáculos; y realizó una lluvia de ideas sobre cómo estos obstáculos podrían vencerse mediante la adaptación de mejores prácticas.

La reunión también sirvió de sede para el lanzamiento de la Iniciativa de implementación de las mejores prácticas (IBP), la cual es dirigida por un consorcio de 23 organizaciones, entre ellas la OMS, USAID y UNFPA, y promueve la documentación, difusión e implementación de las mejores prácticas en salud reproductiva. Hubo discusiones concretas y planificación para ver cómo el Consorcio de la IBP podría ayudar en el seguimiento de la Iniciativa regional de APA en los países africanos de habla francesa.

A partir de junio se podrá adquirir un informe de esta reunión. Para obtener una copia del informe o más información sobre la Iniciativa regional de APA en los países africanos de habla francesa, por favor envíe un mensaje a **Amadou Hassane Sylla**, CEFOREP, a la casilla electrónica [ahsylla@sentoo.sn](mailto:ahsylla@sentoo.sn).



# La planificación familiar postaborto: un elemento vital para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas

Diane Bushley

Este número de APA en Acción se centra en el potencial de usar el misoprostol para la evacuación endouterina en los servicios de APA. El misoprostol es una opción para lograr uno de los cinco elementos esenciales de la APA: el tratamiento de abortos incompletos e inseguros. Sin embargo, independientemente de la tecnología utilizada para la evacuación endouterina en los servicios de APA, estos servicios deben incluir todos los elementos esenciales, incluso la planificación familiar postaborto (PFFA).

La planificación familiar postaborto desempeña una función vital en disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas atribuibles a las complicaciones del aborto, lo cual es el objetivo final de todos los programas de APA. En este artículo se destaca la importancia de la PFFA y las mejores prácticas en PFFA, y se ofrece una descripción de cómo integrar la PFFA al protocolo del tratamiento con misoprostol en los servicios de APA.

## El impacto de la planificación familiar postaborto

Los beneficios de la PFFA son numerosos: para la salud de las mujeres, familias y los sistemas de salud nacionales. Mediante la PFFA, es posible evitar embarazos no planeados que pueden conducir a repetidos abortos, y con el tiempo se puede reducir la necesidad de los servicios de APA. Un estudio realizado por Ipas en Zimbabue mostró que, gracias a la prestación de servicios de PFFA, se logró disminuir la incidencia tanto del embarazo no planeado (el 15% en el sitio de intervención en comparación con el 34% en el sitio de control) como del aborto de repetición (el 2.5% frente al 5.3% respectivamente) hasta 12 meses posteriores a los servicios de APA (Johnson y cols. 2002). La diferencia en embarazos no planeados entre los sitios de control y de intervención fue estadísticamente significativa, mientras que la diferencia en abortos de repetición no lo fue. Este hallazgo es respaldado por la

profusión de pruebas que muestran una relación inversa entre el acceso a la planificación familiar y el aborto: las tasas más bajas de aborto generalmente se encuentran en los lugares con el mayor acceso a la planificación familiar y el mayor uso de ésta (Gillespie 2004).

En un estudio más reciente también se demostraron convincentes razones de salud para espaciar el próximo embarazo después de un aborto. Esto resulta de particular importancia para las mujeres que desean volver a quedar embarazadas lo antes posible, lo cual puede ser el caso en la eventualidad de un aborto espontáneo. Las investigaciones realizadas por Conde-Agudelo y cols. (2005) indican que el aplazar la concepción durante por lo menos cinco meses por medio del uso de la PFFA mejora los resultados materno y neonatal en el siguiente embarazo.

Independientemente de que se utilice para evitar el embarazo no intencional o para espaciar un embarazo planeado posterior, la PFFA, como toda PF, a la larga puede disminuir la tasa de mortalidad materna. Los datos de 15 países en África occidental revelaron que, en los países donde existía la más alta prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, se observan las tasas más bajas de mortalidad materna (IPPF 2006). Según el Alan Guttmacher Institute, al tratarse el problema de la necesidad actual insatisfecha de anticoncepción (201 millones de mujeres mundialmente) se evitarían 52 millones de embarazos cada año, y por ende 142,000 muertes relacionadas con el embarazo, contando aquellas atribuibles al aborto realizado en condiciones de riesgo.

## Mejores prácticas en la prestación de servicios de planificación familiar postaborto

Indudablemente, la planificación familiar postaborto es fundamental tanto para el éxito de las iniciativas en APA y Maternidad sin Riesgos, como para asegurar que las usuarias de APA tengan

los conocimientos y los recursos que necesitan para evitar futuros embarazos no intencionales o para espaciar un embarazo deseado más adelante. En la última década, diversos proyectos de investigación y experiencias con los programas de APA han redituado recomendaciones sobre importantes mejores prácticas en la prestación de servicios de PFFA. Dado que los estudios clínicos muestran que la mujer puede ovular tan pronto como en los 11 días postaborto, los servicios de PFFA deben proporcionarse lo más cercano posible al momento de prestar los servicios de APA, ya sea en el mismo lugar de prestación de servicios o vía referencia a un establecimiento de PF accesible.

Varios estudios también han indicado que la aceptación de los métodos anticonceptivos entre las usuarias de APA es más alta cuando los servicios de PF se ofrecen en los lugares de prestación de servicios de APA. En un estudio de investigación operativa realizado por Solo y cols. (1999) se compararon tres modelos para la prestación de servicios de PFFA, y se mostró que las mujeres que reciben servicios de anticoncepción directamente de su prestador de servicios de APA en la unidad ginecológica (Modelo 1) estaban más inclinadas a aceptar un método anticonceptivo que aquéllas que recibieron esos servicios de un prestador de servicios de PF en la unidad ginecológica (Modelo 2) o mediante referencia al establecimiento de PF (Modelo 3).

A pesar de haberse documentado estas mejores prácticas, aún existen muchos obstáculos a la PFFA. En muchos países, las normas socioculturales dictan que las mujeres obtengan la aprobación de su pareja masculina para utilizar la PF. Los prestadores de servicios de salud a veces apoyan esta práctica, pese al hecho de que las políticas nacionales a menudo indican explícitamente que no es obligatorio contar con la aprobación de la pareja en cuanto a la PF.



## **Prestación de servicios de planificación familiar postaborto en el protocolo del tratamiento con misoprostol**

De conformidad con el protocolo de tratamiento seguido en las investigaciones de Gynuity sobre el misoprostol y la APA en Burkina Faso, Ghana, Tanzania y Uganda, por lo general, las usuarias de APA consultan el establecimiento de salud dos veces. Durante la primera consulta, ellas reciben consejería sobre el tratamiento e información sobre el misoprostol, tal como su eficacia y los efectos secundarios. Después de la administración del misoprostol, ellas son observadas durante unos pocos minutos y dadas

de alta a discreción del prestador de servicios, y una cita de control es concertada para que regresen en siete días. Si la evacuación endouterina no ha concluido al cabo de la cita de control, las usuarias pueden optar por someterse a una intervención quirúrgica o regresar en siete días más para un examen general; por lo general, la evacuación se habrá concluido para ese entonces.

Aunque las usuarias de APA que reciben tratamiento con misoprostol probablemente permanecen menos tiempo en el establecimiento de salud que las mujeres atendidas con AMEU o LUI, de igual manera se les ofrece consejería en PF y un método anticonceptivo o

referencia a otros establecimientos de salud para que reciban estos servicios de conformidad con la práctica estándar del establecimiento donde son atendidas inicialmente. El protocolo de dos consultas también proporciona otra oportunidad para brindar consejería en PF y suministrar un anticonceptivo. Las mujeres pueden iniciar el uso de la mayoría de los métodos (anticonceptivos orales, condones, jaleas y espumas anticonceptivas, el capuchón cervical, diafragmas, inyectables e implantes) inmediatamente después de la primera consulta, pero deben esperar a que concluya la evacuación endouterina antes de la inserción de un DIU.

### **Referencias bibliográficas citadas:**

Conde-Agudelo A, Belizan JM, Breman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;89(S1):S34-40.

Gillespie D. Making abortion rare and safe. *The Lancet* 2004;363:74.

International Planned Parenthood Federation. *Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*. January 2006. Electronic document, <http://content.ippf.org/output/ORG/files/13490.pdf>, accessed March 31, 2006.

Johnson BR, Ndhlovu S, Farr SL, Chipato T. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning* 2002;33(2):196-202.

Soto J, Billings DL, Obunga CA, Ominde A, Makumi M. Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Studies in Family Planning* 1999;30(1):17-27.

Winikoff B, Sullivan M. Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Studies in Family Planning* 1997;18:128-143.

## **Noticias programáticas**

### **Información programática general**

**La Federación de Planificación Familiar de América-Internacional (Planned Parenthood Federation of America-International®) y los Centros Médicos de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF), uno de los principales prestadores de servicios de salud reproductiva en Ecuador, iniciarán un programa de APA en julio de 2006.** CEMOPLAF actualmente administra 29 establecimientos de salud por todo Ecuador, donde se proporcionan servicios de anticoncepción, servicios de salud comunitarios, atención prenatal y obstétrica, prevención de ITS/VIH, programas de salud reproductiva de los adolescentes, atención hospitalaria y un programa integral en salud reproductiva. Dado el creciente conjunto de pruebas de que el misoprostol solo (sin combinar) es seguro y eficaz para el tratamiento del aborto incompleto, los servicios de APA abarcarán tanto el uso de AMEU como de los protocolos de misoprostol solo para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto realizado en condiciones de riesgo. Durante el primer año, un grupo de prestadores de servicios seleccionados de dos centros de CEMOPLAF recibirán capacitación en la prestación de servicios de APA.

Estos prestadores de servicios formarán un equipo de capacitación de CEMOPLAF, el cual posteriormente capacitará al personal de salud en otros dos centros de salud durante el primer año. El objetivo de CEMOPLAF en el transcurso de los próximos seis años es integrar los servicios de APA, usando tanto el misoprostol como la AMEU, a la lista de servicios ofrecidos en los 29 establecimientos. Para obtener mayor información, por favor envíe un mensaje a **Heather Sayette** a la casilla electrónica [heather.sayette@ppfa.org](mailto:heather.sayette@ppfa.org).

### **Equipo**

**En el año 2005, Ipas publicó Planificación de un suministro sostenible del instrumental de aspiración manual endouterina: Una guía para administradores de programas (por Mariana Abernathy) como una herramienta para ayudar a los administradores de programas a planificar la sostenibilidad del instrumental de AMEU en los servicios de atención postaborto y de atención del aborto.** Publicada inicialmente en inglés y ahora disponible en español y en francés, esta guía es una de las primeras herramientas en ofrecer orientación al personal programático en la creación de un suministro sostenible del instrumental de AMEU.

La guía fue elaborada con base a los esfuerzos de Ipas y otras instituciones para crear suministros sostenibles; a conversaciones con el personal de una variedad de organizaciones en los respectivos países donde trabajan; y a los aportes de un grupo de expertos en capacitación, prestación de servicios y logística y adquisición, muchos de ellos integrantes del Consorcio de APA. Dado que cada país es único, la guía no ofrece una metodología estándar que funcionará en cada situación. En cambio, ayuda a los planificadores de programas a (1) formular ideas sobre el proceso de crear suministros sostenibles del instrumental de AMEU; (2) determinar cuáles son las principales características del sistema (de la cadena de producción y distribución o del sistema logístico, tal como la administración del financiamiento o de presupuestos y el ambiente de regulación) que deben tomarse en cuenta; y (3) aclarar los tipos de aportes necesarios. Además, la guía expone seis estudios de casos que describen posibles enfoques para lograr suministros sostenibles.

Hasta la fecha, Ipas ha incorporado elementos de la guía en sus programas de capacitación y prestación de servi-

cios. Más aún, el Programa de Pathfinder International en Perú utilizó la guía para llevar a cabo una evaluación de su programa en APA recién concluido en 50 establecimientos de salud del sector público en toda la nación, y está esforzándose por formular un plan de sostenibilidad.

Al personal de Ipas le gustaría recibir noticias sobre otras aplicaciones de la guía. Por favor envíe un mensaje con sus sugerencias u otra retroalimentación a la casilla electrónica [training@ipas.org](mailto:training@ipas.org). Las personas en los países en desarrollo pueden obtener un solo ejemplar impreso de la guía sin costo alguno; además, se puede bajar la versión electrónica gratis del sitio Web:

**Español:** [http://www.ipas.org/publications/es/PLANMVA\\_S05\\_es.pdf](http://www.ipas.org/publications/es/PLANMVA_S05_es.pdf)

**Francés:** [http://www.ipas.org/publications/fr/PLANMVA\\_F05\\_fr.pdf](http://www.ipas.org/publications/fr/PLANMVA_F05_fr.pdf)

**Inglés:** [http://www.ipas.org/publications/en/PLANMVA\\_E05\\_en.pdf](http://www.ipas.org/publications/en/PLANMVA_E05_en.pdf)

#### **Investigación y evaluación**

**En colaboración con TAHSEEN, un proyecto de población financiado por USAID, y con el Ministerio de Salud y Población (Ministry of Health and Population o MOHP) de Egipto, el programa Fronteras en Salud Reproductiva (FRONTERAS) del Population Council, está llevando a cabo investigaciones operativas en seis hospitales públicos egipcios para comprobar la viabilidad, aceptación y eficacia de dos modelos creados para integrar la planificación familiar (PF) a los servicios de atención postaborto.** El Modelo I consiste en proporcionar consejería sobre la PF a las pacientes postaborto en la unidad de Gineco-Obstetricia y remitirlas a otro establecimiento de PF, mientras que el Modelo II implica el suministro de métodos de PF en la unidad. Los dos modelos se pusieron en práctica simultáneamente. Hasta la fecha, se ha concluido la evaluación del Modelo I y la del Modelo II está en curso.

Los resultados finales del estudio, previstos para septiembre de 2006, ayudarán al MOHP a formular una política para vincular la PF a los servicios curativos que reciben las pacientes postaborto. Para obtener

mayor información, por favor envíe un mensaje a **Hala Yousef** a la casilla electrónica [houssef@pccairo.org](mailto:houssef@pccairo.org).

#### **FRONTERAS y el proyecto ACQUIRE de EngenderHealth están llevando a cabo un proyecto de investigación operativa con el fin de examinar la viabilidad de proporcionar servicios de APA en ámbitos descentralizados (centros de salud y dispensarios) en las zonas rurales de Tanzania.**

Las investigaciones realizadas en Senegal han mostrado que, aunque es factible proporcionar atención postaborto (APA) integral en los establecimientos de los niveles más bajos de atención, por ejemplo, en los puestos de salud, las deficiencias en la calidad de la atención y los problemas logísticos aún impiden acceso completo a los servicios.

Este proyecto en curso documentará el proceso de lanzamiento de los servicios de APA y determinará la aceptación, el impacto y el costo de los servicios, con un enfoque especial en la eficacia de las redes de referencia establecidas como parte del proceso de APA.

Asimismo, el proyecto tratará algunos de los problemas identificados por medio de la experiencia en Senegal; entre ellos figuran: (1) mejorar la privacidad auditiva y visual y la confidencialidad al crear un cuarto aparte para los procedimientos de AMEU en todos los establecimientos de salud, (2) reducir el acceso retrasado a los servicios al sensibilizar a todo el personal y, donde sea posible, garantizar que más de un prestador de servicios de salud pueda efectuar el procedimiento de AMEU en cada establecimiento mediante capacitación en el trabajo y (3) mejorar las prácticas de prevención de infecciones mediante una mejor capacitación y mejores guías de trabajo. Para obtener mayor información, por favor envíe un mensaje a **Monica Wanjiru** a la casilla electrónica [mwanjiru@pcnairobi.org](mailto:mwanjiru@pcnairobi.org).

#### **Recursos**

Actualmente se pueden adquirir los siguientes documentos de la fundación Hesperian por medio de su sitio Web. Para mayor información, diríjase a Hesperian a la casilla electrónica [lisa@hesperian.org](mailto:lisa@hesperian.org) o llame al (888)729-1796.

Hesperian Foundation. 2006. Women's Health Exchange Issue #12. Berkeley, CA: Hesperian Foundation.

El nuevo número del boletín de Hesperian titulado Women's Health Exchange es sobre la atención postaborto. Incluye una guía de capacitación para explorar los obstáculos que encuentran los prestadores de servicios de salud (desde el acceso a los recursos hasta las actitudes) en la prestación de servicios vitales para salvar la vida a las mujeres que presentan complicaciones de un aborto incompleto, ya sea espontáneo o inducido; información sobre la aspiración manual endouterina (AMEU); historias de las obstétricas (parteras profesionales) que están recibiendo formación en la práctica del procedimiento de AMEU y otros cuidados obstétricos de emergencia y los beneficios de capacitar a los trabajadores de la salud comunitarios en estas habilidades; y los recursos para adquirir más conocimientos sobre las causas del aborto inseguro y cómo brindar atención postaborto eficaz, incluida la PF postaborto.

Consulte la versión electrónica en nuestro nuevo sitio Web: [www.hesperian.org](http://www.hesperian.org).

Klein, Susan, Suellen Miller and Fiona Thomson. 2005. A Book for Midwives: Care for Pregnancy, Birth, and Women's Health. Berkeley: Hesperian Foundation.

Este manual, al cual le otorgaron el prestigio del "American College of Nurse-Midwives Notable Book 2006", ha resultado ser un recurso vital para las obstétricas en todo el mundo. Con un lenguaje claro, información médica exacta y un enfoque en tratamientos sencillos y de bajo costo, la nueva edición ha sido reorganizada y modificada para apoyar mejor la atención durante el trabajo de parto y el manejo de las urgencias obstétricas. Además, se incluyen nuevos capítulos sobre la atención postaborto y la aspiración manual endouterina. [www.hesperian.org](http://www.hesperian.org)

Ahora se pueden adquirir los siguientes recursos de APA en árabe por medio del sitio Web del Population Council.

Para obtener más información, envíe un mensaje a **Laura Raney** a la casilla electrónica [lraney@pcdc.org](mailto:lraney@pcdc.org):

Improving the counseling and medical care of postabortion patients in Egypt: <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/ImprovingCounselingPacEgypt.pdf>

Counseling the husbands of postabortion patients in Egypt: Effects on hus-

band involvement, patient recovery and contraceptive use: <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/CounselinG HusbandPAC.pdf>

Scaling-up improved postabortion care in Egypt: Introduction to university and Ministry of Health and Population hospitals: <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/ScalingUpPac.pdf>

Postabortion case load study in Egyptian public-sector hospitals: <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/PACStudyEgPSHosp.pdf>

1 EngenderHealth. 2003. Taking postabortion care services where they are needed: An operations research project testing PAC expansion in rural Senegal. FRONTIERS Final Report. Washington, DC: Population Council. [http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR\\_FinalReports/Senegal\\_PAC.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Senegal_PAC.pdf)

## Noticias de los Grupos de Trabajo

### Comisión Especial de Comunicaciones

Co-presidentes: **David Nelson**, [IntraHealth International, dnelson@intrahealth.org](mailto:dnelson@intrahealth.org), y **Laura Raney**, Population Council, [LRaney@pcdc.org](mailto:LRaney@pcdc.org)

Los integrantes de la Comisión Especial (CE) de Comunicaciones proporcionaron retroalimentación positiva sobre los nuevos colores y el nuevo diseño gráfico del número de APA en Acción publicado en noviembre de 2005. Además, acordaron promover una distribución más amplia del boletín por medio de sus propias organizaciones y otros contactos. Se invita a los integrantes del Consorcio de APA a enviar a David Nelson sus sugerencias de listserve (es decir, listas de casillas electrónicas) mediante los cuales se podría distribuir el boletín. Los integrantes de la CE también expresaron la necesidad de traducir el boletín al portugués, e investigarán esta posibilidad más a fondo.

Otro tema principal de conversación fue la necesidad de actualizar y modernizar el sitio Web del Consorcio de APA. Los participantes presentes en la reunión convinieron en programar una teleconferencia para hablar sobre la necesidad de agregar más categorías, nuevos enlaces y un rediseño de la página principal a fin de garantizar que el sitio Web cumpla su mandato: servir de centro de intercambio de información. Los participantes también discutieron la posibilidad de producir un CD-ROM para distribución en la Conferencia sobre la Salud Global y en otras conferencias, con el fin de crear mayor conciencia sobre el sitio Web, una vez que éste haya sido actualizado. Por último, el grupo habló sobre fomentar

un uso más activo del listserve como un recurso para la comunicación sobre asuntos relacionados con el Consorcio entre reuniones semestrales. Se invita a los integrantes del listserve a que envíen a los co-presidentes de la CE artículos de interés sobre sus respectivas organizaciones, entre cada número de APA en Acción, para distribución vía el listserve o el sitio Web.

### Comisión Especial de los Elementos Esenciales

Co-presidentas: **Inés Escandón**, [EngenderHealth/Proyecto ACQUIRE, iescandon@engenderhealth.org](mailto:iescandon@engenderhealth.org) y **Kiyomi Tsuyuki**, antigua Population Fellow de la Universidad de Michigan trabajando con CATALYST, [ktsuyuki@gmail.com](mailto:ktsuyuki@gmail.com)

Los integrantes de la Comisión Especial de los Elementos Esenciales hicieron varios cambios al marco conceptual de monitoreo y evaluación (M&E) para los Elementos Esenciales de la APA; entre las modificaciones figuran añadir indicadores y resultados para el elemento de alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud, y definir mejor el indicador del estigma. La actual versión preliminar del marco conceptual será agregada al sitio Web del Consorcio de APA; sin embargo, la CE sugiere revisar el marco conceptual de M&E a principios del año 2007 con el fin de (1) añadir indicadores que demuestren el impacto de la movilización comunitaria en la APA; (2) ampliar los indicadores sobre el sistema de referencia y contra-referencia; (3) incluir indicadores cualitativos; y (4) incorporar indicadores para sectores especiales de la población (por ejemplo, la juventud y las personas desplazadas). Ahora que la Estrategia de USAID sobre la APA ha sido ampliamente

difundida, la CE también piensa incluir los indicadores de APA de USAID en el marco conceptual. Por último, los integrantes de la CE mencionaron la necesidad de obtener la retroalimentación del campo respecto a los indicadores a fin de informar sobre el desarrollo de orientación y herramientas adicionales de M&E.

El grupo estudió cómo aumentar la comunicación entre los integrantes de la CE aparte de las reuniones semestrales, y sugirió incluir uno o dos indicadores del marco conceptual de M&E en cada boletín informativo de APA y pedir a los lectores que proporcionen retroalimentación sobre las experiencias que han tenido al intentar medir dichos indicadores. Además, propusieron recopilar la información mediante el Sistema de Comunicaciones Electrónicas (SCE) de la Iniciativa de Implementación de las Mejores Prácticas (Implementing Best Practices o IBP Initiative), y llevarán a cabo una pequeña prueba piloto para determinar hasta qué grado puede ser eficaz este enfoque.

### Comisión Especial de Tecnologías en APA

Co-presidentas: **Nancy Harris**, [John Snow International, nharris@jsi.com](mailto:nharris@jsi.com) y **Sheila Raghavan**, [Gynuity Health Projects, sraghavan@gynuity.org](mailto:sraghavan@gynuity.org)

El tema de la plenaria del Consorcio de APA fue el misoprostol; por tanto las conversaciones durante la reunión de la Comisión Especial de Tecnologías en APA se centraron en otras tecnologías, principalmente la AMEU. Los integrantes de la CE analizaron la necesidad de elaborar informes de evaluación de países clave donde se han implantado programas de APA, con el fin de llevar mejor cuenta de los avances a lo largo



del tiempo y de identificar los obstáculos a la ampliación y sostenibilidad de la APA.

En los informes se incluiría información reciente sobre la APA, como el suministro del instrumental de AMEU y el estado/disponibilidad del misoprostol. Los integrantes de la CE sugirieron que en los informes iniciales se destaquen los países donde existen programas activos de APA; entre ellos figuran: Bangladesh, Bolivia, la India, Kenia, Malawi, Nepal, Nigeria, Perú, Rusia, Senegal, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabue. Los próximos pasos son finalizar la lista de países, crear formatos para los informes de evaluación y pedir a designados socios del Consorcio que recopilen información en cada país.

Entre los temas planteados por los integrantes de la CE para estudiarse más a fondo se encuentran: (1) la disponibilidad del instrumental de AMEU por medio de vías públicas, privadas y comerciales y cómo lograr sistemas de suministros sostenibles; (2) la calidad del equipo; (3) la transparencia de los precios a nivel de país; y (4) la disponibilidad de los aspiradores Ipas de válvula sencilla y de válvula doble, así como del aspirador Ipas AMEU Plus. Los integrantes de la CE estuvieron de acuerdo en que las instituciones del Consorcio de APA deberían abogar por suministros sostenibles. Por último, los integrantes de la CE mencionaron la necesidad de atraer más grupos (organizaciones no gubernamentales y otras instituciones

como universidades y organizaciones religiosas) y proyectos de país financiados por USAID para que participen en esta CE. Se invita a las organizaciones interesadas a comunicarse con las co-presidentas de la CE.

### **Comisión Especial de APA y Maternidad sin Riesgos**

Co-presidentas: **Koki Agarwal**, JHPIEGO, [kagarwal@jhpiego.net](mailto:kagarwal@jhpiego.net) y **Elizabeth Westley**, Family Care International (FCI), [ewestley@fcimail.org](mailto:ewestley@fcimail.org)

Koki Agarwal y Elizabeth Westley, co-presidentas de este grupo, mencionaron algunos antecedentes de la Comisión Especial de APA y Maternidad sin Riesgos. El grupo estuvo de acuerdo en que, aunque actualmente el grupo no tiene un “orden del día” urgente, no obstante es importante continuar proporcionando un foro para la discusión de asuntos relacionados con la APA y la Maternidad sin Riesgos, particularmente en vista de que estos asuntos a menudo están estrechamente vinculados a nivel de la prestación de servicios. Por tanto, este grupo decidió continuar reuniéndose y discutir los asuntos pertinentes semestralmente, con la posibilidad de emprender nuevas tareas entre reuniones si surge la necesidad. Las co-presidentas están fomentando una participación más activa de las personas comprometidas a la APA y la Maternidad sin Riesgos. Por favor comuníquese con cualquiera de las dos para obtener más información al respecto.

### **Grupo de Trabajo relacionado con los servicios de APA amigables a la juventud**

Presidenta: **Gwyn Hainsworth**, Pathfinder International, [ghainsworth@pathfind.org](mailto:ghainsworth@pathfind.org)

El Grupo de Trabajo relacionado con los servicios de APA amigables a la juventud se reunió antes de la reunión del Consorcio de APA. Sus integrantes trabajaron para finalizar la versión preliminar de la guía técnica sobre servicios de APA amigables a la juventud. La guía emplea los Elementos Esenciales de la APA como un marco conceptual y está destinada a ser utilizada por administradores de programas y prestadores de servicios de salud. Será distribuida por el listserve del Consorcio de APA para obtener observaciones finales y será presentada oficialmente para la aprobación del Consorcio durante su próxima reunión.

Un resumen de la versión preliminar de esta guía fue presentado también durante el congreso de la APHA. Para obtener más información sobre las adolescentes y la APA, por favor visite el sitio Web del Consorcio de APA: [www.pac-consortium.org](http://www.pac-consortium.org).

Una Lista de los Recursos relacionados con la APA para las adolescentes está disponible en <http://www.pac-consortium.org/Pages/resources.html>.

## **Mejorando el acceso a los servicios de APA y la calidad de estos en Kenia por medio de fondos de préstamo rotativo**

*Joyce Kinaro, Oficina Regional de África, Federación de Planificación Familiar de América-Internacional*

Las complicaciones del aborto son una de las causas principales de la mortalidad materna en África, y uno de los elementos de la estrategia de la Federación de Planificación Familiar de América-Internacional (PPFA-I) para disminuir la tasa de mortalidad materna en la región, es mejorar la calidad de los servicios de APA. En Camerún, Kenia, Nigeria y Sudan, la PPFA-I ha ofrecido capacitación en APA para los médicos y los prestadores de servicios de salud de nivel intermedio en los sectores público y privado, ha apoyado las redes de profesionales médicos y ha suministrado kits de instrumental de AMEU.

Existe un paralelo entre la situación en Kenia y la de otros países de la región. La “Evaluación nacional de la magnitud y las consecuencias del aborto inseguro en Kenia” (National Assessment of the Magnitude and Consequences of Unsafe Abortion in Kenya) realizada en 2004 por la Asociación Médica de Kenia, el Ministerio de Salud, el Capítulo de la Federación de Mujeres Abogadas de Kenia e Ipas, indicó que cada año se efectúan aproximadamente 300,000 abortos. Se calcula que, de estos casos, unas 20,000 mujeres y niñas con complicaciones de aborto son internadas en hospitales y 2,600 mujeres mueren a consecuencia de estas complicaciones.



**Jackson Mworia delante de su clínica.**

Desde 1996, la PPFA-I ha colaborado con el Fideicomiso de Kisumu para la Formación Médica (Kisumu Medical Educational Trust o KMET) con el fin de mejorar la salud general y el bienestar de las mujeres en las zonas rurales de Kenia al garantizar acceso a los servicios de salud reproductiva. El proyecto de KMET ha combatido las altas tasas de morbilidad y mortalidad maternas mediante la capacitación de prestadores de servicios de salud del sector privado y de nivel intermedio en las zonas rurales de Kenia occidental en técnicas integrales de salud reproductiva, como la distribu-

ción de métodos anticonceptivos y la prestación de servicios de APA, y mediante el abastecimiento del equipo y los suministros de AMEU necesarios.

Los 96 médicos y 25 prestadores de servicios de nivel intermedio que recibieron la capacitación de KMET en APA, que abarcó el procedimiento de AMEU para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto inseguro, han formado una Red de prestadores de servicios de APA. Por medio de un proyecto de fondos de préstamo rotativo establecido en 2004, los integrantes de la red pueden obtener préstamos de hasta 300,000 chelines de Kenia (US \$4,000) para restaurar sus clínicas privadas, lo cual les permite ampliar los servicios de salud reproductiva que ofrecen. Hasta la fecha, aproximadamente una cuarta parte de los integrantes de la red se han beneficiado de este fondo.

Jackson Mworia es un Enfermero Matriculado en Salud Comunitaria de Kenia, quien tiene una pequeña clínica privada en una comunidad rural del Distrito de Meru en Kenia oriental. En mayo de 2004, participó en una capacitación en APA auspiciada por la PPFA-I; además, es integrante de la Red

de prestadores de servicios de APA. En junio de 2005, recibió un préstamo de 250,000 chelines de Kenia (US \$3,378), los cuales utilizó para restaurar su clínica, comprar una reserva de fármacos esenciales y mejorar el control de infecciones.

Gracias al espacio extra creado por la restauración, ahora es posible atender más clientes en la clínica. Con un aumento de 10 a 50 clientes al día entre junio y noviembre de 2004, se le facilitó al Sr. Mworia efectuar sus pagos mensuales del préstamo. Antes de hacerse integrante de la Red de prestadores de servicios de APA, el Sr. Mworia remitía la mayoría de sus clientes de APA a otros establecimientos de salud. Sin embargo, desde la capacitación, el número de clientes de APA ha continuado aumentando gradualmente de un promedio de cuatro clientes al mes en junio de 2004 a 20 clientes en mayo de 2005.

El Sr. Mworia señaló que, gracias al Fondo de préstamo rotativo, él ha podido satisfacer los requisitos básicos y mejorar la calidad de la atención en general.

“... Yo estaba estirando al máximo mis recursos (financieros) para garantizar el control de infecciones, el cual era un requisito gubernamental para renovar la licencia para tener mi clínica...”

Una vez que él devuelva su préstamo actual, el Sr. Mworia espera obtener otro préstamo para ampliar la clínica a fin de añadir un quirófano. Por medio de la red de prestadores de servicios de KMET, la PPFA-I está desarrollando la capacidad de los prestadores de servicios de APA del sector privado en remotas comunidades de África, lo cual les permite a las personas en las comunidades pobres y desatendidas tener acceso a servicios de salud reproductiva de calidad como la atención postaborto.

Para obtener más información, envíe un mensaje a **Joyce Kinaro** a la casilla electrónica [joyce.kinaro@ppfa.or.ke](mailto:joyce.kinaro@ppfa.or.ke).



IntraHealth International  
6340 Quadrangle Drive  
Suite 200  
Chapel Hill, NC 27517

## **Visite el sitio Web [www.pac-consortium.org](http://www.pac-consortium.org)**

- Números anteriores de APA en Acción
- Recursos de APA y enlaces a ellos
- Grupos de Trabajo del Consorcio de APA

### **Ahora disponible:**

- Lista de recursos sobre las adolescentes y la APA
- Preguntas frecuentes sobre las adolescentes y la APA

### **Suscríbese al listserve del Consorcio de APA:**

[PAC-CONSORTIUM-request@lists.ibiblio.org](mailto:PAC-CONSORTIUM-request@lists.ibiblio.org)

# Bibliografía anotada sobre el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo

**1.** Agostini, A, Ronda I, Capelle M, Romain F, Bretelle F, Blanc B. Influence of clinical and ultrasound factors on the efficacy of misoprostol in first trimester pregnancy failure. *Fertility and Sterility* 2005; 84(4): 1030-1032.

En este estudio prospectivo de observación participaron 276 mujeres con fracaso gestacional en el primer trimestre del embarazo. Todas las mujeres recibieron 800 mcg de misoprostol vía intravaginal, seguido por un examen clínico y una ecografía 24 horas después. En general, la tasa de eficacia fue del 65.2% (180/276). Un análisis multivariante demostró que la tasa de eficacia fue inversamente proporcional a la paridad: el 70.9% en los casos de las mujeres nulíparas (73/103), el 73.7% en los casos de las primíparas (45/61), el 56.6% en las mujeres con para 2 (30/53) y el 54.2% en las mujeres con para > 2 (32/59) (P = .03).

**2.** Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004; 19(2): 266-271.

Ciento cuatro mujeres con fracaso gestacional fueron seleccionadas aleatoriamente para recibir 600 mcg de misoprostol o un placebo vía vaginal. Si la evacuación endouterina no había concluido al día siguiente, se les ofrecían repetidas dosis. Al cabo del Día 7, a las mujeres que no habían experimentado una evacuación completa del contenido uterino, se les practicó una evacuación endouterina quirúrgica. La tasa de eficacia en general en el grupo de misoprostol fue de un 88.5% en comparación con el 44.2% en el grupo que recibió el placebo. No hubo ninguna diferencia significativa en las tasas de eficacia entre los dos grupos entre las mujeres que presentaron un aborto incompleto (el 100% frente al 85.7%). No obstante, en las mujeres que experimentaron un aborto espontáneo, la tasa de eficacia del misoprostol fue mucho más alta (el 87%) comparado con el placebo (el 29%).

**3.** Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwart O, Sirimai K, Svirirojana N, Mavimbela N, Winikoff B. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103: 860-865.

En este ensayo aleatorio participaron 169 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto. Las mujeres recibieron una dosis única o repetidas dosis de 600 mcg de misoprostol vía oral. La consulta de control se realizó dos semanas después de la administración del misoprostol. No hubo ninguna diferencia en eficacia entre los dos tratamientos: el 66% de las mujeres en el grupo que recibió la dosis única y el 70% de las mujeres en el grupo que recibió repetidas dosis, experimentaron una expulsión completa sin necesidad de una intervención quirúrgica.

**4.** Chung TK, Cheung LP, Leung TY, Haines CJ, Chang AM. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995; 102(10): 832-5.

En este estudio prospectivo de observación participaron 252 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto. Todas las mujeres fueron atendidas primero con un manejo expectante. Dos semanas después del diagnóstico inicial, a las mujeres que aún presentaban una retención significativa de restos ovulares se les administró 400 mcg de misoprostol vía oral cada 4 horas para un total de 3 dosis. Fueron reevaluadas por la mañana del día siguiente para determinar si la evacuación había concluido. En la consulta de control realizada dos semanas después, 141 mujeres habían retenido restos ovulares y recibieron tratamiento con misoprostol. De esas mujeres, 88 (el 62%) no necesitaron una intervención quirúrgica.

**5.** Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertility and Sterility* 1999; 71(6): 1054-9.

635 mujeres participaron en este ensayo aleatorio, en el que se compara la eficacia del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto con la de la evacuación endouterina. Las mujeres en el grupo que recibió misoprostol fueron administradas 400 mcg de misoprostol vía oral cada 4 horas hasta llegar a una dosis total de 1200 mcg. Por la mañana del siguiente día se evaluó la tasa de eficacia. De las 321 mujeres que recibieron misoprostol, 159 (el 50%) expulsaron los productos de la concepción y no necesitaron que se les practicara una intervención quirúrgica.

**6.** Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics and Gynecology* 1997; 89: 768-772.

Se seleccionaron 20 mujeres aleatoriamente para recibir 400 mcg de misoprostol vía oral u 800 mcg vía vaginal para el tratamiento del fracaso gestacional en el primer trimestre del embarazo. La dosis se repitió 24 horas después si el saco gestacional aún estaba presente. Después de otras 24 horas más, a las mujeres que no expulsaron los productos de la concepción se les practicó una evacuación endouterina quirúrgica. Doce mujeres recibieron misoprostol vía oral y 8 mujeres recibieron misoprostol vía vaginal. La expulsión fue completa en 3 de la 12 mujeres (el 25%) en el grupo oral, y en 7 de 8 mujeres (el 88%) en el grupo vaginal.

**7.** Davis AR, Robilotto CM, Westhoff CL, Forman S, Zhang J; National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. Bleeding patterns after vaginal misoprostol for treatment of early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2004; 19(7): 1655-8.

En este estudio cohorte prospectivo participaron 77 mujeres con diagnóstico de fracaso gestacional en el primer trimestre del embarazo, quienes fueron seleccionadas aleatoriamente para recibir 800 mcg de misoprostol seco o humedecido (con 2 ml de solución salina) vía vaginal. Las mujeres informaron sobre el sangrado y el uso de productos sanitarios en un diario durante un período de 2 semanas. La hemoglobina se evaluó en el momento de inscribirse en el estudio y 2 semanas después. Las mujeres informaron sangrado o manchado todos los días durante los 14 días que fueron observadas. El uso de toallas sanitarias fue sumamente variable (media de 30.5, entre 2 y 125 toallas sanitarias durante el período de dos semanas) y no estaba relacionado con cambios en la hemoglobina. Hubo pocos días de sangrado abundante autoevaluado (media de 3), y estos generalmente ocurrieron inmediatamente después del tratamiento. El 85% de las mujeres experimentó una expulsión completa sin necesidad de que se les practicara un legrado uterino instrumental (LUI). La disminución media en hemoglobina fue de 0.5g/dl (SD 1.2)

**8.** Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2001; 16(2): 365-9.

En este estudio prospectivo se seleccionaron 80 pacientes aleatoriamente para recibir tratamiento del fracaso gestacional en el primer trimestre del embarazo, ya sea con evacuación endouterina quirúrgica o con manejo médico de 800 mcg de misoprostol vía vaginal. Se incluyeron tanto mujeres con aborto incompleto como mujeres con aborto espontáneo. La consulta de control se realizó 10 días después de administrado el tratamiento. La tasa de ineficacia en el grupo de misoprostol fue de un 7% entre las mujeres con aborto incompleto y de un 23% entre aquellas con aborto espontáneo. Ninguna de las pacientes asignadas al grupo quirúrgico necesitó que se les practicara la evacuación de nuevo. Todas las pacientes en el grupo de misoprostol cuyo tratamiento fue exitoso expresaron satisfacción con el tratamiento en comparación con tan sólo el 58% de las mujeres en el grupo quirúrgico.

**9.** Graziosi GCM, Mol BW, Ankum WM, Bruinse HW. Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004; 86: 337-346.

Se realizó una meta-análisis de 13 ensayos clínicos aleatorios que informaron una comparación entre el misoprostol y el LUI, el misoprostol y el manejo expectante, o el manejo expectante y el LUI como tratamiento de la pérdida de embarazo en el primer trimestre. Los datos combinados en mujeres con aborto espontáneo que recibieron manejo expectante o tratamiento con misoprostol, mostraron tasas de evacuación endouterina completa de un 28% (49/173; variación del 14 al 47%) y 81% (242/298; variación del 60 al 83%) respectivamente. En las mujeres con aborto incompleto, estas tasas fueron el 94% (31/33; variación del 80 al 100%) y el 99% (75/76; variación del 99 al 100%) respectivamente. Tanto el manejo expectante como el tratamiento con misoprostol disminuyen la necesidad de practicar un LUI en los casos de pérdida del embarazo en el primer trimestre, pero para las mujeres con aborto espontáneo, el misoprostol parece ser mucho más eficaz que el manejo expectante.

**10.** Gronlund L, Gronlund AL, Clevin L, Anderson B, Palmgren N, Lidegaard A. Spontaneous abortion: Expectant management, medical treatment or surgical evaluation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; Aug 81(8): 781-2.

En este estudio se comparó el tratamiento del aborto espontáneo con manejo expectante, 400 mcg de misoprostol vía vaginal, y la evacuación



endouterina quirúrgica. Participaron 78 mujeres. Después del tratamiento, las mujeres fueron reevaluadas a los 8 y 14 días. Se logró una evacuación completa del útero en 14/17 (el 82%) de las mujeres en el grupo de manejo expectante, en 28/31 (el 90%) de las mujeres que recibieron tratamiento con misoprostol y en 29/30 (el 97%) de las mujeres a las que se les practicó una evacuación quirúrgica.

**11.** Henshaw RC, Cooper K, El-Refaey H, Smith NC, Templeton AA. Medical management of miscarriage: non-surgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. *British Medical Journal* 1993; 306: 894-5.

En este estudio abierto se evaluaron los resultados de 44 mujeres que recibieron tratamiento del aborto incompleto o del aborto inevitable, ya sea con sulprostona o 400 mcg de misoprostol vía oral. Los autores combinaron los datos de los dos grupos debido a una falta de diferencias en los resultados de los dos grupos. El tratamiento falló en 2 de las 43 pacientes evaluadas, y en las otras 41 mujeres se logró una evacuación endouterina completa después de 12 a 18 horas.

**12.** Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1997; 56: 263-6.

En este estudio se comparó la eficacia del misoprostol (200 mcg) vía vaginal con un placebo a usarse antes del legrado uterino instrumental (LUI) para el tratamiento del aborto retenido. Se seleccionaron 84 mujeres aleatoriamente para recibir el tratamiento un día antes de la cirugía programada. El 83.3% de las mujeres en el grupo de misoprostol expulsaron espontáneamente los restos ovulares antes de la cirugía. Este porcentaje fue significativamente más alto que el de 17.14% de las mujeres que expulsaron en el grupo del placebo.

**13.** de Jonge ET, Makin JD, Manefeldt E, De Wet GH, Pattinson RC. Randomised clinical trial of medical evacuation and surgical curettage for incomplete miscarriage. *British Medical Journal* 1995; 311(7006): 662.

En este ensayo participaron 50 mujeres que presentaron aborto espontáneo incompleto. Las mujeres fueron seleccionadas aleatoriamente para recibir manejo médico, que consistió en una dosis única de 400 mcg de misoprostol vía oral, o curetaje quirúrgico. El resultado fue evaluado 12 horas después de administrado el misoprostol. Al cabo de ese plazo, sólo 3 (el 13%) de las mujeres en el grupo de misoprostol se habían experimentado una evacuación completa del útero.

**14.** Moodliar S, Bagrattee JS, Moodley J. Medical vs. surgical evacuation of first-trimester spontaneous abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005; 91: 21-26.

94 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto fueron seleccionadas aleatoriamente para recibir 600 mcg de misoprostol vía intravaginal, o para que se les practicara un curetaje quirúrgico. En general, la tasa de eficacia del manejo médico fue del 91.5%; una tercera parte de las mujeres (15 de 47) tuvieron un aborto completo después de tan sólo una dosis de misoprostol y el 8.5% necesitó una evacuación de los productos de la concepción retenidos después de una semana debido al fracaso del tratamiento. La tasa de eficacia en el grupo quirúrgico fue del 100%. Las mujeres en el grupo médico presentaron un sangrado de mayor duración y mayor necesidad de recibir analgesia. El número de mujeres que recomendaría o escogería el tratamiento médico en el futuro, fue mayor en el grupo médico que en el grupo quirúrgico.

**15.** Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 187(2): 321-5; discussion 325-6.

Se seleccionaron 50 mujeres aleatoriamente para recibir tratamiento quirúrgico o médico del fracaso gestacional en el primer trimestre del embarazo. El régimen médico consistió en 800 mcg de misoprostol vía vaginal, dosis que podía repetirse a las 24 y 48 horas si permanecía en el útero una cantidad significativa de los productos de la concepción. El resultado fue evaluado 72 horas después de administrado el misoprostol. El 60% de las mujeres en el grupo médico (15/25) experimentaron una evacuación endouterina completa y no necesitaron que se les practicara el legrado uterino instrumental.

**16.** Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction* 2001; 16(7): 1493-6.

En este ensayo aleatorio participaron 60 mujeres con fracaso gesta-

cional. Las mujeres en el grupo médico recibieron 400 mcg de misoprostol vía vaginal en los días 1, 3 y 5. El grupo de control recibió tratamiento con manejo expectante solamente. El resultado final fue evaluado el día 15. El 83% de las mujeres en el grupo de misoprostol evitaron que se les practicara una evacuación endouterina quirúrgica, en comparación con el 48% en el grupo de control.

**17.** Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, Quan TTV, Winikoff B. Medical management of incomplete abortion using 600 versus 1200 mcg of misoprostol. *Contraception* 2005; 72(6): 438-42.

En este ensayo aleatorio participaron 300 mujeres que presentaron diagnóstico de aborto incompleto. Las mujeres recibieron una dosis única (600 mcg) o repetidas dosis (600 mcg) de misoprostol vía oral. La evaluación final de la eficacia se realizó el Día 10. No hubo ninguna diferencia significativa en las tasas de eficacia en los dos grupos de tratamiento. El misoprostol logró evacuar el útero en casi todas las mujeres (el 94.6%).

**18.** Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, Quan TTV, Winikoff B. Medical termination of missed abortion using misoprostol in Vietnam. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004; 87(2): 138-42.

200 mujeres con un diagnóstico de aborto retenido confirmado por ecografía fueron seleccionadas aleatoriamente para recibir 800 mcg de misoprostol vía oral o vaginal. Todas las mujeres regresaron para recibir cuidados de seguimiento dos días después. La eficacia fue alta en ambos grupos y no estadísticamente significativa (oral = el 89.9%, vaginal = el 92.9%).

**19.** Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001; 108(2): 213-4.

Éste es un estudio retrospectivo de 112 mujeres que recibieron manejo médico del aborto espontáneo incompleto. El régimen consistió en 600 mcg de misoprostol vía oral, seguido de dos dosis de 400 mcg cada dos horas. Se logró una evacuación endouterina completa en 95 mujeres (el 85%), pocas mujeres recibieron un régimen repetido de misoprostol.

**20.** Pang MW, Lee TS, Chung TK. Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. *Human Reproduction* 2001; 16(11): 2283-7.

201 mujeres fueron seleccionadas aleatoriamente para recibir misoprostol, vía oral o vaginal, para el tratamiento del aborto espontáneo incompleto. Se administró una dosis de 800 mcg de misoprostol, vía oral o vaginal, que se repitió 4 horas después si los productos de la concepción no habían sido expulsados. El resultado final fue evaluado al día siguiente. La tasa de eficacia fue similar en ambos grupos: el 61.1% en el grupo vaginal y el 64.4% en el grupo oral. La incidencia de diarrea fue ligeramente elevada en el grupo oral.

**21.** Tang OS, Lau WN, Ng EH, Lee SW, Ho PC. 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.

En este ensayo aleatorio controlado de la administración vaginal del misoprostol (600 mcg) en comparación con la sublingual, participaron 80 mujeres que presentaron un aborto espontáneo asintomático. La dosis se repitió cada tres horas hasta llegar a un máximo de tres dosis. La tasa de eficacia en ambos grupos fue del 87.5%. La determinación final de la eficacia se obtuvo a los días 7 y 43.

**22.** Tang OS, Ong CY, Tse KY, Ng EH, Lee SW, Ho PC. 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): 189-92.

180 mujeres con aborto espontáneo asintomático (<13 semanas) a quienes se les administró una dosis de 600 mcg de misoprostol vía sublingual cada tres horas hasta llegar a un máximo de tres dosis, fueron seleccionadas aleatoriamente para recibir (i) ningún tratamiento extendido de misoprostol o (ii) un tratamiento extendido de 400 mcg de misoprostol vía sublingual a diario durante 1 semana. Las tasas de eficacia para lograr un aborto espontáneo completo fueron similares en ambos grupos: en el grupo 1 fue del 92.2% (95% CI: 86.1-97.5%) y en el grupo 2 fue del 93.3% (95% CI: 84.6 - 96.8%). La semana adicional del tratamiento con misoprostol vía sublingual ni mejoró la tasa de eficacia ni acortó la duración del sangrado vaginal. En cambio, aumentó la incidencia de diarrea ( $P < 0.01$ ). Los otros efectos secundarios fueron similares en los dos grupos de tratamiento.

**23.** Weeks A, Alia G, Blum J, Ekwaru P, Durocher J, Winikoff B, Mirembe F. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 106(3): 540-7.

330 mujeres que presentaron diagnóstico clínico de aborto incompleto fueron seleccionadas aleatoriamente para someterse a un procedimiento de aspiración manual endouterina o para recibir 600 mcg de misoprostol vía oral, con el fin de completar su aborto. La consulta de control se realizó el Día 14. El misoprostol logró completar el aborto en el 96.3% de los casos evaluables. Sin embargo, es importante señalar que casi el 30% de las mujeres en ambos grupos no asistieron a su cita de control.

**24.** Wood SL, Brain PH. Medical management of missed abortion: a randomized clinical trial. *Obstetrics and Gynecology* 2002; 99: 563-566.

50 mujeres con aborto retenido fueron seleccionadas aleatoriamente para recibir hasta dos dosis de 800 mcg de misoprostol vía vaginal, o un placebo. El resultado fue evaluado una semana después de administrar el misoprostol. El 80% de las mujeres en el grupo de misoprostol y el 16% de las mujeres en el grupo del placebo experimentaron una expulsión completa de los restos ovulares y no necesitaron que se les practicara una intervención quirúrgica.

**25.** You JHS, Chung TKH. Expectant, medical or surgical treatment for spontaneous abortion in first trimester of pregnancy: a cost analysis. *Human Reproduction* 2005; 20(10): 2873-2878.

Un análisis diseñado para simular el resultado clínico y el uso de recursos en atención a la salud en los casos de evacuación endouterina quirúrgica, tratamiento con misoprostol y atención expectante de mujeres que presentan un aborto espontáneo sin complicaciones en el primer trimestre del embarazo, se llevó a cabo usando aportes clínicos de publicaciones científicas y análisis de costos desde el punto de vista de un prestador de servicios de salud del sector público en Hong Kong. Los resultados mostraron que el misoprostol fue la opción menos costosa por cada paciente (US\$1,000), seguido de la atención expectante (US\$1,172) y la evacuación quirúrgica (US\$2,007).

**26.** Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM; 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.

652 mujeres con un diagnóstico de fracaso gestacional en el primer trimestre fueron seleccionadas aleatoriamente para recibir una dosis de 800 mcg de misoprostol vía vaginal, o para someterse a un procedimiento de aspiración endouterina (atención médica habitual) en una proporción de 3:1. El grupo de misoprostol recibió tratamiento el día 1, una segunda dosis el día 3 si la expulsión fue incompleta, y aspiración endouterina el día 8 si la expulsión aún era incompleta. De las mujeres que concluyeron el ensayo de conformidad con el protocolo, el 84% (95% CI: 81 – 87%) tratadas con misoprostol y el 97% (95% CI: 94 – 100%) tratadas con aspiración endouterina tuvieron un aborto completo al cabo del día 8.

© 2004. Gynuity Health Projects. Modificada el 20 de abril de 2006.