Artículos de Investigación

Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos.

Manual vacuum aspiration (MVA): a literature review and a case series study.

Maritchu Bombin², Javiera Mercado¹, Javiera Zúñiga², Diego Encalada³, Joaquín Ávila².

¹Ginecóloga Obstetra Hospital Carlos Van Buren, docente Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

²Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

³Interno de medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

Enviar correspondencia a: Maritchu Bombin, maritchu.bs@gmail.com, teléfono +56977583007

Precise: Estudio de serie de casos cuyo objetivo es evaluar los resultados de la AMEU en el manejo de aborto del primer trimestre.

RESUMEN

Introducción y objetivo: El aborto es la pérdida del producto de la concepción antes de la viabilidad fetal y se considera la principal complicación del embarazo. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar los resultados iniciales y en mediano plazo del manejo con Aspiración Manual Endouterina (AMEU) del aborto en el primer trimestre. Métodos: Análisis estadístico de serie de casos de 53 pacientes sometidas a AMEU en el Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso desde noviembre 2017 a junio 2018 por aborto del primer trimestre. El diagnóstico fue clínico y mediante ultrasonografía. Se efectuó un cuestionario de satisfacción posterior al procedimiento. Resultados: Se analizaron 53 pacientes, cuya edad promedio es de 29 años, 19 nulíparas, 34 multíparas, con edad gestacional promedio de 8 semanas. Se analizaron 53 biopsias de contenido intrauterino que resultaron en 53 abortos, de éstos 39 retenidos y 14 incompletos. Se registró un 3% de complicaciones (1 caso de perforación uterina que sólo requirió manejo médico y 1 caso de evacuación incompleta). El cuestionario reveló en una mayoría, el alivio de los síntomas y satisfacción en relación al procedimiento. Conclusión: La AMEU es una buena alternativa en el manejo del aborto debido a menores costos, baja tasa de complicaciones y alta eficacia. Los centros que disponen de diversas alternativas para el manejo del aborto deben asegurarse de que la mujer participe activamente en la elección en cuanto a su resolución.

PALABRAS CLAVE: Aborto, aspiración manual endouterina, AMEU.

ABSTRACT

Introduction and objective: Miscarriage is the loss of the product of conception before fetal viability and it is considered the main complication of pregnancy. The main objective of our study is to evaluate initial and midterm reports using Manual Vacuum Aspiration (MVA) as management of first trimester miscarriage. Methods: Statistic analysis of a case series of 53 patients submitted to MVA at Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso since November 2017 until June 2018 with first trimester miscarriage. The diagnosis was clinical and ultrasonographic.

A post procedure satisfaction questionnaire was carried out. Results: Fifty-three patients were analyzed, with mean age of 29 years, 19 were nulliparous, 34 multiparous, mean gestational age of 8 weeks. Fifty-three intrauterine biopsies were analyzed, of which 53 were miscarriage, 39 retained sacs and 14 incomplete. We had 3% of complications (1 case of uterine perforation requiring only medical treatment and 1 case incomplete vacuum). The questionnaire revealed in a majority, the relief of symptoms and satisfaction with the procedure. Conclusion: MVA is a good alternative in the management of miscarriage due to less costs, low rate of complications and high efficacy. The centres with various alternatives for miscarriage management must ensure that the women actively participates in the election of the resolution.

KEY WORDS: miscarriage, manual vacuum aspiration, MVA.

Abreviaturas:

AMEU= Aspiración manual endouterina MVA= Manual vacuum aspiration
EG= Edad gestacional GA= Gestational age

INTRODUCCIÓN

Aborto se define como la pérdida del producto de la concepción antes de la viabilidad fetal o antes de las 22 semanas de gestación o con un peso menor a 500 gramos ^(1,2). Es la complicación más frecuente del embarazo con una incidencia entre el 10 al 15% y una frecuencia inversamente proporcional a la edad gestacional (EG) ^(1,2). Los cuadros clínicos que requieren resolución se manifiestan habitualmente de dos formas: aborto retenido, es decir, saco gestacional vacío o con embrión o feto sin latidos cardíofetales, o aborto incompleto, o sea, cantidad importante de restos de tejido trofoblástico en cavidad endometrial ^(2,3). Estos cuadros se caracterizan por presentar distintas formas de resolución, entre ellas el uso de medicamentos y la aspiración por vacío ^(3,4). La elección del manejo está basada principalmente en la EG y las preferencias de la paciente, luego de entregarle la debida consejería respecto de los beneficios y los riesgos. Debido a esto, es fundamental objetivar la EG a través de la historia clínica, el examen físico ginecológico y la ultrasonografía ^(1, 2, 3,4). El manejo expectante debe considerarse en caso de gestaciones menores a 9 semanas o abortos incompletos sin complicaciones, permitiendo su curso natural bajo vigilancia para certificar la expulsión completa del contenido intrauterino. Se describe que en un periodo de 7 a 14 días entre 75 y el 85% de los casos serán abortos completos sin necesidad de procedimientos y sin complicaciones asociadas ^(3,5).

1.1 Manejo con medicamentos

El manejo con medicamentos es indicado en gestaciones menores de 13 semanas y mientras no

existan contraindicaciones como embarazo ectópico, hipersensibilidad, insuficiencia suprarrenal crónica, signos de infección e inestabilidad hemodinámica ⁽⁶⁾. El medicamento usado para permitir la evacuación del contenido intrauterino en casos de aborto incompleto es el misoprostol, análogo de prostaglandina E1 ⁽⁷⁾. La mifepristona, antagonista de progesterona, tiene su uso demostrado actualmente en casos de interrupción del embarazo y de aborto retenido, y se usa en combinación con el misoprostol ^(8,9). Existen distintos regímenes propuestos por las organizaciones internacionales en dosis e intervalos variables de acuerdo a la vía de administración y a la EG ⁽¹⁰⁾ (Figura 1 y 2). Las vías más recomendadas para el misoprostol son la vaginal, bucal y sublingual, mientras que la mifepristona se administra de forma oral ^(4,11). Los efectos esperados de estos medicamentos son el sangrado vaginal más abundante que la menstruación habitual con una duración promedio de 14 días y el dolor pélvico tipo cólico. Los efectos adversos son gastrointestinales en más del 50% (náuseas, vómitos y diarrea), fiebre, cefalea y mareos ^(3, 4,7). El control de la evacuación es clínico y puede ser ecográfico, pero éste último es innecesario. La paciente debe ser informada sobre los signos de alarma por los cuales debe consultar en la urgencia como sangrado excesivo, fiebre persistente, leucorrea de mal olor y dolor abdominal intenso que no cede con analgésicos, ya que pueden significar la aparición de complicaciones como aborto incompleto, hemorragia o infección ^(3, 4, 6,7).

1.2 Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

La aspiración por vacío es actualmente realizada a través de la AMEU y aspiración eléctrica. La AMEU es un procedimiento que extrae el contenido intrauterino

a través de una cánula conectada a un aspirador portátil que permite crear vacío manualmente ^(3,4). Se han descrito numerosas ventajas, entre ellas su seguridad y alta eficacia (cercana a un 100%), la posibilidad de ser un procedimiento ambulatorio por el uso de anestesia local, menor costo y menor riesgo de complicaciones ^(12,13). Está dirigida a gestaciones menores de 15 semanas y su uso puede ampliarse desde los casos de aborto incompleto, aborto retenido, mola hidatiforme, interrupción voluntaria del embarazo, biopsia endometrial a incluso aborto séptico hasta 6 a 8 horas posterior a la administración de antibióticos ^(3, 4,13). Debe cumplir con requisitos técnicos como tamaño uterino menor a 12 centímetros y dilatación cervical menor a 2 centímetros, además de definir la posición del útero, lo que tiene implicancias técnicas en el procedimiento ⁽⁴⁾. Si se trata de una EG mayor de 12 semanas o un cérvix cerrado se debe realizar una preparación cervical farmacológica con el objetivo de reblandecer y dilatar el canal cervical. Esto reduce la necesidad de dilatación mecánica y sus complicaciones, como laceraciones del cuello uterino y mayor sangrado ^(14,15). Dentro de las alternativas, el fármaco de elección es el misoprostol en dosis de 400 microgramos, de preferencia por vía sublingual por su alta biodisponibilidad y pico plasmático precoz (Tabla 1). Todas las pacientes deben recibir profilaxis antibiótica ya que su uso ha demostrado una reducción significativa de infección post procedimiento y es más costo-efectiva que realizar pruebas diagnósticas sistemáticas ^(16,17). Se recomienda el uso de nitroimidazoles o tetraciclinas vía oral 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento (Tabla 2). Para el manejo del dolor se usa anestesia local a través de un bloqueo paracervical y éste es complementado con alternativas farmacológicas sistémicas administradas 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento, tales como antiinflamatorios no esteroideos, narcóticos o ansiolíticos ^(3,4).

1.3 Procedimiento

La AMEU es llevada a cabo por un obstetra entrenado, bajo técnica aséptica en un pabellón o sala adecuada que cuente con una camilla ginecológica ⁽³⁾. El procedimiento se realiza a través de especuloscopia con una jeringa de 60 centímetros cúbicos armada en base a 7 piezas (Figura 3), cuyo émbolo genera vacío al ser jalado; y cánulas semi-rígidas enumeradas de 4 a 13 según su grosor en milímetros, elegidas en correlación a la altura uterina (Tabla 3). Al instalar el espéculo y visualizar el cérvix

se infiltran 2 mililitros de lidocaína 1% a las 12 o a las 6 del reloj en el cuello uterino, dependiendo de la posición del útero (a las 12 si es anteversión o a las 6 si es retroversión) y se pinza en el punto infiltrado. Se infiltran 2 mililitros en los siguientes puntos del reloj: 2, 4, 8 y 10. Se arma la jeringa, se comprueba el vacío y se conecta a la cánula. Ésta se introduce a través del canal cervical con movimientos rotatorios suaves hasta tocar el fondo uterino, momento en el cual se retira 1 centímetro (guiado por puntos ubicados en cánula), se libera el vacío y se gira la cánula en 360° para distribuirlo en toda la cavidad uterina, seguido de movimientos giratorios hacia adelante y hacia atrás en el sentido del reloj. Se visualizará el contenido intrauterino tras ser aspirado por la jeringa. El procedimiento está completo ante los siguientes signos: presencia de espuma roja o rosada, sensación áspera, escuchando el paso de la cánula, movilidad de la cánula dificultada por útero contraído y dolor cólico. El aspecto del contenido debe ser caracterizado e informado, ya que orienta a la necesidad de biopsia en caso de que se sospeche la ausencia de tejido trofoblástico, o éste sea sugerente de enfermedad molar. Los signos vitales son evaluados al finalizar el procedimiento y se mantiene a la paciente en observación por al menos 1 hora, monitorizando el sangrado y el dolor. Se debe realizar educación sobre anticoncepción y, dependiendo de la disponibilidad local y del deseo de fertilidad de la paciente, priorizar y ofrecer los métodos reversibles de larga duración. El alta es otorgada en condiciones estables y sin dolor ^(3, 12,13).

1.4 Seguimiento

La paciente debe recibir indicaciones que incluyan una analgesia adecuada, el inicio de anticoncepción y los signos de alarma por los cuales debe reconsultar en urgencia. El control ambulatorio es en un periodo de 1 a 2 semanas. La corroboración de la evacuación completa puede basarse en parámetros clínicos, es decir, la ausencia de dolor y existencia de sangrado escaso a moderado, por lo que no es necesario el control ecográfico ^(3,4).

1.5 Complicaciones

Las revisiones sistemáticas reportan una tasa de 1.2% de complicaciones, la cual es menor a la tasa del legrado uterino ^(3, 4, 12,18). Las complicaciones mínimas reportadas requieren manejo conservador en un 1.7% de los casos y técnicas invasivas mayores en el 0.6% de los casos. Estas comprenden la evacuación

incompleta, desgarro cervical, perforación uterina, hemorragia e infección ⁽¹⁸⁾.

Presentada esta breve revisión de la literatura, a continuación, se desarrollan los casos llevados a cabo en nuestro hospital y sus resultados.

Material y métodos

Análisis estadístico de una serie de 53 casos de pacientes sometidas a AMEU en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso desde noviembre 2017 a julio 2018, por aborto del primer trimestre. El diagnóstico fue clínico y mediante ultrasonografía para certificar la EG. El procedimiento AMEU se llevó a cabo según lo descrito en la literatura, con previo consentimiento informado de las pacientes. Se realizó una encuesta de satisfacción en relación al procedimiento mediante un cuestionario estandarizado. (Tabla 4).

Se utilizaron datos de fichas de pacientes con previo consentimiento, para evaluar resultados inmediatos y a mediano plazo de la AMEU.

Resultados

Se evaluaron los datos obtenidos resultando 53 pacientes de edad promedio de 29 años (16 - 43), de las cuales 19 eran nulíparas y 34 multíparas, de edad gestacional (EG) promedio 8 semanas. El motivo de consulta fue sangrado vaginal. Se obtuvo seguimiento promedio de 1 mes (1-3 meses) posterior al procedimiento. A todas las pacientes se les tomó muestra del contenido intrauterino para biopsia, resultando 39 abortos retenidos y 14 incompletos. Todas las pacientes recibieron profilaxis antibiótica y analgesia previa al procedimiento y 41 pacientes (77.3%) recibió preparación cervical con misoprostol. Se realizó control ambulatorio a las 4 semanas en el 52% de las pacientes. El 98% de los abortos resultaron completos. Se registró un 3% de complicaciones: 1 caso de perforación uterina que se resolvió con manejo médico y 1 caso de evacuación incompleta resuelto a través de una nueva AMEU, sin incidentes. (Tabla 5)

Se recolectaron los datos de la encuesta realizada, resultando con alivio de los síntomas y satisfacción en relación al procedimiento en un 80%. Dentro de los ítems evaluados, destaca que la mayoría refiere dolor leve (89%), sangrado vaginal escaso (82%) e incorporación casi inmediata a las actividades cotidianas (87%).

Discusión

La AMEU es una alternativa segura, eficaz y bien evaluada por las pacientes para el manejo del aborto del primer trimestre. Dentro del manejo quirúrgico, en comparación al legrado uterino, se asocia a menores complicaciones, puede realizarse de forma ambulatoria y con fármacos de uso habitual de bajo costo. Respecto a la tasa de complicaciones, que en nuestro estudio fueron leves, es posible que el porcentaje sea mayor al descrito en la literatura dado el bajo número de casos recolectados a la fecha del estudio y probablemente al menor entrenamiento de la técnica en ese periodo. Sin embargo, ambas complicaciones fueron leves sin requerimiento de intervenciones mayores ni secuelas a largo plazo en ambas pacientes.

Conclusión

Con este estudio pudimos exponer que la AMEU es una buena alternativa en el manejo del aborto del primer trimestre debido a sus menores costos, menor cantidad de complicaciones, alta eficacia en la resolución de la patología y gran satisfacción por parte de nuestras usuarias. De acuerdo a las organizaciones internacionales, el uso del curetaje uterino debería ser eliminado de la práctica obstétrica, sustituyéndolo por la aspiración manual o eléctrica, o el uso de medicamentos ⁽¹⁰⁾. Los centros que disponen de diversas alternativas para el manejo del aborto deben asegurarse de que la mujer participe activamente en la elección en cuanto a su resolución, otorgándole información de calidad respecto a los tratamientos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012, 2nd. Edition. Hallado en: www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241548434/en/. Acceso el 9 de agosto 2019.
- (2) Norma General Técnica N°119, "Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas". 2011. Ministerio de Salud de Chile.
- (3) Norma técnica nacional, *Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en*

- alguna de las tres causales que regula la ley 21.030.* 2017, Ministerio de Salud de Chile
- (4) Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
 - (5) Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peloggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD003518. DOI: 10.1002/14651858.CD003518.pub3.
 - (6) The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Early pregnancy loss*. May 2015. Practice Bulletin n°150 : (1258-1267).
 - (7) Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub4.
 - (8) Schreiber, C. A., Creinin, M. D., Atrio, J., Sonalkar, S., Ratcliffe, S. J., & Barnhart, K. T. (2018). *Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss*. New England Journal of Medicine, 378(23), 2161–2170.
 - (9) Medical management of abortion. World Health Organization; 2018. Hallado en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1>. Acceso el 16 de noviembre 2019.
 - (10) Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, K., Visser, G. H. A. (2017). *FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138(3), 363–366
 - (11) Int J Gynecol Obstet 2017; 138: 363–366
 - (12) Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 9. Art. No.: CD001993. DOI: 10.1002/14651858.CD001993.pub2.
 - (13) The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Second-Trimester Abortion*. 2013. Practice Bulletin N°135:(1394-1406).
 - (14) Kapp, N; Lohr, PA; Ngo, TD; Hayes, JL; (2010) Cervical preparation for first trimester surgical abortion. The Cochrane database of systematic reviews (2). ISSN 1469-493X DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007207.pub2>
 - (15) Newmann SJ, Dalve-Endres A, Diedrich JT, Steinauer JE, Meckstroth K, Drey EA. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 8. Art. No.: CD007310. DOI: 10.1002/14651858.CD007310.pub2.
 - (16) Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD005217. DOI: 10.1002/14651858.CD005217.pub2.
 - (17) American Congress of Obstetricians and Gynecologists. (2009, reafirmado 2016). *Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures*. Practice Bulletin No. 104. Obstetrics & Gynecology, 113, 1180-1189.
 - (18) Meirik, O., Huong, N. T., Piaggio, G., Bergel, E. y von Hertzen, H. *Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: a multicentre randomised trial*. The Lancet 2012, 379(9828), 1817-1824.

TABLAS

Tabla 1: Alternativas recomendadas para la preparación cervical

Medicamento	Dosis	Vía	Tiempo de administración
Misoprostol	400 µg	Sublingual	1 hora antes
Misoprostol	400 µg	Vaginal	3 a 4 horas antes
Mifepristona	200 µg	Oral	24 a 36 horas antes

Elaboración propia, adaptado de Guía OMS (2012), FIGO 2017, Ipas (2018).

Tabla 2: Regímenes de profilaxis antibiótica recomendados

Régimen	Organización que recomienda
100 mg de doxiciclina por vía oral 1 hora antes del procedimiento y 200 mg después del procedimiento.	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2016)*
500 mg de metronidazol por vía oral dos veces al día durante 5 días.	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2016)*
200 mg de doxiciclina por vía oral antes del procedimiento.	Planned Parenthood Federation of America (PPFA Manual of Medical Standards and Guidelines, 2016) **
500 mg de azitromicina por vía oral antes del procedimiento	
500 mg de metronidazol por vía oral antes del procedimiento.	

Elaboración propia

*American Congress of Obstetricians and Gynecologists. (2009, reafirmado 2016). Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. Practice Bulletin No. 104. Obstetrics & Gynecology, 113, 1180-1189.

**Planned Parenthood Federation of America. (2016). Manual of Medical Standards and Guidelines. Washington, D.C.: Planned Parenthood Federation of America.

Tabla 3: Elección de cánula según altura uterina.

Altura uterina según FUR	Tamaño de la cánula en mm
4-6	4-7
7-9	5-10
9-12	8-12
12-14	10-14

Elaboración propia, adaptada de Castleman L., Kapp N. *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Ipas (2018).

Tabla 4: Encuesta de satisfacción

Variable	1	2	3	4	5
Dolor durante procedimiento	Nulo	Leve	Moderado	Intenso	Muy intenso
Dolor primer día	Nulo	Leve	Moderado	Intenso	Muy intenso
Efectividad analgesia postprocedimiento	Excelente	Muy buena	Moderada	Leve	Nula
Cuantía sangrado vaginal	Nulo	Leve	Moderado	Abundante	Excesivo (recurrió a urgencias)
Tiempo de reincorporación a actividades normales	De inmediato	Días después	1 semana	2 semanas	Más de 1 mes
Adecuadamente informada	Muy informada	Suficiente	Medianamente	Muy poco	Inadecuada
Privacidad	Muy adecuada	Suficiente	Medianamente	Muy poco	Inadecuada
Acompañamiento	Muy acompañada	Suficiente	Medianamente	Muy poco	Nada
Afectación psicológica	Nula	Muy poco	Moderadamente	Afectada	Muy afectada
Recomendación a terceros	Muy recomendable	Recomendable	Moderadamente recomendable	Muy poco recomendable	No recomendable
Puntos asignados:					
Puntaje total:					

Interpretación de puntajes obtenidos:

Altamente satisfecha: 41-50; Satisfecha: 21-40; Insatisfecha: 10-20

Tabla 5: Resultados

Variables	Media
Edad	29 años
Edad gestacional	8 semanas
Diagnóstico	N
Aborto retenido	41
incompleto	24
Paridad	
nulíparas	19
múltiparas	34
Complicaciones (3%)	
perforación uterina	1
evacuación incompleta	1
Evacuación	%
completa	98
incompleta	2
Pre medicación (antibiótico + analgesia)	100

MISOPROSTOL SOLO: REGÍMENES RECOMENDADOS 2017			
< 13 semanas de gestación	13 a 26 semanas de gestación	>26 semanas de gestación ⁸	Uso posparto
Interrupción del embarazo^{1,4,5} 800 µg VSI cada 3 horas q VV*/VB cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis)	Interrupción del embarazo^{1,4,6} 13 a 24 semanas: 400 µg VV*/VSI/VB cada 3 horas ^{4,6} 25 a 26 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB cada 4 horas ⁵	Interrupción del embarazo^{1,4,9} 27 a 28 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB cada 4 horas ⁹ >28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB cada 6 horas	Prevención de la hemorragia posparto (HPP)^{13,18} 600 µg VO (x1) q Prevención secundaria de la HPP ^{1,11} (pérdida de sangre aprox. ≥ 350 ml) 800 µg VSI (x1)
Aborto diferido² 800 µg VV* cada 3 horas (x2) q 600 µg VSI cada 3 horas (x2)	Muerte fetal^{1,6,15} 200 µg VV*/VSI /VB cada 4 a 6 horas	Muerte fetal^{1,9} 27 a 28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB cada 4 horas ¹ >28 semanas: 25 µg VV* cada 6 horas q 25 µg VO cada 2 horas ⁹	Tratamiento de la HPP^{1,11} 800 µg VSI (x1)
Aborto incompleto^{1,3,14} 600 µg VO (x1) q 400 µg VSI (x1) q 400-800 µg VV* (x1)	Aborto inevitable^{1,3,14,17} 200 µg VV*/VSI /VB cada 6 horas	Inducción del parto^{1,14} 25 µg VV* cada 6 horas q 25 µg VO cada 2 horas	Vía de administración VV: vía vaginal VSI: vía sublingual (debajo de la lengua) VO: vía oral VB: vía bucal (entre la mejilla y la encía) * En caso de hemorragia y/o signos de infección, no administrar por vía vaginal No se recomienda la vía rectal debido a que su perfil farmacocinético no está asociado con la mejor eficacia por esta vía.
Preparación cervical para aborto quirúrgico⁶ 400 µg VSI 1 hora antes del procedimiento q VV* 3 horas antes del procedimiento	Preparación cervical para aborto quirúrgico⁶ 13 a 19 semanas: 400 µg VV 3 a 4 horas antes del procedimiento >19 semanas: Es necesario se combine con otra modalidad terapéutica		

Figura 1. Regímenes de misoprostol solo según FIGO 2017.

TABLE 1 Summary chart of recommendations on medical management of abortion			
RECOMMENDATIONS	COMBINATION REGIMEN (RECOMMENDED*)		MISOPROSTOL-ONLY (ALTERNATE)
	MIFEPRISTONE >> 1-2 DAYS >>	MISOPROSTOL	MISOPROSTOL
1A. INCOMPLETE ABORTION < 13 WEEKS	None	Use misoprostol-only regimen	600 µg PO ^b or 400 µg SL ^b
1B. INCOMPLETE ABORTION ≥ 13 WEEKS	None	Use misoprostol-only regimen	400 µg B, PV or SL every 3 hours ^b
2. INTRAUTERINE FETAL DEMISE ≥ 14-28 WEEKS	200 mg PO once	400 µg PV or SL every 4-6 hours ^b	400 µg SL (preferred) or PV every 4-6 hours ^b
3A. INDUCED ABORTION < 12 WEEKS	200 mg PO once	800 µg B, PV or SL ^b	800 µg B, PV or SL ^b
3B. INDUCED ABORTION ≥ 12 WEEKS	200 mg PO once	400 µg B, PV or SL every 3 hours ^b	400 µg B, PV or SL every 3 hours ^b

Figura 2. Regímenes de mifepristona y misoprostol ó misoprostol sólo según OMS 2018.

Figura 3. Piezas del instrumental AMEU