



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## Tratamiento expectante versus tratamiento quirúrgico del aborto (Revisión)

Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peggia A, Nanda G

Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peggia A, Nanda G.  
Expectant care versus surgical treatment for miscarriage  
(Tratamiento expectante versus tratamiento quirúrgico del aborto).  
*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD003518.  
DOI: [10.1002/14651858.CD003518.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003518.pub3).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

[Revisión de intervención]

# Tratamiento expectante versus tratamiento quirúrgico del aborto

Kavita Nanda<sup>1</sup>, Laureen M Lopez<sup>2</sup>, David A Grimes<sup>3</sup>, Alessandra Peloggia<sup>4</sup>, Geeta Nanda<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Clinical Sciences, FHI, Research Triangle Park, North Carolina, USA. <sup>2</sup>Clinical Sciences, FHI 360, Research Triangle Park, North Carolina, USA. <sup>3</sup>Obstetrics and Gynecology, University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, North Carolina, USA. <sup>4</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, State University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil. <sup>5</sup>C/o Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, Department of Women's and Children's Health, The University of Liverpool, Liverpool, UK

**Dirección de contacto:** Kavita Nanda, Clinical Sciences, FHI, P.O. Box 13950, Research Triangle Park, North Carolina, 27709, USA.  
[knanda@fhi360.org](mailto:knanda@fhi360.org).

**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

**Estado y fecha de publicación:** Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (con cambios en las conclusiones), publicada en el número 3, 2012.

**Referencia:** Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peloggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage (Tratamiento expectante versus tratamiento quirúrgico del aborto). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD003518. DOI: [10.1002/14651858.CD003518.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003518.pub3).

Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

El aborto involuntario es una complicación común del embarazo temprano que puede tener consecuencias médicas y psicológicas como la depresión y la ansiedad. Se ha cuestionado la necesidad de evacuación quirúrgica sistemática en el aborto espontáneo debido a las posibles complicaciones como el traumatismo cervical, la perforación uterina, la hemorragia o la infección.

### Objetivos

Comparar la seguridad y la efectividad del tratamiento expectante versus tratamiento quirúrgico para el fracaso temprano del embarazo.

### Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register, 9 de febrero de 2012), en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (*The Cochrane Library* 2011, Número 4 de 4), PubMed (2005 hasta 11 de enero de 2012), POPLINE (de inicio hasta el 11 de enero de 2012), LILACS (2005 hasta 11 de enero de 2012) y listas de referencias de los estudios obtenidos.

### Criterios de selección

Se consideró la inclusión de ensayos aleatorios que compararan la atención expectante y el tratamiento quirúrgico (sistema aspirativo o dilatación y legrado) para el aborto espontáneo.

### Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión evaluaron la calidad de los ensayos y extrajeron los datos. Se contactó con los autores de los estudios para obtener información adicional. Para los datos dicotómicos, se calculó el cociente de riesgos (CR) de Mantel-Haenszel con intervalos de confianza (IC) del 95%. Para los datos continuos, se calculó la diferencia de medias (DM) y el IC del 95%. Se introdujeron los datos adicionales tales como medianas en las tablas de "Otros datos".

### Resultados principales

Se incluyeron siete ensayos con 1521 participantes en esta revisión. El grupo de atención expectante tuvo mayores probabilidades de presentar un aborto espontáneo incompleto a las dos semanas (CR 3,98; IC del 95%: 2,94 a 5,38) o a las seis a ocho semanas (CR 2,56; IC del 95%: 1,15 a 5,69). La necesidad de tratamiento quirúrgico no planificado fue mayor para el grupo de atención expectante (CR 7,35; IC del

**Tratamiento expectante versus tratamiento quirúrgico del aborto (Revisión)**

**1**

Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

95%: 5,04 a 10,72). El porcentaje medio que necesitó tratamiento quirúrgico en el grupo de atención expectante fue de un 28%, mientras que un 4% del grupo de tratamiento quirúrgico necesitó cirugía adicional. El grupo de atención expectante tuvo más días de hemorragia (DM 1,59; IC del 95%: 0,74 a 2,45). Además, más pacientes del grupo de atención expectante necesitaron transfusión (CR 6,45; IC del 95%: 1,21 a 34,42). El porcentaje medio que necesitó transfusión de sangre fue de un 1,4% para la atención expectante en comparación con ninguno para el tratamiento quirúrgico. Los resultados para el dolor fueron diversos. El diagnóstico de infección fue similar para los dos grupos (CR 0,63; IC del 95%: 0,36 a 1,12), al igual que los hallazgos para diversos resultados psicológicos. Los datos acerca del embarazo fueron limitados. Los costos fueron inferiores para el grupo de atención expectante (DM -499,10; IC del 95%: -613,04 a -385,16; en libras esterlinas británicas).

### Conclusiones de los autores

El tratamiento expectante dio lugar a un riesgo mayor de aborto espontáneo incompleto, necesidad de evacuación quirúrgica no planificada (o adicional) del útero, hemorragia y necesidad de transfusión. El riesgo de infección y los resultados psicológicos fueron similares para ambos grupos. Los costes fueron menores para el manejo expectante. Dada la falta de una clara superioridad de uno u otro enfoque, la preferencia de la mujer debe ser importante en la toma de decisiones. El tratamiento farmacológico (“médico”) ha agregado opciones para las mujeres y los médicos y se ha examinado en otras revisiones.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### Tratamiento expectante versus tratamiento quirúrgico del aborto

El aborto involuntario es el fracaso del embarazo antes de las 14 semanas, lo cual es común en el embarazo temprano. Tal pérdida en el embarazo temprano puede afectar la salud física y mental de la mujer. Los médicos a menudo sugieren la realización de una intervención quirúrgica como la dilatación y el legrado (D y L) o el sistema aspirativo para completar el proceso. La cirugía podría causar problemas como traumatismo, hemorragia intensa o infección. En el tratamiento expectante se espera que el aborto espontáneo termine por sí solo, y puede incluir reposo en cama, ecografía y antibióticos. Esta revisión consideró si el tratamiento expectante es igual de efectivo que la cirugía para el aborto espontáneo.

Se realizaron búsquedas de ensayos aleatorios que compararan la espera frente a la cirugía para el aborto involuntario. Además, se buscó en listas de referencias para encontrar ensayos. También se escribió a los investigadores para encontrar más estudios. Siete ensayos con 1521 mujeres trataban la espera frente a la cirugía en el aborto involuntario. Se observó la presencia de tejido en el útero en más mujeres que esperaron que el aborto espontáneo se complete por sí solo. Esto se estudió a las dos semanas y de seis a ocho semanas. Más de estas mujeres necesitaron una cirugía para completar el proceso. Estas mujeres también tuvieron más días de sangrado. Algunas necesitaron transfusión de sangre, en comparación con ninguna en el grupo de cirugía. Ambos grupos tuvieron un número parecido de infecciones. Los resultados para el dolor fueron diversos. La salud mental también pareció casi igual en ambos grupos de tratamiento. Los costes fueron menores para la espera que para la cirugía. En general, no hay resultados médicos firmes para optar por uno u otro enfoque. Hubo información limitada sobre el embarazo futuro. Un ensayo era grande, mientras que los otros tenían un número pequeño de mujeres. Lo que la mujer prefiere debería ser la principal preocupación. El tratamiento farmacológico (como misoprostol y mifepristona) ha agregado opciones para las mujeres y los médicos, y se ha estudiado en otras revisiones.